

Dynamische *Dynamic* Psychiatrie *Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse
Herausgegeben von Günter Ammon

Günter Ammon

Die Unerreichten – Zur Behandlungsproblematik
des Urnarzißmus

*Günter Ammon, Ulrich Köppen, Margarete Hoffsten,
Gerhard Wolfrum, Viktor Terpeluk, Margit Vilbig,
Helmut Hoffmann*

Vergleichsuntersuchungen bei Gruppen narzißtisch
depressiv und psychosomatisch reagierender Patienten im
Schlaf- und Traumlabor in der Dynamisch-Psychiatri-
schen Klinik Mengerschwang

Vadim S. Rotenberg

Schlafforschung als ein Instrument zur Überprüfung
des Behandlungserfolges

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 Mengerschwaike, der
Deutschen Gesellschaft für Dynamische Psychiatrie (DGDP) und der
Psychoanalytischen Kindergärten

17. Jahrgang, 2. Heft 1984, Nr. 85

Herausgegeben von Günter Ammon

unter Mitarbeit von

F. Antonelli, Roma – F. V. Bassin, Moskau – L. Bellak, New York – B. Buda, Budapest –
A. Carmi, Haifa – R. Ekstein, Los Angeles – Th. Freeman, Antrim – A. Garma, Buenos
Aires – Bern – F. Hacker, Wien – F. Hansen, Oslo – H. Illing, Los Angeles – U. Jakob,
Belmont – M. Knobel, Campinas – U. Mahlendorf, Santa Barbara – A. Mercurio, Rom –
L. Miller de Paiva, Sao Paulo – K. Okonogi, Tokio – M. Orwid, Krakow – J. F. Pawlik,
Warschau – E. Ringel, Wien – V. S. Rotenberg, Moskau – F. S. Rothschild, Jerusalem –
D. Shaskan, Los Angeles – J. B. P. Sinha, Patna – J. Sutherland, Edinburgh – Y. Tokuda,
Tokio – E. Weigert, Chevy Chase – E. D. Wittkower, Montreal – Wu Chen-I, Peking.

Günter Ammon

Die Unerreichten – Zur Behandlungsproblematik des Urnarzißmus 145

*Günter Ammon, Ulrich Köppen, Margarete Hoffsten, Gerhard Wolfrum,
Viktor Terpeluk, Margit Vilbig, Helmut Hoffmann*

Vergleichsuntersuchungen bei Gruppen narzißtisch depressiv und psychosomatisch
reagierender Patienten im Schlaf- und Traumlabor in der Dynamisch-Psychiatri-
schen Klinik Mengerschwaike 165

Vadim S. Rotenberg

Schlafforschung als ein Instrument zur Überprüfung des Behandlungserfolges 196

Nachrichten / News 205

Die Unerreichten – Zur Behandlungsproblematik des Unnarzißmus**

Günter Ammon (Berlin)*

„Unerreicht“ sind für den Autor die Menschen, die in ihrem Leben und in der Therapie keinen tiefergehenden Kontakt zulassen, bei denen keine Persönlichkeitsveränderung stattfindet und die somit in der Tiefe nicht erreicht sind. Der Autor begreift sie ich-strukturell als narzißtisch geschädigte „Gekränkte“ mit speziellen Störungen in den Ich-Funktionen der Aggression, der Angst und des Narzißmus. Aufgrund wenig verlässlicher Beziehungen in der Primärgruppendynamik und der destruktiv und defizitär sozialenergetischen Prozesse dieser Zeit leiden sie an Gefühlen unerträglicher Angst und Leere, an extremer Verlassenheitsangst und können keinen tiefergehenden Kontakt zulassen. Im ich-strukturellen Arbeiten wird durch ein gleichzeitiges Mit- und Nebeneinander verschiedener Gruppen, in denen sie andere Ebenen des Ausdrucks erleben können wie ichstrukturellen Tanz, Körperkontakt, Reittherapie, Theatertherapie und Maltherapie, versucht, das Geheimnis dieser Menschen zu erkennen, das einen Schlüssel zu ihrer Erreichbarkeit darstellt. Die Aufgabe des Therapeuten, der verspielt sein können muß und frei von moralischem Denken ganzheitlich konzeptionell denken sollte und einen eigenen Lebensstil haben muß, ist es, in der therapeutischen Situation jeweils zu entscheiden, ob narzißtische Bestätigung oder sozialenergetische Auseinandersetzung erforderlich ist. Aufgrund jahrelanger Erfahrung mit diesen schwer leidenden Menschen entwickelt der Autor folgende behandlungsmethodische Strategie: 1) Vermeidung jeglicher Konfrontation auf der konkreten Ebene, 2) ein empathisches Verständnis ihrer Angst mit dem Ziel, diese Angst auch aushalten zu können, 3) zu wachsender Einsicht und dem Abbau paranoischer Tendenzen zu verfahren, wobei es von zentraler Bedeutung ist, bildhaft denkend auf andere Ebenen der Kommunikation zu kommen. Wichtige Voraussetzungen sind dabei das ganzheitliche Verständnis des Menschen und das Konzept der Sozialenergie, mit denen versucht wird, die Aura der Unberührbarkeit, die Situation des Aufgegeben-Seins, die Wut und das Schweigen zu durchbrechen. Die endgültige Antwort zur Frage der Erreichbarkeit steht jedoch noch aus. Ein Patient ist dann erreicht, wenn es ihm gelingt, im Verlauf seiner Therapie seine Bedürfnisse des destruktiven und symbiotischen Narzißmus, deren zeitweilige Erfüllung am Anfang der Therapie lebensrettend sein kann, aufzugeben.

Bei den Unerreichten handelt es sich um eine Gruppe von Leidenden, deren Krankheitsbild *Freud* als sogenannte narzißtische Neurosen beschrieb und von denen er meinte, daß diese durch die psychoanalytische Standardmethode unbehandelbar seien wegen ihrer Unfähigkeit, eine Gefühlsübertragung zu entwickeln. Er äußerte die Hoffnung auf neue Wege in der Behandlungsmethodik und versprach sich etwas von der Einbeziehung der Psychiatrie.

Seit über zwei Jahrzehnten hat sich unsere Schule bemüht, diese Patientengruppe, die wir ich-strukturell den narzißtisch geschädigten Grenzfallpatienten zuordnen, durch verschiedenste Wege der Behand-

* Dr. med., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychoanalyse, Präsident der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) und der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, Chef-Consiliarius der Dynamisch-Psychiatrischen Kliniken

** Vortrag gehalten auf dem 2. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP und XV. Internat. Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 11. – 16. 12. 1983 im Kongreßzentrum München

lungsmethodik zu erreichen, sei es durch verschiedenste Techniken innerhalb der Gruppen-, Milieu- oder stationären Psychotherapie, sei es durch Einbeziehung der Familie oder der direkten individuellen Auseinandersetzung mit einer Gruppe von Therapeuten.

Trotz all dieser Bemühungen blieben immer wieder eine Reihe von Patienten – und ich möchte dies auch erweitern auf eine Reihe von Ausbildungskandidaten innerhalb unserer Institute – sozusagen unerreicht für einen tiefergehenden Kontakt, Verständnis und für eine Persönlichkeitsveränderung, während es verhältnismäßig leicht gelang, oberflächliche Symptome psychischer oder psychosomatischer Art zum Verschwinden zu bringen. Mein Freund *Béla Buda* hat diese Menschen einmal als die „Gekränkten“ bezeichnet. Manchmal gelang es uns auch, diesen Patienten im dynamisch-psychiatrischen Milieu weitgehend zu helfen, so daß sie für den mehr außenstehenden Beobachter als erfolgreich behandelt angesehen werden konnten. Trotz alledem hatten die in die Behandlung involvierten Therapeuten den Eindruck, daß diese Patienten nicht in ihrer Tiefe erreicht waren und ein tieferes Verständnis ihrer Ängste nicht zugelassen haben.

Worum handelt es sich bei diesen unerreichten Menschen? Ich habe dieses Problem oftmals beschrieben, besonders auch im Hinblick auf die Rolle des Widerstandes innerhalb der ich-strukturellen Therapie. Ich-strukturell gesehen handelt es sich hierbei um eine sehr frühe Störung im nicht-bewußten Persönlichkeitskern, dem zentralen Ich des Menschen. Die Störungen liegen in den zentralen Funktionen der Angst, Ich-Abgrenzung, Aggression, Kontakt- und Gruppenfähigkeit, Narzißmus und Sexualität, einmündend in eine Störung der koordinierenden Funktion der Identität. Entwicklungsgeschichtlich gesehen liegt die Wurzel in wenig verlässlichen Beziehungen in der Primärgruppendynamik mit starken destruktiven und defizitären sozialenergetischen Prozessen, die sich in der Entwicklung der Ich-Struktur niederschlagen.

Das Leiden dieser Menschen drückt sich oft aus durch Gefühle unerträglicher Leere und Angst, allein zu sein, und andererseits durch das Suchen nach Identität und verlässlichen Menschen, von denen sie sich doch immer wieder verletzt und unverstanden fühlen. Destruktive Aggression oder Rückzug, suizidale Verzweiflung, psychosomatische Integrationsversuche unbewußter Art bei oft hoher Intelligenz und körperlicher Schönheit zeichnen das Krankheitsbild aus, um das es hier geht.

Während des Behandlungsprozesses zeichnet sich ein gewisses Dreieck zentraler Kumulationspunkte ab:

1. eine tödliche Angst vor Kontakt und Beziehung wegen der erlebten Gefahr, verletzt zu werden.
2. Damit ist ein unstillbares pathologisches narzißtisches Grundgefühl verbunden, ein Loch im narzißtischen Persönlichkeitskern, das nie gefüllt werden kann,

3. als Reaktion darauf: Gefühle von tiefer Verlassenheit des sich ständig Verfolgt-Fühlens, verzweifelte Wut und destruktive Aggression.

Zusammenfassend ist es ich-strukturell gesehen das Dreieck Aggression, Angst und Narzißmus. Grundlegend dabei ist auch die diesen Menschen nicht mögliche Regulation der Ich-Abgrenzung zu der eigenen Welt nicht-bewußter Phantasien sowie die nicht mögliche Abgrenzung flexibler Art zu anderen Menschen, Gruppen und den Anforderungen, die sich im Zusammenwirken von Menschen ergeben. Diesen Erkenntnissen folgend versuchen wir durch ich-strukturellen Tanz, Körperkontakt, Reittherapie, Theatertherapie und Maltherapie gleichzeitig diese Menschen in verschiedenen Gruppen zu erreichen und glauben, hierbei auf einem Wege zu sein, sie im Kern ihrer Persönlichkeit zu erreichen, um sie aus den grauenhaften Gefühlen von Alleingelassensein für ein schöpferisches und erfülltes Leben zu befreien. Zur Zeit steht aber die endgültige Antwort auf die Frage der Erreichbarkeit der Unerreichten noch aus.

Sigmund Freud selbst hielt die schweren psychiatrischen Krankheitsbilder mit den Mitteln der Psychoanalyse zunächst für nicht behandelbar, da er annahm, daß eine Übertragungsbeziehung in solchen Fällen nicht zustande käme. Zu diesem Schluß kam er aufgrund seiner Narzißmustheorie (1914) und der damit verbundenen Vorstellung, daß bei narzißtischen Neurosen die ganze Libido auf das Ich zurückgegangen sei wie im primären Narzißmus und keine Libido zur Objektbesetzung bliebe. So sagte er 1916 zum Widerstand der narzißtischen Neurosen: „Bei den narzistischen Neurosen ist der Widerstand unüberwindbar. Wir dürfen höchstens einen neugierigen Blick über die Höhe der Mauer werfen, um zu erspähen, was jenseits vor sich geht.“

Bei der Entwicklung seiner Gedanken zum Rückzug der Objektlibido bei seelischen Erkrankungen bezog sich *Freud* stark auf die 1908 bereits von *Karl Abraham* vermutete fehlende Libidobesetzung der Objekte bei der Dementia praecox. Diese fehlende Besetzung wurde von *Freud* als wesentliches Kriterium für die Differentialdiagnose von Hysterie und Schizophrenie verstanden. Bei der narzißtischen Neurose bleibt die Libido als Ergebnis eines psychischen Konfliktes, etwa einer Kränkung des Ich oder einer Versagung im Bereich des Ideal-Ich, im Ich fixiert und besetzt dort Phantasien und imaginäre, intrapsychische Bildungen. Dieser Libidostau – bedingt durch die Abwendung des Kranken von der Außenwelt – führt zu den bekannten Symptomen der heute als Psychosen bezeichneten Krankheitsbilder.

Anders als *Freud* ging *Sandor Ferenczi* (1921) das Wagnis der Behandlung dieser Kranken ein, weil er es riskiert, die kühle Distanz und Passivität des Analytikers aufzugeben. So entwickelte er seine „aktive Technik“ mit zwei Phasen:

1. Es werden Gebote erteilt, die dazu dienen, daß trotz Unlust erzeugendem Charakter die Handlungen durchgeführt werden sollen.

2. Gewisse Handlungen werden verboten.

Ziel dieser aktiven Technik ist eine Neuverteilung der psychischen Energien des Kranken. Voraussetzung dabei ist, daß der Therapeut die Aufmerksamkeit nicht ausschließlich auf den verbalen Inhalt der Mitteilung richtet, sondern seine Aufmerksamkeit frei schweben läßt, um den Zugang zu seinem eigenen Unbewußten und dem Unbewußten des Patienten entdecken zu können.

Der wesentliche Kernpunkt in *Ferenczis* Arbeit war der Gedanke, daß sich jeder Patient wie ein Kind verhält und als solches vom Analytiker behandelt werden will. Es ist deshalb ungeheuer wichtig, daß der Therapeut seine Gegenübertragung in der Hand hat und seine Anteilnahme, Strenge, Güte oder Sympathie dosieren kann. Diese Überlegungen führten ihn zu seinem „Prinzip der Gewährung“, bei dem eine gewisse Entspannung durch Gewährung von Freiheiten dem Patienten gegenüber erreicht wird. Die Strenge und kühle Abgeschlossenheit des Analytikers wird vom Patienten als Fortsetzung des infantilen Kampfes mit der Autorität der Erwachsenen erlebt und er wiederholt dieselben Charakter- und Symptomreaktionen, die der eigentlichen Neurose zugrundeliegen. Bei solchen Menschen, die also in Wirklichkeit fast ganz kindlich geblieben sind, werden die üblichen Hilfsmittel der analytischen Therapie nicht ausreichen. „Solche Neurotiker müßte man förmlich adoptieren und erstmalig den Segnungen einer normalen Kinderstube teilhaftig werden lassen“ (*Ferenczi* 1921).

Ein wesentlicher Verdienst *Michael Balints* war die Formulierung einer Theorie über psychische Störungen, die entwicklungsgeschichtlich früher anzusetzen sind als die Neurosen, und die dadurch notwendigen therapeutischen Konsequenzen durch Veränderung der analytischen Technik. Immer wieder machte *Balint* in seiner therapeutischen Arbeit die Erfahrung, daß bestimmte Patienten mit der klassischen analytischen Methode unbehandelbar waren. Er führte dies zurück auf die von ihm definierte Grundstörung, die zwei verschiedene Grundhaltungen auslösen kann: Die erste Grundhaltung nennt er Oknophilie, die zweite Philobatie. (Oknophil bedeutet, „sich scheuen, zögern, sich fürchten, sich anklammern“. Philobat in Analogie zu Akrobat bedeutet „in die Höhe springen“, d. h. einer, der sich von der sicheren Erde entfernt hat. Das „Phil“ in beiden Worten soll darauf hinweisen, daß es sich beidesmal um Störungen der Liebesfähigkeit und Liebe handelt). Der Oknophile braucht die Objekte (Menschen), er lebt von Objekt zu Objekt, die angstmachenden Momente sind die furchterregenden Leerräume dazwischen. *Balint* bezeichnete dies als einen prä-depressiven Zustand. Der Philobat hat die Tendenz, Objekte zu meiden, zumal unabhängige Objekte, mit denen er sich auseinandersetzen müßte. In seiner Haltung

des „Sich-Kümmerns, Sich-Sorgens“ drückt sich ein Bedürfnis nach vollständiger Kontrolle aus. *Balint* bezeichnete diese Haltung als post-depressiv.

Balint war in seiner praktischen Arbeit ebenso wie *Ferenczi* unorthodox und suchte ständig neue Wege und Methoden, den Bedürfnissen der Patienten gerecht zu werden. Auf das sehr tiefgehende Bedürfnis nach Liebe, Zuwendung und Verständnis von Patienten, die die „Urform der Liebe“ nie erfahren haben, kann der Analytiker nicht strikt nur mit rationalen Deutungen reagieren.

Der Freudianer *Heinz Kohut* (1979) grenzt die narzißtischen Persönlichkeitsstörungen von den Borderline-Zuständen und Psychosen, den narzißtischen Neurosen nach *Freud*, ab. Narzißtische Persönlichkeiten weisen ein höheres Maß der Integration der verinnerlichten Objekte auf. Aufgrund der Symptomatologie ist nach *Kohut* keine Differenzierung zwischen narzißtischen Persönlichkeitsstörungen, Psychosen und Borderline-Zuständen und auch nicht zwischen narzißtischen Störungen und Psychoneurosen möglich. Entscheidend ist das metapsychologische Verständnis der zentralen Störung dieser Erkrankungen. Praktisch lassen sie sich an der spontan entwickelnden Übertragung differenzieren. *Kohut* unterscheidet unanalysierbare Erkrankungen – Psychosen und die Borderline-Zustände, die er immer wieder aufführt – von den analysierbaren psychischen Erkrankungen, die er als Übertragungsneurosen „narzißtische Persönlichkeitsstörungen“ nennt. Bei den narzißtischen Persönlichkeitsstörungen handelt es sich um eine Fixierung auf eine Stufe, die normalerweise durchschritten wird; unter optimalen Bedingungen werden Exhibitionismus und Größenwahn des archaischen Größenselbst schrittweise gezähmt. Patienten mit narzißtischen Persönlichkeitsstörungen sind an archaische Größen-Selbst-Konfigurationen oder an archaische, überbewertete, narzißtisch besetzte Objekte fixiert geblieben. Diese archaischen Konfigurationen werden nicht in die übrige Persönlichkeit integriert; die Persönlichkeit verarmt, weil ihre Energien in den alten Strukturen gebunden sind, oder es kommt zum Durchbruch archaischer Strukturen und Forderungen in die realistischen Tätigkeiten des Patienten.

Bei Psychosen und Borderline-Zuständen wird eine zusammenhängende narzißtische Konfiguration chronisch aufgegeben und durch Wahnbildung ersetzt, um dem unerträglichen Zustand der Fragmentierung und des Verlustes archaisch-narzißtischer Objekte zu entgehen. Die narzißtische Persönlichkeit flüchtet sich zu relativ gesunden archaischen Größenphantasien. Bei genetischer Betrachtungsweise kommt *Kohut* zu der Annahme daß bei den Psychosen die Persönlichkeit der Eltern (und eine Anzahl anderer Umweltfaktoren) mit ererbten Faktoren zusammentrafen und die Bildung des Kerns eines kohärenten Selbst und des Kerns eines idealisierten Selbstobjektes in entsprechendem Al-

ter verhindert haben. *Kohut* nimmt eine angeborene psychische Schwäche der grundlegenden narzißtischen Konfiguration an.

Kohuts Theorie des Selbst ist im Kern lediglich eine modische Umformulierung trieb- und libidoökonomischer Positionen. Deutlich wird das daran, daß *Kohuts* Theorie des Selbst für die eigentlichen Schädigungen der „Selbstentwicklung“, nämlich die Psychosen, die Borderline-Zustände und die schizoiden oder paranoiden Persönlichkeiten, keine therapeutische Konzeption anbieten kann. *Kohut* kommt über *Freud* letztlich nicht hinaus.

Der Kleinianer *Otto Kernberg* (1975) kritisiert *Kohuts* Narzißmus-Begriff: *Kohut* konzentrierte sich fast ausschließlich auf die Entwicklungsschicksale der libidinösen Besetzungen und lasse die Schicksale der Aggressionen völlig außer acht, außerdem betrachte er den Narzißmus überwiegend unter dem Aspekt der Qualität der Triebbesetzung, so daß der Anschein erweckt wird, als gäbe es zwei verschiedene Qualitäten der Objekt-Besetzungen, nämlich die narzißtische und die objektgerichtete. *Kohut* legt Wert auf die Qualität der libidinösen Besetzungen, *Kernberg* dagegen legt Wert auf das Schicksal der verinnerlichten Objektbeziehungen. Störung der Integration der verinnerlichten Objektbeziehungen bedeutet bei *Kernberg* Identitätsdiffusion und ist ein Charakteristikum des Borderline-Syndroms. „Narzißtische Besetzung (d. h. die Besetzung des Selbst) und Objekt-Besetzung (also Besetzung der subjektiven Vorstellungen von anderen und Besetzung realer anderer Menschen) geschehen simultan und beeinflussen sich gegenseitig, so daß man die Schicksale des Narzißmus gar nicht losgelöst von den Schicksalen der Objekt-Beziehungen untersuchen kann und umgekehrt beim Studium der Schicksale des normalen und des pathologischen Narzißmus stets auch die Entwicklung der relevanten verinnerlichten Objekt-Beziehungen berücksichtigen und mit den Betreffenden libidinösen und aggressiven Triebabkömmlingen in Zusammenhang sehen muß“ (*Kernberg* 1975).

Im therapeutischen Vorgehen *Kernbergs* wiederholt sich in gewisser Weise das in seiner Theorie vorausgesetzte Nebeneinander von kognitiven und emotionalen Entwicklungsprozessen, im Nebeneinander von therapeutischen Maßnahmen, die auf die Erweiterung der konfliktfreien Ich-Funktionen abzielen, von Gegenübertragungsgefühlen, deren Analyse dem Therapeuten hilft, die intrapsychischen Prozesse des Patienten besser verstehen zu können, und einer von *Kernberg* postulierten therapeutischen Haltung der Sorge für den Patienten.

Die Überlegungen *Kernbergs* verdeutlichen den Schritt, den ich als zwangsläufige Notwendigkeit vollzogen habe: bei der Erklärung und Behandlung von archaischen Ich-Krankheiten primär von der Gruppe und der Interdependenz von Ich- und Gruppenentwicklung auszugehen, und nicht von einem Individuum, dessen Selbstverwirklichung

und Entwicklung von Anpassungsnotwendigkeiten und Triebbedürfnissen abhängig ist. *Kernberg* kann nicht begreifen, daß das Annehmen der symbiotischen Übertragung des Patienten vorerst eine existentielle, lebensrettende Bedeutung für diesen hat. Nach *Kernberg* vollzieht sich die Integration des Ich unter dem Einfluß von libidinösen Triebabkömmlingen und aggressiven Triebstreben.

Anstelle der von *Kohut* und *Kernberg* immer noch angenommenen Triebenergie und Libidozufuhr und -abfuhr und des Dualismus von Gut und Böse, von Aggression und Libido, setzen wir den Begriff der Sozialenergie, der den Menschen ganzheitlich in der Verwobenheit mit seiner Umwelt begreift, d. h. Gruppe, Gesellschaft, Natur und Universum.

Wir haben aus gutem Grund mit dem Kategoriendenken der herkömmlichen Psychoanalyse und Psychiatrie gebrochen und meinen den Menschen nur vom ganzheitlichen Denken her, nämlich von tiefen Bedürfnissen, Begabungen, geheimen Phantasien und schlimmen Verletzungen und letztendlich auch von der Fähigkeit krank sein zu können, verstehen und begreifen zu können. Der Mensch mit seinen Persönlichkeitsstrukturen ist in erster Linie entworfen und abhängig von seinen Mitmenschen, seinen Gruppen, der Gesellschaft und der Welt. Die soziale Energie, die Menschen sich geben können, beeinflusst letztendlich auch genetische und hirnstrukturelle Entwicklungen, wie unsere neue Disziplin an vielen Ansatzpunkten von Forschung und Empirie beleuchtet. Wir sind hier vielen Forschern in der Welt verbunden, die unabhängig von uns und von ganz anderen Dimensionen her, wie z. B. *Jantsch* von der Astrophysik oder *Rotenberg* und *Zenkov* von der Hirnforschung, unsere Annahmen bestätigen.

Bevor ich auf mein Verständnis der Sozialenergie näher eingehe, möchte ich kurz meine Narzißmustheorie erläutern: Der Begriff des Narzißmus hat in meinem theoretischen System einen Doppelcharakter. Ich verstehe ihn einerseits als zentrale Ich-Funktion des konstruktiven Narzißmus im Sinne einer anfänglichen Potentialität kindlicher Entwicklung, andererseits verstehe ich den Narzißmus im Sinne eines energetischen Prinzips. Somit integriert der Narzißmus, wie ich ihn verstehe, ich-strukturell den individuellen und den Gruppen-Aspekt menschlicher Existenz. Ich möchte zunächst auf den letztgenannten Aspekt meiner Narzißmuskonzeption eingehen.

Indem ich an die Stelle des *Freudschen* Instanzenmodells ein gruppenabhängiges und gruppenbezogenes Ich-Struktur-Modell setze, wird innerhalb dieses Modells die energetische Frage nicht mehr biologisch, sondern gruppendynamisch und psychodynamisch gelöst. Es hat auch den Vorteil, daß sich die ökonomischen Probleme, wie sie im Rahmen der *Freudschen* Instanzenlehre notwendigerweise auftreten und hier nicht lösbar sind, erübrigen. Im Gegensatz zur Auffassung *Freuds*,

Hartmanns, Rapaports u. a., die den Trieb als treibende Kraft menschlichen Lebens und Handelns begreifen, werden die Ich-Funktionen in meinem Ich-Struktur-Modell aus der Sozialenergie gespeist.

In meiner Behandlungsmethodik unterscheide ich zwischen narzißtischer Bestätigung und sozialenergetischer Auseinandersetzung. Zwischen narzißtischer Bestätigung und sozialenergetischem Arbeiten muß eine flexible Regulation durch den Therapeuten stattfinden. Narzißtisch Kranke erleben jede Leistungs-, Lern- und Veränderungsanforderung als existentiell bedrohlich und als schwere Kränkung. Ein zu starkes konfrontatorisches Arbeiten kann daher zur Reaktivierung archaischer Verlassenheitsgefühle führen. Aus diesem Grund schlagen diese Menschen unter den genannten Bedingungen jede Sozialenergie zurück. Eine Überbetonung von narzißtischer Bestätigung andererseits führt zu einer symbiotischen Situation, in der letztlich kein Strukturgewinn erreicht wird. Wir konnten finden, daß in der Therapie letztendlich beide Elemente – narzißtische und soziale Energie – zu Ich-Struktur-Wachstum führen.

In der Behandlung stellt sich bei jedem einzelnen Patienten immer wieder die methodische Frage, inwieweit Bestätigungen des Patienten im Sinne der Anerkennung und Unterstützung einen ich-strukturellen Niederschlag finden. Wird der Patient narzißtisch bestätigt, fühlt er sich zwar wohl und aufgehoben in der therapeutischen Situation, ist aber wieder seinen Problemen und Defiziten überlassen, sobald er diese Situation verläßt. Ihm ist nur passager, nicht bleibend geholfen.

Narzißtische Bestätigung ist ein wichtiger Faktor zu Beginn einer Therapie, ist notwendige Voraussetzung für das Bündnis mit den gesunden Ich-Anteilen, auf dem dann die sozialenergetische Auseinandersetzung erfolgen kann. Immer wieder ist es Aufgabe des Therapeuten, zu entscheiden, wo er im Hier und Jetzt der therapeutischen Situation den Schwerpunkt setzen soll. Die Lösung dieser Frage hat zentrale Bedeutung im ich-strukturellen Arbeiten mit archaisch ich-kranken Patienten. Diese Menschen können lange Zeit, auch in der Therapie, nicht ihre eigenen Schwierigkeiten, Destruktionen und Defizite von ihrer Persönlichkeit trennen. Sie sehen die Krankheit nicht als „Feind“, gegen den sie sozusagen gemeinsam mit dem Analytiker zu Felde ziehen, sondern sie verstehen jede Konfrontation oder Abgrenzung als Angriff gegen ihre eigene Person.

Man könnte es auf den Nenner bringen, daß das sozialenergetische Arbeiten mit dem Ziel einer Annahmefähigkeit von Sozialenergie beim Patienten wichtiger ist als ein eingegengtes Fokussieren von Übertragungsdeutung. Die Deutung bleibt zumal bei archaisch ich-kranken Patienten oft intellektuell, ohne strukturelle Veränderungen einzuleiten. Dies gilt für Einzel- wie für Gruppenpsychotherapie. Aufgrund unserer gruppensystemischen und gruppenpsychotherapeutischen Erfahrung können wir sagen, daß in der therapeutischen Gruppe die Patienten ihre

frühe Gruppendynamik wieder herstellen und erfahrenes Leid und Wut darüber realitätsnah wiedererleben.

Zentral in der therapeutischen Arbeit ist es, die Ganzheit der Persönlichkeit des Patienten, seine Begabungen, Interessen und Fähigkeiten, einzubeziehen. Gerade die konstruktiven Ich-Funktionen des Leidenden bedürfen sozialenergetischer Beachtung, dienen als Kontaktbrücke und Identitätsangebote. Hier setzt meine Methodik der sozialenergetischen, ich-strukturellen Arbeit ein, die ich auch als Identitäts-Therapie bezeichnet habe und in der es erforderlich ist, daß der Therapeut sich als ganze Person zur Verfügung stellt.

Wir glauben sagen zu können, daß die Sozialenergie einen Aspekt des holistischen Prinzips der Dynamischen Psychiatrie mit all ihren Lebens- und Arbeitsbereichen darstellt und damit auch einen synergistischen und integrativen Charakter besitzt.

Bei den archaischen Ich-Krankheiten ist grundsätzlich auch die Ich-Funktion des Narzißmus gestört. Die große Bedeutung des Narzißmus in der Genese der Erkrankung und in der Therapie dieser Patienten spiegelt sich innerhalb der Behandlung im narzißtischen Widerstand wieder. Phänomenologisch hat *Karl Abraham* bereits 1919 eine detaillierte Beschreibung des narzißtischen Widerstandes gegeben. Er führt aus, wie diese Patienten versuchen, den Analytiker zu kränken. Allerdings hat er dabei die besondere Kränkbarkeit dieser schwerkranken Patienten übersehen, die an sich den Kern dieser Form des Widerstandes darstellt. Diese Patienten empfinden jede Kontaktaufnahme und jedes Lernen im Leben als narzißtische Kränkung, sie wüßten sowieso alles besser als der Therapeut und können keinen Lernprozeß zulassen. In gewisser Hinsicht ist der gesamte psychotherapeutische Prozeß als Lernprozeß aufzufassen, der bei diesen Patienten nur schwer stattfinden kann. Auf eine einfache Formel gebracht heißt das: Da der Patient ohnehin alles besser weiß als der Analytiker, muß in Wirklichkeit der Analytiker von ihm lernen und ihm dankbar sein, daß er zur Analyse kommt. Diese Einstellung ist während des psychoanalytischen Vorinterviews daran zu erkennen, daß der Patient die Frage, was er von der Therapie erwartet und warum er zur Behandlung komme, im Unklaren läßt.

Der narzißtische Widerstand wird häufig übersehen, wenn der Narzißmus des Patienten seinem äußeren Erscheinungsbild völlig widerspricht. So kann ein gebückt gehender, farbloser Mensch mit chronischer Akne, zwanghaft in eigene Grübeleien verstrickt, sich selbst als einen kreativen und schönen Jüngling erleben. Narzißmus ist unabhängig von Herkunft, Bildung und äußerer Erscheinung des Patienten: Erst wenn man dieses Geschehen beim Patienten versteht, wenn der Therapeut ihn in seinem Selbstgefühl annimmt, kann der Patient seinen Widerstand aufgeben. In ihrem Leben haben diese Patienten nie ein Angenommen-Sein um ihrer selbst willen erfahren.

Aufgrund dieses in der Kindheit erworbenen Defizites können sie auch im späteren Leben einen menschlichen Kontakt nicht annehmen. Sie vermeiden Auseinandersetzung, um Kränkung und damit einhergehende Verlassenheitsgefühle zu vermeiden. Ebenso wie jede Auseinandersetzung vermeiden sie auch Kontakt mit der Realität, schaffen sich eine eingeeengte Wahrnehmung, die sie als Abwehr von Todesängsten aufrechtzuerhalten versuchen.

Was in der Psychotherapie als Widerstand erscheint, tritt im Leben als Abwehrmechanismus oder besonders geartete Persönlichkeit in Erscheinung. Der narzißtisch, kontakt- und angstgestörte Mensch wird im Leben verweigernd reagieren. Wir haben in unseren Ausbildungsinstituten und Kliniken über Jahrzehnte die oben beschriebene Leistungs- und Kontaktverweigerung beobachten können. Jegliche Form von Konfrontation oder Kritik wird von derartigen, oft hochbegabten Menschen als narzißtische Kränkung empfunden und daher nicht ernstgenommen. Das Nicht-Ernstnehmen von anderen Menschen, Aufgaben und das im tiefen Sinne sich selber Nicht-Ernstnehmen-Können, ist hier eine der Schwierigkeiten von Therapie und Erziehung.

Hier ergibt sich die Frage der behandlungsmethodischen Strategie; wir halten hierbei für wichtig:

1. Vermeidung von jeglicher Konfrontation auf der konkreten Ebene, mag sie noch so berechtigt erscheinen.
2. Empathisches Verständnis für die Angst, wobei dem narzißtisch Kranken geholfen werden muß, daß er lernt, diese Angst, die auch immer mit Eifersuchtsangst verbunden ist, zu ertragen und durchzustehen. Dabei sollte der Therapeut empathisch Bundesgenosse gegen diese Angst werden. Wenn es dem Leidenden gelingt, diese Angst zu ertragen, wird er mehr und mehr Kontakt zu sich selber, zum Therapeuten, anderen Menschen und Dingen spüren und die Angst wird nachlassen.
3. Bei Bearbeitung obiger Punkte wird es bei einer Reihe von Therapien möglich sein können, wachsende Einsicht zu erreichen und paranoische Tendenzen schrittweise abzubauen. Diese Erkenntnisse gewannen wir bei der Nachuntersuchung einer Reihe gescheiterter Therapien und Ausbildungsverläufe.

Zum Abschluß dieses Komplexes müssen wir noch auf die Rolle der immer damit verbundenen Wut und Destruktion hinweisen, die auch eine durchaus defizitäre Aufprägung haben kann und häufig mit viel Schweigen einhergeht. Diese Wut ist in der Regel immer auf denjenigen gerichtet, von dem Kontaktangebot und Leistungsaufwurf ausgeht. Die Wut ist sozusagen die Kehrseite der Angst und muß entsprechend methodisch gehandhabt werden. Bei einer negativen und provozierenden Einstellung des Therapeuten kann es zu einer gegenseitig mit Wut besetzten Pattstellung in der Therapie kommen, die den therapeutischen Prozeß über längere Zeit lahmlegen kann. Entscheidend in der Behand-

lung ist immer der Bezug zu dem Hier und Jetzt der ich-strukturellen und gruppendynamischen therapeutischen Auseinandersetzung, d. h. die Beziehungen aus der Vergangenheit oder Gegenwart des Lebens des narzißtisch-paranoisch-Leidenden sind auf die therapeutische Situation zu beziehen.

Im Folgenden möchte ich auf die Dynamik der Unerreichten im Speziellen eingehen. Immer wieder treffen wir in unseren ambulanten Analysen und Gruppentherapien in unseren Instituten und in unserer Klinik Menschen, die wir nicht erreichen können, obwohl sie oft jahrelang in Behandlung sind. Es sind die Menschen, die weder in ihrem Menschsein durch Kontakt noch durch körperliche Berührung erreichbar sind. Sie sind oft von einer Aura umgeben, die uns hindert, sie zu berühren; und sie können auch selbst keine anderen Menschen berühren. Man kommt überhaupt nicht auf die Idee, sie zu streicheln oder sie anzufassen, genauso wenig sind sie fähig, mit anderen Menschen in einen körperlichen Kontakt zu treten. Diese Menschen gehören auch zu den Schweigern in den Therapiegruppen und in den Teamsitzungen und provozieren dadurch die Aggressionen der anderen und stellen somit die Situation wieder her, die sie am meisten fürchten und unter der sie am meisten gelitten haben. So sind sie wieder die Verlassenen und Unverstandenen. Sie delegieren ihre Wut so wie ihre zersplitterten Identitäten an die sie umgebenden Menschen. Dabei sind sie unfähig, eigene Aggression zu äußern, ihre Handlungsweise ist destruktiv-aggressiv gegenüber ihren Beziehungspersonen und letztendlich gegen sich selbst. Der unerreichte Patient wird immer ihm wichtige Beziehungspersonen verlieren und dann die Situation des Aufgegeben-Seins in der Therapie, die er so sehr fürchtet, wieder herstellen. Er gibt sich oft selbst auf, nicht nur in Solidarität mit anderen Aufgegebenen im asozialen Milieu, sondern auch in einer Flucht in tote Beziehungen.

Diese Menschen sind im tiefsten Sinne nicht gruppenfähig, sind gegen jegliche Gesellschaftsform, können sich nicht festlegen, keinen Standpunkt beziehen in Partnerschaft und Beruf und können keine Verbindlichkeit eingehen. Sie lehnen jegliches Eintreten für eine Sache ab. Manchmal sind ihre Fluchtmechanismen Drogen, Alkoholismus und Prostitution. Obwohl sie oft von hoher Intelligenz sind, können sie keinen Leistungsanforderungen standhalten, sondern leben in einer Phantasiewelt.

Das besonders verführerische Moment der Unerreichten ist, daß sie passager warmherzig, kontaktfähig und liebevoll sein können, wenn sie ein Ziel verfolgen, wodurch Partner oder Therapeuten ausgebeutet werden, während sie andererseits kalt und beziehungslos sind.

Ganzheitlich gesehen sind dies menschliche Möglichkeiten, die jedoch im Fall der Unerreichten ganz starrem Zwang und Wiederholungsmechanismen unterliegen. Es kommt darauf an, ihre Bedürfnisse

zu verstehen, sich unter bestimmten Bedingungen existent zu erleben. Zugrunde liegt diesen Menschen, wie bereits oben erwähnt, ihre tiefe Verlassenheits- oder Urangst. Sie erleben ein Todesgefühl der Verlassenheit, sowie sie andere Menschen miteinander in Kontakt erleben. Wenn Menschen, die ihnen wichtig sind, Kontakt haben zu anderen Menschen in oft harmloser Art, erleben sie ein Vernichtungsgefühl. Dies kann oft schon ausgelöst werden, wenn der Partner ein Buch liest. Die destruktive Aggression, die bei diesen Menschen immer wieder durchbricht, habe ich bereits 1968 beschrieben, sie kann bis hin zum Mord, aber auch zum Selbstmord führen.

Seit über 30 Jahren habe ich mich mit dem Problem der Unerreichten auseinanderzusetzen gehabt und habe erst im Laufe der letzten Jahre mehr und mehr das diesen Leidenden Gemeinsame erkennen können. Es handelt sich bei ihnen um Menschen, die durch formale Therapie und Interpretation von Übertragung, Widerstand oder Analyse ihres Verhaltens nicht erreicht werden können, d. h. daß man keinen spürbaren Kontakt zu ihnen dadurch aufnehmen kann und daß sie keine Einsicht entwickeln können. Sie fühlen sich jedoch nach einiger Zeit in der Klinik wohl, besonders bei Tätigkeiten, die ihre Phantasiewelt erreichen wie Maltherapie, Theatertherapie oder Tanztherapie, und bei Projekten jeglicher Art im Milieu und nehmen oft auch erotisierte Beziehungen symbiotischer Art zu anderen Patienten auf. Besonders kritisch ist jedoch die Zeit einer Entlassung, besonders wenn sie gegen ihren Willen durch Angehörige erzwungen wird. Ich erinnere da eine Patientin, die ich in der Menninger Klinik in Topeka/Kansas/USA behandelt habe, die mit schweren Zwangsvorstellungen – ihre Kinder von einer Brücke in einen Fluß zu werfen – und Depressionen mit schweren Schuldgefühlen und in einer toten Ehe mit ihrem autoritär zwanghaften Mann lebend zu uns kam. Bereits nach 10 Wochen Milieuthherapie, wobei ihr Malen, Ballettanzen und Blumen pflegen in unserem Garten besonders Freude machten, fühlte sie sich wohl und liebte auch Gespräche über diese Aktivitäten; sie wurde dann aber von ihrem Mann gezwungen, die Klinik zu verlassen, da er meinte, sie wäre jetzt gesund, jedoch einige Wochen nach der Entlassung schoß sie sich dann mit dem Jagdgewehr ihres Mannes in den Gaumen. Sie hatte nur Freude in der Klinik, benutzte sie wie ein märchenartiges Exil, konnte jedoch weder Einsicht noch Standpunkt, noch Kontakt über ihre Gefühle oder Pläne entwickeln.

Ein unerreichter Patient unserer Klinik, fortgeschrittener Medizinstudent, war in der formalen Gruppentherapie ein ständiger Schweiger, während er im Klinikmilieu sich dumm und schwachsinnig darstellte, obwohl sein Intelligenztest der normalen Skala entsprach. In der Theatertherapie wurde er erreicht, da er auch dort in einem Theaterstück einen sich schwachsinnig stellenden Müllerburschen spielte. Bei der

Trennung jedoch, die er hartnäckig über Monate hinausschob, da er mit größter Angst auf Trennung und Abschied reagierte, war er erstmalig ganz spürbar und konnte später sein Medizinstudium in einer anderen Stadt wieder aufnehmen und Freundschaften entwickeln. Er war ein zuletzt geborener Drilling und hatte in der Kindheit nie die Wärme einer ihn ernstnehmenden Mutter erfahren und wurde von seinen Geschwistern als ein Dummchen behandelt, wodurch er auch Hilfe für die praktischen Seiten des Lebens bekam. Seine geheime Vorstellung von sich, die bei den späteren Gesprächen in der Therapie herauskam, war jedoch, daß er sich für einen großen Dichter hielt und sich mit Hermann Hesse identifizierte. Wir sehen auch hier die Bedeutung der Trennung, allerdings einer konstruktiv verlaufenden Trennungsphase und die Möglichkeit, den Patienten zu erreichen durch das bildhafte Erleben seiner Theaterrolle. Ferner durch die Grenzsituation von Trennung und drittens seine verschiedenen Identitäten: der Dumme, der Mediziner und der große Dichter.

Eine ständige Schweigerin, die von den Eltern wegen grober Verwahrlosung, Lern- und Berufsunfähigkeit und Depression zu uns in Behandlung kam, schwieg über 2 Jahre in den formalen Therapien und träumte auch während der meisten milieutherapeutischen Aktivitäten. Erst nach Einführung der Tanztherapie konnte sie durch ihren Körper sich innig und eindringlich als orientalische Sklavin, die gefesselt war, ausdrücken. In den Briefen, in denen sie mir ihre Zuneigung und Dankbarkeit ausdrückte, daß sie tanzen durfte, wurde sie spürbar für sich selbst, die Gruppe und die Therapeuten. Von da an begann eine Entwicklung, die vergleichbar war mit der Entwicklung eines Kindes in einem gütigen und annehmenden Elternhaus.

Die Spaltung der Persönlichkeit wurde besonders deutlich bei einem jungen Architekten, den ich ebenfalls einmal in den USA in Behandlung hatte, der trotz hoher Begabung unfähig war, seine berufliche Arbeit in den verschiedenen Architektenbüros über längere Zeit durchzuführen. Er wirkte äußerlich wie ein völlig angepaßter, demütiger, braver Musterschüler, war auch über Phasen seines Lebens mit beruflich erfolgreichen und menschlich wertvollen Partnerinnen, die ihn sehr schätzten und liebten, befreundet, verschwand jedoch zwanghaft immer wieder in der Unterwelt von New York, war oft wochenlang nicht zu erreichen, um dort in Lokalen oder Bordellen sich total als Henry Miller oder als der Steppenwolf zu erleben und sich dabei voll existent zu fühlen. Er glaubte dann, ein bedeutender Dichter zu sein. Sein ihn damals behandelnder Therapeut war von ihm verführt und meinte, daß er ein außergewöhnliches und bedeutendes Leben führte und daß er sich weder an seine Berufsaufgaben noch an seine Partnerin anzupassen brauche. Er weckte manchmal sogar bei dem Therapeuten Gefühle, daß er diesen Patienten am liebsten zu seinem Freund hätte. Das Moment der Faszina-

nation wird hier besonders deutlich wie auch der Aspekt, sich nur in Grenzsituationen des Lebens existent fühlen zu können.

Als er die Therapie abgebrochen hatte, hielt der Therapeut das sogar für einen eigenen verantwortlichen Lebensschritt, während ihn seine Freundin jedoch des nachts in allen Unterweltskneipen suchte und schließlich fand. In dieser Grenzsituation fühlte er sich verstanden, daß er sich selbst und auch sein Therapeut ihn aufgegeben hatten, er aber von seiner Freundin nicht aufgegeben war. Er brach weinend zusammen und ließ sich in unsere Klinik aufnehmen.

Als er bei der Aufnahme in nicht enden wollenden Erklärungen sein Verhalten zu erklären versuchte und darüber hinaus große Pläne für die Zukunft entwickelte, wurde ihm das Wort abgeschnitten und gesagt, daß ihm kaum zuzuhören sei, daß man ihn als Mensch überhaupt nicht spüren würde und daß er offenbar unter einem Grübelzwang leide. Er reagierte äußerst betroffen und schweigend und sagte dann, daß er das nie gedacht hätte und daß er das Gefühl gehabt hätte, daß er durch Gedanken und Worte Gegenwart und Zukunft in den Griff bekommen könnte und es richtig machen könnte, wenn er nur wollte. Daß das Reden aber ein Zwang wäre, würde ihn erschüttern. Als er sich dann bei der Großgruppe der Klinik vorstellen sollte, war er nicht in der Lage, den Grund darzustellen, warum er in die Klinik gekommen war, zusammenhängend über sein Leben oder gar sein Leiden zu berichten, während jedoch zu gleicher Zeit die Mitpatienten der Klinik in größte Erregung gerieten, sich in chaotischer Weise gegenseitig anschrien, einige psychotisch reagierten, andere aufeinander loszugehen drohten. Als der Therapeut zu dem immerhin schon älter gewordenen Architekten sagte, er sehe also, daß er in eine wirkliche Irrenanstalt gekommen sei und der geheime Grund seiner Aufnahme bei uns wäre wohl, daß er hier ein Buch über uns schreiben wolle. Darüber mußte er amüsiert lächeln. Ein derartiges Lächeln ist mir bekannt, wenn es gelingt, die Unerreichten an einem bestimmten Punkt ihrer Geheimnisse zu erreichen.

Das Geheimnis dieser Menschen zu erkennen ist der Schlüssel ihrer Erreichbarkeit. Dann erst haben sie das Gefühl, verstanden zu werden und können Vertrauen entwickeln.

In unserer Münchener Klinik war eine gutaussehende Frau, die skandalisierend jeden Kontakt ablehnte. Sie schrie Patienten in den Korridoren der Klinik an und schlug manchmal wild um sich. In der Tanztherapie tanzte sie sehr eindringlich, harmonisch und gekonnt, konnte lächeln und gewann dadurch Sympathien bei Mitarbeitern und Mitpatienten, während sie in der Gruppentherapie wieder endlose Klagen erhob, wobei jedes rationale Eingehen auf diese Klagen zu nichts führte, sie lächelte aber wie ein Kind, wenn man zu ihr sagte, daß man morgen mit ihr reiten gehen werde. Dies zeigt eine Erreichbarkeit, ob für den Augenblick, für kurze Dauer und vielleicht für längere Zeit, wenn man

nicht auf skandalisierende Reden dieser Leidenden eingeht, sondern bildhaft denkend auf eine ganz andere Ebene der Kommunikation eingeht.

Einmal ereignete sich, daß sich vielleicht nicht ganz zufällig eine Projektgruppe der Klinik aus nur unerreichten Leidenden zusammengesetzt hatte, wobei noch dazukam, daß zwei ausgesprochen scheue und zurückgenommene Krankenschwestern diese Gruppe betreuten. Diese Gruppe bildete für längere Zeit das Hauptproblem der Klinik, das gesamte Team setzte sich immer wieder mit neuen Vorschlägen mit dieser Gruppe auseinander, bot ihr immer wieder neue Milieuprojekte an, ohne daß dadurch diese tote Gruppe zum Leben erweckt werden konnte. Erst die Auflösung dieser Gruppe und Verteilung der Mitglieder in andere Gruppen brachte hier die rettende Lösung, nachdem erkannt worden war, wie ähnlich die Persönlichkeitsstruktur ihrer Mitglieder war. Durch ich-strukturelle und soziometrische Testuntersuchungen und Gruppenuntersuchungen mit dem Autokinetischen Lichttest konnte die klinische Erkenntnis verifiziert werden.

Trotz Erkennen der Schwierigkeiten dieser Patienten bleiben sie manchmal unerreicht, und zwar dann, wenn sie während der Klinikbehandlung und auch nach der Entlassung ihre existentiellen Bedürfnisse, nämlich Bedürfnisse eines destruktiven und symbiotischen Narzißmus, befriedigen können. So z. B. ein Patient, der in der Kindheit mit sieben Schwestern aufgewachsen war, die ihn verwöhnten, bei schattenhaft autoritär kalten Eltern, der nach einer langjährigen gescheiterten symbiotischen Beziehung, bei der er die Partnerin emotional und wirtschaftlich ausbeutete, derartige Beziehungen mit Mitpatientinnen während der Behandlung und einer Partnerin in einer Wohngemeinschaft nach der Behandlung weiter fortführte, ohne Kontaktfähigkeit und Einsicht entwickelt zu haben.

Das Alpha und Omega meiner Konzeption besteht in der Bedeutsamkeit der Sozialenergie, die sich Menschen zu geben haben bei der Interdependenz von Ich-Entwicklung und Gruppendynamik. Die oben angeführten Beispiele machen dies deutlich. Ich möchte nun die wesentlichen Essentials zur Behandlung dieser unerreichten Menschen darlegen:

1. Der Therapeut muß standhaft an der Seite der Unerreichten bleiben,
2. jedes konkretistische Mitagieren mit dem Patienten vermeiden,
3. mit dem Patienten mit rechtshemisphärischer Bildersprache umgehen und Einsatz in therapeutische Projekte. Die frühe archaische Bilderwelt des Patienten wird angenommen zusammen mit der von ihm angebotenen symtiotischen Übertragung.
4. Einkreisung des Patienten durch das therapeutische Milieu,
5. Aufhebung der Persönlichkeitsspaltung durch Verständnis ihrer existentiellen Angst vor Kontakt und Identität,

6. Behandlung der schweren depressiven Phase, die immer mit Suizidalität verbunden ist und die die Situation ihres Unerreichtseins wieder herstellt. Zu bedenken ist, daß die Gruppe der Unerreichten sich selbst und andere Menschen nicht ernst nimmt und außerordentlich destruktiv mit sich selbst und anderen Menschen umgeht, obwohl sie manchmal unfähig sind, Aggressionen zu verbalisieren. Dies wird auch durch die oben dargestellten Behandlungen deutlich. Oftmals delegieren sie nicht bewußt ihre Aggressionen an den Therapeuten oder an ganze Gruppen, wodurch sie wieder einmal die Situation herstellen, Aufgegebene und Angegriffene zu sein.
7. Im Bündnis mit ihren kreativen und geistigen Fähigkeiten und Sehnsüchten müssen diese in ein existentielles Bewußtsein und damit zu einer Identität gebracht werden durch einen therapeutischen Lernprozeß: nämlich Kontakt auszuhalten, Kritik zu ertragen, Alleinsein auszuhalten, um dadurch sich selbst zu spüren; zunächst in einer Phase vorwiegend von Einzeltherapie, bis sie aus diesem zerstörerischen Zirkel von Verlassensein und Aufgegebenheit heraus sind und dann im Kontakt mit dem Therapeuten eine stärkere Befriedigung erleben durch Tätigkeit, Arbeit, Beziehungen und über das Persönliche hinaus tragende Aufgaben.
8. Diese Behandlung wird immer risikoreich sein, auch scheitern können und von Suizidversuchen begleitet sein. Das Risiko muß der Therapeut jedoch auf sich nehmen.
9. Es kommt darauf an, die konstruktiven Kräfte des Ich wieder auf ihren zentralen „Kommandoplatz“ hin zu entwickeln bzw. wieder einzusetzen, wodurch alle zentralen Ich-Funktionen wie Ich-Abgrenzung, Aggression, Angst, Körper-Ich, Gruppenfähigkeit, Kontaktfähigkeit und Kreativität koordiniert werden. Diese Koordinierung nennen wir Identität. In diesem Sinne ist die therapeutische Aufgabe Identitätstherapie und Humanisierungstherapie, d. h. der sich selbst entfremdete Mensch wird wieder kontaktfähig und offen zu sich selbst und anderen Menschen und Gruppen, letztendlich zur Gesellschaft.
10. Ein bedeutender Aspekt ist auch die Unerreichbarkeit des Therapeuten durch diese Patienten. Erst wenn der Therapeut betroffen ist durch diese Patienten und ihr Tun, kann er sicher sein, daß er als ein von ihnen Erreichter auch sie erreicht hat.
11. Eine wichtige Qualität des Therapeuten: er muß verspielt sein, playfulness besitzen, frei sein von moralischem Denken, frei von psychiatrischem Kategoriendenken; er muß fähig sein, frei und ganzheitlich konzeptionell zu denken und auch danach leben, einen Lebensstil besitzen. Mit anderen Worten: ein ich-eingeengter, in Kategorien denkender Psychiater wird einen solchen Patienten nicht behandeln können, was aber kein Grund sein darf, ihn als un-

behandelbar abzustempeln. Auch die Fragwürdigkeit diagnostischen Kategoriendenkens wird dabei besonders deutlich, weil nämlich jegliches dynamische Verständnis und Behandeln abgemauert wird durch das Prokrustesbett diagnostischen Kategoriendenkens.

Aufgrund der Mangelhaftigkeit der uns zur Verfügung stehenden Sprache, die vorwiegend durch das aristotelisch-logische Denken, in dem Systematisierung und Kategorien vorherrschen, geprägt ist, ist es für unsere junge Disziplin außerordentlich schwierig, dieses Problem in wissenschaftliche Begriffe zu fassen. Es ist deswegen verständlich, daß Dichter wie *Dostojewski* oder *Kafka* in diesem Punkt die größeren Psychiater waren. Der bedeutende italienische Linguist und Semiotiker von der Universität Bologna, Professor *Umberto Eco*, hat recht, wenn er schreibt, daß gewisse Erkenntnisse und Zusammenhänge heute manchmal nur durch einen Roman ausgedrückt werden können, was er dann auch tat durch sein Werk „Der Name der Rose“, obwohl ja eine ganze Reihe von Werken universitätsgerecht veröffentlicht worden sind.

Wie Sie gemerkt haben werden, wurde auch ich und werde auch ich immer wieder verführt, psychiatrisch therapeutische Kategorien und Terminologie zu gebrauchen, die aber eigentlich mehr diffamierenden als verstehenden Charakter hat, denn jede Form, einen Menschen in diagnostische Kategorien einzuzwängen, entfremdet ihn von sich selbst und vom Kontakt mit dem Therapeuten. Wenn ich im Untertitel meines Referates von der Behandlungsmethodik des Urnarzißmus spreche, so habe ich schon wieder eine Kategorie gebraucht. Ich wollte damit nur ausdrücken, daß hier zu einer frühen Zeit die menschliche Urbegegnung nicht stattgefunden hat oder stark getrübt war. Es ist wie bei einer Quelle, die bei ihrem Ursprung verschmutzt war.

Entscheidend ist es, eine bedeutsame, bildhafte und den archaischen Urgrund des Menschen erreichende Begegnung herbeizuführen, die auch den Therapeuten zutiefst erschüttert.

The Unreached – On the Treatment Problems of Primary Narcissism

Günter Ammon (Berlin)

When we talk of the unreached, we mean a group of patients who cannot tolerate any kind of profound contact despite years of therapy, where there is no change in the personality, who cannot tolerate any profound understanding of their own anxieties and who have not gained any insight into themselves. Generally they are characterised by suicidal desperation, show psychosomatic attempts at integration and have an insatiable narcissistic basic tendency which is bound to highly marked

destructive and deficitary aggression which often finds expression in anger and years of silence. They spread an aura of untouchability around themselves so much that it does not even occur to the therapist to take them into his arms. They constantly feel deserted and not understood.

From an ego-structural point of view the author sees these people, whom he has come across both in therapy and training, as narcissistically injured borderline patients, whereby in particular the three ego-functions anxiety, aggression and narcissism are concerned. In their narcissistic resistance they deny all co-operation – also in therapy – and experience all confrontations as desertion. They have experienced but few reliable relationships in their primary groups and have been, on the whole, part of extremely destructive and deficitary social-energetic processes. Because they are hardly ever able to express their anger and aggression, they delegate the feelings to those around them and induce again and again the situation of being given-up, although they are actually looking for identity and reliable people.

It is therefore of great importance in the ego-structural work that the therapist remains steadfast at the side of the patient who is unreached and that he avoids all kinds of concrete acting with the patient. In the therapeutic situation the therapist has to decide – within the framework of *Ammon's* concept of social energy – whether narcissistic supply (recognition) or social-energetic interaction is needed. This energetic question must be considered from the groupdynamic point of view as well as from the psychodynamic one. In dealing with the imaginative language of the right brain hemisphere, it is a matter of recognizing the patient's "secret", i. e. his profound, unconscious needs, wishes and motivations.

The author reports on the therapeutic setting which puts at the patient's disposal a simultaneous togetherness and co-existence of different groups such as ego-structural dance, body contact, riding therapy, theatre therapy and painting therapy where they can experience other levels and means of expression. It is especially in these groups that unconscious identificatory needs become clear which cannot be expressed verbally. This work demands from the therapist to be playful and free of moralistic ways of thinking, to be able to think in an holistic conceptional manner and to have his own particular life-style.

As a methodic strategy for treatment the author emphasizes three points:

1. Avoiding all confrontations on the concrete level
2. Empathetic understanding of their existential anxiety and emptiness
3. Help towards a growing insight and to the breaking-down of paranoid tendencies.

This requires a holistic understanding of man which also inevitably brings about a break in the categorical manner of thinking and leads –

with the aid of figurative thought – to the development of new levels of communication. However, the final answer to the question of reaching the unreached has still to be found. "It is decisive to bring about a meaningful figurative meeting which reaches the archaic fundament of the person and which also moves the therapist deeply." (*Ammon* 1983)

Literatur

- Abraham, K.* (1908): Die psychosexuellen Differenzen der Hysterie und der Dementia praecox, In: Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiat. 19, 521–533 und in: Psychoanalytische Studien, Band II (Frankfurt 1971: Fischer)
- (1919): Über eine besondere Form des neurotischen Widerstandes gegen die psychoanalytische Methodik. In: *Abraham, K.* (Hrsg.) Klinische Beiträge zur Psychoanalyse aus den Jahren 1907–1920 (Leipzig, Wien, Zürich: Int. Psychoanalytischer Verlag)
- Ammon, Günter* (1970): Gruppendynamik der Aggression – Beiträge zur psychoanalytischen Theorie. (Berlin: Pinel-Publikationen). Nachdruck: Kindler-Verlag München 1973
- (1973): Psychoanalytische Milieuthérapie. In: *Dyn. Psychiat.* (6) 112–130
- (1978): Das Verständnis eines Entwicklungsdefizits von Ich-Strukturen in Persönlichkeit und umgebender Gruppe als Grundlage für Wissenschaft und Praxis einer Dynamischen Psychiatrie. In: *Dyn. Psychiat.* (11) 120–140
- (1979 a): Entwurf eines Dynamisch-Psychiatrischen Ich-Struktur-Konzepts – Zur Integration von funktional-struktureller Ich-Psychologie, analytischer Gruppendynamik und Narzißmus-Theorie. In: *Ammon, Günter* (Hrsg.) Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
- (1979 b): Der Symbiosekomplex und das gleitende Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten. In: ebd.
- (1979 c): Psychoanalytische Milieuthérapie. In: ebd.
- unter Mitarbeit von *Ammon, Gisela* und *Marsen, B.* (1979 d): Das Borderline-Syndrom und das ich-strukturelle Arbeiten. In: ebd.
- (1982 a): Hirnstrukturen, Unbewußtes und Ich-Strukturologie. In: *Ammon, Günter* (Hrsg.) Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Bd. II (München: Ernst Reinhardt)
- (1982 b): unter Mitarbeit von *Ammon, Gisela* und *Griepentrost, D.*: Behandlungsmethodik und Widerstand von der Traditionellen Psychoanalyse zur Dynamischen Psychiatrie. In: *Ammon, Günter* (Hrsg.) Handbuch der Dynamischen Psychiatrie Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt Verlag)
- (1982 c): Das sozialenergetische Prinzip in der Dynamischen Psychiatrie. In: *Ammon, Günter* (Hrsg.) Handbuch der Dynamischen Psychiatrie Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt Verlag)
- Ammon, G., Bürbiel, I., Finke, G., Wagner, H.* (1982): Ergebnisse Dynamisch-Psychiatrischer Forschung. In: *Ammon, Günter* (Hrsg.) Handbuch der Dynamischen Psychiatrie Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt Verlag)
- Balint, M.* (1968): The Basic Fault. Therapeutic Aspects of Regression. London: Tavistock. Dt. Ausgabe: Therapeutische Aspekte der Regression. Die Theorie der Grundstörung (Stuttgart 1970: Klett)
- Ferenczi, S.* (1909): Introjektion und Übertragung. In: Jahrbuch d. Psychoanalyse (Wien: Deuticke 1910)
- (1921): Weiterer Ausbau der „aktiven“ Technik in der Psychoanalyse. In: *Int. Z. Psychoanal.* (7) 233
- Freud, S.* (1914 a): Zur Einführung des Narzißmus. In: *Ges. W.*, Bd. X. Imago, London 1946
- (1916/17): Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. In: *Ges. W.*, Bd. XI. London 1940: Imago
- Hartmann, H.* (1975): Ich-Psychologie und Anpassungsprobleme Stuttgart: Klett
- (1972): Ich-Psychologie. Studien zur psychoanalytischen Theorie (Stuttgart: Klett)
- Kernberg, O.* (1975): Borderline conditions and pathological narcissism (New York: J. Aronson)

- Kohut, H.* (1976): Narzißmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narziß-tischer Persönlichkeitsstörungen (Frankfurt: Suhrkamp)
- (1979): Die Heilung des Selbst. Dt. überarb. Ausg. (Frankfurt a. M.: Suhrkamp)
 - (1981): Narzißmus als Widerstand und als treibende Kraft in der Psychoanalyse. In: Widerstand – Ein strittiges Konzept in der Psychotherapie. *Petzold, H.* (Hrsg.) (Paderborn: Junfermann-Verlag)
- Rapaport, D.* (1958): The Theory of Ego-Autonomy: A Generalization. In: Bulletin of the Menninger Clinic (22) 13–35
- (1973): Die Struktur der psychoanalytischen Theorie (Stuttgart: Klett).

Adresse des Autors:
Dr. med. Günter Ammon
Meierottostr. 1
1000 Berlin 15

Vergleichsuntersuchungen bei Gruppen narzißtisch depressiv und psychosomatisch reagierender Patienten im Schlaf- und Traumlabor in der Dynamisch- Psychiatrischen Klinik Menterschwaige*****

Günter Ammon (Berlin)*, Ulrich Köppen (München)**,
Margarete Hoffsten (München)***, Gerhard Wolfrum (München)****,
Viktor Terpeluk (München)*****, Margit Vilbig (München)*****,
Helmut Hoffmann (München)*****

Die Autoren geben einen Überblick über den Aufbau und die bisherige Forschungsarbeit des Schlaf- und Traumlabor der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige und stellen neben einer Einführung in das ganzheitliche Verständnis von Schlaf und Traum innerhalb des theoretischen Konzepts der Berliner Schule Günter Ammons erste empirische Ergebnisse aus Schlafuntersuchungen mit depressiv und psychosomatisch reagierenden Patienten vor. Das Hauptanliegen der Autoren bestand in der Frage der Beziehung zwischen Ich-Struktur und Schlafverhalten, d. h. ob sich die spezifische Ich-Struktur eines Menschen in quantifizierbaren Parametern des Nachschlafs widerspiegelt. In dieser ersten Pilot-Studie wurden mit Hilfe der Standard-Parameter Gesamtschlafzeit, Dauer der einzelnen Schlafstadien, Dauer der REM-Phasen und Latenzzeiten empirische Vergleiche zwischen depressiv und psychosomatisch reagierenden Patienten sowie einer Kontrollgruppe von gesunden Probanden vorgenommen. Desweiteren wurden Korrelationen zwischen den jeweiligen Schlafparametern und den Skalen „Aggression“, „Angst“ und „Abgrenzung“ des Ich-Struktur-Tests nach Ammon (ISTA) errechnet. Es ergaben sich deutliche Unterschiede in den Schlafparametern zwischen den gesunden Probanden und den beiden Patientengruppen der Klinik (längere Gesamtschlafzeit, höherer Anteil an

* Dr. med., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychoanalyse, Chef-Consiliarius der Dynamisch-Psychiatrischen Kliniken

** Psychiater und Oberarzt, Mitarbeiter der Forschungsabteilung der Dynamisch-Psychiatrischen Kliniken

*** Dipl.-Psych., Mitarbeiter der Forschungsabteilung der Dynamisch-Psychiatrischen Kliniken

**** Dipl.-Psych., Mitarbeiter der Forschungsabteilung der Dynamisch-Psychiatrischen Kliniken

***** Dipl.-Psych., Mitarbeiter der Forschungsabteilung der Dynamisch Psychiatrischen Kliniken

***** Dr. rer. nat., freie Mitarbeiterin der Forschungsabteilung der Dynamisch Psychiatrischen Kliniken

***** Mitarbeiter der Forschungsabteilung der Dynamisch Psychiatrischen Kliniken

***** Vortrag gehalten auf dem 2. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP und XV. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 12.-16. 12. 1983 im Kongreßzentrum München

¹ Unser Dank gilt allen Mitarbeitern, die uns bei der Planung und Durchführung der Untersuchung unterstützten, besonders Frau Ingeborg Boueng, Krankenschwester der Dynamisch Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, sowie allen an der Untersuchung beteiligten Patienten.

„Leichtschlaf“, Verminderung des „Tiefschlafs“ bei letzteren), aber ebenso signifikante Unterschiede zwischen den beiden Diagnosegruppen (z. B. kürzere Schlaf latenz bei psychosomatisch reagierenden Patienten). Diese Ergebnisse lassen die Eignung der Schlaf- und Traumforschung als diagnostisches Instrument erkennen und liefern – in Form der Korrelationen mit den ISTA-Skalen – empirische psychologische Belege für die Validität des Ich-Struktur-Modells der Berliner Schule. Langfristig lassen sie die Hoffnung, mit diesem Forschungsansatz ein Instrument der Therapieverlaufs- und Effizienzforschung zu gewinnen, berechtigt erscheinen.

Schlaf wird heute immer noch weitgehend verstanden als ein Zustand, der der Ruhe und Erholung dient, in dem das Bewußtsein und die willkürlichen Körperbewegungen herabgesetzt oder aufgehoben sind.

Schlafforschung im wissenschaftlichen Sinne gibt es seit rund 100 Jahren. Die Wissenschaft ergänzt die oben beschriebene Sicht um die Erkenntnis, daß das Gehirn im Schlaf zeitweise sogar außerordentlich aktiv ist.

Dagegen weisen frühere Kulturen ein tieferes Verständnis Schlaf und Traum auf: Bei den Griechen brachte Gott Hypnos, als kleiner Bruder des Todes, dem Menschen den Schlaf. Der Schlaf wurde auch als Bedrohung gesehen – z. B. als Dämon, der den Menschen überfällt. Gleichzeitig hat der Schlaf ein *schöpferisches Moment*: Im Verständnis der Ägypter ist Schlaf das Eintauchen in das Urwasser, wobei der Mensch Göttern und Verstorbenen begegnen *kann*. Dieses kreative Moment des Schlafes zeigt sich besonders in der griechischen Kultur: An den heiligen Stätten bringt der Schlaf die Offenbarung der Gottheit wie ein Orakel. Im Rahmen des Asklepios-Kultes diente der Schlaf einer *heilenden Veränderung* des Menschen. Dabei hatte der Schlaf eine zentrale Bedeutung, aber die Priester und Ärzte dieser Heiligtümer bezogen den ganzen Menschen mit ein; die begleitenden Rituale umfaßten den Menschen in seiner Körperlichkeit und Geistigkeit, um eine Heilung, das heißt Veränderung, herbeizuführen. Dies entspricht auch dem Verständnis von Therapie bei Ammon, wie ich es kürzlich (Ende 1983) anläßlich eines Interviews zur Tanztherapie dargelegt habe.

Meine Humanstrukturologie versteht den Menschen ganzheitlich; sein Körper, seine Gefühlswelt, seine Geistigkeit, seine Begabungen, seine Erotik und all seine menschlichen Möglichkeiten werden immer mit einbezogen. Diese Ganzheitlichkeit, die von einem positiven Menschenbild getragen wird (Ammon 1982b) spiegelt sich auch in der Breite des therapeutischen Behandlungsangebotes wider. Hier eröffnen sich dadurch ganz neue Zugangswege zum kranken Menschen; in der Milieuthérapie, aber besonders in der ich-strukturellen Tanztherapie wird der Körper des Menschen als Medium für sprachlich sonst nicht Mitteilbares eingesetzt.

Auch im Schlaf wird der körperliche und unbewußte Aspekt des Menschen betont; die Sprache tritt in den Hintergrund. Den Menschen im Schlaf zu beobachten heißt, seine körperlichen Mitteilungen aufzu-

nehmen, um sie im Zusammenhang mit seiner gesamten Persönlichkeit zu verstehen. Im Sinne einer *ganzheitlichen Diagnostik* liegt es nahe, neben dem, was uns der Mensch am Tage zeigt, auch die bislang noch unerschlossenen Mitteilungen des Menschen während der Nacht mit einzubeziehen. Die Besonderheit dieses Zugangs besteht ähnlich wie in der milieuthérapeutischen Arbeit- in der *Unmittelbarkeit der Beobachtung*: Die Verfälschungsmöglichkeiten der Sprache sind ausgeschlossen; es handelt sich um Mitteilungen über und durch den Körper.

Mit dem zunehmenden Interesse an der Erforschung unbewußter Prozesse im Rahmen der Theorieentwicklung der Berliner Schule *Günter Ammons* eröffnete sich mit diesem Ansatz die Hoffnung, einen weiteren möglichen Zugang zum Unbewußten zu gewinnen. Richtungweisend waren hierbei auch die neuesten Ergebnisse aus der neurophysiologischen Grundlagenforschung, vor allem der hochdifferenzierten Forschung aus der UdSSR, zentriert um *Zenkov* (1978) und *Rotenberg* (1982). Sie wurden Kristallisationspunkte einer Diskussion um die Wirkung von Sozialenergie (*Ammon* 1982a) auf Hirnstrukturen.

Ein Verständnis des Schlafes, welches den ganzen Menschen einbezieht, gibt es in der Schlafforschung bislang nur ansatzweise, wohl aber stellt uns diese Wissenschaft eine ausgereifte Meßmethodik zur Verfügung. Unser Grundanliegen besteht daher darin, das Schlafverhalten des Menschen aus diesem ganzheitlichen Verständnis heraus zu untersuchen und sich hierzu der vorhandenen Methodik zu bedienen.

Systematische Erforschung des Schlafs

Erste systematische Erforschungen des Schlafes stammen bereits aus der Mitte des vorigen Jahrhunderts. Es wurde der Verlauf der Schlafiefe während einer Nacht mit Hilfe von akustischen Weckschwellen ermittelt. Dabei zeigte sich, daß die Reaktion auf äußere Reize und Geräusche im Schlaf stufenweise abnimmt. Die Schlafkurven von *De Sanctis* u. *Neyroz* (1902) weisen bereits erstaunliche Ähnlichkeit mit den Ergebnissen auf, die heute mit modernen apparativen Methoden möglich sind.

Ein Meilenstein in der Geschichte der Schlafforschung war die Entwicklung des Encephalogramms durch *Berger* (1929). Diese Untersuchungsmethode erlaubt es, Gehirnströme während des Schlafes kontinuierlich aufzuzeichnen. *Loomis, Harvey* und *Howard* (1937) konnten erstmals den kontinuierlichen Wechsel im Laufe einer Nacht als Charakteristikum des menschlichen Schlafes aufzeigen. Sie ordneten den fünf Kategorien des Schlafes ein bestimmtes EEG-Muster zu: Kriterien hierfür waren Frequenz und Amplitude der Gehirnwellen.

Die Entdeckung der sogenannten REM-Phasen und ihres Zusammenhangs mit Träumen durch *Aserinsky* und *Kleitmann* (1953) und das

Klassifizierungssystem von *Dement* und *Kleitmann* bilden die Basis der heutigen Schlafforschung. Eine typische Schlafkurve eines gesunden jungen Erwachsenen zeigt Abbildung 1.

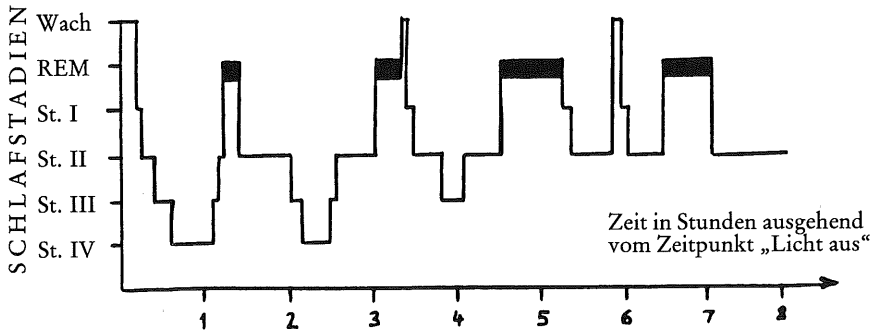


Abb. 1 Abfolge der Schlafstadien und Schlafzyklen eines jungen Erwachsenen in schematischer Darstellung; die dunklen Felder repräsentieren die Traumphasen.

Der Stadienverlauf einer Nacht

Nach dem Zu-Bett-Gehen verbleibt der Mensch wenige Minuten im Wachzustand, das anschließende Stadium I umschließt den Einschlafbeginn. Anschließend durchläuft der Schläfer das Stadium II, dann das mittlere Stadium III bis zum Tiefschlaf IV. Während dieser Stadien verändert sich die Hirnkurve von niedriger Amplitude und relativ hoher Frequenz zu hoher Amplitude und niedriger Frequenz. Die Weckschwelle, d. h. die Reaktion auf Außenreize, nimmt wie oben gesagt in gleicher Weise ab. Nach Schlafstadium IV werden die Stadien in umgekehrter Richtung durchlaufen, wobei im Anschluß an das Schlafstadium II die erste REM-Phase auftritt. Die Bezeichnung REM entstand aus der Abkürzung für „rapid eye movement“, da für dieses Schlafstadium schnelle Augenbewegungen hinter den geschlossenen Lidern charakteristisch sind. Im Wachzustand treten solche Augenbewegungen z. B. beim Lesen und beim Betrachten von Filmen auf. Die Hirnaktivität während der REM-Phasen ist der des Wachzustandes sehr ähnlich, gleichzeitig ist der Muskeltonus auf ein Minimum reduziert. Die REM-Phasen stehen jeweils am Ende eines sog. Schlafzyklusses, vier bis sechs solcher Schlafzyklen werden jeweils pro Nacht durchlaufen. Den gesamten Verlauf einer Nacht, wie er in Abb. 1 schematisch dargestellt ist, bezeichnet man als Schlafprofil. Zur quantitativen Erfassung des Schlafprofils werden in der Wissenschaft üblicherweise folgende Standardparameter verwendet: Gesamtschlafzeit, die Dauer der einzelnen Stadien, sowie die Zeitstrecken bis zum ersten Auftreten der einzelnen Stadien,

d. h. die sog. Latenzzeiten. Wie diese Variablen im einzelnen definiert sind, werden wir im Ergebnisteil dieser Untersuchung darstellen. Zwar können die Schlafvariablen von Nacht zu Nacht variieren, sie zeigen jedoch intraindividuell eine gewisse Stabilität und interindividuell – berücksichtigt man besondere Altersgruppen – eine bemerkenswerte Übereinstimmung, so daß man zu Recht von einem Normalschlafverhalten sprechen kann. Diese Behauptung ist durch die hohe Übereinstimmung diesbezüglicher Befunde aus über vierzig von einander unabhängigen Schlaflabors gesichert. Eine Zusammenstellung findet sich z. B. bei *Schubert* 1978 und *Williams et al.* 1974.

Abweichungen von diesem Normalschlafverhalten müssen nicht unbedingt als Ausdruck einer Krankheit gesehen werden, obwohl Schlafstörungen bei psychischen Erkrankungen auffallend häufig zu finden sind. Es wurde daher in zahlreichen Untersuchungen versucht, gesetzmäßige Zusammenhänge zwischen Veränderungen des Schlafs und der Art der psychischen Erkrankungen zu finden (eine Zusammenstellung hierzu findet sich bei *Mendelson et al.* 1977).

Der Schlaf aus psychoanalytischer Sicht

Während die Psychoanalyse seit ihren frühesten Anfängen ihr Interesse auf den Traum als „via regia“ zum Unbewußten richtet, besteht unser Ansatz darin, den Schlaf ganzheitlich zu betrachten. Dabei ist der Traum nur ein Segment des Schlafes – im Gegensatz zur Auffassung von *Freud* (1900), der den Traum als Hüter des Schlafes ansah, versteht *Ammon* (1983a) den Schlaf als Träger der Traumfunktion.

Hierbei wird deutlich, daß es beim Schlaf auch immer um Identität geht: Kann ein Mensch sich nicht abgrenzen, fallen lassen, die Kontrolle teilweise aufgeben, ist seine Sexualität – hier natürlich im ganzheitlichen Sinne verstanden – gestört, so ist auch sein Schlaf gestört.

Erfassen wir den Schlaf eines Menschen, so messen wir nicht nur eine Nahtstelle vom Bewußten zum Unbewußten, sondern auch von zentralem und primärem Ich (*Ammon* 1979a, 1982a). Wir stellten uns daher als Kernfrage: Warum soll der Mensch nachts ein anderer sein als am Tag? Ist nicht vielmehr anzunehmen, daß der Mensch sich auch im Schlaf als Gewordener und in einem dynamischen Prozeß Befindlicher – hierzu gehören alle seine Gruppenerfahrungen – widerspiegelt? Dadurch kann man die Frage stellen: Ist die Zeit des Schlafs auch eine sozialenergetisch wirksame Zeit? Es ist sogar zu vermuten, daß Sozialenergie im Schlaf in einer anderen Weise als am Tag wirksam werden kann: Eine Grenze, die im Schlaf auf einer Körperebene gesetzt wird, ermöglicht die Öffnung zu inneren Prozessen. Dies wird am Beispiel des Träumens besonders eindrücklich: Hier kann der Mensch intensivste Erlebnisse, nämlich geistige, emotionale und körperliche Erfahrungen, in großer zeitlicher

Dichte durchlaufen, gerade weil die Willkürmotorik gleichzeitig aufgehoben ist.

Es muß sich also keineswegs um tote Zeit handeln, wenn der Mensch schläft – die Verwandtschaft von Hypnos, dem Schlaf, zu Thanatos, dem Tod – wie wir sie bei den Griechen finden – ist als Ausdruck dieser Grenze zu verstehen. Hypnos symbolisiert nicht die Endgültigkeit dieser Grenze, vielmehr taucht der Mensch in die Unterwelt – wir würden sagen die Welt des Unbewußten –, um mit neuen Kräften als ein Veränderter quasi wieder geboren zu werden.

Ziele und Perspektiven unserer Forschung

In der humanstrukturologischen Forschung wie auch im therapeutischen Prozeß ist das vordringlichste Anliegen, einen Weg zu den noch ungenutzten Möglichkeiten eines Menschen, besonders des Kranken, zu eröffnen. Der Schlaf, als „dunkles Drittel“ im Lebensrhythmus eines Menschen, ist bisher nur über seine sprachlichen Mitteilungen und damit überwiegend subjektiven Eindrücken zugänglich. Wir haben uns gerade ihn als Untersuchungsgegenstand gewählt, damit er nicht länger ein weißer Fleck auf der Landkarte wissenschaftlicher Erkenntnisse und therapeutischer Möglichkeiten bleibt.

Das Nahziel unseres empirischen Forschungsbeitrags zum Schlaf ist, erste Einblicke in das Geschehen während der Nacht zu bekommen, wobei uns die Frage leitet: Sind Schlafuntersuchungen ein Instrument, welches sich für diagnostische Zwecke einsetzen läßt? Unser Fernziel lautet: Können Schlafuntersuchungen, in Verbindung mit anderen diagnostischen Verfahren, zur Therapieverlaufs- und Effizienzkontrolle eingesetzt werden? Gleichzeitig bleibt unser Fernziel dabei auch, uns einer direkten Messung des Unbewußten, insbesondere der unbewußten Ich-Funktionen, anzunähern, wobei es unseres Erachtens notwendig sein wird, zusätzliche, über die bisher in der Wissenschaft verwendeten Parameter hinausgehende, quantitative und qualitative Beschreibungsmethoden für das Schlafprofil zu entwickeln.

Allgemeine Fragestellungen und Literaturüberblick

Um zu überprüfen, ob Schlafuntersuchungen für eine Erweiterung der Diagnostik geeignet sind, formulierten wir im Rahmen einer Pilot-study erste allgemeine Fragen:

1. Lassen sich mit den Standardparametern, die den Nachtschlaf charakterisieren, prinzipielle Unterschiede zwischen sog. gesunden und psychisch kranken Menschen, d. h. zwischen Nicht-Patienten und Patienten finden?
2. Spiegeln sich diagnostische Unterschiede in den Schlafparametern

wider, d. h. weisen Patienten mit unterschiedlichen psychiatrischen Krankheitsbildern auch Unterschiede in ihren Schlafparametern auf?

In der Literatur hat es nicht an Versuchen gefehlt, diesen Fragen nachzugehen. Dabei wurde vor allem das Krankheitsbild Depression eingehender untersucht. Wie aus den Übersichten von *Gillin* (1977) und *Chen* (1979) hervorgeht, zeigen die Ergebnisse kein einheitliches Bild und lassen sich nicht schlüssig mit Diagnosegruppen in Bezug setzen.

Erste polygraphische Studien zum Schlaf Depressiver führten *Diaz-Guerrero*, *Gottlieb* und *Knott* bereits 1946 vor Entdeckung der REM-Phasen durch. Ihre Ergebnisse – Einschlafschwierigkeiten und/oder frühes morgendliches Erwachen, größerer Anteil an leichterem Schlaf, häufiges Oszillieren von einem Schlafstadium in das andere – antizipieren die wichtigsten Befunde moderner Schlafforschung.

Eine ganze Reihe von vergleichenden Studien befaßte sich in den Jahren 1960–70 mit dem Schlafprofil Depressiver im Vergleich zum Normalschlafverhalten. Berücksichtigt wurden vor allem die Parameter Gesamtschlafzeit (Total-sleep-time), der Anteil des REM-Schlafes an der Gesamtschlafdauer (REM-Percent), der Anteil an Tiefschlaf (Stadium 3 und 4, nach der älteren Nomenklatur „Deltaschlaf“) und REM-Latenz (die Zeit vom Schlafbeginn bis zum Beginn der ersten REM-Phase).

Ein Teil der Autoren (*Mendels* und *Hawkins* 1967 und 1968; *Castel-loti* und *Pittaluga* 1966; *Snyder* 1972) fand eine verlängerte Gesamtschlafdauer, während *Hajnssek* et al. 1973 bzw. *Michaelis* und *Hofmann* 1973 eher eine Hyposomnie beobachteten. Die Verkürzung der Gesamtschlafdauer kam im allgemeinen nicht durch die Verzögerung des Einschlafmomentes, sondern durch häufigeres Aufwachen während der Nacht zustande. *Muratorio* und *Maggini* (1967) fanden darüberhinaus mehr „Arousals“ (Aufschreck-Reaktionen) und einen häufigeren Wechsel der Schlafstadien sowie ein spontanes Erwachen aus jedem Schlafstadium heraus. Fast alle neueren Studien bestätigen eine Reduzierung der Stadien 3 und 4 bei Depressiven. Bezüglich des REM-Anteils waren die Ergebnisse uneinheitlich: Auffallend ist lediglich die größere Variabilität des Anteils an REM-Schlaf bei Depressiven. Neueren Untersuchungen zufolge (*Vogel* et al. 1980) unterscheidet sich der REM-Schlaf Depressiver vor allem in der Verteilung im Verlauf der Nacht von dem Normaler: Die ersten REM-Phasen waren signifikant länger, die späteren kürzer als bei der Kontrollgruppe. Auch bzgl. der REM-Latenz sind die Befunde nicht einheitlich: *Kupfer*, *Foster* (1972 bzw. 1975), *Kupfer* (1976) bezeichnen eine verkürzte REM-Latenz als Merkmal der Depression. Während eine Reihe von Autoren dies bestätigen konnten, wurden auch sehr lange REM-Latenzen gefunden (*Lowy* et al. 1971; *Hajnssek* et al. 1973).

Aufgrund der großen Variabilität der Ergebnisse der Untersuchun-

gen hat es nicht an Versuchen gefehlt, durch Vergleich des Schlafprofils verschiedener Diagnose-Untergruppen eine Korrelation zwischen Art der Schlafstörung und Art der psychischen Erkrankung zu finden. So wurden Vergleiche angestellt zwischen Patienten mit leichter bzw. schwerer Depression (Snyder 1972; Mendels und Hawkins 1968), „biogener“ und „psychogener Depression“ (Hauri und Hawkins 1973) sowie „primärer“ und „sekundärer Depression“ (Kupfer 1976). Obwohl in Einzelfällen Gruppenunterschiede gefunden wurden, konnte ein gesetzmäßiger Zusammenhang zwischen Schlafstörungen und Diagnosegruppen *nicht* gefunden werden.

Eindeutige Unterschiede ergeben sich, wie Gittin (1977) darstellt, beim Vergleich psychotischer mit nicht-psychotischen Depressiven. Psychotisch-depressive Patienten schlafen unregelmäßig, in kurzen Perioden unterschiedlicher Schlaftiefe. Ein direkter Übergang vom Wachzustand in REM ist zu beobachten. Longitudinaluntersuchungen aus neuerer Zeit (Coble et al. 1981) bestätigen das Auftreten von Sleep-onset-REMs bei psychotisch Depressiven.

Als zusätzliches Unterscheidungsmerkmal wurde eine vermehrte REM-Aktivität (Anzahl der schnellen Augenbewegungen pro Zeiteinheit) festgestellt. Weitere Untersuchungen (Snyder 1972; Kupfer und Foster 1975) bestätigen den Kontrast zwischen psychotischen und nicht-psychotischen Patienten. Ein Versuch der Unterscheidung psychotischer Subtypen ergab eine erhöhte REM-Aktivität bei Patienten mit „Schuld-, Wahnvorstellungen“ (Kupfer et al. 1980) im Vergleich zu solchen mit „Wahnvorstellungen somatischer Art“.

Zum Ich-strukturellen Verständnis von Persönlichkeit

Basis der Humanstrukturologie Günter Ammons ist ein Verständnis des Menschen, der mit dem wesentlichen und bedeutsamsten Anliegen lebt, „nach eigener Identität zu ringen, sich selbst zu erleben mit und durch andere, sich auszudrücken in Gruppen, sich zu entwickeln im Kontakt und in Auseinandersetzungen mit dem anderen in der Gruppe“. (Ammon 1982c) Dabei ist die Wirkung von Sozialenergie entscheidend für die Ausbildung von Identität. Sozialenergie entsteht durch zwischenmenschlichen Kontakt und Auseinandersetzung und kann von unterschiedlicher Qualität sein; Identitätsentwicklung bzw. Identität ist demnach definiert als gruppenabhängiger Niederschlag menschlicher Erfahrungen in Ich-Strukturen, „von denen die im Unterbewußten liegenden zentralen Ich-Funktionen am bedeutsamsten sind und in interdependenter Beziehung stehen mit den sekundären Ich-Funktionen der Fähigkeiten und Fertigkeiten und den Ich-Funktionen des primären Ich, den biologischen und neurophysiologischen Funktionen des Men-

schen mit dem Gehirn als Träger des Niederschlags bewußter und unbewußter menschlicher Erfahrungen“. (Ammon 1982c)

Entsprechend der konstruktiven, destruktiven und defizitären Qualität der wirksamen Sozialenergie, entwickeln sich die Ich-Funktionen in unterschiedlicher Ausprägung: konstruktiv, destruktiv und defizitär (Ammon 1979a; 1982a).

Besonders in der frühen und späten Kindheit finden sozialenergetische Austauschprozesse ihren entwicklungspsychologischen Niederschlag in der Persönlichkeitsstruktur. Zur quantitativen Erfassung der Ich-Struktur wurde der Ich-Struktur-Test nach Ammon, „ISTA“ (Ammon et al. 1982a), entwickelt.

In Ammons Persönlichkeitstheorie ist die Aggressionsdynamik Dreh- und Angelpunkt gesunder wie auch defizitärer Ich-Strukturentwicklung, denn hier kommt das Prinzip der primären Umweltgerichtetheit und Umweltoffenheit des Menschen zum Ausdruck. Aggression ist nach Ammon primär konstruktive Aggression: Sie ist schuld- und angstfrei im Sinne eines kreativen „ad gredi“, eines interessierten Zugehens auf Menschen und Dinge. Konstruktive Aggression kann sich zur destruktiven Aggression entwickeln, wenn die umgebende Gruppe dieser konstruktiven Aggression feindselig oder ignorant begegnet. Bleibt auch diese destruktive Aggression unverstanden, so richtet sie sich als defizitäre Aggression nach Innen gegen sich selbst oder gegen den eigenen Körper (Ammon 1969).

Die Interdependenz der Ich-Funktionen wird besonders deutlich an den Ich-Funktionen Angst und Aggression, speziell der destruktiven Angst und der destruktiven Aggression:

„Angst als Ausdruck der äußeren Lebenseinengung und Aggression im Sinne des ad gredi als Ausdruck der Lebenserweiterung sind strukturell eng miteinander verwoben. Die destruktive Aggression geht einher mit der fehlenden Auseinandersetzung um die Identitätsangst. Die pathologische Identitätsangst und die destruktive Aggression sind Ergebnisse einer Primärgruppendynamik, die die konstruktiven aggressiven Identitätsbedürfnisse des sich entwickelnden Kindes unterdrückten bzw. zurückschlagen, weil sie eine Gefährdung des pathologischen Bündnisses einer Angstabwehr vor dem Leben darstellen.“ (Ammon 1979a) Diese enge Wechselbeziehung zwischen Angst und Aggression konnte Günter Ammon in seiner langjährigen psychotherapeutischen Arbeit immer wieder beobachten. Darüberhinaus konnte der Zusammenhang hoher destruktiver sowie niedriger konstruktiver Aggression mit vermehrter defizitärer und destruktiver Angst mehrfach mit Hilfe der ISTA-Skalen empirisch nachgewiesen werden (vgl. Ammon, Burbiel, Finke, Wagner 1982a; Hoffsten 1982).

Ich-strukturelle Erweiterung der bisherigen Fragestellungen für unsere Schlafuntersuchungen:

Aus dem Persönlichkeits- und Ich-Strukturmodell der Humanstrukturologie *Günter Ammons*, welche die Basistheorie unserer Schlaforschung bildet, ergeben sich für uns folgende ich-strukturelle Erweiterungen der bisher formulierten Fragestellungen:

1. Spiegeln sich ich-strukturelle Besonderheiten, welche wir für psychisch kranke Menschen – ganz besonders für archaisch Ich-Kranke – annehmen, als Abweichungen ihres Schlafverhaltens – operationalisiert auf der Ebene von Schlafparametern – wider? Lassen sich Unterschiede zwischen einer stationären Patientengruppe und einer empirisch vergleichbaren Außengruppe sogenannter Gesunder finden und sind diese Unterschiede mit den spezifischen ich-strukturellen Gegebenheiten der psychisch kranken Menschen erklärbar?
2. Spiegeln sich ich-strukturelle Besonderheiten zwischen Patienten unterschiedlicher Diagnosegruppen auch in Unterschieden auf der Ebene von meßbaren Schlafparametern wider?

Zur Überprüfung dieser Fragestellung wählten wir Patienten mit den Diagnosen schizophrene, depressive sowie psychosomatische Reaktion. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt stellen wir die Ergebnisse aus den beiden letztgenannten Diagnosegruppen vor.

Für die Diagnosegruppen depressiv Reagierende und psychosomatisch reagierende Patienten ergeben sich aus der Humanstrukturologischen Theorie folgende ich-strukturelle Gesichtspunkte: Wie auch alle übrigen Krankheitsbilder, versteht *Ammon* Depression ebenso wie Psychosomatik ich-strukturell auf einem gleitenden Spektrum angeordnet, von der leichten reaktiven Depression über die neurotische Depression bis zur narzißtisch psychotischen Depression (die in der Schulpsychiatrie als endogene Depression bezeichnet wird). Zum Zusammenhang beider Krankheitsbilder untereinander führt *Ammon* aus: „In meiner therapeutischen Arbeit konnte ich immer wieder einen Wechsel zwischen Depression und destruktiver nach außen gerichteter Aggression einerseits und anderseits einen Wechsel zwischen psychosomatischer Symptomatik und ebenfalls nach außen gerichteter Aggression beobachten. Die wesentliche Entdeckung ist die Verwandtschaft von Ich-Struktur und -Genese bei Depression und psychosomatischer Erkrankung, die sich letztlich ausweitet zur Erkenntnis der strukturellen Verwandtschaft der archaischen Ich-Krankheiten insgesamt. Die ich-strukturellen Gemeinsamkeiten basieren alle auf der gestörten Ich-Funktion der Aggression.“ (*Ammon* 1979a)

Die bei beiden Krankheitsbildern nicht in die Gesamtstruktur integrierte Destruktion findet beim psychosomatisch Kranken auf der Kör-

perebene – gegen sich selber gerichtet – ihren Ausdruck, beim depressiv Reagierenden hingegen findet die gegen sich selber gerichtete Destruktion auf psychischer Ebene ihren Ausdruck: im „Totstell-Reflex“.

Das Schlaf- und Traumlabor der Klinik

Bei der Entwicklung und dem Aufbau des Schlaf- und Traumlabor in der Klinik waren von den ersten Anfängen bis in den konkreten Untersuchungszeitraum hinein (1. Halbjahr 1983) auch immer Patienten beteiligt. Am stärksten setzten sich hierbei die Patienten ein, die zu den „Unerreichten“ (Ammon 1984) zählten. In einem milieutherapeutischen Projekt verwandelten sie mehrere Kellerräume in wohnliche Arbeitsräume; der Schlafraum selber erhielt den Charakter eines Kinderzimmers.

Die Erwartungen sowohl der Patienten als auch Mitarbeiter waren zu Anfang groß – es sollte als erstes sogleich eine Gruppenuntersuchung gemacht werden –, und entsprechend turbulent war der Beginn. Es zeigte sich, daß die Schlafuntersuchung eine intime Situation ist, in die sich der zu Untersuchende hineinbegeben muß. Es wurde deutlich, daß jeder einzelne Patient zunächst für sich einen Schutzraum brauchte – einen Raum, wo Befürchtungen und Ängste frei ausgesprochen werden konnten und gewährleistet war, daß all diesen Gefühlen mit Verständnis begegnet wurde. Wichtig war hierbei z. B. auch eine klare Festlegung von Untersuchungszeitpunkt und -dauer sowie eine Übereinkunft darüber, welche Menschen als Betreuer anwesend sein würden. Wir entschieden uns daher, mit Einzeluntersuchungen zu beginnen.

Dabei wurde der Wunsch der Patienten nach Umsorgtwerden spürbar – ebenso groß war aber auch die Angst vor Kontakt. Diese Gefühle wurden häufig hinter Rationalisierungen, Scherzen und oberflächlichem Sexualisieren versteckt. Die Forschungsgruppe des Schlaflabor stellte sich daher der Großgruppe der Klinik vor und ging auf die Fragen, Wünsche und Bedenken, die auf Seiten der Patienten da waren, ein. Besonders wichtig hierbei war, daß einige Patienten – stellvertretend für alle – ihre Ängste äußern konnten, z. B. daß mit dem Gerät Gedanken gelesen werden könnten – übrigens einer der Leitgedanken in der Entwicklung des EEG's durch Berger. Auch wurde durch diejenigen Patienten, die selbst bei der Vorbereitung der eigentlichen Untersuchung mit viel Engagement beteiligt waren, manchem anderen Patienten die Kontaktaufnahme erleichtert.

Ablauf der Schlafuntersuchung

Bei der Auswahl unserer Probanden zu den Krankheitsbildern „Depression“ und „Psychosomatik“ gingen wir methodisch folgenderma-

ßen vor: Hauptorientierungspunkt waren die Eingangs-Diagnosen bei der Klinikaufnahme, wobei diese nach dem ICD-Schlüssel der WHO erstellt wurden. Darüberhinaus umfaßte die Eingangsuntersuchung auch eine Diagnose nach ich-strukturellen dynamisch-psychiatrischen Gesichtspunkten sowie eine klassische psychologische Untersuchung mit projektiven und objektiven Verfahren, wie Wartegg-Test, IST 70, HAWIE und dem Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA). Wir überprüften die Aktualität der Eingangs-Diagnosen zum Zeitpunkt unserer Schlafuntersuchungen mit Fremdeinschätzungen durch Milieu-Therapeuten und Ärzte der Klinik. Dabei achteten wir darauf, daß die depressive Symptomatik bzw. das psychosomatische Krankheits-Symptom bei den ausgewählten Patienten noch vorhanden war bzw. im Vordergrund stand.

Um die Fragestellung des Zusammenhangs von Ich-Strukturen und der quantitativen Ausprägung einzelner Schlafparameter überprüfen zu können, erfaßten wir über die ISTA-Skalen „Aggression“, „Angst“ und „Abgrenzung nach innen und außen“ quantitativ die Ausprägung einzelner Ich-Funktionen der ausgewählten Patienten zum Zeitpunkt der Schlafuntersuchung.

Wir haben die Patienten einzeln, beim Mittagessen, in ihren Milieugruppen, während einer psychologischen Untersuchung oder auf den Gängen der Klinik angesprochen. Darüber geschah dann auch der erste Kontakt und die Auseinandersetzung über das Interesse und die Bereitschaft zur Teilnahme begann. Erst wenn sie bereit waren, an der Untersuchung teilzunehmen, haben wir sie eingeteilt. Einige waren sehr erfreut, andere waren eher abwehrend, oft aber waren es gerade jene, die später mit dem größten Interesse daran teilgenommen haben.

Jeder Proband verbrachte 3 aufeinanderfolgende Nächte im Schlaflabor – die erste Nacht diente der Eingewöhnung, die zweite Nacht wurde zur Auswertung und Datengewinnung herangezogen, in der dritten Nacht wurden die Probanden nach der ersten und letzten REM-Phase geweckt und nach ihren Träumen befragt.

Pro Nacht waren immer zwei Untersuchungsleiter anwesend. Oft entschied sich der Zeitpunkt der Untersuchungs Nächte in Abhängigkeit davon, zu welchem Untersuchungsleiter ein Patient Kontakt hatte. Einige Patienten wollten selber ins Schlaflabor kommen, andere wollten abgeholt werden oder kamen in Begleitung von Mitpatienten. Zum Teil kamen sie im Bademantel, bereits umgezogen, mit Decken und Kissen, Büchern, Musik, zwei Patienten mit ihren Hunden. Einen Patient mußten wir aus dem Bett holen, andere waren längere Zeit nicht zu finden.

Die meisten füllten ihre Fragebogen und die Tests im Verlauf des Tages aus und brachten sie mit, andere konnten das nicht selber und brauchten unsere Unterstützung. Das eigentliche Einführungsgespräch entwickelte sich um einen standardisierten Einführungstext herum, gab

aber genügend Raum, daß jeder über seine Erwartungen, Ängste und Befürchtungen sprechen konnte.

Ein Untersuchungsleiter war für die technische Durchführung zuständig, der andere betreute den Patienten. Das wechselte oft im letzten Moment. Einige Patienten sprachen sehr viel und hatten am Tag sehr viel erlebt, ein Patient kam unmittelbar aus dem Theater, ein anderer von der Tanztherapie, andere wieder verharreten schweigend und in sich gekehrt.

Wir sind dann mit den Patienten durch die Räume gegangen, – im Schlafrum konnten sie ihre persönlichen Dinge schon unterbringen – und haben ihnen die technische Einrichtung gezeigt. Das eigentliche Anlegen der Elektroden* wurde sowohl von den Untersuchern als auch von den Patienten als rituelle Handlung empfunden. Manche waren sehr mürrisch und wollten es schnell hinter sich bringen, andere genossen den Körperkontakt sichtlich.

Manche der Patienten gingen gleich zu Bett und schliefen sofort und erschöpft ein. Wenn Patienten nicht schlafen konnten, gingen wir nochmals zu ihnen hinein. Oft kamen die Untersucher sich vor wie wachende Eltern am Bett eines Kindes und hatten beim Beobachten der Aufzeichnung das Empfinden, unmittelbar an dem, was in dem Schlafenden vorging, teilzuhaben.

Ähnlich intensiv wie am Abend war die Situation beim morgendlichen Wecken. Viele Patienten wollten jetzt schon das Ergebnis der Untersuchung wissen oder zumindest ihre Schlafkurven selber sehen.

Das Abschlußinterview, das nun folgte, wurde von allen Beteiligten als besonders wichtig erlebt. Hier konnte der Patient noch einmal über alle Gefühle, seine Sorgen, seine Ängste, aber auch seine Kritik und seine Erwartung sprechen – vor allem aber über das, was er während der Untersuchung mit uns und für sich erlebt hatte. Für viele war es ein Erfolg. Manche hatten sich das erste Mal geschützt und geborgen gefühlt, Angst durchgestanden, hatten sich auch bedroht gefühlt, andere konnten mitteilen, daß sie das erste Mal einen Traum erinnern konnten. Häufig fand das Abschlußinterview in Form eines gemeinsamen Frühstückes statt, wo oft auch Mitpatienten hinzukamen.

Stichprobenbeschreibung

Die Gruppe der zur Schlafuntersuchung ausgewählten depressiv reagierenden Patienten umfaßte $N = 8$ Probanden insgesamt; im einzelnen waren es drei Patienten mit der Leitdiagnose „endogene Depression

* Ableitpunkte:

EOG: E_1 u. E_2 , gegen A_1 (Mastoid links), nach *Rechtschaffen* u. *Kales* (1968).

EMG: submental, nach den gleichen Autoren.

EEG: C_3 u. C_4 im Ten-Twenty-System, nach *Jasper* (1958) – gegen A_2 u. A_1 .

– psychotische Form“ (ICD 296.1 bzw. 296.3) sowie fünf Patienten mit der Diagnose „Depressive Persönlichkeit“ (ICD 301.1). Ein Teil dieser Patienten hatte zusätzlich auch psychosomatische Beschwerden.

Die ausgewählte Patientengruppe mit diagnostizierten psychosomatischen Störungen umfaßte N = 7 Probanden; folgende medizinische Diagnosen waren den einzelnen Probanden zugeordnet: Stottern; Diabetes Insipidus und Adipositas; Diabetes mellitus; Migräne und narkoleptische Anfälle; Myasthenia Gravis; Morbus Scheuermann; Hochdruck, Coronare Herzerkrankung und Diabetes mellitus.

Die psychiatrischen Begleitdiagnosen umfaßten für diese Gruppe das gesamte psychiatrische Spektrum, einschließlich Sucht und Borderline-Störung – und zwar nach dem ICD-Schlüssel von 296.1 bis 301.8; ausgeschlossen war in dieser Gruppe die Schizophrene Reaktion.

Auswertung

Die Auswertung der Schlafkurven erfolgte manuell, nach den standardisierten Richtlinien von *Rechtschaffen* und *Kales* (1968), wobei eine doppelte Auswertung zweier voneinander unabhängiger, geschulter Rater vorgenommen wurde, um eine möglichst hohe Auswertungsreliabilität zu gewährleisten. Den Auswertern war dabei die Zuordnung der Schlafkurven zu den einzelnen Patienten nicht bekannt.

Für die quantitative Erfassung des Schlafverhaltens verwendeten wir folgende Parameter:

I. Die Gesamtschlafzeit

Sie ergibt sich aus der Zeitstrecke vom abendlichen Einschlafen bis zum morgendlichen Aufwachen, einschließlich aller Wach-Zeiten nach dem Einschlafen.

II. Die Dauer der einzelnen Schlafstadien,

das heißt der Stadien I bis IV sowie der Zeitspanne von REM, der Zeit des Träumens (vgl. hierzu auch Abb. 1, S. 168). Dabei ergibt sich der Gesamtwert jedes Stadiums über den Verlauf einer Nacht, wenn man die einzelnen Zeiteile aus allen Zyklen zusammenzählt. Diese Stadienanteile werden in Beziehung zur Gesamtschlafzeit gesetzt und als Prozentwert ausgedrückt.

III. Die Latenzzeiten

Das sind die Zeitstrecken von 'Licht aus' bis zum Auftreten der jeweiligen Stadien I bis IV und REM. Diese Variablen finden sich normalerweise alle im ersten Schlafzyklus, wobei REM als letztes auftritt; es schließt diesen Zyklus ab. Insgesamt beschreiben diese Latenzzeiten den eigentlichen Einschlafvorgang.

Ergebnisse

Im folgenden wollen wir im Sinne einer Pilot-study zur Hypothesenfindung erste Ergebnisse vorstellen:

A. Vergleich unserer Gesamtgruppe mit einer Kontrollgruppe

Für die Überprüfung der ersten Fragestellung, 'weicht das Schlafverhalten archaisch-ich-kranker Menschen von dem sog. gesunder Menschen ab?', faßten wir die Daten aus den beiden oben beschriebenen Patientenstichproben $N_1 + N_2 = 15$ zunächst zusammen und setzten diese

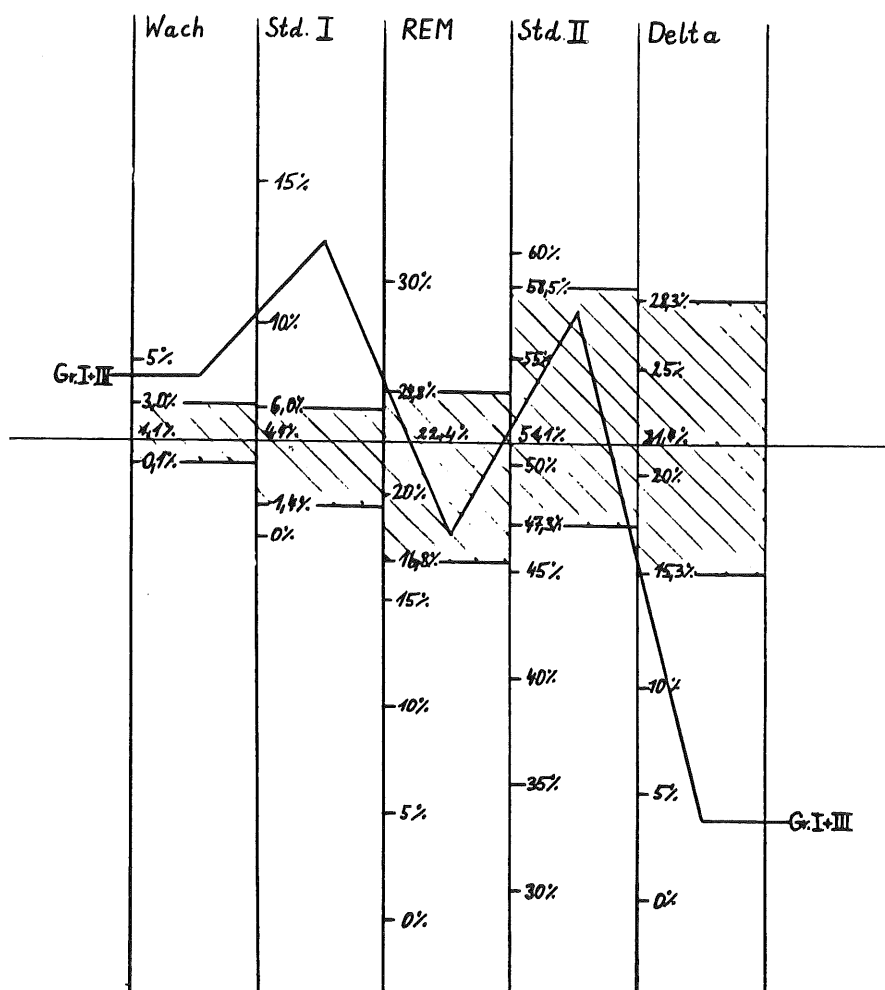


Abb. 2: Relative Dauer der Schlafstadien (Prozentwerte) in der Gesamtstichprobe.

mit einer Kontrollgruppe in Beziehung. Die für diesen Vergleich verwendeten Norm-Daten aus der Literatur (*Schubert*, 1978; *Williams* et al. 1974) können als empirisch vergleichbare Stichprobe angesehen werden. Als Parameter für den Gesamtvergleich verwendeten wir die Gesamtschlafzeit sowie die rel. Dauer der einzelnen Stadien, d. h. die Anteile der Schlafstadien I bis IV und REM in Prozentwerten.

Unser erstes Ergebnis, welches wir in Abb. 2 darstellen, bezieht sich auf die Anteile der einzelnen Stadien:

Das Diagramm ist unterteilt in Blöcke, welche den einzelnen Schlafstadien zugeordnet sind: Von links nach rechts: Wach, Stadium I, REM, Stadium II und schließlich Delta – hierbei handelt es sich um eine Zusammenfassung der Schlafstadien III und IV. In den einzelnen Blöcken sind die prozentualen Anteile der einzelnen Stadien eingetragen: hierzu wurde der Mittelwert über die Patienten aus beiden Gruppen gebildet.

Die waagrechte Mittellinie stellt die Bezugslinie für die Zuordnung unserer Daten dar. Sie repräsentiert die empirischen Mittelwerte einer Kontrollgruppe – und nimmt daher in jeder Spalte, von Wach bis zu Delta, einen unterschiedlichen numerischen Wert an. Die waagrechten Linien, die die Schraffierung begrenzen, über und unter dieser Mittelwertslinie, stellen die Normeckwerte dar. Diese Normeckwerte stammen aus einer zusammenfassenden Studie von *Schubert* (1978), in welche 10 repräsentative und voneinander unabhängige Studien über 'Normalschlafverhalten' verschiedener Schlaflaboratorien mit über 150 Probanden eingegangen sind.

Verfolgen wir nun den Verlauf *unserer Mittelwerte* in diesem Diagramm: Es zeigt sich eine deutliche Abweichung nach oben vom Normmittelwert – in den Spalten für die Stadien: Wach, I und II. Eine Unterschreitung des Normmittelwertes zeigt sich in den Stadien REM und Delta, wobei die Unterschreitung der Delta-Norm ganz erheblich ist. Dies heißt zusammenfassend: Der Anteil von Leichtschlaf – nämlich Stadium I – ist in unserer Patientengruppe erheblich größer als in der Kontrollgruppe, dagegen ist der Anteil an Tiefschlaf bzw. Deltaschlaf wesentlich geringer. Anzumerken hierbei ist, daß das Schlafstadium IV, welches in die Spalte Delta mit eingeht, überhaupt nur von drei Probanden erreicht wurde, und dann auch nur für geringe Zeitdauer.

Auch für den Parameter Gesamtschlafzeit zeigte sich eine Besonderheit in der gesamten von uns untersuchten Patientengruppe: Unsere Patienten schlafen im Mittel fast 40 Minuten länger als eine altersrepräsentative Vergleichsstichprobe aus der Literatur (*Williams* et al. 1974), das Signifikanzniveau einer 2-seitigen t-Testung zur Prüfung des Mittelwertunterschieds war kleiner, 5%.

Tabelle 1: Vergleich der Mittelwerte und Streuungen der Gesamtstichprobe, der Untergruppen sowie der Kontrollgruppe

	Gesamt- stichprobe N = 15	Gruppe Depression N = 8	Gruppe Psychosomatik N = 7	Kontrolldaten/ Williams N = 62
Gesamt- schlafzeit in Min. $\bar{x}$	467,06	474,41	458,66	427,78
Streuung s	36,47	37,48	36,21	21,52

Zusammenfassend lassen sich aus dem Vergleich unserer Gesamtstichprobe mit der Außennorm folgende Kernpunkte feststellen:

- Die Gesamtschlafzeit ist erheblich verlängert.
- Der Anteil des Leichtschlafstadiums I ist wesentlich erhöht.
- Die Tiefschlafstadien III und IV sind stark vermindert, d. h. der Schlaf unserer Patienten besteht im wesentlichen nur aus drei Stadien, nämlich I, II und REM.

B. Vergleich beider Diagnosegruppen getrennt zur Kontrollgruppe

Vergleichen wir nun unsere beiden Diagnosegruppen getrennt mit der Außennorm, so ändert sich an den eben genannten Kernaussagen nichts, sie gelten gleichermaßen für beide Patientengruppen. Für die Parameter, rel. Dauer der einzelnen Stadien, veranschaulicht dies Abbildung 3:

Die Diagramme beider Gruppen sind erstaunlich ähnlich, sie verlaufen nahezu parallel. Der Abweichungsrhythmus des Über- und Unterschreitens der einzelnen Norm-Mittelwerte findet sich gleichsinnig mit wenigen, geringfügigen Abweichungen fast bei allen Probanden. Die Wiederholung auf der Mittelwertebene, für beide Diagnosegruppen im Diagramm veranschaulicht, ist gerade angesichts des kleinen Stichprobenumfangs nicht mehr durch Zufall erklärbar.

Den Vergleich der Mittelwerte für die Gesamtschlafzeit zeigt Tabelle 2 (S. 183):

- * Trotz der geringen Fallzahl von acht bzw. sieben Patienten für jede einzelne Gruppe zeigen sich signifikante Mittelwert-Differenzen zur Kontrollgruppe.

Zusammenfassend betrachtet lassen sich aus den bisherigen Ergebnissen folgende Aussagen treffen:

Die Gruppe der Depressiv Reagierenden zeigt die gleichen bedeutsa-

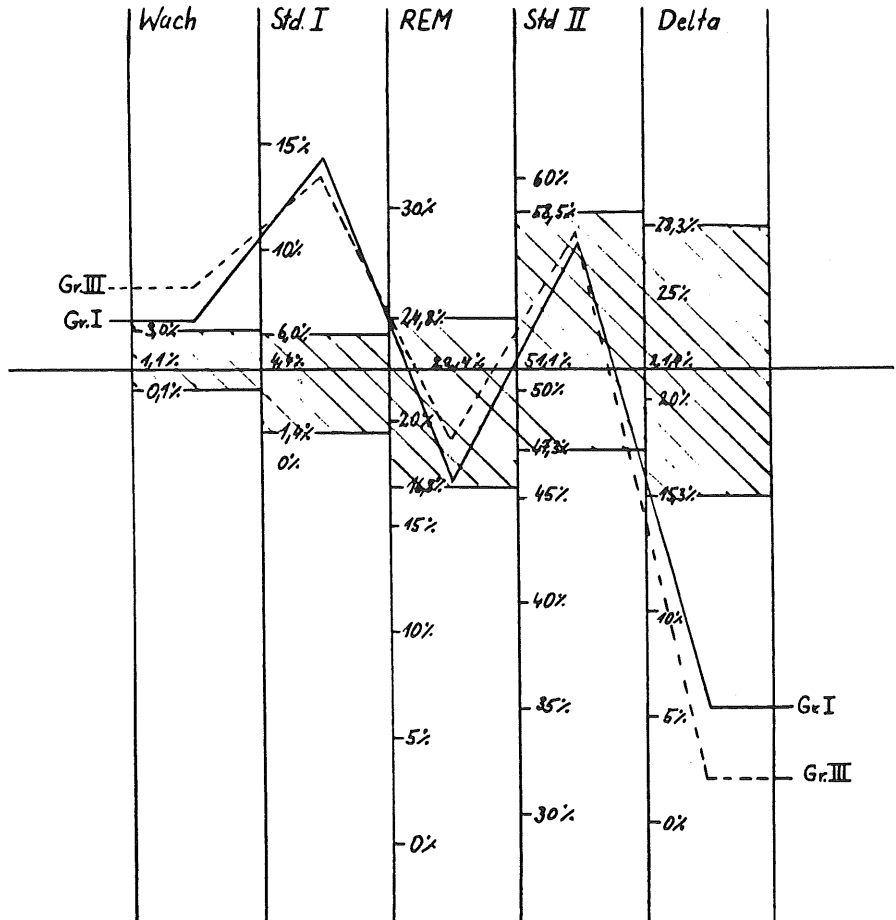


Abb. 3: Relative Dauer der Schlafstadien (Prozentwerte) in Gruppe I (Depression) und Gruppe III (Psychosomatik).

- Diagramm der Mittelwerte in der Gruppe depressiv reagierende Patienten.
- - Diagramm der Mittelwerte in der Gruppe psychosomatisch reagierende Patienten.

men Unterschiede zur Außennorm wie die Gruppe der Psychosomatisch Reagierenden – erhöhte Gesamtschlafzeit, vermehrten „Leichtschlaf“ (Std. I) und stark verminderten „Tiefschlaf“ (Std. III u. IV). Gemäß unserer ersten Fragestellung stellen wir daher folgende Hypothese auf: Die Störung im zentralen, unbewußten Ich, welche wir für die von uns untersuchten Patienten besonders annehmen, ist auf der neurophysiologischen Ebene begleitet von quantitativ erfäßbaren Abweichungen des Schlafverhaltens in bezug auf das Schlafprofil sogenannter Gesunder.

Tabelle 2: Mittelwertunterschieds-Prüfung der Gesamtschlafzeit zwischen der Gruppe I bzw. III und einer Kontrollgruppe nach Williams (1974)

	Gruppe Depression	Gruppe Psychosomatik	Kontrollgruppe nach Williams
N	8	7	62
$\bar{X}$	474,41 Min.	458,66 Min.	427,78 Min.
s	37,48 Min.	36,21 Min.	21,52 Min.
Signifikanz (1seitig)	p = 0.049	p = 0.034	

Gleichzeitig zeigen die bisher referierten Ergebnisse eine hohe Ähnlichkeit der beiden Diagnosegruppen auf der Ebene quantitativer Schlafparameter, welche wir als Ausdruck ihrer ich-Strukturellen Verwandtschaft sehen. Beiden Krankheitsbildern gemeinsam ist vor allem ein stark verminderter Anteil konstruktiver Aggression und der konstruktiven Angst. Sowohl bei der psychosomatischen als auch bei der depressiven Reaktion sind große Teile des Unbewußten, d. h. der zentralen Ich-Funktionen, abgespalten, d. h. nicht zwischenmenschlich erlebbar. Die Angst des psychosomatisch Kranken ist im Symptom gebunden. Daneben kann für beide Krankheitsbilder eine fehlende flexible Ich-Abgrenzung nach Innen und Außen angenommen werden: die Abgrenzung nach innen ist starr, die Abgrenzung nach außen ist nur schwach vorhanden und wird beim psychosomatisch Kranken durch das Symptom ersetzt.

Unseres Erachtens kann ich-strukturell das Fehlen des Tiefschlafs in unserer Patientenstichprobe plausibel mit der mangelnden Abgrenzungsfähigkeit dieser Patienten erklärt werden, es bedeutet ein vertrauensvolles Sich-Fallenlassen sowie ein Aufgeben von Kontrolle, was diesen Patienten im Schlaf nicht möglich zu sein scheint. Das vermehrte Auftreten von Leichtschlaf steht unserer Meinung nach in Korrespondenz zur mangelnden Abgrenzung sowie in einem komplementären Verhältnis zum Fehlen des Tiefschlafs, da die Gesamtschlafzeit für diese Patienten gleichzeitig hoch ist.

Die Ergebnisse von Schlafuntersuchungen anderer Autoren an Gruppen depressiv reagierender Patienten zeigen durchgängig den Befund eines gegenüber einer Kontrollgruppe verminderten Anteils an Delta – Schlaf und decken sich hierin mit unserem Ergebnis. Allerdings differieren die Zahlenwerte in der Literatur erheblich, so referieren beispielsweise *Diaz-Guerrero* et al. (1946) einen Wert des gesamten Delta-Schlafs von 1,6 %; *Gresham, Agnew* u. *Williams* (1965): 7,7 %; *Mendels* und *Hawkins* (1967) hingegen fanden einen Wert von 20 %, welcher gegenüber einer Kontrollgruppe (34 %) allerdings immer noch signifikant erniedrigt war.

Ähnliche Verhältnisse zeigen die Ergebnisse in Schlafstudien über einzelne somatische Erkrankungen verschiedener Autoren: Die zusammenfassenden Darstellungen von *Kales* und *Kales* (1970) zu einer Reihe von psychosomatischen Krankheitsbildern zeigt eine Variabilität der Ergebnisse. Neben einer altersabhängigen Störung des Einschlafvorgangs ist ihnen lediglich verminderter Deltaschlaf gemeinsam.

Ein Verständnis des fehlenden Tiefschlafs findet sich allerdings bei anderen Autoren nicht, lediglich die Prägung eines phänomenologischen Begriffs „depressives Zeichen“ – obgleich, wie oben angeführt, auch somatische Erkrankungen dieses Erscheinungsbild haben.

Es kann also von einer relativen Übereinstimmung unseres Befundes zum Deltaschlaf mit den Ergebnissen anderer Autoren gesprochen werden. Die von uns gefundenen numerischen Werte sind aus der folgenden Tabelle ersichtlich:

Tabelle 3: Prozentanteile der Stadien III, IV und Delta, für beide Diagnosegruppen getrennt

	Stad. III %	Stad. IV %	Delta %
Gruppe Depressiv Reagierende	4,43 %	1,0 %	5,43 %
Gruppe Psycho- somatisch Reagierende	2,14	0 %	2,14 %

Es zeigt sich im Sinne eines Trends, daß die Verminderung des Tiefschlafs nicht nur ganz erheblich in beiden Gruppen auftritt, sondern in der Gruppe der psychosomatisch Reagierenden überdies noch ausgeprägter ist.

Die Tatsache, daß in den Schlafprofilen von Patienten beider Krankheitsbilder ein ganzes Spektrum des Schlafes gleichsam abgeschnitten ist, scheint uns mit deren weitgehend defizitär ausgeprägter Identität bzw. ihren Ich-Struktur-Defiziten im zentralen, unbewußten Ich sowie im primären Ich zu korrespondieren. Diese Annahme wird indirekt gestützt durch die Befunde *Rotenbergs* zur Verminderung von Delta-Schlaf unter dem Einfluß von Streß bzw. am Tage nicht genügend stattfindender sog. Suchaktivität (vgl. *Rotenberg* 1982).

Welche Bedeutung unter diesem Aspekt der Delta-Schlaf bei gesunden Menschen hat, bleibt noch zu erforschen. So geben beispielsweise die Forschungen von *Latash* und *Manov* (1975) einen ersten Hinweis auf die unterstützende Funktion des Delta-Schlafs bei der Integration von neu Erlerntem.

C. Vergleich der Diagnosegruppen untereinander

Für die Untersuchung der zweiten Fragestellung „Inwieweit spiegeln sich Unterschiede zwischen Patientengruppen unterschiedlicher Diagnose und Ich-Struktur auch als Unterschiede in den Schlafparametern wider“ gingen wir methodisch folgendermaßen vor:

- Wir vergleichen einmal die beiden Diagnosegruppen miteinander hinsichtlich der Gesamtschlafzeit sowie der absoluten Dauer der Schlafstadien und der Latenzzeiten.
- Zum anderen überprüften wir mittels einer Korrelationsanalyse getrennt nach beiden Patientengruppen den quantitativen Zusammenhang einzelner Ich-Funktionen, gemessen mit dem ISTA nach Ammon (Ammon et al. 1982a), mit einzelnen Schlafparametern.

Im Vergleich beider Diagnosegruppen zueinander – entsprechend dem Vorgehen, wie wir es für den ersten Teilschritt formuliert haben – war für die Stadiendauer und Gesamtschlafzeit auf der Mittelwertsebene der Nachweis eines Unterschieds nicht möglich: Die Signifikanz-Niveaus erreichten nicht die Kriterien eines bedeutsamen Unterschieds (vgl. Tabelle 4).

Auch die Signifikanz zur Überprüfung der Homogenität der Varianzen mittels F-Test überschritten bei zweiseitiger Fragestellung nicht die kritischen Werte, um die Hypothese zweier verschiedener Gruppen zu rechtfertigen.

Tabelle 4: Mittelwert-Unterschiedsprüfung zwischen Gruppe 1 und 2

Variable	Depression N = 8		Psychosomatik N = 7		Signifikanz- Niveau p (zweiseitige Testung) t-Test	F-Test-Wert (zweiseitig, 10 % Niveau)
	$\bar{x}_1$	s_1	$\bar{x}_2$	s_2		
Alter	28,76	8,12	33,26	8,85	.33	
Gesamtschlafzeit Dauer	474,41	37,48	458,66	36,21	.61	1.07
Stadium I	74,96	27,46	62,28	15,19	.31	3.27
„ II	261,50	49,03	264,04	41,38	.74	1.40
„ III	19,04	25,90	9,47	13,65	.63	3.60
„ IV	4,21	7,83	0,09	0,25	/	/
REM-Dauer	82,25	26,85	88,71	21,45	.50	1.57
WACH absol.	16,62	21,07	21,71	35,91	.57	2.90
Einschlaflatenzen						
Stadium 1	12,76	11,29	4,97	2,71	.20	17.36*
Einschlaf- momente „E“	16,48	11,96	8,97	5,99	.24	3.99
REM	126,58	68,86	71,17	28,85	.17	5.70*

* signifikant, da $> F_{\text{krit}}$ von 4.21

Bei den Latenzwerten, wie sie Tabelle 4 zeigt, fällt auf, daß beide Gruppen eine unterschiedliche Zeitspanne brauchten, bis sie das erste Schlafstadium, ebenso den „Einschlafzeitpunkt“¹ sowie die erste Traumphase erreichten. Obgleich dieser Unterschied bei den Latenzwerten auf der Mittelwertsebene das erforderliche Signifikanz-Niveau nicht erreicht, zeichnet sich unserer Ansicht nach doch ein deutlicher Trend in diese Richtung ab. Dieser wird auch bestätigt durch die Überprüfung der Varianz-Heterogenität: Für die Einschlaf-Latenzen des Stadiums I sowie von REM kann die Hypothese zweier verschiedener Gruppen angenommen werden, hinsichtlich des Einschlafmomentes „E“ besteht ein deutlicher Trend, der allerdings eindeutige statistische Signifikanz nicht erreicht. Demzufolge kann gesagt werden: Psychosomatisch reagierende Patienten schlafen schnell ein, sie erreichen auch die erste Traumphase in einer dem Durchschnitt entsprechenden Zeitspanne. Dagegen brauchen die depressiv Reagierenden lange, bis sie einschlafen, die Zeitspannen bis zum ersten Eintreten einer Traumphase sind zum Teil verdoppelt.

Betrachten wir in Tab. 4 die Streuung der Meßgrößen in beiden Gruppen, so zeigt sich in der Gruppe der depressiv Reagierenden eine erheblich größere Variabilität gegenüber den psychosomatisch Reagierenden. Neben den Latenzwerten streuten auch die Werte für die Zeitdauer aller Schlafstadien in der Gruppe der depressiv reagierenden Patienten breiter als bei der Gruppe der psychosomatisch Reagierenden.

Aufgrund dieser Auffälligkeiten innerhalb der Gruppe der depressiv reagierenden Patienten betrachteten wir die Profilverläufe der Patienten einzeln. Es fand sich ein erster Anhaltspunkt einer ich-strukturellen Differenzierungsmöglichkeit innerhalb dieser Gruppe: Die Gesamtgruppe der depressiv reagierenden Patienten war heterogen und umfaßte ein gleitendes Spektrum in bezug auf die Diagnose „Depression“. Zwei Patienten, die innerhalb dieser Gruppe am nächsten zum psychotischen Pol hin anzuordnen sind, wiesen zueinander identische und innerhalb der Gruppe extremste Werte in folgenden Parametern auf:

- wenig REM-Schlaf,
- erhöhten Anteil von Stadium II,
- hohe REM-Latenz.

Betrachten wir die Fragestellung, inwieweit sich Unterschiede zwischen Patientengruppen unterschiedlicher Ich-Struktur auch als Unterschiede in den Schlafparametern wiederfinden, so können wir zusammenfassend entsprechend den nun vorliegenden Ergebnissen festhalten:

- Hinsichtlich der Anteile der einzelnen Schlafstadien läßt sich ein eindeutiger Unterschied zwischen der Gruppe der depressiv Reagierenden

¹ Das Einschlafmoment „E“ ist definiert als Zeitpunkt des Auftretens der letzten größeren Gruppe von Vertex-Wellen vor dem Eintreten in das Schlafstadium zwei.

und der Gruppe der psychosomatisch reagierenden Patienten nicht nachweisen.

- Hinsichtlich der Einschlafzeiten zeichnet sich zwischen beiden Gruppen ein Trend ab, wonach psychosomatisch reagierende Patienten erheblich schneller, d. h. fast doppelt so schnell wie depressiv reagierende Patienten einschlafen, wobei diese Latenzwerte für die Gruppe Psychosomatik sich kaum von denen aus der Kontrollgruppe unterscheiden.

- Bezüglich der Variabilität aller Meßdaten zeigt sich bei der Gruppe der depressiv Reagierenden durchgängig eine breitere Streuung.

- Innerhalb der Gruppe der depressiv Reagierenden finden sich Anhaltspunkte für einen Zusammenhang einzelner Schlafparameter und Psychose-Nähe.

Betrachten wir diese Ergebnisse zum Vergleich der beiden Diagnosegruppen untereinander, so fällt einmal die hohe Ähnlichkeit in den Profilverläufen, zum andern die weitgehende Übereinstimmung auf der Ebene der Mittelwerte auf. Verstehbar wird diese Ähnlichkeit vor dem Hintergrund der ich-strukturellen Verwandtschaft der beiden Krankheitsbilder:

Wir nehmen an, daß die ich-strukturellen Gemeinsamkeiten im Vordergrund stehen und ich-strukturelle Unterschiede für diese beiden Krankheitsbilder anhand der von uns verwendeten Schlafparameter in den Hintergrund treten. Dies schließt nicht aus, daß sich mit Hilfe einer größeren Anzahl von Versuchspersonen und aufgrund noch zu entwickelnder Schlafparameter Unterschiede finden ließen. Einen ersten Hinweis fanden wir bei den Einschlaf-Vorgängen:

Die unterschiedlichen Einschlaf-Latenz-Zeiten wären ich-strukturell verstehbar in Verbindung mit den Ich-Funktionen der Angst und der Abgrenzung. Vor allem von depressiv reagierenden Patienten ist ihre starke Angstbereitschaft bekannt, ebenso ihre mangelnde Abgrenzungsfähigkeit, welche sich beide hindernd auf den Einschlafvorgang auswirken könnten. Da der psychosomatisch Reagierende die Gefühle von Angst und Aggression nur vorwiegend abgespalten auf der Körper-ebene erlebt, sind diese durch das Symptom „gebunden“. Wir würden annehmen, daß diese Mechanismen auch für den Einschlafvorgang wirksam sind und für den Schlaf insgesamt gelten – sie erklären somit die kürzeren Einschlafzeiten, ebenso auch die größere Geschlossenheit der Schlafparameter innerhalb der Gruppe der psychosomatisch Reagierenden.

D. Korrelative Zusammenhänge einzelner Ich-Funktionen zu Schlafparametern

Im abschließenden Ergebnisteil wollen wir erste korrelationsanalytische Zusammenhänge einzelner Ich-Funktionen mit dem quantitativen Auftreten verschiedener Schlafparameter vorstellen. Wir greifen damit noch einmal die erste Fragestellung auf: Inwieweit spiegelt sich die Ich-Struktur, numerisch erfaßt mit dem ISTA, in der quantitativen Ausprägung einzelner Schlafparameter wider?

Die Überprüfung der korrelations-analytischen Zusammenhänge erfolgte für jede Diagnosegruppe getrennt. Wir suchten dabei nach linearen Zusammenhängen mittels Produkt-Moment-Korrelationen nach *Bravais-Pearson*.

Es zeigte sich dabei eine Vielzahl interessanter Wechselbeziehungen zwischen Schlafparametern und Ich-Struktur-Werten, welche in der Gesamtheit allerdings zu umfangreich sind, um in diesem Rahmen diskutiert zu werden. Wir möchten jedoch ein Ergebnis herausgreifen und hier vorstellen, da es zum Verständnis der oben dargestellten Verlängerung der Schlafzeit unserer Patienten beiträgt. Daneben spiegelt sich der bereits dargelegte Unterschied im Umgang mit destruktiven Ich-Anteilen in beiden Patientengruppen auch in diesen Ergebnissen wider.

Die Überprüfung der Zusammenhänge zwischen Gesamtschlafzeit und ISTA-Werten zeigt die folgende Tabelle 5, wobei der Parameter SPT die Gesamtschlafdauer einschließlich aller Wachzeiten wiedergibt,

Tabelle 5: Korrelationszusammenhänge zwischen ISTA-Skalen und Gesamtschlafzeit (SPT und TST)

SCHLAF- PARAMETER	ISTA- SKALA	
	A N G S T	
	konstruktiv	destruktiv
GRUPPE: DEPRESSION	SPT	- .016 p = 0.97
	TST	.051 p = 0.90
GRUPPE: PSYCHO- SOMATIK	SPT	, .83* P = 0.022
	TST	- .19 p = 0.68

* $p < 0,05$

wohingegen TST die Gesamtschlafzeit abzüglich aller Wachzeiten beschreibt – jeweils vom Einschlafzeitpunkt bis zum Schlafende.

Die statistischen Ergebnisse zeigen folgendes:

Beide Patientengruppen schlafen länger, verglichen mit einer Außen-norm.

Für die Gruppe der depressiv Reagierenden war dies ein erwartetes Ergebnis, für die Gruppe der psychosomatisch Reagierenden dagegen nicht.

Bei beiden Gruppen korreliert die verlängerte Gesamtschlafzeit signifikant positiv mit der Angst.

Dieses Ergebnis scheint uns bedeutsam, da hier der einzige Schlafparameter, der eine Ganzheit beinhaltet – den Schlaf in seiner zeitlichen Dimension – die positive Korrelation mit der Angst eingeht.

Im Sinne unserer Theorie läßt sich die Hypothese aufstellen, daß es die Identitätsangst ist, die bei den Patienten dieser beiden Gruppen zu einer Verlängerung des Schlafes führt.

Bei der Gruppe der depressiv reagierenden Patienten findet sich statistisch eine positive Korrelation der verlängerten Gesamtschlafzeit mit der destruktiven Angst (ISTA-Werte).

Die klinischen Erfahrungen mit dem Ich-Struktur-Test (ISTA) zeigen deutlich die offene Angst im Erleben und beobachtbaren Verhalten bei dieser Gruppe von Patienten. Dies äußert sich im passiven Rückzug, welcher bei diesen Patienten auch am Tage sichtbar ist. Charakteristisch für diese Menschen ist ein Ausweichen in die Passivität aus Angst vor Gefühlen, ebenso wie auch vor Kontakt und Auseinandersetzungen mit anderen Menschen (vgl. hierzu den Begriff des „Totstellreflexes“).

Bei der Gruppe der psychosomatisch Reagierenden findet sich statistisch eine positive Korrelation der verlängerten Gesamtschlafzeit mit der konstruktiven Angst (ISTA-Werte).

Bei diesen Patienten ist die klinische Situation gekennzeichnet durch überangepaßtes, „pseudokonstruktives“ Verhalten, mit dem diese ebenso wie die depressiv reagierenden Patienten Auseinandersetzung und damit Kontakt vermeiden: „Sie unterwerfen sich“.

Das Symptom ist hier „der Totstellreflex“, der sie vor Überflutung durch destruktive Strukturanteile – also auch durch destruktive Anteile der Angst schützt.

Diese Verbindung zwischen diesen beiden Patientengruppen ist auch begründet in der Ich-strukturellen Verwandtschaft beider Krankheitsbilder.

Es ist die Identitätsangst in ihren unterschiedlichen ich-strukturellen Bedingungen, die bei diesen beiden Gruppen zu einer Verlängerung der Gesamtschlafzeit gegenüber einer Außen-norm führt.

Zusammenfassung und Ausblick

Unsere Ergebnisse lauten zusammengefaßt folgendermaßen:

1. Für beide Diagnosegruppen gilt:
 - Alle Patienten haben eine deutliche Verlängerung ihres Nachtschlafs.
 - Die Verlängerung des Nachtschlafs steht in einem direkten Verhältnis zu Angstwerten im Ich-Strukturtest.
 - Hinsichtlich der Stadienanteile weisen die Patienten folgende Besonderheiten auf:
 - vermehrter „Leichtschlaf“,
 - weniger REM-Schlaf,
 - verschwindende Anteile an „Tiefschlaf“.
2. Die Unterschiede zwischen unseren beiden Patientengruppen bestehen in folgenden Punkten:
 - Die depressiv reagierenden Patienten beschreiben ihre in Beziehung zum verlängerten Schlaf stehende Angst als destruktiv; psychosomatisch Reagierende hingegen als konstruktiv.
 - Depressiv Reagierende brauchen bis zum Einschlafen und bis zum Erreichen der ersten Traumphase erheblich länger als psychosomatisch Reagierende.
 - Die Variabilität aller Meßdaten ist bei den depressiv Reagierenden größer als bei den psychosomatisch Reagierenden.

In der Literatur werden sowohl deutlich verlängerte als auch erheblich verkürzte Gesamtschlafzeiten als Charakteristikum für depressiv reagierende Patienten genannt. Dies steht nicht in Übereinstimmung mit unseren Befunden: Wir fanden eine eindeutige Verlängerung für diese Zeitstrecke, welche auch für Patienten mit psychosomatischen Symptomen gilt. Das gleiche gilt für die Befunde zur REM-Latenz: In der Literatur finden sich hier zum Teil verlängerte, vor allem aber auch verkürzte Zeitwerte bei depressiv reagierenden Patienten. Wir dagegen fanden für diese Gruppe eindeutig verlängerte Werte. Der fehlende „Tiefschlaf“ stimmt mit den Literaturbefunden überein. Alle angeführten Besonderheiten des Schlafs bei unseren Patienten sehen wir im Sinne einer Regulation und Dysregulation, ausgehend von ihren konstruktiven und destruktiven Ich-Struktur-Anteilen. So verstehen wir auch die mittels Korrelationsanalysen gefundenen Anhaltspunkte für Zusammenhänge von Ich-Struktur-Werten, gemessen mit dem ISTA, und Schlafparametern. Psychosomatisch als auch depressiv reagierende Patienten haben vermehrte destruktive Ich-Struktur-Anteile im Sinne eines erstarrten Systems, welches dysregulativ eingesetzt wird und zur Einengung von Lebensäußerungen führt.

Die Tatsache, daß ein ganzes Spektrum des Schlafes abgeschnitten ist, scheint uns von großer Bedeutsamkeit und – aus einem ganzheitlichen

Verständnis – als Ausdruck eines Prozeßgeschehens, welches parallel zur Entwicklung der Identität eines Menschen und deren Veränderung verläuft.

Für dieses ganzheitliche Verständnis gibt es Hinweise in der Literatur über die Entwicklung des Schlafes und seine Veränderung zu bestimmten Lebensabschnitten (*Roffwarg, Muzio und Dement 1966*). Man könnte das Fehlen von Delta-Schlaf als Ausdruck des Zustandes eines Menschen verstehen, welcher sich von seinen bisherigen Strukturen trennen muß, um neue Erfahrungen zu integrieren und nutzbar zu machen. Wir würden dabei vermuten, daß ein psychisch kranker Mensch in dieser Lebenssituation längere Zeit verharret, während der gesunde Mensch solche Prozesse mit geringeren Schwierigkeiten durchlaufen kann.

Zu diesem Verständnis tragen auch Befunde aus der Spätschwangerschaft bei (*Karacan et al. 1968*). Der Delta-Schlaf der Mutter verschwindet im letzten Schwangerschaftsmonat, d. h. zu einem Zeitpunkt, wo die Mutter sich damit auseinandersetzt, sich aus der körperlichen Symbiose mit dem Kind zu trennen. Der Delta-Schlaf der Mutter tritt spontan nach der Geburt wieder in vollem Umfang auf. Diese Hypothese bedarf natürlich weiterer Untermauerung, in erster Linie durch Längsschnittuntersuchungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten des therapeutischen Prozesses bei ausgewählten einzelnen Patienten.

Abschließend möchten wir im Sinne der eingangs gestellten Fragen nach den Zusammenhängen von Ich-Struktur und Schlafparametern festhalten: Nach bisher vorliegenden Befunden läßt sich die Hypothese dieses Zusammenhangs auch weiterhin aufrecht erhalten. Schlafuntersuchungen könnten sich demzufolge durchaus als diagnostisches Instrument eignen – doch befinden wir uns hier erst am Anfang einer neuen Forschungsrichtung.

Um Schlafuntersuchungen für eine differenzierte Diagnostik nutzbar zu machen, ist darüber hinaus auch die Betrachtung der „Schlafarchitektur“ von besonderer Bedeutung: Hierzu zählen z. B. die Anzahl und die Dauer der Schlafzyklen, die Abfolge der Stadien innerhalb der Zyklen sowie die Zerrissenheit bzw. Geschlossenheit des gesamten Schlafbildes sowie auch einzelner Stadien oder des REM-Schlafes.

In diesem Sinne müssen auch die bisherigen Betrachtungsebenen erweitert werden: Wir denken hierbei vor allem an die Einbeziehung des Autokinetischen Lichttestes (*Ammon, Burbiel und Stuck 1983*) sowie an die strukturelle Auswertung von Traumberichten und Verlaufsprotokollen und eine bildhafte Darstellung der Schlafprofile.

Damit wäre auch eine Effizienzkontrolle des Therapieverlaufes, d. h. zur Unterstützung der unmittelbaren therapeutischen Arbeit möglich. Wenn die Befunde der Schlafuntersuchungen mit Ergebnissen aus dem gesamten diagnostischen und therapeutischen Geflecht, wie es die Kli-

nik Menter-schwaige zur Verfügung stellt, in Beziehung gesetzt werden, können sie ein weiterer wesentlicher Zugangsweg zum Verständnis und zur Hilfe für den kranken Menschen werden. Sie ermöglichen es damit, den Patienten gezielter auf ihrem Weg zu einer Veränderung bzw. zur Findung ihrer Identität zu helfen.

Comparative examinations of groups of narcissistic-depressive and psychosomatically reacting patients in the sleep and dream laboratory in the Dynamic-Psychiatric Clinic Menter-schwaige

Günter Ammon (Berlin), Ulrich Köppen, Margarete Hoffsten, Gerhard Wolfrum, Viktor Terpeluk, Margit Vilbig and Helmut Hoffmann (Munich)

The paper gives a survey of the development and build-up of the sleep and dream laboratory in the Dynamic-Psychiatric Clinic Menter-schwaige, offers an introduction to the holistic understanding of sleep and dreams within the theory of *Günter Ammon's* Berlin School of Dynamic Psychiatry and presents first empirical results from the examination of the sleep of depressed and psychosomatically reacting patients.

The author's main aim lies in the question of the relationship between ego-structure and sleep behaviour – and more concrete – in the question whether a person's ego-structure is reflected in quantifiable parameters of his night sleep.

The long-term aim of this research approach is to develop the sleep research into a diagnostic instrument, in the hope of being able to use such research findings in the scientific control of the therapeutic process and of the therapeutic efficiency.

In this first pilot-study for the development of hypotheses first empirical comparisons were made – by means of the standard parameters "total sleeping time", "length of the individual stadiums" as well as "REM" and the "latent periods" – between a group of patients with archaic ego-illnesses from the Menter-schwaige Clinic and a control group of so-called "mentally healthy" persons. Beside the comparison of the two groups (depressed and psychosomatically reacting with eight and seven patients respectively) individually with the norm, similarities and differences between the two examined groups were also looked at. Furthermore first correlatory analyses were calculated between the above-mentioned parameters and the scales of "aggression", "anxiety" and "ego-demarcation" from *Günter Ammon's* Ego-Structure Test (ISTA).

The comparison with the norm showed that the clinic patients had – on the average – a longer total sleeping time, a higher amount of light sleep (stage I) and greatly decreased deep sleep (stages III and IV). These findings were confirmed and clarified by a separate comparison of the two groups with the control group.

In the comparison of the two groups of patients great similarity can be seen in their deviation from the control group on the one hand; on the other hand the group of psychosomatically reacting patients have a shorter latent sleep period than the depressed patients, i. e. they fall asleep faster and reach the first dream stage earlier.

Furthermore the group of depressed patients shows a much greater variability of the measurement data, which poses the question of a greater diagnostic heterogeneity of this group.

Besides the lack of the deep sleep stages III and IV, which the authors use as a reason to discuss sleep behaviour from the viewpoint of identity and personality development, first correlative relationships can be seen between the ego-functions of constructive and destructive anxiety respectively and the total sleeping time as well as correlations between the falling-asleep latencies and the ego-demarcation ability.

On the whole first hypotheses can be propounded with respect to the reflection of the ego-structure in sleep behaviour, but further research guided by more differentiated hypotheses is to be conducted in this context.

Literatur

- Agnew, H. W.; Webb, W. B. and Williams, R. L. (1966): The first night effect: an EEG study of sleep. *Psychophysiology* (2) 263–266
- Ammon, Günter (1969): Gruppendynamik der Aggression. (Berlin: Pöhl Publikationen). Neuauflage Kindler, München 1981
- (1973): Der Traum als Ich- und Gruppenfunktion. In: *Dyn. Psychiat.* (6) 145–161, wieder abgedruckt in: Ammon Günter (Hrsg.): Gruppenpsychotherapie. (Hamburg: Hoffmann u. Campe)
- (Hrsg.) (1974a): Psychoanalytische Traumforschung. (Hamburg: Hoffmann u. Campe)
- (1974b): Psychoanalyse und Psychosomatik. (München: Piper)
- (1979a): Entwurf eines Dynamisch-Psychiatrischen Ich-Struktur-Konzepts – zur Integration von funktional-struktureller Ich-Psychologie, analytischer Gruppendynamik und Narzißmus-Theorie. In: Ammon Günter (Hrsg.) *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie*, Bd. 1. (München: Ernst Reinhardt)
- (1979b): Das ich-strukturelle und gruppendynamische Prinzip bei Depression und psychosomatischer Erkrankung. In: *Dyn. Psychiat.* (12) 445–471
- (1982a): Das sozialenergetische Prinzip in der Dynamischen Psychiatrie. In: Ammon, Günter (Hrsg.) *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie*, Bd. 2. (München: Ernst Reinhardt)
- (1982b): Methodenintegration aus der Sicht der Dynamischen Psychiatrie. In: Ammon, Günter (Hrsg.) *Hdb. d. Dyn. Psychiat.*, Bd. 2 (1982). (München: Ernst Reinhardt)
- (1982c): Identität – ein Geschehen an der Grenze von Raum und Zeit. Zum Prinzip der Sozialenergie. In: *Dyn. Psych.* (15) 114–128
- Ammon, Günter; Burbiel, I.; Finke, G.; Wagner, H. (1982a): Ergebnisse Dynamisch-Psychiatrischer Forschung. In: Ammon, Günter (Hrsg.) *Hdb. d. Dyn. Psych.*, Bd. 2 (1982). (München: Ernst Reinhardt)
- Ammon, Günter; Burbiel, I.; Stuck, U. (1982b): Der Autokinetische Lichttest in der Humanstrukturologischen Forschung. In: *Dyn. Psychiat.* (16) 63–109
- Ammon, Günter (1983a): Unveröffentlichtes Manuskript des Seminars in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik München, über Schlaf und Traum.

- (1983b): Das Prinzip der Sozialenergie im holistischen Denken der Dynamischen Psychiatrie. In: *Dyn. Psychiat.* (16) 169–191
- (1984): Die Unerreichten – zur Behandlungsproblematik des Urnarzißmus. In: *Dyn. Psychiat.* (17) 145–164
- Aserinsky, E. and Kleitman, N.* (1953): Regularly occurring periods of eye motility and concomitant phenomena during sleep. In: *Science* (118) 273–274
- Berger, H.* (1929): Über das Elektroenkephalogramm des Menschen: I–XIV. In: *Arch. Psychiat.* (87) 527–570
- Beutel, P. & Schubö, W.* (1983): SPSS 9 – Statistik-Programm für die Sozialwissenschaften, nach N. H. Nie und C. H. Hull. (Stuttgart, New York: Fischer)
- Birbaumer, N.* (1975): *Physiologische Psychologie.* (Berlin, Heidelberg, New York: Springer)
- Browman, C. P.; Cartwright, R. D.* (1980): The First-Night Effect on Sleep and Dreams. In: *Biological Psychiatry* (15) 809–812
- Cartwright, R. D.* (1982): *Schlafen und Träumen – Eine Einführung in die experimentelle Schlafforschung.* (München: Kindler)
- Chen, Ch.* (1979): Sleep, Depression and Antidepressants. In: *Brit. J. Psychiat.* (135) 365–402
- Dement, W. C. u. Kleitman, N.* (1957): Cyclic variations of EEG during sleep and their relation to eye movements, body motility and dreaming. In: *Electroencephal. clin. Neurophysiol.* (9) 673–690
- Diamond, E.* (1967): *Schlafen wissenschaftlich – Wie und warum wir träumen.* (Hamburg, Wien: Rowohlt)
- Drucker Collins, R.* (ed.) (1979): *The functions of Sleep.* (New York: Academic Press)
- Freud, S.* (1900): *Die Traumdeutung.* Ges. W., Bd. II/III. (London: Imago)
- McGinty, D.* (1979): Ontogenetic and Clinical Studies of Sleep State Organization and Dissociation. In: *Drucker Collins, R.* (ed.): *The Functions of Sleep.* (New York: Academic Press)
- Hauri, P. and Hawkins, D. R.* (1973): Alpha-Delta-sleep. In: *Electroencephalogr. Clin. Neurophysiol.* (34) 233–237
- Hoffsten, Margarete* (1982): *Zusammenhang von elterlichem Erziehungsverhalten, Prüfungsangst und Aggressionsstruktur.* Unveröffentlichte Diplomarbeit. (Erlangen: Friedr.-Alexand.-Univ.)
- Hofstätter, P. R.* (Hrsg.) (1957): *Fischer Lexikon Psychologie.* (Frankfurt/M.: Fischer Bucherei)
- Holroyd, S.* (1976): *Dream Worlds.* Aldus Books London. Dt. Erstausgabe: *Traumwelten.* (Frankfurt/M.: Ullstein 1979)
- Jovanović, U. J.* (ed.) (1973): *The Nature of Sleep.* (Stuttgart: Fischer)
- Jovanović, U. J.* (1974): *Schlaf und Traum.* (Stuttgart: Fischer)
- Kales, A. u. Kales, J.* (1970): Evaluation, Diagnosis, and Treatment of clinical Conditions related to Sleep. In: *Jama* (213) 2229–2235
- Karacan, I.; Heine, W.; Agnew, H.; Williams, R. L.; Webb, W. B.; Ross, J. J.* (1968): Characteristics of sleep patterns during late pregnancy and the postpartum periods. In: *Am. J. of Obstetrics and Gynecology* (101) 579–586
- Koella, W.* (1973): *Physiologie des Schlafes.* (Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Kohlhammer)
- Latash, L. P. u. Manov, G. A.* (1975): Connection between Delta-Sleep and the phasic Component of „Fast“ sleep with Preservation and Recall of verbal Material learned before sleep. In: *Human Physiology* (1) 231–262
- Loomis, A. L.; Harvey, E. N. and Hobart, G. A.* (1937): Cerebral States during Sleep as Studied by Human Brain Potentials. *J. Exp. Psychol.* (21) 127–144
- Mendelson, W. B.; Gillin, J. C.; Wyatt, R. J.* (Eds.) (1977): *Human sleep and its disorders.* (New York: Plenum Press)
- Niedermeyer, E.; Da Silva, F. L.* (1982): *Electroencephalography: basic principles, clinical applications, and related fields.* (Baltimore, München: Urban u. Schwarzenberg)
- Rechtschaffen, A. and Kales, A.* (Eds.) (1968); *Berger, R. J.; Dement, W. C.; Jacobson, A.; Johnson, L. C.; Jowet, M.; Monroe, L. J.; Oswald, I.; Roffwarg, H. P.; Roth, B. and Walter, R. D.*: *A Manual of Standardized Terminology, Techniques and Scoring System for Sleep Stages of Human Subjects.* (Washington, D. C.: Public Health Service, U. S. Government Printing Office)

- Reynolds, S. F.; Shaw, D. R.; Newton, E. E.; Coble, P. A. and Kupfer, D. J. (1983): EEG sleep in Outpatients with generalized anxiety: A preliminary comparison with depressed outpatients. In: *Psychiatry Res.* (8) 81–89
- Roffwarg, H. P.; Muzio, J. N. and Dement, W. C. (1966): Ontogenetic Development of the Human Sleep-Dream Cycle. In: *Science* (152) 604–619
- Rosa, R. R.; Bonnet, M. H. and Kramer, M. (1983): The relationship of Sleep and Anxiety in Anxious subjects. In: *Biolog. Psychol.* (16) 119–126
- Rotenberg, V. S. (1982): Funktionale Dichotomie der Gehirnhemisphären und die Bedeutung der Suchaktivität für psychologische und psychopathologische Prozesse. In: *Hdb. d. Dyn. Psych.*, Bd. 2. Ammon, Günter (Hrsg.) (München: Ernst Reinhardt Verlag)
- De Sanctis, S.; u. Neyroz (1902): Experimental investigations concerning the depth of sleep. In: *Psychol. Rev.* (9)
- Schubert, F. C. (1970): Einschlafverlauf und Einschlafstörungen. (Frankfurt/M.: Peter Lang)
- Vogel, G. W.; Vogel F.; McAbee R. S. and Thurmond A. J. (1980): Improvement of Depression by REM Sleep Deprivation. In: *Arch. Gen. Psychiatry* (37) 247–253
- Williams, R. L.; Karacan, I. and Hirsch, C. J. (1974): *EEG of Human Sleep: Clinical Applications.* (New York: John Wiley and Sons)
- Williams, R. L. and Karacan, J. (Eds.) (1978): *Sleep Disorders, Diagnosis and Treatment.* (New York: John Wiley and Sons)
- Zenkov, L. R. (1978): Some Aspects of the Semiotic Structure and Functional Organization of "Right Hemispheric Thinking" (in russischer Sprache). In: *The Unconscious. Nature, Functions, Methods of Study*, Bd. I. (Tbilisi: Metsniereba Publishing House)

Adressen der Autoren:

Dr. med. Günter Ammon
Meierottostr. 1
1000 Berlin 15

Ulrich Köppen
Aventinstr. 8
8000 München 2

Viktor Terpeluk
Lieberweg 29
8000 München 45

Gerhard Wolfrum
Mozartstr. 14
8000 München 2

Margarete Hoffsten
Veldener Str. 35
8000 München 60

Margit Vilbig
Weinbauernstr. 13
8000 München 90

Helmut Hoffmann
Mozartstr. 14
8000 München 2

Schlafforschung als ein Instrument zur Überprüfung des Behandlungserfolges**

Vadim S. Rotenberg (Moskau)*

Der Autor untersucht die quantitativen und qualitativen Veränderungen der Schlafstrukturen bei psychisch Kranken im Vergleich zu gesunden Probanden, um objektive physiologische Kriterien für den Krankheitsverlauf und die therapeutische Effizienz der Psychotherapie zu gewinnen. Gemessen wurden als Schlafparameter vor allem Länge und zeitliche Verteilung der Delta-Schlaf- und REM-Schlafphasen, spontane galvanische Hautreaktionen, Änderungen der Pulsfrequenz und Körperbewegungen im Schlaf. Aus diesen Parametern wurden mehrere Indikatoren gebildet, die signifikant den Grad der psychischen Störung, v. a. destruktiver Angst, bei Neurose und Depression erfassen können. Insgesamt läßt sich bei den neurotischen und depressiven Patienten eine Abnahme der Delta-Schlafperioden und REM-Phasen und ihre zeitliche Verschiebung bzw. Ausdehnung auf die 2. Hälfte der Nacht feststellen; im Verlauf der Therapie nähern sie sich wieder den Schlafstrukturen der gesunden Probanden an.

Die Untersuchung der Schlafstruktur ist eine der geeignetsten und genauesten objektiven physiologischen Methoden zur Erfassung einer Reihe von grundlegenden Aspekten des psychischen Zustandes eines Menschen – wie z. B. des Ausprägungsgrads von Depression und konstruktiver bzw. destruktiver Angst oder des Ausmaßes an affektiver Rigidität und schizoidem Denken.

Nicht selten erweist es sich, daß eine Veränderung der Schlafstruktur dem klinischen Ausbruch einer Krankheit vorangeht bzw. eine Veränderung des Zustandes des Kranken anzeigt; sie kann deshalb als Prognosekriterium für den Krankheitsverlauf in solchen Fällen dienen, wenn sich anbahnende Veränderungen weder durch die Beobachtung eines erfahrenen Psychiaters noch durch die zusätzliche Verwendung von psychologischen, psychodiagnostischen Verfahren erfaßt werden. Überzeugend bewiesen ist insbesondere, daß der Übergang aus dem depressiven in den manischen Zustand mit deutlicher Häufigkeit während des Schlafs vor sich geht und dramatische Veränderungen des Schlafs auslöst. Es nimmt abrupt die Latenzperiode der ersten REM-Schlaf-Phase zu, gleichzeitig kommt es zu einer Verkürzung der REM-Schlaf-Phase in der ersten Nachthälfte (*Mendelson, Gillin, Wyatt, 1977*). Diese Tatsachen erlauben jedoch eine nur sehr kurzfristige Voraussage, denn die Veränderung des psychischen Zustandes tritt genau genommen gleich nach dem Aufwachen ein. Wir verfügen jedoch über eine Reihe von Be-

* Prof. Dr. med., 1st Medical Institute of the Health Ministry, Moscow, Chairman of the Soviet Branch of the WADP.

** Vortrag verlesen auf dem 2. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP und XV. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 11. – 16. Dezember 1983, Kongreßzentrum München

obachtungen, bei denen die Veränderungen der Schlafstruktur es erlaubten, auf das Vorhandensein neurotischer Störungen zu schließen – lange bevor sie manifest wurden. In einer Gruppe von Menschen, die vor einigen Jahren von uns untersucht wurden, wurden alle gemäß den Ergebnissen der klinischen und psychologischen Untersuchung der Kontrollgruppe der gesunden Probanden zugeordnet, und keiner von ihnen äußerte Beschwerden über seinen Gesundheitszustand; in dieser Gruppe waren fünf Menschen, deren nächtlicher Schlaf sich deutlich unterschied vom Schlaf der anderen Mitglieder der Normgruppe. In einer Reihe von Merkmalen wies er Ähnlichkeiten mit dem Schlaf Neurose-Kranker auf. Und tatsächlich erwies sich, daß nach unterschiedlichen Zeitabschnitten – von einigen Wochen bis drei Monaten – sich bei vier dieser Menschen Anzeichen einer neurotischen Störung bemerkbar machten.

In diesem Vortrag wollen wir auf diejenigen objektiven Schlafmerkmale eingehen, die geeignet sind, als Kriterien für den Erfolg psychotherapeutischer Behandlung sowie als Kriterien zur Beurteilung des Krankheitsverlaufs zu dienen. Wir sprechen ausdrücklich von Psychotherapie und nicht von medikamentöser Therapie, weil bei Verwendung von Medikamenten primäre Veränderungen des Schlafes eintreten können als Folge der unmittelbaren Einwirkung dieser Mittel auf das cerebrale Schlafzentrum. Diese Veränderungen können dann in kompliziertem, wechselseitigem Zusammenhang mit sekundären Veränderungen der Schlafstruktur stehen, in denen sich Veränderungen des psychischen Zustandes des Kranken im Prozeß seiner Therapie widerspiegeln. Dies erschwert die Auswertung der Untersuchungsergebnisse beträchtlich, weswegen sich beim gegenwärtigen Forschungsstand die Schlafforschung als ein am meisten für die Psychotherapie geeignetes Mittel der Behandlungskontrolle erweist.

Bevor wir zur Beschreibung der einzelnen Indikatoren der Schlafstruktur kommen, die für die Beurteilung der psychischen Verfassung der betreffenden Person am wichtigsten sind, ist es erforderlich, kurz auf einige theoretische Überlegungen einzugehen. Eine der grundlegenden und häufigsten Ursachen für die Veränderung von Quantität und Qualität des Schlafes ist emotionale Spannung, subjektiv als Angst erlebt. Emotionale Spannung kann jedoch zweifacher Art sein. *Günter Ammon* schlägt vor, zwischen konstruktiver und destruktiver Angst zu unterscheiden (*Ammon 1979*). Konstruktive Angst ist eine Anpassungsreaktion, ist eine psychophysiologische Aktivierung des gesunden Menschen in einer Streß-Situation, in einer Frustrationssituation oder in einer Überraschungssituation und – entsprechend unseren Annahmen – geht einher mit Suchaktivität.

Destruktive (neurotische) Angst, genauso wie Depression, entspricht dem Zustand des Suchverzichts; sie behindert die Anpassung des Indivi-

duums (Rotenberg, Arsavskij, 1978). Diese beiden Formen der Angst wirken sich gänzlich unterschiedlich aus auf die Widerstandsfähigkeit gegenüber Stress, auf die körperliche Gesundheit und auf die Schlafstruktur. Den letzten dieser Bereiche – die Schlafstruktur – werden wir im folgenden ausführlich analysieren.

Den geringsten Informationswert von allen Merkmalen der Schlafstruktur bietet das Merkmal der Gesamtschlafzeit. Einerseits verringert sich im allgemeinen die Schlafzeit bei deutlich ausgeprägter Angst, sowohl der normalen wie der neurotischen, und eignet sich von daher nicht zur Differentialdiagnose der beiden Formen der Angst. Andererseits kommt es bei einer mittleren Ausprägung von Angst und neurotischer Depression, insbesondere apathischer Depression, kommt es vor, daß die Gesamtschlafdauer im Vergleich mit den anderen Parametern in kompensatorischer Weise zunimmt. D. h., Veränderungen der Schlafdauer in dieser oder jener Richtung im Prozeß der Behandlung können sowohl die Verstärkung wie die Abschwächung der Symptomatik anzeigen – für die Beantwortung der Frage, welcher Natur diese Veränderungen sind, sind weitere Angaben unerlässlich.

Eine weit genauere Information bietet die Veränderung der Gesamtdauer des langwelligen Schlags, des Delta-Schlafs. Normale (produktive, konstruktive) Angst führt entweder zu keiner Veränderung des Delta-Schlafs oder bewirkt sogar eine Zunahme des Anteils des Delta-Schlafs am Gesamtschlaf, insbesondere dann, wenn sich die Gesamtschlafdauer verkürzt. In der Regel macht der Anteil des Delta-Schlafs an der Gesamtschlafzeit 18–25 % aus (in jungen Jahren ist dieser Prozentanteil hoch, mit zunehmendem Alter nimmt er allmählich ab). Wenn bei ausgeprägter konstruktiver Angst (z. B. im Fall von Stress oder im Zustand des kreativen Schaffens) der Schlaf auf 4 bis 5 Stunden verkürzt ist, kann der Delta-Schlaf einen Anteil von 50 % ausmachen.

Demgegenüber führen neurotische Angst und Depression regelmäßig zu einer Reduktion des Delta-Schlafs – selbst in den Fällen, bei denen die Gesamtschlafdauer zunimmt (in diesen Fällen kommt es in der Regel zu einer Ausdehnung des REM-Schlafs). Von daher ist die Zunahme des Delta-Schlafs im Verlauf der Psychotherapie ein zuverlässiger Gradmesser für den Behandlungserfolg.

Von gewisser Bedeutung ist auch die Verteilung des Delta-Schlafs auf die Dauer der Nacht. In der Regel ist der größte Teil des Delta-Schlafs auf die ersten beiden Zyklen konzentriert. Bei destruktiver Angst, insbesondere in den Fällen, bei denen die Kompensationsmöglichkeiten des Organismus in bestimmtem Umfang erhalten geblieben sind, ist die Phase des verkürzten Delta-Schlafs oft auf das Ende der Nacht verlagert oder gleichmäßig auf alle Schlafzyklen verteilt.

Deutliche Veränderungen des Denkens im Sinne der schizophrenen Erkrankung führen zu einer Verringerung des Delta-Schlafbedürfnisses

des Organismus. Hierbei können sich interessante Abweichungen zwischen den objektiven Schlafdaten und den subjektiven Empfindungen (des Patienten) ergeben: Häufig ist zu beobachten, daß – trotz der Verminderung des Delta-Schlafs – Schizophrenie-Patienten nicht über erhöhte psychische Ermüdung, über eine Abnahme der Gedächtnis- und Konzentrationsfähigkeit, über das Gefühl mangelnder körperlicher Frische, über Zerschlagenheit klagen, wohingegen derartige Beschwerden typisch sind für alle übrigen Patienten mit Delta-Schlaf-Defizit. Bei völligem Schlafentzug fehlt bei Schizophrenie-Patienten der Effekt des „kompensatorischen Sich-dem-Delta-Schlaf-Hingebens“ in der auf die Nacht des Schlafentzugs folgenden Erholungsnacht, ein Effekt, der für die anderen Patienten und für Gesunde charakteristisch ist.

Dieses Abweichen der Selbstwahrnehmung von den objektiven Daten kann diagnostisch verwendet werden im Sinne einer Präzisierung der Diagnose.

Der Delta-Schlaf unterliegt bei psychischen Erkrankungen auch qualitativen Veränderungen. Dies zeigt sich vor allem in einer verminderten Aktivität der spontanen galvanischen Haut-Reaktion (Galvanic Skin Reaction – GSR). Sie erreicht bei Gesunden ihr Maximum im vierten Stadium des Delta-Schlafs, im zweiten Zyklus. Bei neurotischen Erkrankungen und bei Schizophrenie ist die galvanische Hautreaktion in allen Stadien reduziert und erreicht ihre größte Häufigkeit oft im Stadium der Beta-Schlafspindeln. Wenn im Prozeß der therapeutischen Behandlung eine Wiederherstellung der spontanen galvanischen Hautreaktion festzustellen ist, so hat dies positiven Prognosecharakter für den Krankheitsverlauf.

In Übereinstimmung mit dem Konzept der Suchaktivität sind beide Formen emotionaler Spannung aufs engste mit den Prozessen verbunden, die während des REM-Schlafs ablaufen. Bei konstruktiver Angst nimmt das Delta-Schlaf-Bedürfnis ab, bei destruktiver Angst nimmt es zu. Trotzdem haben die Veränderungen des REM-Schlafs (in Minuten und Prozentsen) bei Angst oder Aggression nicht einen so eindeutig ausgerichteten Charakter wie die Änderungen des Delta-Schlafs. Im Falle konstruktiver Angst nimmt der REM-Schlaf gesetzmäßig ab, jedoch läßt sich auch bei neurotischer Angst und Depression eine Abnahme feststellen, wiewohl nicht selten auch eine Zunahme zu beobachten ist. Unsere Forschungen haben gezeigt, daß der REM-Schlaf dann zunimmt, wenn die angstbedingten bzw. depressiven Störungen mittleren Grades sind; werden sie stärker, so ist eine Reduzierung des REM-Schlafs zu beobachten – auf Kosten eines häufigeren Aufwachens aus dieser Phase und auf Kosten einer Verkürzung des Schlafes insgesamt.

Von daher kann sich in der Abnahme der Dauer des REM-Schlafs sowohl ein verringertes Bedürfnis nach REM-Schlaf bei einer Abnahme der Angst ausdrücken wie auch die Unmöglichkeit, ein vorhandenes

hohes REM-Schlaf-Bedürfnis zu befriedigen im Falle des Anwachsens der Angst.

Genaueren Informationswert bietet die Analyse der Verteilung des REM-Schlafs auf die Nacht. Im Falle der konstruktiven Angst des Gesunden verlagert sich der REM-Schlaf noch stärker als normalerweise in die zweite Nachthälfte, wohingegen bei neurotischer Angst sein Anteil an den ersten Zyklen wächst. Insbesondere ist nicht selten festzustellen, daß der REM-Schlaf mehr als 20 % der Dauer des ersten Zyklus ausmacht. Entsprechend verkürzt sich die Latenzperiode der ersten Episode des REM-Schlafs, d. h. die Zeit vom Beginn des Einschlafens bis zu den ersten Äußerungen von Merkmalen dieser Phase. In der Literatur gibt es vielfältige Hinweise, daß bei Depression (insbesondere bei primärer Depression) die Latenzperiode signifikant verkürzt ist und in einer Reihe von Fällen weniger als 50 Minuten beträgt (bei einem Regelfall von mehr als 80 Minuten). Viele Autoren sind der Meinung, daß dies ein Indiz dafür ist, daß ein erhöhtes Bedürfnis des Organismus nach REM-Schlaf gegeben ist; es wird jedoch auch der Standpunkt vertreten, daß dies eine Störung der circadianen und subcircadianen Periodik bei Depression widerspiegelt.

Analoge Ergebnisse sind auch in bezug auf die neurotische Angst gewonnen worden, jedoch bei weitem nicht in allen Fällen, und bei der angstbegleiteten neurotischen Depression fehlt eine derartige Gesetzmäßigkeit gleichfalls. Bedeutet dies, daß das REM-Schlaf-Bedürfnis nur im Fall der primären Depression erhöht ist? Ein derartiger Schluß widerspricht den Annahmen, die man auf der Grundlage der Konzeption der Suchaktivität aufstellen kann. Wir nehmen an, daß das Fehlen einer eindeutig ausgerichteten Tendenz zur Verkürzung der Latenz-Periode der ersten REM-Schlaf-Episode im Fall von Angst bzw. Angstdepression durch die Interferenz zweier gegensätzlicher Einwirkungen zu erklären ist, welche gleichzeitig angsterzeugend auf den Schlafenden wirken: auf der einen Seite ist dadurch das Bedürfnis nach REM-Schlaf tatsächlich erhöht; andererseits kann es nicht voll befriedigt werden, weil die emotionale Spannung und damit verbunden die Aktivierung der ergotropen Systeme dazu führen, daß es zu vermehrtem Aufwachen kommt oder zumindest daß davon ein „Beinahe-Aufwach“-Effekt ausgeht, der die betreffende Person in einen oberflächlicheren Schlafzustand führt. Das Ergebnis dessen ist eine Verzögerung des Eintritts des REM-Schlafs. Diese Annahme fand sich experimentell bestätigt. Bei Menschen mit vorwiegend neurotischer Angst war die Latenzperiode des REM-Schlafs in der Regel nicht verkürzt – außer in den Fällen, wenn die Häufigkeit des Wachwerdens bzw. die Anzahl der Übergänge in mehr oberflächliche Schlafstadien wesentlich erhöht war. Wenn man diese Veränderung des Aktivierungsgrads mit einbezieht und auf sie das Verfahren der bedingten Ergänzung anwendet (was selbstverständlich

sowohl bei Kranken mit Angstsymptomen wie auch bei Kranken ohne Angstsymptome und schließlich bei gesunden Probanden gemacht wurde), so zeigt sich, daß die Latenzperiode des REM-Schlafs im Falle von Angst signifikant kürzer ist. Von daher kann die Latenzperiode des REM-Schlafs nicht als objektives Kriterium des REM-Schlaf-Bedürfnisses ohne vorhergehende Änderung des Meßverfahrens dienen. Die von uns vorgenommenen Modifikationen des Meßverfahrens bedürfen noch der Weiterentwicklung, da – wie weiter unten gezeigt werden wird – die Veränderungen des Aktivierungsgrades von unterschiedlicher Ausprägung sein können, so daß ihnen dementsprechend unterschiedliches „Gewicht“ beigemessen werden muß. Übrigens können analoge Aktivierungsänderungen zu einer Verringerung der Dauer des REM-Schlafs selbst führen, obwohl ein hohes REM-Schlaf-Bedürfnis vorliegt.

Unter Berücksichtigung all dessen, was wir oben ausgeführt haben, schlagen wir einen neuen physiologischen Indikator vor, der eine präzisere Beurteilung des psychischen Zustandes des Probanden sowie des Ausprägungsgrades von angstbedingten und depressiven Erkrankungen ermöglicht. Dieser Indikator ist das Verhältnis der Länge des REM-Schlafs zur Länge des Delta-Schlafs während der ersten beiden Schlafzyklen. Unsere Erfahrung hat gezeigt, daß es mit Hilfe dieses Indikators gelingt, jene Schwierigkeiten zu überwinden, die sich aus dem zweifachen und in verschiedene Richtung sich auswirkenden Einfluß der Angst auf die Schlafstruktur ergeben: Wenn die neurotische Angst so stark ausgeprägt ist, daß sie zu einer relativen Verminderung des REM-Schlaf-Anteils am Gesamtschlaf und insbesondere des REM-Schlaf-Anteils an den ersten beiden Zyklen führt, so bedingt sie gleichzeitig zwangsläufig eine noch stärker ausgeprägte Reduktion des Delta-Schlafs – wodurch das Verhältnis des REM-Schlafs zum Delta-Schlaf erhöht bleibt. Bei konstruktiver Angst hingegen vermindert sich der REM-Schlaf, insbesondere in den ersten beiden Zyklen, während der Delta-Schlaf unverändert bleibt bzw. sogar zunimmt, so daß der Wert des von uns vorgeschlagenen Indikators kleiner wird. Unsere Ergebnisse zeigen, daß dieser Faktor beim gesunden Menschen im Zustand emotionaler Ausgeglichenheit zwischen 0,4–0,7 schwankt; im Falle neurotischer Angst ist er auf 0,7 erhöht, und bei produktiver Angst (z. B. bei einer hohen und sich im Verhalten auswirkenden Leistungsmotivation) ist er kleiner als 0,4. Die Veränderungen dieses Merkmals können von daher als ein zuverlässiges Kriterium für den Erfolg einer Psychotherapie dienen. (Die Frage der Verwendbarkeit dieses Indikators für die Beurteilung von pharmakologischen Therapien bedarf spezieller Untersuchungen, weil die verschiedenen Pharmaka einen unmittelbaren, dämpfenden Einfluß auf den REM-Schlaf oder den Delta-Schlaf ausüben).

Qualitative Merkmale des REM-Schlafs können gleichfalls zur Beur-

teilung des Zustandes des Betreffenden und der Tendenz der Änderungen seines Zustands genutzt werden. Bei der Mehrzahl der von uns untersuchten psychopathologischen Funktionsstörungen, die auch einige Formen der Psychosomatosen berücksichtigen, sind Veränderungen des REM-Schlafs zu beobachten, die wir als Anzeichen seiner mangelnden qualitativen Vollwertigkeit betrachten:

- a) eine verminderte Anzahl von Traumberichten, wenn man den Betreffenden aus dem REM-Schlaf aufweckt;
- b) eine Abnahme der Aktivität des Betreffenden während der Träume selbst;
- c) eine relative Abnahme der Zahl der Herzschläge;
- d) eine relative Zunahme der spontanen galvanischen Reaktionen der Haut während des REM-Schlafs;
- e) eine Verminderung der Intensität der schnellen Augenbewegungen (dieses letztere Merkmal ist weniger beständig). Näheres siehe bei *Rotenberg, Waking and Sleeping, 1980, Nr. 4.*

Die Wiederherstellung der qualitativen Vollwertigkeit des REM-Schlafes und insbesondere die Wiederherstellung der psychischen Aktivität während dieser Phase kann als unzweifelhaftes Merkmal für die Verbesserung des psychischen Zustandes gelten. Diese These behält ihre Gültigkeit auch in den Fällen, bei denen in den ersten Stadien der Behandlung an die Stelle von schwachen, undeutlichen und diskontinuierlichen Empfindungen während des REM-Schlafs Angstempfindungen und Angstträume treten. Die Tatsache der Wiederherstellung der psychischen Aktivität an sich ist ein positives Merkmal, unabhängig von ihrem Gehalt. Seine größte Wirksamkeit zeigt der REM-Schlaf jedoch bei solchen Traumthematiken, bei denen die passive, schicksalsergebene Einstellung des Betreffenden durch eine aktive und sich selbstbehauptende Haltung ersetzt wird (*Greenberg und Pearlman 1975*).

Wir haben bereits darauf hingewiesen, daß emotionale Spannung – und insbesondere solche neurotischer Natur – Veränderungen des Aktivierungsgrades während des Schlafs auslöst. Zur quantitativen Erfassung der Ausgeprägtheit dieser Veränderungen und ihrer Dynamik schlagen wir folgenden Indikator vor: das Verhältnis der Körperbewegungen, nach denen es zum Übergang aus einem tieferen in ein oberflächlicheres Schlafstadium kommt, zur Gesamtzahl der Körperbewegungen während dieses Stadiums. Dieses Merkmal (der Aktivierungs-Koeffizient) wird für alle Schlafstadien und für alle Schlafzyklen berechnet. Er drückt die Widerstandskraft des Schlafes gegenüber denjenigen aktivierenden Einwirkungen aus, die mit der Afferenz im Prozeß der natürlichen Bewegungen verbunden sind. Letzten Endes ist dieser Indikator bestimmt durch den Grad der Aktivierung der ergotropen Mechanismen. Die von uns durchgeführten Untersuchungen zeigen, daß der Aktivierungs-Koeffizient bei destruktiver Angst nicht nur signifikant

höher ist als bei deren Fehlen, sondern daß er auch eine charakteristische Dynamik im Verlauf der Nacht aufweist: Er ist im Vergleich zu gesunden Probanden relativ stärker im ersten Zyklus als im dritten und vierten Zyklus ausgeprägt. Dies stimmt gut überein mit den Ergebnissen von *Greenberg* und *Pearlman* (1975), daß es bei Patienten im Verlauf der Nacht zu einer gewissen Senkung des Angst-Niveaus kommt – möglicherweise auf Kosten des Einschlusses von REM-Schlaf-Episoden, wenn auch nicht von völlig vollwertigen. Bei gesunden Probanden hingegen ist die Dynamik der Aktivierungsveränderungen insgesamt dem entgegengesetzt, denn in der Regel wird der Schlaf um so oberflächlicher, je näher der Morgen kommt – was auch durch die Tatsache der Senkung der Weckschwelle im Verlauf der Nacht bewiesen ist (*Rechtschaffen* u. a., 1966).

Der von uns vorgeschlagene Aktivierungs-Koeffizient erlaubt die Beurteilung der Veränderung der Aktivität des aufsteigenden Aktivierungssystems im Verlauf des Schlafes selbst und erlaubt indirekt die Beschreibung der Dynamik der Angstsymptome.

In diesem Vortrag sind wir auf die unserer Meinung nach grundlegenden Merkmale der Schlafstruktur eingegangen, die zusammengenommen es erlauben, zum einen den psychischen Zustand eines Menschen zu beurteilen – unabhängig davon, wie weit dieser Zustand manifest und somit psychologischen Verfahren zugänglich ist – sowie zum anderen den Erfolg einer durchgeführten Behandlung zu überprüfen.

Sleep Research as an Instrument to Verify the Treatment Success

V. S. Rotenberg (Moscow)

An analysis of the author's own research findings and of relevant data cited in literature permits to identify a number of indicators in the sleep structure which furnish an adequate reflection of the dynamics of a psychic state and can therefore be used as criteria of psychotherapeutic efficiency. The advantage of these indicators over other physiological indicators of an emotional status consists in the fact that they make it possible to differentiate the constructive mobilizing anxiety of a healthy individual in the stressful situation of a suspense from the destructive unproductive anxiety of a neurotic patient. Among the aforementioned indicators are:

1. The duration and percentage of slow wave sleep, or delta-sleep (it becomes reduced shifting to the second half of the night in the case of neurotic anxiety and depression but remains unchanged or even increases in that of constructive anxiety).

2. The sleep-delta-sleep time ratio in the first two cycles R/Δ I–II (the normal boundaries of this indicator range from 0.35 to 0.65; a rise above 0.65 points to a destructive anxiety, a drop below 0.35 to a pronounced mobilizing anxiety).

3. The ratio of the body movements during sleep (artefacts due to movements on polygrams) which are followed by a transition to more superficial sleep stages to the total number of body movements. The indicator is calculated per unit of sleep time for each cycle and each stage. In the case of normal anxiety it increases from one cycle to the next, in that of neurotic anxiety the dynamics becomes inverted: in the first cycle the indicator is not less than in III–IV and sometimes even higher. The intensity of the transitions to more superficial sleep stages is also higher in the event of neurotic anxiety.

4. The elaborateness and character of sleep dreams. In healthy individuals accounts at awakening from REM sleep are more detailed and characterized by the subject's more active participation in his own dreams.

5. Qualitative specific features of sleep at different stages. Among healthy individuals spontaneous Galvanic Skin Reactions (GSRs) are more clearly expressed in delta-sleep and are absent in REM sleep, among sick ones they are decreased in delta-sleep and increased in REM sleep. The latter category exhibits a rise in pulse frequency in REM sleep, so characteristic of healthy individuals, more rarely.

A traditionally used indicator such as the latent period of the first REM sleep episode is less reliable since in the case of pronounced neurotic anxiety and agitated depression increased requirement in REM sleep combines with frequent transitions to more superficial sleep stages in the first cycle, which delays the onset of REM sleep.

Literatur beim Verfasser

Adresse des Autors:
Prof. Dr. med. Vadim S. Rotenberg
1st Medical Institute of the
Health Ministry of the USSR
Usievitcha Street 11–60
125 319 Moscow, USSR

Nachrichten/News

Aus: Orvosi Hetilap

Behandlungskonzeption der Dynamischen Psychiatrie

Bericht über den 2. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP und das XV. Internationale Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) in München, Kongreßzentrum, 11.–16. Dezember 1983 zum Thema: „Behandlungskonzeption der Dynamischen Psychiatrie“

Die Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) veranstaltet jedes Jahr ein internationales Symposium; in den letzten zwei Jahren sind diese gleichzeitig auch die Weltkongresse der World Association for Dynamic Psychiatry WADP gewesen.

Dieses Symposium fand bereits zum drittenmal in München, im Kongreßzentrum dieser Messestadt statt. Das Kongreßprogramm wird seit Jahren nach derselben Konzeption gestaltet: Jedesmal werden die Vorträge, Seminare und Arbeitsgruppen um ein zentrales Thema herum gruppiert. Nach den Vormittags-, Nachmittags- und Abendveranstaltungen verteilen sich die Teilnehmer auf fortlaufende Diskussionsgruppen, wo sie Fragen stellen und über ihre Eindrücke und Gefühle sprechen können. Über die vorherigen Symposien bzw. den 1. Weltkongreß habe ich in der Zeitschrift ‚Orvosi Hetilap‘ berichtet; wo ich den Aufbau des Symposiums, die DAP und die WADP ausführlich beschrieben habe. Auf diese Berichte möchte ich hier hinweisen.

In diesem Jahr stand das Thema: „Behandlungskonzeption in der Dynamischen Psychiatrie“ im Mittelpunkt. Die Behandlungskonzeption war schon immer ein Schwerpunkt der Symposien der DAP und WADP, da die Therapie psychisch kranker Menschen in enger Verbindung mit Forschung und Prävention zentrales Anliegen ist. Gerade auf diesem Gebiet zeichnen sich in der Arbeit der DAP jedes Jahr bedeutende Fortschritte ab, die sich in den Kongreßbeiträgen widerspiegeln.

In München bzw. in einem Vorort von München – in Mengerschwaike – ist die Dynamisch-Psychiatrische Klinik der DAP, und in der Nähe von München befindet sich das milieutherapeutische Zentrum Stelzerreut. Zusätzlich gibt es ein Halfway-House und mehrere therapeutische Wohngemeinschaften, durch die den Patienten die Rückkehr in die Gesellschaft, d. h. ihre Rehabilitation erleichtert werden soll.

Im letzten Jahr wurde in der Klinik Mengerschwaike eine neue Therapieform für archaisch Ich-Kranke entwickelt, die ‚Ich-strukturelle Tanztherapie‘. All dies, die Arbeit in der Klinik, in den therapeutischen

Wohngemeinschaften und den Instituten wurde auf dem Kongreß zur Sprache gebracht oder auch durch Videoaufnahmen und Filme vorgestellt. Die Tanztherapie wurde in einer sehr bewegenden Gruppensitzung live dargestellt. Daneben gab es auch Vorträge und Demonstrationen über früher eingeführte neue Methoden wie z. B. Theatertherapie, in der Klinik entwickelte Testverfahren, z. B. die Anwendung des autokinetischen Phänomens in einem Test („Autokinetischer Lichttest“) und der Ich-Strukturtest nach *Ammon* (ISTA). Weiterhin wurde über die neueste Entwicklung der elektrophysiologischen Gehirn- und Schlaforschung berichtet.

Neben den gruppendynamischen und psychologischen Problemen in „Übergangshäusern“ und „Wohngemeinschaften“ wurde viel über die Leitung und die gruppendynamischen Verhältnisse in Erziehungsheimen, Strafvollzugsanstalten und in anderen Institutionen gesprochen. Diese Tatsache ist darauf zurückzuführen, daß die Mitarbeiter der DAP versuchen, die Theorie und Praxis der Dynamischen Psychiatrie auch in diesen Institutionen einzuführen: Sie beschäftigen sich mit deren Mitarbeitern, bieten ihnen Konsultations- und Supervisionshilfen an und aus dieser Tätigkeit haben sie wichtige gruppendynamische Erfahrungen gesammelt und wieder in die praktische Arbeit eingebracht.

Die Maltherapie und Videoarbeit hat sich in der Klinik auch wesentlich weiterentwickelt. Die Videoarbeit wurde durch die verschiedenen Videovorführungen überzeugend dargestellt, während die Ergebnisse der Maltherapie in einer eindrucksvollen Ausstellung in den Vortragsräumen, im Plenarsaal und dem Foyer des Kongreßzentrums zu sehen waren.

In den Räumen des Kongreßzentrums wurden auch durch phantasievolle Informationsstände mit Fotos und graphischen Darstellungen die Arbeit der einzelnen Institute und Arbeits- und Studiengruppen der DAP vorgestellt.

Wie in den früheren Jahren wurden mit viel Interesse erwartete Hauptreferate und Videovorführungen von *Günter Ammon*, dem Präsidenten der DAP und WADP, und seinen engsten Mitarbeitern gehalten. *Ammon* stellt jedes Jahr die Weiterentwicklung seiner theoretischen Konzeption vor. In diesem Jahr hat er den Teilnehmern gleich zwei neue Gedankenkreise bekanntgemacht:

In seinem Eröffnungsreferat hat *Ammon* über die Probleme und Methoden in der Behandlung von Patienten gesprochen, die an urnarzißtischen Störungen, d. h. schwersten Ich-Störungen, leiden. In seinem Referat hat er diese Patienten „Die Unerreichten“ genannt. Wie *Ammon* erzählte, wollte er diese Menschen eigentlich als die ‚Unerreichbaren‘ bezeichnen, da sie jeden Kontakt abwehren, gleichzeitig aber unter dem fehlenden Kontakt stark leiden. Dennoch, durch konsequente therapeutische Arbeit, durch einfühlsames Eingehen auf ihre spezifische

Weise der Interaktion in Gruppen kann man sie schließlich erreichen und ihnen helfen. Deswegen entspricht die Bezeichnung ‚die Unerreichbaren‘ nicht der realen Situation und außerdem drückt sich in ihr therapeutischer Pessimismus aus. Das Hauptreferat hat eine lebhaft Resonanz gefunden, wohl auch deswegen, weil jeder Psychotherapeut sehr oft narzißtischen Patienten begegnet.

Der zweite neue Gedankenkomplex war das sog. Androgynitätsprinzip. Mit diesem Prinzip beschäftigt sich *Ammon* seit längerer Zeit und es ist auch ein Buch über dieses Thema in Vorbereitung. Das Wort ‚androgyn‘ stammt aus *Platon's* „Gastmahl“, in dem der Mythos zur Sprache kommt, wonach in der Urgeschichte der Menschheit Männer und Frauen nicht getrennt existierten, vielmehr existierten die zwei Geschlechter zusammen in einer Gestalt als ‚männlich-weiblich‘ (androgyn) und diese Gestalt wurde erst später von den Göttern in zwei getrennt.

Ammon will mit diesem Prinzip ausdrücken, daß die Polarisierung der Geschlechtsrollen und gleichzeitig der durch geschlechtliche Tradition uns auferlegte Rollenzwang für das Gleichgewicht der Persönlichkeit nachteilig ist und dadurch die Quelle vielerlei psychopathologischer Erscheinungen ist. Aufgrund ihrer Sozialisation und evtl. auch konstitutioneller und biologischer Gründe fühlen sich viele nicht wohl in ihrem biologischen Geschlecht; ihre erotische Orientierung kann anders als gesellschaftlich vorgeschrieben sein (Homosexualität), andere wieder wollen sich mit der Lebensweise des anderen Geschlechts identifizieren (Transsexualität). Der natürliche Zustand des Menschen ist nicht die Beschränkung auf eine bestimmte Geschlechtsrolle, vielmehr ist es die Freiheit des Selbstausdrucks im Geschlechtsverhalten. Das bedeutet, daß unter gesunden Umständen Männer viele weibliche Züge, Frauen aber viele männliche Züge haben. Auf diese Art und Weise kann der Mensch emotionsreich und kreativ sein. Aus dem Androgynitäts-Prinzip folgt Toleranz und Annehmen gegenüber jeglicher Art konstruktiver Sexualität, Heterosexualität ist ebenso anerkannt wie Homosexualität.

Durch die Beschäftigung mit dem androgynen Prinzip wird in dem theoretischen Konzept der Dynamischen Psychiatrie die Aufmerksamkeit zunehmend auf die Fragen der Sexologie gelenkt. Dies Interesse und die Aufmerksamkeit hängen wahrscheinlich mit einem anderen Problem zusammen, das in der Arbeit der DAP zur Zeit im Vordergrund steht, nämlich das Problem des Friedens und der Friedensfähigkeit. Die DAP hat eine aktive Rolle in der westdeutschen Friedensbewegung übernommen, z. B. mit ihrem Protest gegen die amerikanische Raketenstationierung.

Auf dem Kongreß fand auch eine große Friedensversammlung statt, es wurde eine Friedensresolution mit konkreten Forderungen für den Frieden verabschiedet und es wurden die Leiter der wichtigsten Frie-

densinitiativen in München zu einer Abendveranstaltung auf dem Kongreß eingeladen.

Ammon und seine Mitarbeiter beurteilen die internationale Lage als sehr besorgniserregend und meinen, daß die Politiker nicht mehr in der Lage sind, die Situation zu meistern, und die Welt in Richtung eines Krieges steuern. In der Friedensresolution wird zum gewaltlosen zivilen Ungehorsam aufgerufen als Protest gegen die Aufrüstung und die Stationierung amerikanischer Raketen in Westdeutschland. An einem Abend hat die Mehrzahl der Teilnehmer des Kongresses an einem Fackelzug für den Frieden teilgenommen, der an der Münchener Freiheit mit einer Friedenskundgebung endete.

Die psychologischen Aspekte des Friedens kamen auf dem Kongreß auch zur Sprache; so wurde auch die Friedensfähigkeit als ‚psychische Funktion‘ untersucht und dabei festgestellt, daß diese Fähigkeit in weiterentwickelteren und differenzierteren Formen gerade bei den Personen vorhanden ist, die sich in ihrer Lebensführung nicht von Geschlechtsrollenzwängen leiten lassen, sondern mehr androgyn sind. *Ammon* selber hat darüber in seinem Referat gesprochen und dabei auch die komplexen kulturhistorischen Hintergründe dieser Frage behandelt. Besonders aufregend dabei war die Untersuchung des Lebens und Wirkens des Pharaos Echnaton, der eine typisch androgyne Persönlichkeit war. Echnaton gilt als ein ‚ungewöhnlicher‘ Pharao, der nicht für die Macht lebte; er bevorzugte den Frieden und die Künste, er hat seinem Reich nicht zur Macht verholfen, vielmehr hat er an Macht eingebüßt, weswegen die Geschichtsschreibung ihn nicht als positive Figur bewertet.

Auf dem Kongreß fanden die Vorträge im allgemeinen in parallel laufenden Sektionen statt, so konnte ich natürlich nicht alle Vorträge hören. Mehr als gewohnt war ich in der Zeit gebunden, da ich diesmal zusätzlich mit der Leitung einer Diskussionsgruppe beauftragt worden war. Deswegen konnte ich an einigen Programmen nicht teilnehmen, dafür war die Diskussionsgruppe ein großes Erlebnis: ich konnte mit lieben, interessierten, vielseitigen jungen Menschen zusammen sein und die Gruppe hat auch über einige Veranstaltungen berichtet, wo ich selbst nicht dabei war.

Meine Zeiteinteilung war auch dadurch beeinflusst, daß ich mehrmals Chairman war. Dadurch habe ich auch an einer interessanten Arbeitsgruppe von *Everhard Jungeblodt* über Supervisionsarbeit teilgenommen und habe auch bei einem Referat über einen spannenden englischen Versuch gehairt, nämlich bei *Hugh Koch*, Cardiff, über den Unterricht der Psychotherapie mit der sog. ‚Mikroteaching‘-Methode.

Die Angelegenheiten der WADP haben meine Zeit auch stark in Anspruch genommen, da ich als 1. Vizepräsident nicht nur an den Sitzungen der Chairmen und des Executive Council teilgenommen habe, son-

dern auch an verschiedenen Besprechungen, u. a. über ein internationales Bulletin der WADP.

Mein Hauptreferat über die ‚systemtheoretischen Aspekte der Behandlung in der Dynamischen Psychiatrie‘, das am Eröffnungstag, unmittelbar nach den Grußworten und nach dem Eröffnungsreferat von *Ammon* stattfand, stellte wichtige Gemeinsamkeiten zwischen dem systemtheoretischen Denken und dem theoretischen Konzept der Dynamischen Psychiatrie dar.

Wie gewöhnlich hatte der Kongreß diesmal auch viele ausländische Teilnehmer; es kamen Gäste aus ungefähr 20 Ländern. Es gab eine große polnische Delegation, die wichtige Vorträge gehalten hat. Zu den Polen hat *Ammon* eine sehr enge Beziehung, mehrere polnische Psychiater waren für längere Zeit in der Klinik Mengerschwaige tätig. Neben den polnischen Teilnehmern waren aus den sozialistischen Ländern die Ungarn am stärksten vertreten, was auf den Besuch *Ammon's* in Ungarn im April 1983 zurückzuführen ist. Während dieses Besuchs sind mehrere neue Kontakte entstanden. Im wesentlichen war dadurch die ungarische Psychiatrie adäquat vertreten: Vier Mitglieder des Präsidiums der Ungarischen Psychiatrischen Gesellschaft (*Moussong-Kovacs, Füredi, Szilard, Tringer*) und einige weitere Mitglieder der Leitung dieser Gesellschaft (*Goldschmidt, Kun, Bagdy, Buda*) waren anwesend neben vielen jüngeren Kollegen. Alle ungarischen Teilnehmer haben Vorträge gehalten, die dem Niveau des Kongresses entsprachen.

Im Rahmen einer Delegation aus der CSSR hat *Milan Hausner* aus Prag unter anderem (er hat mehrere Vorträge gehalten) einen psychotherapeutischen Prozeß dargestellt, aufgrund von Bildern und mit den Bildern verbundener Assoziationen eines Patienten.

Ebenso war eine jugoslawische Delegation von Ärzten und Psychologen mit interessanten Beiträgen, u. a. zu Kinder- und Jugendlichentherapie, auf dem Kongreß vertreten.

Die eingeladenen sowjetischen Wissenschaftler konnten nicht kommen, sie begrüßten aber den Kongreß per Telegramm und drei sowjetische Wissenschaftler (*Zurabashvili, Rotenberg, Zenkov*) hatten ihre Vorträge geschickt, die dann vorgelesen wurden.

Aus Indien waren drei Wissenschaftler *Jai B. P. Sinha, Baxi K. R. P. Sinha* und *J. P. Mishra* gekommen. Der indische Zweig der WADP unter Leitung von dem Sozialpsychologen Professor *Jai B. P. Sinha* hat sich sehr erfreulich entwickelt. Dieser Zweig gibt eine englischsprachige Zeitschrift heraus, wovon *Sinha* einige Exemplare mitgebracht hat. Das Board of Governors der WADP hat *Sinha* zum 3. Vizepräsidenten der WADP gewählt.

Es war auch eine starke italienische Delegation auf dem Kongreß, der italienische Zweig entwickelt sich ebenfalls sehr gut. Ihr Leiter, der rö-

mische Professor *Antonio Mercurio* wurde Ratgeber des Präsidiums der WADP. Mehrere Fachleute aus Israel waren auch da, genauso aus Brasilien, Ghana und Indonesien. Sowohl der englische Zweig als auch die holländische Gruppe hat einen neuen Leiter.

Ein Teil der ausländischen Teilnehmer hat im Hotel Hilton gewohnt, sie konnten sich auch außerhalb des Kongresses treffen. Ein Teil der ausländischen Gäste wurde aber in Privatunterkünften untergebracht; sie waren Gäste von DAP-Mitgliedern. Diese Tatsache und vieles andere auf dem Kongreß hat gezeigt, daß die Wirtschaftskrise auch das Leben der DAP beeinflusst: so gab es keinen feierlichen Empfang wie früher und auch keine Kongreßmappe und es wurde kein Kongreß-Bulletin herausgegeben. Trotz der finanziellen Schwierigkeiten war die Organisation sehr gut, und die anwesenden Mitarbeiter der DAP waren wie immer sehr freundlich und lebendig.

Es gab auch ein neues Moment in der Organisation, daß nämlich die einzelnen Institute verschiedene Arbeiten von Patienten mitgebracht hatten, so z. B. Skulpturen, bemalte Lampenschirme, verschiedene Buchpublikationen usw., die verkauft worden sind. Die Einnahmen davon kamen dem Kongreß bzw. dem jeweiligen Institut zugute.

Der Kongreß wurde traditionsgemäß mit einem sog. klinischen Nachkongreß beendet, in dessen Rahmen ca. 80 – überwiegend ausländische – Kongreßteilnehmer einen Tag in der Klinik Mentserschaige verbracht haben. Hier konnte man den Patienten begegnen, ihr Leben und ihre aktive Teilnahme an den therapeutischen Prozessen kennenlernen. Nach einer gemeinsamen Großgruppensitzung und Führung durch die Klinik hat *Ammon* eine gruppentherapeutische Sitzung mit dem Zwei-Weg-Spiegel-Verfahren durchgeführt, es gab eine Aufführung der Theatertherapie-Gruppe und eine direkte Vorführung der Ichstrukturellen Tanztherapie. Die Tanztherapie hat auf alle Anwesenden einen tiefen, erschütternden Eindruck gemacht. Die Patienten haben ihre eigene Tanzchoreografie vorgestellt, die sie zu der selbstgewählten Musik vorführten. Die Tanzbewegungen haben ihre Probleme und Kommunikationsstörungen sehr eindringlich ausgedrückt. Es kam zu intensiven Gefühlsäußerungen, die Patienten bekamen zueinander während des Tanzes sehr intensive und echte Kontakte. Die Videoaufnahmen haben auch viele von uns sehr tief berührt, aber die direkte Vorführung bedeutete ein noch intensiveres Erlebnis.

Ich konnte wieder bewundern, wie geschickt *Ammon* und seine Mitarbeiter die therapeutische Arbeit mit der wissenschaftlichen bzw. wissenschaftlich-organisatorischen Tätigkeit verbinden.

Die Patienten gaben ihre Anonymität auf und nahmen nicht nur freiwillig an den therapeutischen Vorführungen, sondern auch aktiv an der Organisation und Abwicklung des Kongresses teil; sie bedienten die Video-Apparate usw. Ihre Aktivität hat ihnen offensichtlich viel geholfen

dabei, miteinander und mit ihrem Therapeuten ein Zusammengehörigkeitsgefühl erleben zu können.

Alles in allem war der Kongreß in München eine gut organisierte, lebendige und lehrreiche Veranstaltung. Es nahmen daran ungefähr 500–600 Menschen teil, die Anwesenden waren alle sehr engagierte, schwungvolle, in der Mehrzahl junge, Fachleute, die kontinuierlich präsent waren und an allen Ereignissen aktiv teilnahmen.

Ich bin *Günter Ammon* und der DAP sehr dankbar, daß ich mit zahlreichen anderen Ungarn auf dem Kongreß teilnehmen konnte. Dankbarkeit gebührt auch meinen Vorgesetzten an meinem Arbeitsplatz und der Hauptabteilung für Internationale Beziehungen des Gesundheitsministeriums.

Ich möchte noch erwähnen, daß Fachleute aus den sozialistischen Ländern Gäste der DAP waren, was heißt, daß Fahrtkosten und Unterkunft für uns alle zur Verfügung gestellt worden waren.

Dr. Béla Buda

Der 2. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP und das XV. Internationale Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) zum Thema „Behandlungskonzeption der Dynamischen Psychiatrie“ vom 11.–16. 12. 1983 im Kongreßzentrum München im Spiegel der Presse:

Ärzte-Zeitung Neu-Isenburg Nr. 236/1983

*Gruppentherapie: Dynamische Psychiatrie
Gegen die kollektive Angst*

München (RPS). Die Zeitumstände, unter denen sich Wissenschaftler der Dynamischen Psychiatrie aus 24 Ländern verschiedener Gesellschaftssysteme und Kulturen vom 11. bis 16. Dezember in München treffen, um ihre Behandlungskonzeptionen vorzustellen, geben keinen Anlaß zum Optimismus.

„Auf diesem Hintergrund ist es wichtig, dem Wahnsinn einer drohenden Selbstzerstörung der Welt entgegenzutreten“, sagte *Günter Ammon*, Präsident der World Association for Dynamic Psychiatry und Deutsche Akademie für Psychoanalyse, auf dem Münchner Kongreß.

„Gerade als Psychiater und Psychotherapeuten ist es unsere Aufgabe“, so *Ammon*, „unsere Stimme gegen die Erzeugung kollektiver Angst, Mißtrauen und Paranoia zu erheben. Diese machen uns unfähig, die Handlungen anderer Völker richtig zu deuten und leisten Durchbrüchen destruktiver Aggression in der Politik Vorschub.“

Die Dynamische Psychiatrie, die vor 18 Jahren das Terrain der orthodoxen Psychoanalyse und der traditionellen Schulpsychiatrie verlassen hat, leistet in ihrer gruppentherapeutischen Arbeit auf vielfältige Weise Beiträge zur Friedensfähigkeit. In der Auseinandersetzung mit Philosophie, Kunst, Pädagogik, Psychologie und Naturwissenschaften entwickelte sie eine ganzheitliche Sichtweise des Menschen, neue Therapieformen und Lebensweisen; ihrem androgynen Menschenbild folgend wird die Befreiung von gesellschaftlichen und gesellschaftsspezifischen Rollenzwängen angestrebt, die die Menschen einengen und krank machen.

In ihrem prozeßhaften Verständnis von Gesundheit und Krankheit, Mensch und Natur, ihrem universellen Humanismus trifft sich die Dynamische Psychiatrie mit sinnorientierten Ansätzen aus den Naturwissenschaften, wie z. B. bei *Jantsch*. Eine ähnliche, keineswegs zufällige Übereinstimmung ergab sich mit der sowjetischen Hirnforschung von *L. R. Zenkov*, *V. S. Rotenberg* u. a. mit der Humanstrukturologie der Dynamischen Psychiatrie.

Bayerische Staatszeitung und Bayerischer Staatsanzeiger, 16. 12. 1983

DIE DYNAMISCHE PSYCHIATRIE, eine therapeutische Richtung, die sich vor 18 Jahren von der Psychoanalyse abspaltete und eine ganzheitliche Sicht vom Menschen entwickelte, hielt vom 11. bis 16. Dezember ihren zweiten Weltkongreß in München ab. Zu den Schwerpunktthemen gehörte die „destruktive Aggression“; *Günter Ammon* (Berlin), der Präsident der Dynamischen Psychiatrie, bezeichnete es als vordringliche Aufgabe der Psychiater und Psychotherapeuten, die aus aller Welt zum Münchner Kongreß gekommen waren, ihre Stimme gegen die Erzeugung von kollektiver Angst und Mißtrauen zu erheben.

Psycho 2/84:

Behandlungskonzeption der Dynamischen Psychiatrie

Dem Thema „Behandlungskonzeption der Dynamischen Psychiatrie“ waren der 2. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) und das XV. Internationale Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) gewidmet, die vom 11. bis 16. Dezember 1983 in München stattfanden.

500 Kongreßteilnehmer und Wissenschaftler aus 22 Ländern hörten, diskutierten und tauschten Erfahrungen und Meinungen zu den über 150 Kongreßbeiträgen aus.

Der Bogen spannte sich von der Therapie schwer identitätskranker Menschen (z. B. Suchtkranke, schizophren reagierende Menschen und psychosomatisch Kranke) bis zur Bedeutung der Küche in der dynamisch-psychiatrischen Klinik, von der Frage des Urnarzißmus und der Unerreichten bis zu neuen Lebensformen in therapeutischen Wohngemeinschaften, von der Hirn-, Schlaf- und Traumforschung bis zur Psychiatrie im Strafvollzug, von der Androgynität bis zu Ergebnissen dynamisch-psychiatrischer Effizienzforschung, von ganzheitlichen Denksystemen bis zur ich-strukturellen Tanztherapie, von der Mutter-Kind-Station bis zur Verwaltung in der dynamisch-psychiatrischen Klinik Mengerschwaike.

Richtungweisend war die Beschäftigung mit der Androgynität. Wie *Ammon* in seinem Hauptvortrag „Der androgyne Mensch“ verdeutlichte, ist Androgynität auf den ganzen Menschen bezogen, d. h. Androgynität umfaßt nicht nur die Sexualstruktur eines Menschen, sondern den Lebensstil, die Körperlichkeit und besonders die Partnerwahl. „Das androgyne Prinzip besagt, daß der Mensch ein ganzheitliches und Grup-

penwesen ist, womit der Dualismus zwischen männlichen und weiblichen in allen Bereichen seines Menschseins aufgehoben ist.“

Ein kleiner Teil der Wissenschaftler und Therapeuten lernte auf dem Klinischen Nachkongreß der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaike am 17. Dezember 1983 das klinische Tätigkeitsfeld kennen. Dort traten sie in direkten Austausch mit Patienten und Mitarbeitern.

Einen Schwerpunkt stellte die von *Ammon* neu konzipierte ich-strukturelle Tanztherapie dar. Diese konnten die Teilnehmer ebenso wie eine Gruppenpsychotherapie-Sitzung und eine Aufführung der Theatertherapiegruppe direkt miterleben.

Sinn des Nachkongresses war es, die tägliche klinisch-therapeutische Arbeit „hautnah“ zu vermitteln.

Die Dynamische Psychiatrie versteht sich längst nicht mehr nur als Behandlungswissenschaft. Dies wurde gerade auf diesem Weltkongreß deutlich. Sie ist zu einer Bewegung geworden, die bemüht ist, den Menschen – ob gesund oder krank – ganzheitlich zu verstehen. Es ist daher auch ihr tiefstes Anliegen, sich gegen jede Bedrohung menschlichen Lebens zu wenden.

Ärzte-Zeitung, 10. 1. 1984

Tanz und Theater sind Alternativen

Anläßlich des zweiten Weltkongresses der World-Association for Dynamic Psychiatry (WADP) vom 11. bis 16. Dezember 1983 sprach die *ÄRZTE-ZEITUNG* mit Dr. med. *Günter Ammon*, dem Vorsitzenden der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP).

ÄRZTE-ZEITUNG: *Worin unterscheidet sich die Dynamische Psychiatrie von der herkömmlichen Psychiatrie?*

Ammon: Die Dynamische Psychiatrie denkt nicht in Kategorien. Wir haben einen ganzheitlichen Ansatz, gehen vom Verstehen des Menschen aus, von seinen Leiden, von seinen günstigen und gesunden Entwicklungen und Möglichkeiten. Unsere Untersuchungen beziehen sich nicht nur auf die Pathologie der Kranken, sondern auch auf die gesunden Anteile des Menschen.

Unsere Arbeit unterscheidet sich ferner darin, daß unsere Kliniken menschenfreundlich gestaltet sind. Wir setzen bedeutend weniger Psychopharmaka ein als die herkömmliche Psychiatrie, nur als Krisenintervention. Dann setzen wir vorübergehend Psychopharmaka in verhältnismäßig geringerer Dosierung ein als die herkömmliche Psychiatrie, aber nur so lange, bis der Patient durch unsere psychotherapeutischen Kontakte und Maßnahmen wieder erreicht werden kann.

Ferner unterscheiden wir uns darin, daß unsere Therapeuten sehr stark zusammen und partnerschaftlich mit dem Team arbeiten, auch mit den Schwestern und Pflegern. Miteinander halten sie täglich Teamkonferenzen ab. Hierarchie gibt es bei uns in der Haltung nicht, obwohl wir natürlich förmlich auch Chefärzte, Oberärzte, Assistenzärzte und Diplompsychologen haben.

Die gesamte Teamgruppe hat einmal pro Woche eine Sitzung mit einem außenstehenden, nicht zum Klinikteam gehörenden Gruppendynamiker, auf der Emotionen, Gefühle, Beziehungen des Teams durchgearbeitet werden.

Neben formalen Einzelgesprächen und Gruppentherapien mit qualifiziert ausgebildeten Psychoanalytikern unserer Richtung haben wir neuerdings die Ich-strukturelle Tanztherapie, die ich eingeführt habe. Auch unsere Theatertherapie ist sehr bedeutsam für unsere Arbeit. Weiter haben wir die Reittherapie, die wir bei Patienten einsetzen, die unter schweren Zwangskrankheiten leiden; bei Depressionen wurde diese Therapieform ebenfalls schon erfolgreich eingesetzt.

Die Teilnahme an den verschiedenen Therapieformen wird nach therapeutischen Indikationen verordnet, genau wie im herkömmlichen Sinn Tabletten verschrieben werden. Jeder Patient wird individuell behandelt. Dabei bedienen wir uns des Ich-Struktur-Tests. Die Tests schließen eine ständige lebendige Beobachtung der Patienten natürlich nicht aus.

ÄRZTE ZEITUNG: *Welche Patienten werden bei Ihnen aufgenommen und wer trägt die Kosten für die Behandlung?*

Ammon: Die Dynamisch-Psychiatrische Klinik Menterschwaige bei München steht im Bettenbedarfsplan des Freistaates Bayern. Wir sind voll anerkannt, d. h. alle Krankenkassen bezahlen alle Behandlungen und Therapien, trotz unseres hohen Pflegesatzes.

ÄRZTE ZEITUNG: *Auf welche Empfehlung wird eine Behandlung in Ihrer Klinik von den Krankenkassen anerkannt?*

Ammon: Der Hausarzt überweist, dann gehen die Patienten zu ihrer Bezirkskrankenkassenstelle, die die Kostenübernahme bestätigt. Daraufhin kann sofort die Aufnahme erfolgen.

ÄRZTE ZEITUNG: *Wie viele Patienten können Sie in Ihrer Klinik aufnehmen?*

Ammon: Formal haben wir rund 60 Plätze, müssen aber dauernd überbelegen. Augenblicklich haben wir etwa 300 Patienten auf der Warteliste. . . .

*Nürnberg*er Zeitung, 18. 2. 1984

Aus ganzheitlicher Sicht

*Dynamische Psychiatrie – ein neues Konzept der Seelenheilkunde / von
H. W. Nachrodt*

... erinnert man sich daran, daß nach Schätzung der „Psychiatrie-Enquete“ von 1975 jeder dritte Bundesbürger einmal in seinem Leben eine psychische Krankheit durchgemacht hat oder noch daran leidet, bedenkt man, daß auch nach Zahlen aus anderen Weltregionen etwa 30 Prozent der erwachsenen Bevölkerung psychische Beeinträchtigungen aufweist, dann wird man der nüchternen Prognose von *Schipperges** und anderen Planern der Medizin von morgen zustimmen müssen, daß die seelischen Störungen und sozialen Leiden mit Sicherheit zu den großen Volkskrankheiten des ausgehenden zweiten Jahrtausends gehören. Die Konsequenz aus dieser Erkenntnis aber wäre der Entwurf einer neuen Seelenheilkunde, gewissermaßen einer „dynamischen Psychiatrie“: endlich geistig beweglich genug, die Lehren von *Darwin*, *Marx* und *Freud* erstmals gemeinsam und nutzenstiftend in den dramatischen Dialog zwischen Seele und Gesellschaft einzubringen, um eine wirksamere Vorstellung von psychischer Gesundheit als immanenten Teil einer Heilkunde der Zukunft zu gewinnen.

Vor solchem ideengeschichtlichen Hintergrund wird die schon so oft beschworene Krise der zeitgenössischen Psychiatrie um so begreiflicher, die man inzwischen vor allem im desolaten Zustand der psychiatrischen Therapie erkannte: herrührend aus dem Mangel an zielgerichteter Forschung und der Zersplitterung der Lehrmeinungen, wobei der forschersische Leerlauf besonders innerhalb der Sozialpsychiatrie und der Psychotherapie sichtbar wurde. Hier vor allem haben unterschiedliche Begründungen von der Verhaltenstherapie bis zur psychoanalytischen Methode den Durchbruch zu neuen Erkenntnissen weitgehend blockiert: eine Situation, welche als trübe Bilanz den letzten Weltkongreß für Psychiatrie 1983 in Wien, eine verwirrende Mammutbegegnung von 5400 Teilnehmern, charakterisierte.

Nicht zuletzt auf diese Verwirrung der Geister innerhalb der aktuellen psychiatrischen Szene ist es wohl auch zurückzuführen, daß sich im Verlauf der letzten anderthalb Jahrzehnte fast unbeachtet von der offiziellen Psychiatrie eine Richtung der Seelenheilkunde entwickeln konnte, die Ende vergangenen Jahres mit zwei Veranstaltungen in München wieder einmal an die Öffentlichkeit trat. Dort nämlich fanden gleichzeitig der 2. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) und das XV. Internationale Symposium der Deutschen Aka-

* Ordinarius in Heidelberg und einer der profiliertesten deutschen Medizinhistoriker

demie für Psychoanalyse (DAP) statt. Beide Vereinigungen aber repräsentieren jenen Forschungsbereich der sogenannten „Dynamischen Psychiatrie“, der einen neuen Ganzheitsbegriff für die Seelenheilkunde über die orthodoxe Psychoanalyse und Schulpsychiatrie hinaus entwickeln möchte.

Als führender Kopf dieser Entwicklung gilt der Berliner Psychiater und Psychoanalytiker *Günter Ammon*: eine eigenwillige Persönlichkeit, keineswegs umstritten, jedoch ein ebenso unorthodoxer Denker wie begabter Forschungsmanager, der seinen Ideen inzwischen eine eigene organisatorische und klinische Plattform innerhalb der oft noch widerstrebenden wissenschaftlichen Öffentlichkeit des In- und Auslandes zu verschaffen wußte. Darauf beruht wohl auch der nun international sich anbahnende Erfolg seines Modells der „Dynamischen Psychiatrie“; es erscheint im ideengeschichtlichen Ansatz nicht überall originell, verspricht jedoch speziell durch seinen integrativen Anspruch der festgefahrenen zeitgenössischen Seelenheilkunde neue Wege zu öffnen.

Heinrich Schipperges, selbst Pionier eines verwandelten zukunftsbezogenen Gesundheitswesens, beschreibt die Zielsetzung der dynamischen Behandlungskonzeption folgendermaßen: „Die neue synergetisch und ganzheitlich eingestellte Disziplin hat sich weitgehend von der traditionellen Psychoanalyse gelöst und möchte am liebsten auf den Begriff ‚Psychiatrie‘ Verzicht leisten. Als Dynamische Psychiatrie basiert sie auf dem Prinzip der Sozialenergie, das allen Bezügen zur Umwelt und Mitwelt, zur Arbeit wie zur Erotik, systematisch nachgeht und den Menschen in seiner Ganzheit wie seinen Beziehungen in der Gruppe zu betrachten und zu behandeln sucht. Das Konzept besticht durch seinen integrativen Charakter, der alle Bereiche der Lebenswelt umgreift und mit seinem therapeutischen Optimismus über die seelischen Störungen hinaus einer den ganzen Menschen umfassenden Heilkultur vorzuarbeiten trachtet . . .“

So ist es nur folgerichtig, wenn sich die Dynamische Psychiatrie ebenfalls intensiv mit dem gesunden Menschen und seinen Möglichkeiten befaßt. Hier wird besonders der präventive Charakter der neuen Disziplin sichtbar, die auch in der angestrebten Verhütung seelischer Störungen eine wesentliche Rolle der künftigen Psychiatrie erblickt. So soll beispielsweise deren praktischer Wirkungsbereich erweitert werden durch Balint- und Selbsterfahrungsgruppen für Ärzte, Sozialarbeiter und Laienhelfer; für die Betreuung der heranwachsenden Generation wurde ein Kindergartenmodell auf psychoanalytischer Grundlage entworfen.

„In der Auseinandersetzung mit Philosophie, Kunst, Pädagogik, Psychologie und Naturwissenschaften wollen wir“, so erklärt dazu *Günter Ammon*, „jene ganzheitliche Sichtweise des Menschen fördern, wozu auch neue Therapieformen und Lebensweisen gehören. Dabei

wird die Befreiung von gesellschaftlichen und geschlechtsspezifischen Rollenzwängen angestrebt, die die Menschen einengen und krankmachen . . .“ Den Begriff des Rollenzwanges leitet *Ammon* von seiner Vorstellung des androgynen, also zweigeschlechtlich angelegten Menschen her, die er auf dessen biologische und psychologische Entwicklungsgeschichte zurückführt. Das Nicht-Bewußtsein der eigenen androgynen und sexuellen Struktur aber kann den Menschen infolge des gesellschaftlichen Rollenzwanges zum Zweifel an seiner Persönlichkeit (Identitätsdiffusion) und dadurch in die Depression treiben.

Das diesjährige Kongreßthema „Behandlungskonzeptionen der Dynamischen Psychiatrie“ beleuchtete deshalb außer der allgemeinen Arbeitsmethodik spezifische präventive und therapeutische Strategien im Bereich der Kindererziehung, des Schulwesens und des Strafvollzuges. Andere interessante Wege beschreibt *Ammon* mit seiner Ich-strukturellen Tanztherapie, der bewegungsorientierten Behandlung von Patienten, die Schwierigkeiten haben, sich verbal zu äußern oder ihre Gefühle zu zeigen. Hier bietet, wie praktische Erfahrungen in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige/München offenbarten, die Therapie des Einzel- und Gruppentanzes mit individueller Bewegungsausprägung gerade seelisch schwer gestörter Menschen wirksame Hilfe im therapeutischen Selbstfindungsprozeß.

Durch das als gemeinnützig anerkannte Modell Mengerschwaige, eine Klinik für stationäre Psychotherapie und Psychosomatik, trachtet *Günter Ammon* ein seelenheilkundliches Versorgungssystem zu verwirklichen, wie es auch der erste Bayerische Landes-Psychiatrieplan nach den Erkenntnissen der Psychiatrie-Enquete fordert. Dazu gehören ferner zwei therapeutische Wohngemeinschaften in der Isarmetropole. Die Klinik arbeitet in engem Verbund mit dem Münchner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), sowie mit vier weiteren Instituten der Akademie in Berlin, Düsseldorf, Hamburg und Köln. Den Patienten der Klinik Mengerschwaige stehen die psychotherapeutischen Beratungsstellen dieser Fachgesellschaften, außerdem die vorhandenen ambulanten Therapieplätze bevorzugt zur Verfügung.

Auf diese Weise wirkt die Klinik Mengerschwaige nebst den anderen bisher bestehenden Institutionen der Dynamischen Psychiatrie bei der für die Psychiatriereform als notwendig erkannten Entflechtung der psychiatrischen Großkrankenhäuser mit.

Läßt diese neuartige Versorgungsstruktur zur Betreuung psychisch gestörter Menschen den starken sozialpolitischen Trend der Dynamischen Psychiatrie klar hervortreten, so zeigen weitere Aktivitäten, die auch anläßlich des Münchner Kongresses in die Öffentlichkeit drangen, daß ihr Ganzheitsanspruch selbst den eigentlichen politischen Raum als psychotherapeutisches Wirkungsfeld keineswegs ausschließt. Dafür

zeugte besonders eine Friedensresolution, in der es hieß: „Gerade als Psychiater und Psychotherapeuten ist es unsere Aufgabe, unsere Stimme gegen die Erzeugung kollektiver Angst, Mißtrauen und Paranoia zu erheben. Sie machen eine Gesellschaft unfähig, die Handlungen anderer Völker richtig zu deuten und leisten Durchbrüchen destruktiver Aggression in der Politik Vorschub . . .“

Wer etwa die gegenwärtige weltweite Diskussion der Politiker zur atomaren Nachrüstung und ihr Medienecho auf solche aggressiven Töne abhorcht, vermag den Seelenheilkundigen nicht zu widersprechen. Darum versucht die Dynamische Psychiatrie eine spezielle „Friedenspädagogik“ zu entwickeln, in der Überzeugung, daß Destruktion kein angeborener menschlicher Trieb ist, der Mensch also grundsätzlich friedensfähig erscheint. Der Zusammenhang zwischen Identität und Friedensfähigkeit soll deshalb auch zur Thematik künftiger Friedensseminare gehören.

Bewegt man sich hier psychoanalytisch im außenpolitischen Raum, so läßt sich aus der Innenpolitik ebenfalls ein aktuelles Beispiel für die bewußte Realitätsbezogenheit der Dynamischen Psychiatrie zitieren. Wer nämlich über jene makabre bundesdeutsche Generalsaffäre der letzten Monate unter dem Aspekt gesellschaftlicher und geschlechtsspezifischer Rollenzwänge nachdenkt, wie sie die Dynamische Psychiatrie postuliert, der kann nicht umhin, die eminent politische Brisanz solcher Zwänge in einer Gesellschaft einzuräumen, deren sexuelle Tabus auch im Jahrhundert *Sigmund Freuds* noch nicht human bewältigt werden konnten.

Italian Regional Branch of the WADP

Vortrag und Seminar von Dr. Günter Ammon in Florenz vom 16.–19. 2. 1984

Auf Einladung von Professor *Eletti* vom Institut Florenz der Italienischen Psychoanalytischen Vereinigung IPA hielt Dr. *Günter Ammon* einen Vortrag in der Staatsbibliothek von Florenz und anschließend ein dreitägiges Seminar an der Universität Florenz in Zusammenarbeit mit der Universität Siena über Humanstrukturologie. Begleitet wurde *Günter Ammon* von seiner wissenschaftlichen Assistentin *Maria Berger*.

Am Nachmittag vor dem Vortrag sprach *Ammon* vor Psychologiestudenten im psychoanalytischen Institut der Universität Florenz, Abteilung Experimentelle Psychologie, wo sein gerade in italienischer Sprache erschienenes Buch über Psychosomatik als Grundlage für Diplomarbeiten durchgearbeitet worden war. In der Diskussion stellten sie viele Fragen nach *Ammons* psychosomatischer Theorie, vor allem nach der Weiterentwicklung seiner Psychosomatik seit der 1974 er-

schienenen deutschen Ausgabe des Buches bis hin zur ganzheitlichen Sicht des Menschen mit der Aufhebung des Dualismus von Leib und Seele. Am Abend fand vor über 250 Zuhörern in der alten Staatsbibliothek, sogar mit einigen Büchern aus dem 12. Jahrhundert in dunklen Schränken, in einer Atmosphäre der Geistigkeit und der Wissenschaft *Ammons* Vortrag über die Unerreichten statt. *Ammon* sprach im Rahmen seiner ganzheitlichen Lehre der Humanstrukturologie über die sich in der Praxis im klinischen Milieu ergebenden Probleme der unerreichten Patienten, d. h. der Menschen, denen in Therapien bisher nicht oder nicht genügend geholfen werden konnte, weil sie unter einer tiefgehenden Kontaktunfähigkeit und Kontaktangst leiden. *Ammon* stellte dar, wie in der Dynamischen Psychiatrie durch das vielfältige therapeutische Angebot im Rahmen einer Behandlungskette mit ambulanten Praxen, therapeutischen Wohngemeinschaften und der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik versucht wird, auch diesen Menschen therapeutisch zu helfen. Von besonderem therapeutischem Wert ist dabei die von *Ammon* entwickelte Ich-Strukturelle Tanztherapie. Unter den Zuhörern war die geistige Elite von Florenz vertreten mit den Dekanen und Professoren der Universitäten Florenz und Siena, Padua und Mailand und dem Bürgermeister der Stadt Florenz. Der Vortrag, den zwei Simultandolmetscherinnen vorzüglich unter Beibehaltung der inhaltlichen und sprachlichen Dynamik ins Italienische übersetzten, wurde vom Auditorium mit großen Interesse verfolgt. In der anschließenden Diskussion wurde *Ammon* vor allem nach der Weiterentwicklung der theoretischen Konzeption der Psychoanalyse seit *Freud* durch sein Konzept der Humanstrukturologie gefragt.

Am nächsten Tag begannen in der Universität Florenz die Seminarveranstaltungen. Am Beginn stand eine bedeutsame Feier, in der die Absolventen des IPA-Instituts Florenz, das mit der Universität Florenz zusammenarbeitet, deren Ausbildungsveranstaltungen in das Curriculum der Universität integriert sind und wo die Abschlusssdiplome gemeinsam ausgefertigt werden, ihre psychoanalytischen Abschlusssdiplome von *Ammon* überreicht bekamen.

Diese Feier verdeutlichte die Freude über *Ammons* Besuch und die Wertschätzung der Arbeit der Berliner Schule durch die Italienische Psychoanalytische Vereinigung, deren Ehrenmitglied *Ammon* seit 1973 ist, die mit 20 Instituten in Italien vertreten ist und die einen starken Zweig der World Association for Dynamic Psychiatry WADP darstellt. Ihr Präsident, Prof. *Antonio Mercurio* wurde, wie bekannt, auf dem letzten Weltkongreß der WADP in München durch das Executive Council zum Ratgeber des Präsidenten der WADP gewählt.

Anschließend wurde eine Themenliste erstellt für die folgenden Seminarveranstaltungen mit folgenden Themenwünschen: Psychosomatik, Psychosentherapie, Gruppentherapie, Androgynität, der Ich-Struktur-

Test nach *Ammon* (ISTA), der Androgyne-Dimensions-Test nach *Ammon* (ADA), der Autokinetische Lichttest, Humanstrukturologie, Tanztherapie, Theatertherapie.

Das Seminar wurde von über 60 Teilnehmern der unterschiedlichsten Fachrichtungen (Psychiatrie, Psychologie, Psychotherapie, aber auch Soziologie, Philosophie, Germanistik usw.) aus Florenz, Siena, Bologna, Mailand, Trient besucht, unter ihnen *Dr. Rocco* und *Frau Rocco*, die Leiter der beiden IPA-Institute in Bologna, sowie die Leiter der Institute von Mailand, Trient u. a.

Zu den einzelnen Themenkomplexen gab *Ammon* jeweils kurze einführende Statements, dann entwickelte sich in Anknüpfung an den Vortrag eine lebhafte und intensive Diskussion zum jeweiligen Thema. Zur Gruppentherapie, zur Einzel-Psychosentherapie und zur Ich-Strukturellen Tanztherapie wurden Video-Filme gezeigt sowie kurze Streifen über Theatertherapie und die Klinik selbst, die die Teilnehmer des Seminars auch emotional beeindruckten und zu einer lebhaften Diskussion über Konzeption und Methodik anregten. Die Seminarteilnehmer erlebten die Zusammenarbeit mit *Ammon* als bedeutsam und zeigten großes Interesse am mitgebrachten Informationsmaterial über die Arbeit in den Lehr- und Forschungsinstituten der Deutschen Akademie für Psychoanalyse und an der Arbeit der Klinik Mengerschwäge, die viele von ihnen besuchen wollen. Obwohl die Seminare, die sich jeweils über den ganzen Tag erstreckten, eigentlich anstrengend waren, war *Ammon* durch die interessierten Fragen der Seminarteilnehmer dazu angeregt, seine ganze Lehre in großen Zügen darzustellen wobei er auch die in Italien geltenden 3 Tabus Tod, Religion und Sexualität ansprach, damit jeden Seminarteilnehmer persönlich erreichte und betroffen machte, so daß das Seminar eine tiefe Ebene menschlicher Auseinandersetzung erreichen konnte.

In einer Abschlusssprache vor dem Seminar brachte Prof. *Eletti*, der zusammen mit seiner Frau und seinem Assistenten, Prof. *Conti* den gesamten Besuch *Ammons* in Florenz gut organisiert und im Geist wissenschaftlicher Freundschaft gestaltet hatte, zum Ausdruck, wie reich sich die Teilnehmer durch *Ammon* beschenkt fühlten, daß sie viel gelernt hätten und das Erfahrene noch lange nachwirken würde.

Einen würdigen offiziellen Abschluß fand das Seminar bei einem festlichen Essen in einem Florentiner Restaurant an der Piazza Michelangelo, an dem neben den Seminarteilnehmern viele Professoren der Universität Florenz und Siena teilnahmen, an ihrer Spitze Prof. *Teodori*, Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Florenz und Leiter der Universitätskliniken, mit seiner Frau. Prof. *Teodori*, dessen Hauptinteresse der Schmerzforschung gilt, zeigte großes Interesse an *Ammons* wissenschaftlicher Forschung, vor allem der Hirnforschung, und

möchte auf dem nächsten Weltkongreß der WADP in München einen Vortrag halten.

Prof. *Eletti* dankte in seiner Laudatio *Ammon* für seine wichtige Arbeit in den drei Tagen in Florenz und brachte die Hoffnung zum Ausdruck, daß aus diesem Besuch sich eine neue Verbindung zwischen Florenz, München und Berlin entwickeln möge, die die bestehende Verbindung zwischen der DAP und der IPA, die auch im Tageszentrum Paestum der Berliner Schule zum Ausdruck kommt, vertieft. In seiner Erwiderung forderte *Ammon* eindringlich alle auf, sich zu verbünden, um für den Frieden einzutreten.

Anläßlich des Seminars fand auch eine Pressekonferenz im deutsch-italienischen Kulturinstitut in Florenz statt, die von Journalisten vieler psychologischer, psychotherapeutischer und psychosomatischer Fachzeitschriften und Tageszeitungen besucht war. Ein Teil der Fragen bezog sich in Zusammenhang mit der Arbeit *Basaglias* in Italien auf *Ammons* Konzeption für humane psychiatrische Kliniken. Dabei standen seine klinischen Erfahrungen aus den USA und der Bundesrepublik im Mittelpunkt. Viel Interesse bestand auch an der Arbeit an den Instituten der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), der wissenschaftlichen Bewegung um *Ammon* und der theoretischen Konzeption der Dynamischen Psychiatrie, vor allem an dem Konzept der Sozialenergie und der Androgynität des Menschen. Die mehr als anderthalbstündige Pressekonferenz wurde durch einen Empfang abgerundet, auf dem die angeregten Gespräche ihre Fortsetzung fanden.

Ein guter wissenschaftlicher Kontakt ergab sich auch bei einem Essen, zu dem *Ammon* und *Maria Berger* von Prof. *Panconesi*, Ordinarius für Dermatologie an der Universität Florenz und Herausgeber eines kanadisch-amerikanischen Handbuches über Psychosomatik der Hautkrankheiten, für das *Günter Ammon* ein Kapitel über die Psychodynamik von Hautkrankheiten geschrieben hat, eingeladen worden war. Prof. *Panconesi* war begleitet von seiner Frau, seinem Forschungspsychiater und seinem Psychologen und deren Frauen. Beim Cocktail bat er *Ammon*, einen Stegreifvortrag zu halten über seine Lehre, was zu Fragen und Diskussionen und einer überraschenden Übereinstimmung und gegenseitigen Anerkennung der von ihnen vertretenen Grundpositionen führte.

In diesem Colloquium diskutierte man Fragen der Kreativitätsforschung, der Hirnstromforschung und natürlich der Psychodynamik von Hautkrankheiten: das Für und Wider der Wegnahme von Symptomen durch psychotherapeutische Maßnahmen wurde angesprochen und auch die Psychodynamik von Hautärzten in Beziehung zu ihren Patienten und deren Sexualabwehr.

In allen Begegnungen war ein großes Interesse an dem theoretischen Konzept der Dynamischen Psychiatrie *Günter Ammons* zu spüren und

die Freude, persönlich wissenschaftlich mit ihm arbeiten zu können. Der Besuch war getragen von einer Atmosphäre wissenschaftlicher Zusammenarbeit und menschlicher Freundschaft, die die Seminarveranstaltung für alle Beteiligten zu einem Erlebnis machte.

Israeli Regional Branch of the WADP

THE JERUSALEM POST

Thursday, March 22, 1984

Vol. LII, No. 15559 1580

German doctor at seminar

'Holocaust hardest subject of all'

By YA'ACOV FRIEDLER
Jerusalem Post Reporter

HAIFA. — "As a German of that (Holocaust) generation, to lecture on the Holocaust in Israel was the most difficult task of my life."

The speaker was 65-year-old Dr. Gunter Ammon of Berlin, president of the World Association of Dynamic Psychiatry and the Academy of Psychoanalysis in the German Federal Republic. He came to Israel to speak at a symposium last night on the psychodynamics of the Holocaust, sponsored by the Rothschild Medical Centre and the Haifa University's Sroochitz Institute of Holocaust Studies.

Ammon, who directs clinics in Berlin and Munich, said in an interview with *The Jerusalem Post* that of all the "incredible horrors" the Germans had inflicted on the Jews, he believed that for the survivors "the most criminal thing was not the physical harm they suffered, but the dehumanization that destroyed the core of their personalities."

The spiritual damage had been so profound that psychotherapy was

incapable of helping "because the damage was so different from any neurosis or psychosis."

Though psychology had "fine explanations" like "dynamics of minorities," "ideology that estranges people from themselves" and "obeying orders and commands," the immensity of the horror "can't be understood." Even visits to the cleaned-up Auschwitz and Dachau death camps "diminish the event."

However, Ammon said, dynamic psychiatry looks to the future, and working with the children of survivors, the second-generation victims, had given him hope for the future.

In Israel, which he has visited five times, "I see a new generation, of beautiful, sporty youngsters, proud of their identity, and ready to defend their country. If they can't understand how their parents allowed themselves to be led to slaughter, the young German generation also finds it hard to understand what their parents did."

He found it imperative to "break the circle of hatred" and look to a creative future that will guarantee

there shall be no more Holocausts.

He did not believe that there was any significant movement among young Germans to "deny" the Holocaust. "But today Germans are well received in the world, even in Poland and Russia who suffered from us in the war, and you can't expect them to bear a guilt complex all their lives and go on their knees to beg your forgiveness."

Nevertheless, Ammon said he was ashamed of Chancellor Helmut Kohl's recent visit to Israel, which he felt "was a mixture of corruption and stupidity."

Ammon, who served in the Wehrmacht's medical corps in the war and "was connected with the resistance," believes that the young generation of Israelis are "ready to fight for the country not because they are militaristic but because they have no choice, and every visiting politician should be driven round the borders (of Israel) to really see the dimensions."

He added that the young Germans who truly believe in peace are a hope for understanding and friendship between the two peoples in future.

Auf seiner Israel-Reise vom 15.–27. 3. 1984 hat *Günter Ammon* neben seinem Vortrag über „Dynamik des Holocaust“ in Haifa (s. Vorseite) ein Seminar über Humanstrukturologie für Psychiater, Psychotherapeuten und Psychologen aus ganz Israel abgehalten.

Weiterhin war er konsiliarisch tätig an der Psychiatrischen Klinik Tirat Carmel sowie in der Parapsychologischen Arbeitsgruppe um Prof. *Rothschild*.

Ebenso gehörte eine Konferenz mit Rabbi *A. Shapira* über Fragen der Gemeinsamkeiten zwischen chassidischem Judentum und der Humanstrukturologie der Berliner Schule zu *Ammons* Arbeitsprogramm.



Ammon im Gespräch mit Dr. Marius Erdreich (Haifa), Director of Psychiatric Services of Haifa City Medical Center, und Judge Amnon Carmi (Haifa), Vice-President der International Society for Medicine and Law und Chairman des Israelischen Zweiges der WADP.

HAIFA CITY MEDICAL CENTER (ROTHSCHILD) PSYCHIATRIC SERVICES WORLD ASSOC. OF DYNAMIC PSYCHIATRY

STROCHLITZ INSTITUTE OF HOLOCAUST STUDIES HAIFA UNIVERSITY

FRIENDS OF THE HAIFA MEDICAL CENTER (ROTHSCHILD)

You are cordially invited to attend a symposium on the subject of :

"Psychodynamics of the Holocaust — Psychiatric and Psychohistorical Aspects"

Program:

Opening Addresses:

Mr. A. Gurel — The Hon. Mayor of Haifa

Dr. D. Golan — The Director of Haifa City Medical Center President of Israel-Germany Friendship Assoc. (Haifa)

Mr. Z. Herer — The Chairman of Friends of the Haifa City Medical Center

Lectures:

Dr. Günter Ammon (Berlin)

— President of the world Assoc. of Dynamic Psychiatry
— President of the W. German Academy of Psychoanalysis

Subject: **The Dynamics of the Holocaust (English)**

Dr. M. Erdreich (Haifa)

Director of Psychiatric Services, Haifa City Medical Center (Rothschild)

Subject: **"A Trauma Oriented Psychotherapy Application to Holocaust Victims"** (Hebrew)

Dr. A. Cohen (Haifa)

Director of Research, Strochlitz Institute of Holocaust Studies, Haifa University

Subject: **"Racist Theories and Dehumanising Processes in Holocaust History"** (Hebrew)

Discussion (English and Hebrew)

Chairman: **Hon. Judge A. Carmi** (Haifa)

The Symposium will take place at:

Date: 20 th of March 1984

at 17 h.

"Beth Harofeh"
Golomb Str.

Free Entrance

מכון שטרוכליץ לחקר השואה אוניברסיטת חיפה
מרכז רפואי חיפה (רוטשילד)
שירותים פסיכיאטריים
האגודה העולמית
לפסיכיאטריה דינמית
(ישראל)

אגודת ידידי מרכז
רפואי חיפה (רוטשילד)

מתכבדים להזמין לסימפוזיון על
**"הפסיכודינמיקה של השואה, הבטים
פסיכיאטרים ופסיכוהיסטוריים"**

בתוכנית :

דברי ברכה ופתיחה :

מר. א. גוראל — ראש העיר חיפה,

ד"ר ד. גולן — מנהל המרכז הרפואי חיפה (רוטשילד)
— י"ר אגודת ידידי ישראל-גרמניה (חיפה)

מר צ. הרר — י"ר אגודת ידידי מרכז רפואי חיפה
(רוטשילד)

הרצאות :

1. ד"ר ג'נטר אמון (ברלין)

— י"ר האגודה העולמית לפסיכיאטריה דינמית
נשיא האקדמיה המערב גרמנית לפסיכואנליזה

על הנושא: **"דינמיקה של השואה"** (אנגלית)

2. ד"ר מריוס ארדריך (חיפה)

— מנהל השירותים הפסיכיאטריים, מרכז רפואי חיפה
(רוטשילד)

על הנושא: **שיטת טיפול בטראומות נפשיות
מיושמת בניצולי השואה"**

3. ד"ר אשר כהן (חיפה)

— מנהל המחקר במכון שטרוכליץ לחקר השואה,
אוניברסיטת חיפה

על הנושא: **"תאוריות של הנוענות ותהליכי
דהומניזציה בתולדות השואה"**

4. דיון (בשפות עברית ואנגלית)

מנחה: **כב' השופט א. כרמי**

תאריך: 20.3.84, שעה 17.00

המקום: **"בית הרופא"**
רח' גולומב חיפה

הכניסה חופשית

Haifa City Medical Center – 21.3.1984
(Rothschild)
Psychiatric Services

A Visit to the Mentschwaige – Mental Hospital

Far from Israel, in a strange and white land with the light of a Christmas tree burning day and night, in the snow and frost of Germany, I met, after rubbing my eyes, hardly believing, part of the ideals, values and relationships between people that I remembered from my childhood in Israel. The values of equality, modesty and friendship, all of them existing in the Mentschwaige – Mental Hospital.

The hospital resembles a Kibbutz in many of its facets. First, the population is young, age 18–36 and then the simplistic and human approach that is evident between patients and staff. One can not identify there the various groups described by *Goffman* in his classic work – „Asylums“ that frequently we can see in most Psychiatric environment. There are no outward signs of differentiation between therapists and patients. The staff doesn't wear uniforms, the patients wear street clothes, and there is no distance between the two groups.

Each group of patients takes upon itself special projects. There are discussion groups & special therapies wherever one's eyes rested. One can immediately feel a closeness and mutual respect between patients and staff and staff and patients, and one feel a human closeness and warmth radiating from one to the other.

The whole hospital is comprised of 70–80 patients with 40 attending staff including 10 physicians, 10 nurses, 8 psychologists, socialworkers & administrative staff. There was also a small group of people who spent a limited length of time in the hospital completing national army service in their capacities.

The distribution of patients according to psychiatric diagnosis is as follows:

40 % Personality disorders

30 % Schizophrenia

20 % Depressions

5–10 % Psychosomatics (Anorexia Neurosis, Cancer etc.)

The patients live together in a central building and there is also a special pavilion for mothers and their children aged 2–5 that stay in the hospital for treatment.

There are no closed doors in the hospital, everything is open. Psychiatric medication is seldom used. The average stay at the hospital is between 8–15 months. The principal activity of the hospital seems to be centered around the dining room, that serves also as a place of meetings for the whole population's cultural performances etc. Sitting in the di-

ning room near big round tables patients and therapists without any division seems to be of a significant value, producing a special atmosphere of togetherness and comradeship. Contacts among the participants are reinforced in a free manner, by discussions, exchanging views, talking and being friendly to others. Especially impressing is the schedule that starts at 7 in the morning with gymnastic, riding horses, football, work projects and different groups of therapies. Activity continue with different lectures, painting, languages meetings, discussions till 9 o'clock.

The project groups consist of 10–20 patients that are organised around a prospective project the group would like to perform. Therapies include Group-Therapy, Dance Therapy, Milieu Therapy, Theater Therapy etc. I had the opportunity to observe a grouptherapy session presented with closed circle Video system that is used for instruction, teaching and self appraisal. First, the group members were asked if they agree that observers will take part in their session. Only after receiving their consent professional visitors may enter. Most therapies are carried out in a group framework, only in exceptional cases where the patient is not able to participate in the group he is given individual therapy.

All this time scientific research is going on. The scientific subjects investigated were:

1. Research on the connections between the two brain hemispheres based on *Sperry's* work and neuropsychological area.
2. Sleep laboratory that includes sophisticated equipment including EEG where research is done on the connection between different brain waves and mental disorders.
3. „The Enigma of Androgynism“ which deals with the duality of human gender.

I would like to emphasize that there is a close relationship and cooperation between psychiatrists and psychologists in their research work and between them and other team members in every therapeutic field.

The researchers are not distant from reality, you can not find them gathered in „high towers“ or „white elephants“. They are working with patients, treating them and advancing research that is connected with living persons. All this in an atmosphere of creativity, productivity and enthusiasm with a high level of motivation for advance and achievement. The patients feel that they are first and foremost in all this activity.

What is important to emphasize because of its being rare in Humanity Sciences is the ability to put theories into practice, translating the knowledge and good will for the benefit and well being of people.

There is no doubt that Dr. *Ammon* has all these abilities not only as a leader that can carry followers with his „school“ but also the skills of an excellent organiser for translating theory to reality and educate pupils that are continuing his work.

And the last issue important no less is that beyond all those advanced

and sophisticated science and techniques you could see the humanistic approach in the relations between therapists-patients. You could feel the empathy that flows from the leader group to all other professional members and from them to the patients. A wave of „I do care“.

The relationship among people are based on what the Jewish-German philosopher *Martin Buber* called the relations of „Me and You“. Buber differentiated the double relationship of „Me and You“ and „Me and That“. The world of „That“ is the world of things and in our psychosocial area it is the world of „cases“; and the patient is seen as a „case“. On the other hand the relation between the „Me and You“ is a mutual interaction that has a real contact to the „You“.

I have found *Buber's* words appropriate to describe what was the most important thing in the Mengerschwaike Mental Hospital experience. I was stunned – I came from Israel that only 30 years ago you could find here the relations of real „Me-You“, the friendship and comradeship life within groups in difficult times and I could not understand what happened to us.

What has happened, to us in Israel that were so close to these values in the past have not succeeded to „bind“ and bring these values to our patients.

Not only that but the distance is now greater than ever from these values. I was ashamed to come from a materialistic country, from Israel, to Germany that many of us are still traumatic in our emotions and perception of the past, and to see and learn there what we have already forgotten.

True, it is only one group in Germany but the movement is growing and have true followers all over the world.

Mrs. Haviva Shihor
Clinical Psychologist

Übersetzung

Medizinisches Zentrum der Stadt Haifa
(Rothschild)
Psychiatrische Dienste

21.3.1984

Ein Besuch in der Psychiatrischen Klinik Mengerschwaike

Fern von Israel, in einem fremden und weißen Land, mit den Lichtern eines Weihnachtsbaumes, die Tag und Nacht brennen, im Schnee und Frost Deutschlands traf ich, nachdem ich mir ungläubig meine Augen gerieben hatte, einen Teil der Ideale, Werte und menschlichen Bezie-

hungen, an die ich mich aus meiner Kindheit in Israel erinnere. Die Werte der Gleichheit, Bescheidenheit und Freundschaft, sie alle existieren in der psychiatrischen Klinik Meterschwaike.

Die Klinik ähnelt einem Kibbuz in vielen seiner Facetten. Erstens sind die Menschen dort jung, im Alter von 18–36 Jahren und dann ist es die schlichte menschliche Haltung, die offenbar wird in der Beziehung zwischen Patienten und Team. Man kann dort nicht die verschiedenen Gruppen identifizieren, wie sie von *Goffman* in seinem klassischen Werk beschrieben wurden – „Asyle“, die wir in den meisten psychiatrischen Kliniken sehen können. Es gibt keine äußeren Zeichen der Differenzierung zwischen Therapeuten und Patienten. Das Team trägt keine Uniform, die Patienten tragen Straßenkleidung, und es gibt keine Distanz zwischen beiden Gruppen.

Jede Gruppe der Patienten übernimmt selber bestimmte Projekte. Es gibt Diskussionsgruppen, besondere Therapieformen wo immer man hinschaut. Man kann sofort die Nähe und den gegenseitigen Respekt zwischen Patienten und Personal fühlen und zwischen Personal und Patienten, und man fühlt eine menschliche Nähe und Wärme, die vom einen auf den anderen ausstrahlt.

Die ganze Klinik umfaßt 70–80 Patienten mit 40 Teammitgliedern, darunter 10 Ärzte, 10 Krankenschwestern, 8 Psychologen, Sozialarbeiter und Verwaltungspersonal. Es gibt auch eine kleine Gruppe unter dem Personal, die ihren Ersatzdienst in der Klinik im Rahmen ihrer Fähigkeiten ableistet. Die Verteilung der Patienten auf der psychiatrischen Diagnosegruppen ist wie folgt:

40 % Persönlichkeitsstörung, 30 % Schizophrenie, 20 % Depression, 5–10 % Psychosomatiker (Anorexia Nervosa, Krebs usw.).

Die Patienten leben zusammen in einem zentralen Gebäude und es gibt auch einen besonderen Bungalow für Mütter und Kinder im Alter von 2–5 Jahren, die sich in der Klinik zur Behandlung aufhalten. Es gibt keine verschlossenen Türen in der Klinik, alles ist offen. Psychopharmaka werden selten verwendet. Die Durchschnittsaufenthaltsdauer in der Klinik beträgt 8–15 Monate. Die Hauptaktivität der Klinik scheint sich um den Speisesaal zu zentrieren, der auch als Treffpunkt für kulturelle Veranstaltungen der ganzen Klinik dient. Die Tatsache, daß Patienten und Therapeuten ohne Unterteilungen zusammen im Speiseraum in der Nähe großer runder Tische zusammensitzen, scheint von großem Wert zu sein, es erzeugt eine besondere Atmosphäre der Zusammengehörigkeit und Kameradschaft. Kontakt unter den Teilnehmern werden in einer freien Weise verstärkt durch Diskussionen, Austausch von Ansichten, das Sprechen und den freundschaftlichen Kontakt mit anderen. Besonders eindrucksvoll ist der Tagesplan, der um 7 Uhr morgens anfängt mit Gymnastik, Reiten, Fußball, Arbeitsprojekten und verschiedenen Therapiegruppen. Weiterhin finden verschie-

dene Vorträge, Maltherapie, Sprachgruppen und Diskussionen bis 9 Uhr abends statt. Ein Projektgruppe besteht aus 10–20 Patienten, die sich um ein zukünftiges Projekt der Gruppe bildet, das die Gruppe gern durchführen möchte.

Die Therapie umfaßt Gruppentherapie, Tanztherapie, Milieuthherapie, Theatertherapie usw. Ich hatte die Gelegenheit, eine Gruppentherapie-sitzung zu beobachten, die mit einem geschlossenen Videosystem durchgeführt wurde, das für die Ausbildung und Kontrolle verwendet wird. Die Gruppenmitglieder wurden gefragt, ob sie damit einverstanden sind, daß Beobachter an ihrer Sitzung teilnehmen werden. Erst nachdem man ihre Zustimmung bekommen hat, dürfen die Besucher eintreten. Die meisten Therapien werden in einem Gruppenrahmen durchgeführt, nur in besonderen Fällen, in denen der Patient nicht fähig ist, an der Gruppe teilzunehmen, erhält er Einzeltherapie.

Während der ganzen Zeit wird auch Forschung durchgeführt. Die Forschungsschwerpunkte waren: 1. die Forschung über die Zusammenhänge zwischen den beiden Gehirnhemisphären auf der Grundlage von *Sperrys* Arbeit und den Erkenntnissen der Neuropsychologie. 2. Ein Schlaflaboratorium, das eine komplexe Ausrüstung umfaßt mit EEG, wo Forschungsarbeit geleistet wird über die Zusammenhänge zwischen verschiedenen Gehirnwellen des EEG's und psychischen Krankheiten. 3. „Das Rätsel der Androgynität“, das sich mit der Dualität des menschlichen Geschlechts befaßt.

Ich möchte betonen, daß es eine enge Beziehung und Zusammenarbeit zwischen Psychiatern und Psychologen in ihrer Forschungsarbeit gibt und auch zwischen ihnen und den anderen Teammitgliedern in jedem therapeutischen Feld. Die Forscher sind nicht entfernt von der Realität, man kann sie nicht in „Elfenbeintürmen“ versammelt finden oder als „weiße Elefanten“ erblicken. Sie arbeiten mit den Patienten, behandeln sie und bringen die Forschung vorwärts, die mit lebenden Personen zusammenhängt. All dies in einer Atmosphäre der Kreativität, Produktivität und Begeisterung mit einer sehr hohen Motivation und Leistungsbereitschaft. Die Patienten fühlen, daß es zuallererst um sie bei dieser Forschungsaktivität geht.

Was besonders wichtig ist zu betonen, weil es in den Humanwissenschaften selten ist, ist die Fähigkeit der Forscher, hier Theorien in die Praxis umzusetzen, die Kenntnisse und den guten Willen zum Nutzen und Wohlergehen der Patienten in praktische Arbeit umzusetzen.

Es gibt keinen Zweifel, daß Dr. *Ammon* über all diese Fähigkeiten verfügt, nicht nur als ein Leiter, der seine Jünger mit seiner Schule anleiten kann, sondern ebenso über die Fähigkeiten eines exzellenten Organisators in Hinblick auf die Umsetzung der Theorie in die Wirklichkeit und in der Ausbildung von Schülern, die seine Arbeit fortsetzen.

Und der letzte, aber nicht weniger wichtige Punkt ist der, daß jenseits

aller dieser fortgeschrittenen und komplexen Wissenschaft und therapeutischen Techniken man den humanistischen Ansatz in den Beziehungen zwischen Therapeuten und Patienten spüren kann. Man kann die Empathie fühlen, die von dem Leiter zu all den anderen Mitarbeitern des Teams fließt und von ihnen zu den Patienten. Eine Welle von „ich kümmere mich um dich“. Die Beziehungen unter den Menschen der Klinik gründen sich auf das, was der jüdisch-deutsche Philosoph *Martin Buber* die Beziehung des „Ich und Du“ genannt hat. *Buber* differenzierte die doppelte Beziehung des „Ich und Du“ und des „Ich und Das“. Die Welt des „Das“ ist die Welt der Dinge, in unserem psychosozialen Feld ist es die Welt der „Fälle“; und der Patient wird als ein „Fall“ gesehen. Andererseits ist die Beziehung zwischen dem „Ich und Du“ eine wechselseitige Interaktion, in der ein realer Kontakt zu dem „Du“ entsteht.

Ich fand *Bubers* Worte angemessen, um das zu beschreiben, was ich für das wichtigste halte in meiner Erfahrung in der Menterschwaigeklinik. Ich war überwältigt – denn ich kam von Israel, in dem man vor nur 30 Jahren in den Beziehungen das wirkliche „Ich-Du“ finden konnte, die Freundschaft und Kameradschaft im Leben in Gruppen in schwierigen Zeiten, und ich konnte nicht verstehen, was mit uns in der Zwischenzeit geschehen ist. Was mit uns geschehen ist, bei uns in Israel, ist, daß wir, die wir diesen Werten in der Vergangenheit so nahe gewesen sind, es nicht geschafft haben, sie festzuhalten und diese Werte unseren Patienten zu vermitteln. Es ist nicht nur die Tatsache, daß die Distanz zu den Werten heute größer als je ist, sondern ich war beschämt, von einem materialistischen Land zu kommen, von Israel, nach Deutschland, das für viele von uns noch in unseren Emotionen und der Wahrnehmung der Vergangenheit traumatisch ist, und dort das zu sehen und zu lernen, was wir bereits vergessen haben.

Es ist wahr, es ist nur eine Gruppe in Deutschland, aber die Bewegung wächst und wird echte Anhänger gewinnen überall auf der Welt.

Mrs. *Haviva Shihor*
Klinische Psychologin

**World Federation for Mental Health
European Regional Meeting
Ben Gurion University of the Negev,
Beer Sheva, Israel, Sept. 30–Oct. 4, 1984**

Second Announcement

The biblical town of Beer Sheva, now the bustling capital of the Negev, rich in past and exciting in future, will provide the setting for the European Meeting of the World Federation for Mental Health.

Ben-Gurion University is internationally recognized for "The Beer Sheva Experiment" it has developed: A primary care program for delivery of mental health services and professional education in the helping professions.

The co-sponsors of the Congress are the World Federation for Mental Health, the Faculty of Health Sciences and the Ben Gurion University.

Theme:

"Mental Health Services in Primary Care"

The proposed topics will relate to different aspects of Mental Health Services and their relation to Primary Care in different settings:

- A. Culture and Communication – Verbal vs. Somatic Expression of Stress.
- B. Traditional and Modern Mental Health Care System.
- C. Primary Care in Different Sociological and Organizational Contexts (army, kibbutz, industry, school, health services etc.).
- D. The Single-Parent Family as a Consumer of Primary Care and Preventive Services.
- E. Chronocity and Crisis Intervention: The Interaction between the Patient, His Family and Primary Care Services.
- F. Institutionalization for the Aged: The Family and the Milieu as Active Agents.
- G. Primary Health Care for Immigrants and Refugees.
- H. Violence and Terror.
- I. Epidemiology of Mental Disorders in the General Practice.
- J. Family Therapy in General Practice.
- K. Training in Family Therapy for Primary Care Practitioners.
- L. Life Events, Social Support and Primary Care.

Format:

Major plenary sessions, panel discussions,
micro workshops and poster sessions.

Demonstrations and Exhibitions:

Books and audio-visual displays.

Symposium Organizer and Travel Agent:

Ophir Conventions, P.O.B. 3378, Tel Aviv 61033, Israel.

Tel.: 03-247237, Telex: 33624.

Official Carrier:

El Al Israel Airlines.

.....
For further information, fill out and return to:

The Secretariat

World Federation for Mental Health, European Regional Meeting

P.O.B. 3378

Tel Aviv 61033, Israel

Name

HOSPITALAW

THE FIRST INTERNATIONAL CONGRESS ON HOSPITAL LAWS, PROCEDURES & ETHICS

Tel Aviv, Israel, September 8–12, 1985

**Under the Auspices of:
Israel Medical Association
Society for Medicine and Law in Israel**

Dear Colleague,

The Organizing Committee of the First International Congress on Hospital Laws, Procedures & Ethics, cordially invites you to participate in the Congress to be held in Israel, from September 8–12, 1985. We hope you will be able to join us and take an active part in this Congress.

Medical, legal and ethical aspects, with regard to Hospital Administration will be thoroughly and widely discussed. The Congress will provide an excellent opportunity to reflect and integrate the thoughts and the experience of lawyers, physicians and hospital administrators.

In addition to the rich scientific program, attending the Congress will give you the opportunity to visit our ancient-modern country at a milestone in its history. You will be able to see the many historical sites as well as the exciting modern developments. Your stay in Israel will undoubtedly remain as an unforgettable experience and pleasant memory.

We look forward to having you with us in Israel in 1985.

Sincerely yours,
Judge Amnon Carmi,
Chairman,
Organizing Committee

LIST OF PROPOSED TOPICS

I. LAWS & REGULATIONS

- a) Laws & Regulations: The making, applying, control, amendments.
- b) Hospitals: Private, public, governmental, others. Accreditation.
- c) Laws of Public Health.
- d) Health Planning Laws.
- e) Allocation of Hospital and Services: Social and economical aspects.
- f) Contracts between Hospitals and Commercial Bodies
- g) Relations between Hospitals and Universities.

II. HOSPITAL PLANNING – LEGAL ASPECTS

III. EMPLOYERS & EMPLOYEES IN HOSPITALS

Employing private medical nursing firms in Hospitals

IV. PATIENTS' RIGHTS:

HOSPITALS' AUTHORITIES
Informed Consent.

V. MALPRACTICE

- a) Criminal & Civil Malpractice.
- b) Malpractice in Hospitals of:
 - 1) Doctors. 4) Paramedical Functioneers.
 - 2) Nurses. 5) Administrative Staff.
 - 3) Technicians. 6) Vicarious Liability.
- c) Malpractice concerning:
 - 1) Drugs. 3) Radiology.
 - 2) Equipment, Products. 4) Computers.

d) Malpractice toward:

- 1) Patients. 3) Elderly.
- 2) Children. 4) Insane.

e) Malpractice Instances:

- 1) Prescriptions. 4) Operations.
- 2) Diagnosis. 5) Medications.
- 3) Treatment. 6) Emergency Care.

f) Damages, Compensation.

VI. DISSEMINATION OF INFORMATION

- a) Confidentiality.
- b) Reportable Conditions.
- c) Privileged Communications.
- d) Records.
- e) Medical Testimony.

VII. SPECIAL PROCEDURES

- a) Experimentation, Helsinki Committees.
- b) Abortion, Sterility.
- c) Euthanasia.
- d) Narcotics.
- e) Autopsies.
- f) The Moment of Death.

VIII. INSURANCE & TAX

- a) Insurance: Private, Public, National.
- b) Taxes.

IX. RELIGIOUS ASPECTS OF HOSPITAL PRACTICE.

X. PHILOSOPHICAL AND ETHICAL ISSUES CONCERNING HOSPITAL PRACTICE.

For further information and registration write to:

**Hospitalaw Congress
P.O. Box 394
Tel Aviv 61003**

Neuerscheinungen/Neuauflagen

Die Pflege verwirrter alter Menschen

Psychisch Alterskranke und ihre Helfer
im menschlichen Miteinander

Erich Grond, 304 S., Forco, DM 28,—

Durch eingehende Information über Entstehung der Altersverwirrtheit, ihre Symptome und eine sachgerechte Pflege trägt dieses Buch dazu bei, die Situation der Betroffenen zu erleichtern und den Fachkräften, Helfern und Angehörigen, die sie pflegen, manches belastende Problem zu ersparen. Von einem erfahrenen Arzt und Fachdozenten geschrieben, ist es auch für die Aus- und Fortbildung besonders geeignet.

Therapeutische Arbeit mit älteren Menschen

Ein Handbuch. H. Radebold/H. Bechtler/
I. Pina, 2. Aufl., 550 S., Forco, DM 56,—

Die Autoren legen mit diesem Werk die Gesamtdarstellung ihres weiterentwickelten therapeutischen Konzepts vor,

einschließlich seiner Anwendung für die Arbeit mit einzelnen und erstmalig auch für die Arbeit mit Gruppen. Gerade dadurch ist dieses Buch auch für die Alten- und Altenpflegeheime von besonderer Bedeutung. Es zeichnet sich durch seine Praxisnähe und eine große Anzahl von gut ausgewählten Fallbeispielen aus.
Das Altenheim, Hannover

Bildung im Alter

Eine Analyse geragogischer und psychologisch-therapeutischer Grundmodelle
Elisabeth Bubolz-Lutz, 2. neu gefaßte Auflage, 200 S., Forco, DM 34,—

Die Entwicklung einer an humanistischen Werten orientierten Konzeption, die Fähigkeiten und Bedürfnisse älterer Menschen in den Mittelpunkt stellt, ist Hauptanliegen dieses Buches. Es wendet sich an alle in der Altenarbeit und in der Erwachsenenbildung Tätigen.

LAMBERTUS
VERLAG Postfach 1026
D 7800 Freiburg



Anschrift des Herausgebers/editor's address:

Dr. med. Günter Ammon, Wielandstr. 27/28, 1000 Berlin 15

Manuskripte nehmen entgegen/manuscripts should be sent to:

Hauptschriftleitung Dr. med. Günter Ammon, Wielandstr. 27/28, 1000 Berlin 15

Weitere Mitglieder der Redaktion/Members of the editorial staff: Dr. med. Gerd Röhling, Dipl.-Psych. Ilse Burbiel, Dipl.-Psych. Hans Wagner, Dipl.-Psych. Volker Peschke, Helmut Volger, Dipl.-Psych. Gerhard Menzel, Dipl.-Psych. Heidi Mönnich, Dipl.-Psych. Gabriele v. Bülow, Susanne Horst

Anzeigen: Irmtraud Schelbert

Anschrift der Redaktion/Address of the editorial staff:

Wielandstr. 27/28, 1000 Berlin 15

Um Unterbrechungen der Belieferung zu vermeiden, bitten wir, Adressenänderungen rechtzeitig mitzuteilen.