

Dynamische *Dynamic* Psychiatrie *Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse
Herausgegeben von Günter Ammon

Günter Ammon

Das Konzept der Zeit und ihre Bedeutung für die Behandlung in der
Dynamischen Psychiatrie

Günter Ammon

Die Bedeutung des Körpers im ganzheitlichen Verständnis der huma-
nistischen Dynamischen Psychiatrie

Günter Ammon

Das Borderline-Syndrom – ein neues Krankheitsbild in Abgrenzung
zur Schizophrenie (diagnostische, klinische und therapeutische
Aspekte)

Buchbesprechungen

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, 4. Heft 1984, Nr. 87

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 – F. Hacker, Wien – F. Hansen, Oslo – H. Illing, Los Angeles – U. Jakob, Pitts-
burgh – 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

Das Konzept der Zeit und ihre Bedeutung für die Behandlung in der Dynamischen Psychiatrie	317
Time and the Experiencing of Time from the Dynamic-Psychiatric View	334

Günter Ammon

Die Bedeutung des Körpers im ganzheitlichen Verständnis der humanistischen Dynamischen Psychiatrie	339
The importance of the body under the holistic aspect of humanistic Dynamic Psychiatry	352

Günter Ammon

Das Borderline-Syndrom – ein neues Krankheitsbild in Abgrenzung zur Schizophrenie (diagnostische, klinische und therapeutische Aspekte)	357
The Borderline-Syndroms – a New Nosological Unit in Differentiation to Schizophrenia (Diagnostic, Clinical and Therapeutical Aspects)	377

Buchbesprechungen	381
-------------------	-----

Das Konzept der Zeit und ihre Bedeutung für die Behandlung in der Dynamischen Psychiatrie*

Günter Ammon (Berlin)

Anliegen des Autors ist es zu zeigen, daß die Qualität des Zeiterlebens – Ammon spricht hier von konstruktivem, destruktivem und defizitärem Zeiterleben – über ein erfülltes, lebendiges Leben oder aber ein totes, entfremdetes, segmentiertes Leben entscheidet. Den Hintergrund bildet dabei sein Konzept der Sozialenergie sowie das Verständnis von Identität als einem Geschehen an der Grenze von Raum und Zeit.

Ausgehend von der Darstellung verschiedener Dimensionen des Zeiterlebens, wie der gesellschaftlichen Zeit, der linear gemessenen Zeit, der psychologischen sowie der biologischen Zeit spannt der Autor den Bogen von seiner ganzheitlichen Sichtweise des Menschen hin zu den neuesten Erkenntnissen der Astrophysik, um sich schließlich dem Zeiterleben in verschiedenen Krankheitsbildern zuzuwenden. Der Autor kommt zu dem Ergebnis, daß erst eine Integration der verschiedenen Zeitdimensionen ein Leben in Identität ermöglicht. Die rhythmische Zeit spielt im Leben des Menschen eine große Rolle mit ihren Intensivzeiten, die jenseits von Meßbarkeit gekennzeichnet sind durch Grenzsituationen bedeutsamer Begegnungen, Erotik und Kreativität und ihren toten Phasen, in denen der Mensch nicht lebt, sondern vielmehr gelebt wird.

Von zentraler Bedeutung hierbei ist die soziale Energie der umgebenden Gruppe, der Gesellschaft sowie das Eingebettetein in die Natur und das gesamte Universum. Gerade das Wissen um die Begrenztheit der Lebenszeit ist notwendig, um ein erfülltes Leben führen zu können und damit *wesentlich* zu werden, d. h. Mut zu eigener Identität zu haben. Dies ist auch die Aufgabe jeder Therapie innerhalb der humanstrukturologischen Schule, die im wesentlichen ein Geben von Zeit ist – von lebendiger Zeit, die den Menschen frei macht von toter Zeit.

„Alles echte Leben ist Begegnung. Begegnung liegt nicht in Raum und Zeit, sondern Raum und Zeit liegen in der Begegnung.“

(Martin Buber 1966)

Persönlichkeitsstruktur und Zeit

Unsere Konzeption von Zeit ist eine multidimensionale. Jeder Mensch hat seine eigene Zeit. Die Zeit ruht in ihm und er bewegt sich mit Geist und Psyche um die in ihm ruhende Zeit, wie er andererseits sich um die ruhende Zeit der Ewigkeit in der kurzen Spanne seines Lebens bewegt.

Die Zeit ist relativ. Erleben und Umgehen mit Zeit ist von zentraler Bedeutung in Lehre und Behandlungsmethodik der von uns vertretenen Dynamischen Psychiatrie (Ammon 1973c, 1979d, 1979e, 1982b), die neuerdings auch Humanstrukturologie genannt wird.

* Vortrag gehalten Deutsches Museum München 5. 10. 1984

Die verschiedenen relativen Zeiten eines Menschen wie die biologische Zeit, die linear gemessene Zeit, die psychologische Zeit und die gesellschaftliche Zeit stehen in prozeßhafter Korrelation zueinander und sind abhängig von den gewachsenen Ich-Strukturen der Persönlichkeit, wie dem biologischen primären Ich, dem nichtbewußten zentralen psychischen Ich mit seinen Bereichen wie den Regulations- und Integrationsprozessen mit spektralen Äußerungen von konstruktiv, destruktiv und defizitär, von Abgrenzung, Aggression, Kreativität, Angst, Sexualität, Körper-Ich, Narzißmus, konzeptionellem Denken, Traum und Phantasiefähigkeit und dem bewußten Verhaltens-Ich mit seinen Fertigkeiten (Ammon 1976a, 1978a, 1979c).

Bedeutsam hierbei ist ein fließender Synergismus in Abhängigkeit von der umgebenden Gruppendynamik, ihrer sozialen Energie und der umgebenden Gesellschaft und Natur. Alle diese Bereiche münden ein in den zentralen funktionalen Bereich der Identität und bilden das Persönlichkeitsprofil jedes Menschen und seine oben angeführten korrelierenden Funktionen von Zeit, die eine Ganzheit für ihn prozeßhaft bilden.

Mensch und Zeit bilden daher ein offenes System mit der Möglichkeit von prozeßhafter Entwicklung, Veränderung und Abhängigkeit von Sozialenergie (Ammon 1979c, 1982; Griepenstrob, v. Wallenberg Pachaly 1979). Die Konzeption der Sozialenergie, die ich entwickelt habe, möchte ich als einen wesentlichen Punkt bezeichnen, wobei es sich nicht um nach heutigen Methoden physikalisch meßbare Energie handelt, sondern um ein zwischenmenschliches und gruppendynamisches, Ich-Strukturen bildendes und veränderndes Geschehen, das im heutigen Wissenschaftsverständnis metaphorisch aufzufassen ist.

Die Idee der psychischen Energie kann nicht mehr auf der Grundlage eines mechanistischen Verständnisses als „Quantum von Hirnenergie“ diskutiert werden, wie mein wissenschaftlicher Freund *Filip V. Bassin* (1981), der sich ganz besonders mit meiner sozialenergetischen Theorie beschäftigt hat, mir kürzlich schrieb, sondern muß bezogen werden auf den Charakter interpersoneller Beziehungen (vgl. auch *Bassin, Rotenberg, Smirnov* 1983).

Hans Böttcher (1981) spricht von einer interpersonellen energetischen Ebene, der er die motivationale einschließlich der informellen zuordnet. Ich werde weiter unten auf den therapeutischen Aspekt der Sozialenergie eingehen.

Aus obigen Ausführungen mag verständlich werden, daß unser Herangehen an Menschen und Zeit multidimensional sein muß, d. h. daß wir Mensch und Zeit, Gesundheit und Krankheit dimensional zu erfassen suchen und nicht im Sinne linearer Abläufe.

Ein Kernpunkt unserer Arbeit und Lehre ist die Zeit, weil im Zentrum unserer Konzeption die Identität des Menschen steht. Identität, wie ich den Begriff verstehe, ist ein Geschehen an der Grenze von Raum

und Zeit. Ein Geschehen, was gebunden ist an Kontakt in gruppendynamischen Auseinandersetzungen, wobei menschlicher Kontakt immer die Beteiligung zentraler, unbewußter Persönlichkeitsanteile in einer Beziehung meint – und andererseits an die Zeit, an die Situation, die prozeßhaft sich darstellt, gleichzeitig aber auch Grenzen hat für den Menschen. Gemeint ist die Lebenszeit des Menschen, die Zeit, die er zu seiner Zeit, zu gelebter eigener Zeit machen kann, die man aber auch – und hier würde ich meinen, beginnt psychische Krankheit – in einem Gefühl ozeanischer Grenzenlosigkeit, einem dauernden Warten auf ein Übermorgen vertun und vergeuden kann.

Die Identität als ein Geschehen an der Grenze von Raum und Zeit spielt auch eine Rolle in der Dialektik von Identität und Unbewußtem (Ammon 1981, 1982d). Ich verstehe als zum Unbewußten gehörig den strukturellen Niederschlag aus der lebensgeschichtlich erfahrenen Gruppendynamik, wobei der Dynamik lebensgeschichtlich früh erfahrener Gruppen besondere Bedeutung zukommt.

Damit enthält das Unbewußte die Dimension der Vergangenheit. Gleichzeitig rechte ich die potentiellen Möglichkeiten des Menschen zum Unbewußten, was die Zukunftsdimension des Unbewußten, den prozeßhaften Charakter des Unbewußten und damit auch die Dimension der zukünftigen Zeit und zukünftiger Möglichkeiten in den Begriff der Identität einführt.

Habe ich von den Dimensionen der Vergangenheit und der Zukunft gesprochen, die dem Unbewußten immanent sind, so ist zu ergänzen, daß das Unbewußte zur Gegenwart hin offen ist. Die Gegenwart, d. h. die geschehende Realität findet statt in Gruppen, so daß hier die Gruppe in ihrer aktuellen Realität die Gegenwart bildet und die Auseinandersetzung um Identität in der Gruppe diese zeitliche Lücke im Unbewußten zwischen Vergangenheit und Zukunft schließt. Wieder ist es die Identität, die auf dieser neuen Ebene die Synthese darstellt, die Identität in ihrer sozialenergetischen Dimension, die die Synthese zwischen Individuum und Gruppe, Unbewußtem und Gruppe und damit Zeit und Raum schafft.

In dieser Synthese wird die Gruppendynamik zur Struktur und zwar in dem Maße, wie die Identität als Sozialenergie wirksam werden kann, (Ammon 1982d).

Identität ist nur gegeben innerhalb einer bestimmten Zeit und des Bewußtseins, daß man nur eine bestimmte Lebenszeit hat und nicht ozeanisch in den Tag hineinleben kann mit der utopischen Vorstellung: einmal wird es kommen, daß man ein erfülltes und wesenhaftes Leben führen kann, sondern gerade das Bewußtsein des Todes und der Begrenztheit des Lebens ist wichtig.

Gesellschaftsstruktur und Zeit

Was wir aus unserem Leben machen, ist unsere eigene Verantwortung. Die Zeit des Lebens ist jedem Menschen gegeben als seine eigene, ihm gehörende Lebenszeit. Ich finde, die größte Ausbeutung des Menschen ist, ihm seine Lebenszeit wegzunehmen. Dies geschieht durch eine oft entfremdete und damit identitätslose Arbeitszeit.

Nach der entfremdeten Arbeits-Zeit muß auch dynamisch gesehen eine entfremdete, identitätslose Frei-Zeit folgen. Auf den notwendigen Synergismus zwischen Arbeits- und Freizeit habe ich an anderer Stelle hingewiesen (*Ammon 1971a, 1971b*).

Durch gesellschaftliche Strukturierung kann Arbeitszeit und freie Zeit segmentiert werden, ebenso wie Jugend und Alter, Privatheit und Öffentlichkeit, Leben und Tod. Damit wird dem Menschen Identität und lebendige Lebenszeit verweigert; er wird in gesellschaftliche Funktionen gepreßt. Es kommt darauf an, oben beschriebene Segmentierung aufzuheben durch Integration und fließenden Synergismus, der sowohl dem Einzelnen wie der Gesellschaft zur Integration, Identität und zu ganzheitlichem, d. h. lebendigem Zeiterleben verhilft.

Mein früherer Schüler und Mitarbeiter *Manfred Deutschmann* weist in dem Handbuch der Dynamischen Psychiatrie auf das quantifizierte Erleben der Zeit mit der strukturellen Grundlage von Gleichgültigkeit, Immoralismus und schlechter Abstraktheit hin. Er meint, daß die Entqualifizierung des raum-zeitlichen Daseins der Menschen der Kern von Verdinglichung und Entfremdung im Kapitalismus sei: „Verdinglichung ist erstarrte Zeit, verräumlichte Zeit, ungelebte Zeit. Im Geld wird dies sinnfällig. Jedes Symptom, jede Fassade ist ein Ausdruck verräumlichter Zeit, zum Ding erstarrte Lebenszeit. So können wir in der Verdinglichung einen zentralen Schnittpunkt zwischen Gesellschaftlichem und Individuellem sehen“ (*Deutschmann 1979*). *Deutschmann* weist darauf hin, daß die klinische Konkretisierung der Verdinglichung in meinem Begriff des Symbiosekomplexes (*Ammon 1973b, 1975b, 1979b*) gefunden sei, da die schwersten Formen defizitären Zeiterlebens in der Symbiose geprägt werden.

An diesem Punkte möchte ich sagen, daß wir ähnlich wie bei anderen zentralen unbewußten Ich-Funktionen auch beim psychologischen Zeiterleben von defizitär, d. h. leer, destruktiv, d. h. zerstörend und feindlich, und konstruktiv, d. h. lebendig, sprechen müssen.

Konstruktive, d. h. gelebte Zeit ist im Gegensatz zum Raum bedeutsam, einmalig und irreversibel. Identitätprozesse entstehen durch die Ausgrenzung und Ablösung von der Symbiose mit wachsender Enträumlichung als qualitative Strukturierung von Lebenszeit. Das Wesen von Identitätslosigkeit ist das Verharren in der Symbiose und damit im Raum, d. h. in ungelebter Zeit, und ist der Kern jeglicher Art psychi-

scher Erkrankung. Dieser Raum kann sich im Wiederholungszwang linear über ein ganzes Leben erweitern, d. h. der Mensch verharrt im toten Leben der Symbiose. So wird den Kindern in einer defizitären Symbiose schon früh Lebenszeit geraubt, womit auch immer defizitäre soziale Energie und damit auch defizitäre Lebenszeit einhergeht.

Hierbei wird deutlich die Bedeutsamkeit meines Theorems des „Loch im Ich“ (Ammon 1974a) in seinem eklatanten gesellschaftlichen Bezug; „Loch im Ich“ bedeutet das Loch der leeren Zeit und der entleerten Identität des Menschen. Es ist auch das Loch in der Arbeits- und Lebenszeit vieler Gruppen (vgl. Ammon 1983b).

Deutschmann weist darauf hin, daß die Zeitdimensionen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft schrumpfen und keine Identitätsentwicklung mehr stattfindet. Er zitiert *Minkowski* (1933) mit seiner Formulierung vom „Verlust des Kontakts mit der Zeitdauer“, die mit obigem Prozeß korrespondiert. *Gabel* (1967) spricht vom „Verfall der Temporalisierung“ und vom „Überwältigtwerden durch den Raum“. *Laing* (1974) formuliert die gleiche Situation, nämlich den Endpunkt abstrakten Zeiterlebens als „die alles umschließende Erfahrung, daß alles zu einem Stillstand gekommen ist; nichts bewegt sich, nichts ist lebendig; alles ist tot“.

Deutschmann zitiert hier *Ammon* (1970), daß „... je nach Art der Einschränkung kindlicher Form des Realitätserwerbs, etwa des neugierigen Herangehens an die Umwelt im Sinne von konstruktiver Aggression, die Form der Zeiterfahrung präformiert wird“. Eine eigene, von innen kommende, qualitative Zeiterfahrung ist Bedingung subjektiven, autonomen und authentischen Handelns, ebenso umgekehrt. Wo kindliches Handeln abrupt begrenzt wird, kann kein qualitatives Zeiterleben aufkommen. Wo Erleben und Handeln in Raum und Zeit extrem begrenzt und fremdbestimmt werden, da entstrukturiert sich die Innenwelt. Sie wird in weiten Bereichen phantastisch und dadurch zeitlos und statisch. Zudem ist für das Subjekt eben jener Identitätsersatz nun identitätsstiftend, d. h. es muß eine bizarre, zeitlose und erfahrungsunfähige Fassadäre Ersatzidentität erhalten und bestärkt werden.

Gabel (1967) spricht hier von einem Zustand unerträglicher Angst, die bei der Unmöglichkeit zum Synchronisieren verschiedener Zeiten entsteht. Andererseits spricht *Gabel* von der leeren, entstrukturierten Zeit des Autisten.

Deutschmann zitiert in diesem Zusammenhang *Ammon*, daß bei „archaisch Ich-Kranken“ (Ammon 1973b) generell kein Bewußtsein von der Verdinglichung der Zeiterfahrung existiert, sondern daß für sie vielmehr charakteristisch ist, daß sie „... ihre Symptomatik im Hier und Jetzt des Ausagierens nicht als ich-fremd und pathologisch erleben, obwohl ihr Symptomverhalten zumeist im krassen Gegensatz zur überangepaßten Fassade ihrer Pseudoidentität steht; sie leben ihren unbewuß-

ten Konflikt vielmehr traumatisch in die Realität hinein aus.“ Diese Dynamik ist besonders charakteristisch für die Borderline-Erkrankten (Ammon 1976a, 1979f).

Anstelle eines eigenen Beispiels möchte ich hier den Bericht eines Patienten *Minkowskis* wiedergeben, der in klarster Weise das Gefühl einer bedrohlich erlebten Zeit beschreibt: „Mir wurde alles unsagbar gleichgültig. Eine fremde Zeit dämmerte herauf. Ich wünschte mir, es möge diese falsche Zeit wieder verschwinden. Die anderen gehen durch den Saal auf und ab, aber für mich vergeht die Zeit nicht. Die Uhr geht genau wie früher. Ich mag sie aber nicht mehr ansehen, das macht mich traurig. Daß die Zeit vergeht und die Uhr sich dreht, kann ich mir so nicht mehr recht vorstellen. Manchmal, wenn sie draußen im Garten schnell auf und ab laufen, die Blätter tüchtig hin- und herfliegen im Wind, möchte ich auch wieder so leben wie früher und innerlich trennen können, damit auch die Zeit wieder vergeht. Aber dann bleibe ich stehen, und es ist mir alles eins, Räume, Wolken oder Menschen. Da kriege ich nur die Nase auf die Zeit gestoßen! Die Zeit steht still, man schwankt sogar zwischen Vergangenheit und Zukunft. Es ist alles so eingesessen. Alles ist wie eine Uhr. Die Zeit läuft wie eine Uhr ab; das Lebensspiel ist wie eine Uhr. Gibt es denn eine Zukunft? Früher hatte es für mich eine Zukunft gegeben, jetzt schrumpft sie immer mehr zusammen. Ich bin wie eine Maschine, die auf der Stelle steht und arbeitet. Es wird gearbeitet, daß beinahe alles zerreißt, aber es bleibt stehen. (Bei der Betrachtung des Uhrzeigers einer Wanduhr.) Ich bin ganz erstaunt. Ich habe noch nie etwas Ähnliches erlebt. Der Zeiger ist immer wieder anders, jetzt ist er da, dann springt er gewissermaßen fort und dreht sich so. Ist es immer wieder ein anderer Zeiger? Vielleicht steht jemand hinter der Wand und steckt immer einen neuen Zeiger hinein, jedesmal an einer anderen Stelle.“

Konstruktive, d. h. lebendige Zeit, Entwicklung und Veränderung werden arretiert durch die Dynamik „die Zeit bis an ihre Ränder wie ein Gefäß, mit vorgefaßten Ideen oder vorher festgelegten Handlungen zu füllen“. (*Minkowski* 1933 zit. nach *Deutschmann* 1979).

Gesellschaftskritisch gesehen spricht *Manfred Deutschmann* (1979): „... daß es sicherlich ein Aspekt psychischen Krankseins ist, an einem Zuviel an Realität zu leiden. Dieses Zuviel kann eindringen durch zu schwache und brüchige Ich-Grenzen. Denn die Verwandlung von Lebenszeit in Uhrzeit, das äußerliche Aufzwingen dieses neuen Zeitrhythmus, der Betrug um die Zeit in der frühen Industrialisierung, die sozial strukturelle Vergleichgültigung des Menschen, die systemverbürgte Zukunftslosigkeit des Einzelnen, all dies sind strukturelle Merkmale der bürgerlichen Gesellschaft. . . . Ein Aspekt der ungelebten Lebenszeit ist die Fassadäre Ersatzidentität, der psychische Ausdruck der kulturell verlangten Charaktermaske.“ Und er zitiert in diesem Zusammenhang

Ammon (1969) mit der Akzentuierung der sozialpsychologischen und gesellschaftskritischen Bedeutung des Mechanismus „Identifizierung mit dem Angreifer“ (Anna Freud 1946), den seine Kenntnis erhellt „... daß eine autoritäre Obrigkeit durchaus Angreiferfunktion gegenüber dem Bürger haben kann“. Auch dieser Abwehrmechanismus entqualifiziert das Zeiterleben und er impliziert Überanpassung und Konkretismus (Deutschmann 1979).

Meiner Erfahrung nach darf man das fragmentierte Zeiterleben nicht nur auf gesellschaftliche Strukturierung anwenden. Fragmentierung von Zeit kann auch mit Kontakt- und Beziehungsangst dynamisch gesehen werden. Wie z. B. einer meiner Patienten mit seiner Frau lebendige Zeit nur erleben konnte bei sachbezogener Zusammenarbeit oder aber im sexuellen Geschehen, außerhalb dieser beiden Zeiten war Zeit und Beziehung unlebendig. D. h. Kontakt- und Beziehungsangst tötet und nichtet die Zeit.

Zeiterleben und Zeitdimensionen

Unsere Lebenszeit hängt m. E. von uns selbst ab. Sie ist etwas sehr Relatives und nicht meßbar. Die echte Lebenszeit liegt in der Begegnung und im Tätigsein, im erfüllten Tätigsein und auch in erfüllter Sexualität. Bei beziehungsreicher sexueller Begegnung ist das Zeiterleben voll und reich mit einer Art Ewigkeitsgefühl; im Sinne des Nietzsche-Wortes (1967): „Und alle Lust will Ewigkeit, will tiefe, tiefe Ewigkeit.“ In dieser Zeit kann neues Leben entstehen, können sich Menschen große Sozialenergie schenken; es können neue Gedanken geboren werden. Während die tote Lebenszeit von Sigmund Freud (1920), einem Zeitgenossen von Friedrich Nietzsche, so trefflich als „jenseits des Lustprinzips unter Herrschaft des Wiederholungszwanges und des Weges zur Erstarrung“ beschrieben wurde.

Unsere Humanstrukturologische Schule versucht, den Menschen Zeit zu geben, d. h. erlebte, gelebte Zeit und ihnen zu helfen, sich zu befreien so weit wie möglich von der toten Zeit, die keine gelebte Zeit ist. Das versuchen wir auf den verschiedensten Ebenen. Auf unseren Klausurtagungen haben wir immer wieder die Erfahrung gemacht, besonders in Paestum, daß die Menschen sagten, in diesen zehn Tagen hätten sie sich und andere mehr gespürt als sonst in zehn Jahren, und sie hätten das Gefühl gehabt, daß es eine unendlich volle und reiche Zeit war, wo sie mehr Zeit erlebt haben, indem sie sich existent gefühlt haben. Diese Menschen haben, wenn sie von den Klausurtagungen zurückkamen, ihre alte Umwelt ganz anders erlebt und auch sich selber in ihrer alten Umgebung.

Das was ich sage, ist unabhängig von Klassenbezügen und Berufsschichten. Ein Mensch kann eine bedeutsame Lebenszeit haben, indem

er einem ihm wichtigen Menschen begegnet oder indem er eine bedeutende Sexualität erlebt, in der die Zeit unerhört stark ist und unerhört lang und groß und lebendig und ihm Leben gibt, während er sonst manchmal drei, vier, zehn Jahre dahinträumt und seine Lebenszeit nicht wahrgenommen hat. Wieviele Menschen vergeuden die schönsten Möglichkeiten von Zeit in ihrem Leben!

Zeiterleben ist relativ. Die erlebte Zeit läuft nicht linear, sondern bewegt sich in vielen Dimensionen. Wir können auch sagen, daß die Zeiträume von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft ineinander übergehen, eins sind; d. h. daß in der Gegenwart eine Vergangenheit und eine Zukunft enthalten sind. Man hat Beziehung zur Vergangenheit, zu Erfahrungen und Erinnerungen und diese haben Bedeutung in der Gegenwart. Die Vergangenheit ist also nicht etwas, was passiert und abgeschlossen ist, sondern sie hat heute und jetzt Bedeutung. Und die Zukunft genauso, weil man überlegt, welche Wünsche habe ich, welche Möglichkeiten oder welche Verantwortung, welche Aufgaben habe ich, was plane ich.

Die Zeit ist immer eins, ähnlich wie Energie. Energie ist auch eins, sie ist immer da, nimmt Formen an, nimmt Struktur an, wird Materie oder Licht. Physikalisch gesehen gibt es außer den Dimensionen von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft noch viele andere Dimensionen im Raum-Zeit-Gefüge, die wir mit unserem Denken augenblicklich gar nicht erfassen können.

Besonders können mit Hilfe von Meditation, Hypnose oder bewußtseinsweiternden Trancezuständen parapsychologisch zu verstehende und erforschbare visionäre Erfahrungen von vergangener und zukünftiger Zeit gemacht werden. *Gardner Murphy* (1963), mit dem ich in den 60er Jahren an einem Projekt über Kreativität und Psi-Phänomene arbeitete, sagte mir, daß sowohl die Vergangenheit als auch die Zukunft immer vorhanden wären; es käme nur darauf an, aus welcher Dimension man von der Gegenwart dort hinschaue. Astrophysiker könnten in diesem Zusammenhang von Experimenten mit der Zeit sprechen.

In alten keltischen Mythen werden Menschen geschildert, die zwischen den Welten in verschiedenen Zeiten wandern. In diesen Welten finden bedeutsame Begegnungen statt, in denen auch Erotik und Sexualität eine große Rolle spielen. In dem Moment, in dem diese Menschen aus ihren Begegnungen heraustreten und in ihre alten Lebensformen zurückkehren, erkennen sie diesen Lebensraum nicht wieder, weil die übrigen Menschen in der Zeit, in der sie weg waren in der anderen Welt, gealtert sind. Die Menschen, die in ihrem alten Rhythmus weiterleben, altern schneller, während der Mensch, der in der intensiven Begegnung lebt, etwas ganz anderes erlebt.

Die Geschichte wird in Wissenschaft und Schule häufig als lineares Geschehen betrachtet. Es wird oft die Chronologie der Ereignisse abge-

handelt, während gerade die Umbruchzeiten in unsere Gegenwart hineinwirken. Was sich in solchen Umbruchsituationen ändert, ist die Fließgeschwindigkeit der Entwicklung. Wenn man die Zeit als Prozeß betrachtet und nicht als Abschnitte, die man einteilen kann, sondern als etwas Fließendes, dann ist entscheidend bei diesem Fluß, die unterschiedlichen Geschwindigkeiten zu betrachten, die das Zeiterleben intensiver machen. Geschichte erhält so einen unterschiedlichen Rhythmus, je nachdem, ob es geschichtliche Bewegungen gibt, die eine Veränderung bewirken oder nicht.

Fließende Zeit bei Menschen hat rhythmischen Charakter mit außerordentlich dichter und voller Intensivzeit, die bei Messungen der fließenden Zeit kurz oder lang sein kann, aber, was die Dimension des Erlebens angeht, jenseits dieser Meßbarkeit von hoher lebensspendender Fülle für den Menschen sein kann und manchmal in einer relativ kurzen Zeitspanne Sinn und Zweck seines ganzen Lebens ausmachen kann. Eine Zeit mit weniger rhythmischen Phasen stellt eine tote und leere Zeit dar ohne Bedeutung für das Leben des Menschen. Es sind auch Zeiten, wo man sagen kann, er wird gelebt statt daß er selber lebt. Man könnte natürlich auch meinen, daß diese toten Phasen des Lebens Vorläufer oder Nachläufer der Intensivphasen menschlichen Lebens sind. Bei genauerer Untersuchung kann man in jedem menschlichen Leben Intensivphasen finden, die immer gekennzeichnet sind durch Grenzsituationen bedeutsamer Begegnungen, Erotik und Kreativität.

Die biologische Lebenszeit des Menschen wird durch diese Phasen mitbestimmt. Folgerichtig können wir hier von einer Dynamik der Zeit sprechen, die synergistisch verwoben ist mit den Persönlichkeitsstrukturen und der Dynamik des Denkens.

Bedeutsam für meine ganzheitliche Sichtweise sind die neuesten Erkenntnisse der Astrophysik. Sie betrachtet das Geschehen im Universum als ein offenes System, wo sich die Dinge in Selbstorganisation immer neu entwickeln. Die Zeit ist dabei unendlich. Wir können sagen, wenn wir an *Erich Jantsch* (1982) und die Astrophysiker denken, daß alles, was einmal da ist, zum gesamten Universum gehört wie wir auch, wir sind kleine Teilchen von Sand im Vergleich zum Universum oder noch weniger, und wir können nicht aus dem Universum herausfallen, weil es die Ewigkeit ist. Und in welcher Form, in welcher Substanz wir nach unserem biologischen Tod sein werden, das wissen wir nicht. Und was wir dort erleben werden, das wissen wir auch nicht. Vielleicht ganz andere Lebensmöglichkeiten, aber uns wird das Bewußtsein unseres vorherigen Lebens weitgehend verloren sein.

Die Angst vor der Endlichkeit von Lebenszeit, die zu unterscheiden ist von dem Bewußtsein von Endlichkeit, von bewußtem Leben ist das Zentrum aller Religionen, z. B. von dem allgegenwärtigen altägyptischen Totenreich des Osiris bis hin zu den Wiedergeburt- und Aufer-

stehungsmysterien, dem Jenseitsglauben des Christentums und der Wiedergeburtstheorie des Buddhismus.

Die Bewegung des New Age (*Geisler* 1984) versucht mit dem Gedanken des Kosmischen und Vergänglichen allen Seins in immerwährender, sich verändernder Erscheinungs- und Bewußtseinsform eine Antwort zu finden und kommt dabei erstaunlicherweise alten Mysterien nahe.

Auf die ganzheitliche Schau des Universums und das dynamische Prinzip geistig-seelischer Kräfte, sowie das weiblich-männliche Prinzip in jedem Körper in ewigem Wechselspiel und endlos rhythmischem Kreislauf als Ausdruck der Sinnhaftigkeit des Lebens habe ich bei einer Betrachtung der uralten chinesischen Symbolik von „Yang und Yin“ (aus dem „Buch der Wandlung“ aus dem 5. Jh. vor der Zeitrechnung) bereits 1950 hingewiesen (*Ammon* 1950).

In anderen Kulturen drückt sich das sinnhafte, bedeutsame Leben im Zeiterleben der Menschen aus. Ich habe das festgestellt bei meiner Arbeit mit den Lakandon-Mayas in Mexiko (*Ammon* 1966) und Peyote-Kult-Indianern Nordamerikas (*Ammon, Patterson* 1971). Sie ruhen in der Zeit, ob es nun die Peyote-Indianer sind, oder die südamerikanischen Indianer oder die Lakandonen-Indianer, mit denen ich ein Vierteljahr zusammengelebt habe. Sie erzählen das, was bedeutsam ist und wenn es vor 200 Jahren passiert ist, und erleben es so, als ob es gestern passiert sei. Und wenn gestern ein langweiliger Routinetag war, dann erzählen sie es so, als ob es sich vor 300 Jahren ereignet hätte. Dieses Zeiterleben identitätshabender Völker, wozu auch die Naturvölker und viele andere Völker in der Antike gehört haben, haben wir, wie bereits weiter oben ausgeführt, in unseren Industriegesellschaften oft verloren und es steht die linear gemessene Zeit im Vordergrund.

Identität und Zeit

Es geht darum – um es mit den Worten von *Angelus Silesius* (1674) auszudrücken, „wesentlich zu werden“. Ich meine, der Ausspruch dieses großen schlesischen Mystikers: „Mensch werde wesentlich“ drückt hier aus: „Mensch, nehme dir deine eigene Zeit. Habe den Mut zur eigenen Identität, habe den Mut zu deiner eigenen Sexualstruktur und zu deinen eigenen Bedürfnissen, habe den Mut, du selbst zu sein.“

Ob der Mensch seine Identität leben kann, hängt immer ab von der Sozialenergie, die ihm gegeben wird. Erst die Sozialenergie ermöglicht ein Überschreiten von Raum zu sich selbst und zur eigenen Identität, d. h. die soziale Energie, die sich Menschen untereinander geben können oder die umgebende Gruppe dem Menschen geben kann. Man kann sagen, der Mensch, der eine tote Zeit lebt, ist entleert von Sozialenergie. Er ist umgeben von einer Gruppe, die nur defizitäre Sozialenergie zur Verfügung hat, während destruktive Sozialenergie sich noch konstruk-

tiv auswirken kann, denn sie bedeutet Auseinandersetzung und damit Beziehung, genau wie Wut, wie Haß. Es ist wenigstens kein totes Leben. So, wie soziale Energie gegeben wird und der Mensch soziale Energie erhält, ist er lebendig und ist seine Zeit lebendig. Denn Sozialenergie und Zeit ist Lebenszeit. Ich würde sagen, für uns bedeutet Zeit erfüllte, identitätsträchtige, voll erlebte Lebenszeit.

Wir versuchen, dem Menschen die Lebenszeit zu erweitern und ihm die Möglichkeit zu geben, die Vorstellungen, wie er eigentlich sein will, zu verwirklichen. Das ist oft nur durch Grenzsituationen möglich, vor allem durch das Wissen, daß das Leben durch den Tod eine Grenze findet. Ich werde nie vergessen, wie auf der Tagung „Ars Moriendi“ 1974 in Columbia City, USA, ein krebskranker junger Kaufmann, dem die Ärzte nur noch ein halbes Jahr Lebenszeit gegeben hatten, der sportlich gekleidet war – man merkte nicht, daß ihm ein Bein wegen eines Sarkoms amputiert worden war und er schon mehrere Sarkom-Lungenoperationen hinter sich hatte – sagte: „Sie wissen gar nicht, was ein halbes Jahr Lebenszeit für mich bedeutet. Ich lebe – augenblicklich ist ein Tag für mich mehr als sonst ein Jahr. Ich tue jetzt und kann das tun, was ich wirklich will. Ich habe mit meiner Frau eine sehr erotisch erfüllte Zeit.“ Seine Frau und seine Tochter waren auch anwesend. Eine junge Frau mit gütigem Gesicht und ein sieben Jahre altes Mädchen, das lieb und zärtlich mit seinem Vater umging.

Ich möchte sagen, daß alle Grenzsituationen wie schwere Krankheiten und Angst, Arbeitslosigkeit und politische Unterdrückung den Menschen in seinem tiefsten Inneren erschüttern können und sein Leben verändern können. Das gleiche gilt für bedeutsame Begegnungen mit anderen Menschen und Gruppen, die den Menschen aus einem bisherigen Routineleben „herauswerfen“ können hin zu sich selbst. Ergreifende und bedeutsame Begegnungen sind für die Erweiterung des Lebensraumes und der Zeit wesentlich. Ein Mensch, der viele Begegnungen in seinem Leben hat, in denen man einander Zeit gibt, gewinnt lebendige Lebenszeit und Sozialenergie. Dies sollte auch in der Therapie der Fall sein.

Psychotherapie und Zeit

Wer lernfähig ist und fähig ist, sich neuen Wegen zu öffnen mit Neugierde und Interesse, kann sich entwickeln. In diesem Sinne verstehe ich Therapie, die eine Kette von bedeutsamen Begegnungen sein sollte, wobei die allerwichtigste Begegnung die erste Begegnung zwischen Therapeut und Patient ist. Wenn das keine bedeutsame Begegnung war, sollte man keine Therapie machen – nicht der Therapeut mit dem Patienten und umgekehrt.

In der Psychotherapie spielt die Zeit eine zentrale Rolle, da in der

Therapiezeit die Leidenden immer wieder ihre leere, tote und alte Zeit mit sich bringen und die Erfahrung machen müssen, mit einer neuen, lebendigen Zeit umzugehen. Durch sozialenergetische Auseinandersetzung mit der umgebenden Gruppe oder dem Einzeltherapeuten oder dem therapeutischen Milieu einer Dynamisch-Psychiatrischen Klinik mit ihrer ganz besonderen Zeit, erleben die Leidenden oft eine für sie erstaunende Herausforderung an Tätigsein, Kontakt und Leistung. Aus der Sicht unserer Behandlungsmethodik spreche ich hier von einem sozialenergetischen Kreis. Stationen dieser sozialenergetischen Kreise sind zunächst: Sozialenergieaustausch, Ich-Struktur im Unbewußten, Identität und Gruppenbezüge, in denen sich der Kreis zum Sozialenergieaustausch hin wieder schließt.

Sozialenergetische Austauschprozesse, zunächst in der Primärgruppe, bestimmen die Ausprägung der Ich-Struktur des Menschen. Seine ich-strukturelle Beschaffenheit wiederum gibt den Stand seiner Identität an. Mittels dieser Identität setzt der Mensch sich selbst wieder in Gruppenbezüge, die neuen sozialenergetischen Austausch bewirken und damit den sozialenergetischen Kreis wieder eröffnen im Sinne einer Identitätserweiterung. Die Vorstellung eines sozialenergetischen Kreises macht aber noch ein weiteres Moment deutlich, nämlich den Teufelskreis, der in einer pathologischen Entwicklung steckt, die Zwangsläufigkeit, mit der psychisch kranke Menschen sich immer wieder Menschen und Gruppen suchen, die ihnen nur passager Sozialenergie geben, die ihre Krankheit stabilisieren und destruktiv narzißtische Bestätigung als Bestätigung der kranken Ich-Anteile geben. Diese Form von Beziehung habe ich auch als narzißtische Komplizenschaft bezeichnet (*Ammon* 1982e). Deutlich wird an dieser Stelle aber auch, wo eine psychotherapeutische Behandlung einsetzen kann. Die Gruppenbezüge, die der sich in die Therapie begebende Kranke sucht, die seine Krankheit erhalten, werden passager ersetzt durch eine therapeutische Gruppe oder Einzelbeziehung, in der sozialenergetische und damit strukturbildende und persönlichkeitsverändernde Prozesse ablaufen können. Therapeutische Aufgabe ist also die Strukturierung eines sozialenergetischen Feldes, das in seiner konkreten Ausformung angepaßt werden muß an den Stand der Identitätsentwicklung im Hier und Jetzt des Patienten, d. h. auch an das Bild seiner Krankheit (*Ammon* 1982d).

Die obige Beschreibung des sozialenergetischen Kreises ist gleichzeitig auch eine Beschreibung von Kreisen der Zeit, in der der Mensch lebt oder gelebt hat, und eine Beschreibung von dem Zeitkreis der Therapie.

Jede therapeutische Schule ist daran zu messen, wie sie mit der Lebenszeit und der therapeutischen Zeit eines Patienten umgeht. Jede Therapiesitzung sollte eine erfüllte, interessante Begegnung sein, und auch eine gelebte Zeit im eigentlichen Sinne, wie ich sie verstehe, heißt dem Menschen Zeit geben. Das ist identisch mit Liebe geben, denn Lie-

be ist ja weiter nichts als verstehen des Anderen und als ihm Zeit geben, volle Zeit, sozialenergetische Zeit.

Diese Zeit der Therapie kann der Therapeut nicht grenzenlos geben und der Patient nicht grenzenlos nehmen – Therapie heißt auch immer lernen, sich trennen zu können. Die Beendigung der Therapiezeit (Ammon 1973a, 1982c), ist häufig die Phase des wichtigsten therapeutischen Prozesses, oft ein Wendepunkt der Therapie. Therapie ist kein Lebensersatz, sondern ich verstehe sie als Zeit der Veränderung und des Lernens.

Das Schwierige für die Menschen ist, einzusehen, daß sie die Vergangenheit nicht mehr verändern können. Die Veränderung findet in der Gegenwart statt und die Zukunft können wir nicht kontrollieren. Wir können auch nicht kontrollieren, was der andere denkt oder wie er sich verhalten wird. Es ist ein Zeichen von Omnipotenzvorstellung, wenn ein Mensch glaubt, daß er als Einzelwesen über Zukunft und Vergangenheit befinden kann. Ein Mensch hat nur so viel Zeiterleben und Möglichkeiten, wie die äußeren Bedingungen der Umgebung, der Gesellschaft und Natur es zulassen.

Wenn wir uns in diesem Zusammenhang der biologischen Zeit zuwenden, so wundern wir uns, daß manchmal Menschen mit zwanzig Jahren wie Greise wirken, d. h. wie sie sprechen, sich bewegen und was sie tun, während oftmals Menschen mit achtzig Jahren und mehr außerordentlich jugendlich, vital und aktiv wirken, so daß die biologische und die gemessene Zeit in beiden Fällen aufgehoben zu sein scheint. Die Zeit des Menschen ist in seinem Gesicht zu lesen; bei stehengebliebener Zeit wird der Ausdruck seines Gesichtes auch stehengeblieben sein, wie man dies bei Kindergesichtern von älteren Menschen erleben kann, die Erstarrtheit ausstrahlen, während durch Tätigkeit und Erleben gezeichnete Gesichter durchaus Lebendigkeit und auch Kindlichkeit ausstrahlen können und relativ gesehen bedeutend jünger sind als die Träger erstarrter Kindergesichter. Z. B. habe ich in meiner Arbeit in der studentischen Beratungsstelle des ASTA der FU Berlin viele junge Menschen kennengelernt, die alt wirkten, langweilig, steif und starr waren. Andere Menschen dagegen sind Jünglinge in hohem Alter. Sie sind verspielt, kreativ, haben eine erfüllte Sexualität und leisten große Dinge in Beruf, Politik, Kunst und Musik.

Psychopathologische Reaktionsformen und Zeiterleben

Ich möchte nun auf das Zeiterleben bei verschiedenen Krankheitsbildern kurz eingehen. Ich fasse Krankheitsbilder keineswegs als Kategorien im Sinne von Endgültigkeit auf, sondern als ich-strukturelle Zustände mit an anderer Stelle im Flusse befindlichen Interdependenzen und Prozessen, die ein offenes, beeinflussbares und damit veränderbares

System darstellen. Sie sind somit eine Momentaufnahme der Persönlichkeit. Diese Momentaufnahme ist jedoch von Bedeutsamkeit für zu ergreifende therapeutische Maßnahmen und für die Verständigung im therapeutischen Team, aber auch für wissenschaftliche Überlegungen und Forschung.

Die Relativität der biologischen Zeit führt uns hin zur Frage psychischer und körperlicher Gesundheit oder Krankheit; beides sind Möglichkeiten des Menschen und sie bestimmen seine Zeit mit. Bei den Menschen mit reicher und lebendiger Zeit im Alter sind diejenigen, die mit Identität und vollen Händen und für sie wichtigen Aufgaben in das biologische Alter eingetreten sind, wo sozusagen der lebende Fluß von Identität biologische Prozesse mitbestimmt, im Gegensatz zu den Menschen, die mit leeren Händen, identitätslos und sozialenergetisch verarmt in das biologische Alter eingetreten sind. Sie schauen in der einen Zeitdimension auf tote Zeit zurück und sehen in der Zukunftsdimension den Tod im Zustand der Trostlosigkeit. In der Regel leben sie vereinsamt und leiden an depressiven Zuständen, der sog. Altersdepression. Bei diesen Menschen ist die Angst vor der Realität des Aufhebens der Zeit durch den nahenden Tod zentral. Selbst in einer derartigen Situation ist therapeutische Hilfe möglich.

Ich erinnere hierbei eine Reihe derartiger Menschen in unserer Klinik Menterschwaige, wo es möglich war, durch viel Kontakt, Zeit und Verständnis ihrer Möglichkeiten sie wieder zu Tätigsein, Aktivität und Interessen zu gewinnen, zusammen mit ärztlicher Hilfe und therapeutischen Gruppen und Milieubezügen. Einigen konnten wir helfen, noch wenige Jahre erfüllter Lebenszeit zu gewinnen und in ihren früheren Lebensbereich zurückzukehren, anderen konnten wir noch eine reichere Zeit, als sie in ihrem Leben gehabt hatten, zur Verfügung stellen und ihnen ein Sterben in umgebender lieber Gruppe ermöglichen. (Ammon 1971c, 1972, 1974–75, 1975c, 1982e).

Der depressiv reagierende jüngere Mensch lebt in toter Zeit, für ihn steht die Zeit still und er sieht keine Zukunft. Er kann nicht planen, ist ohne Interessen, steht unter schweren Schuldgefühlen, klagt sich an, erlebt eine quälende Leere in seinem Denken und schaut nur in die Vergangenheit; er kann weder Kontakt aufnehmen noch Aggression äußern (Ammon 1979a). Bei ihm kommt es darauf an, ihn wieder aus seiner toten Zeit in die lebendige Zeit des Lebens hineinzuholen. Hier setzt die sozialenergetische Auseinandersetzung an; falsches Mitleid und gutes Zureden würden diesen Menschen noch mehr zur Verzweiflung bringen. Diese Leidenden sind so verzweifelt, daß bei Wiedererlangen von Entschlußfähigkeit die Gefahr besteht, daß sie ihrer Lebenszeit biologisch ein Ende setzen. Daher muß bei der Depression die therapeutische Zeit aktiv und umsichtig gehandhabt werden.

Bei der manischen Reaktion, die bekanntermaßen in inniger Bezie-

hung zur Depression steht, gewissermaßen einen geglückten Befreiungsversuch von der Depression darstellt, hat der Mensch mit seinen hilflosen, offenen Ich-Grenzen ein ozeanisches Zeitgefühl mit utopisch-grandiosen Ausblicken in die Zukunft und einer rosa verfärbten Vergangenheit. Das manische Zeitgefühl hat Verwandtschaft zu dem Zeitgefühl von Suchtkranken. Man kann die manische Reaktion auch als die „positive“ Umkehrung der Depression bezeichnen. Auf die Phasen und rhythmushafte Verwandtschaft von Depression und Zwang hat bereits *Karl Abraham* (1924) hingewiesen, während ich und meine Schüler auf die Verwandtschaft zwischen Zwang und schizophrener Reaktion hingewiesen haben (*Pohl und Rock* 1979), desgleichen haben wir vor Jahren die innige Beziehung zwischen Psychosomatik, Psychose und Depression erarbeitet (*Ammon* 1978d, 1979a, 1982c).

Die Besonderheit des Zeiterlebens verändert sich entsprechend den ich-strukturellen Zustandsbildern. Unsere ganzheitliche Schau psychopathologischer Reaktionsformen findet hier eine ich-strukturelle Bestätigung, zu der auch die Relativität des Zeiterlebens zu zählen ist. Die ganzheitliche Sicht in Psychiatrie und Medizin hat ihre Geschichte und geht auf Jahrhunderte bzw. Jahrtausende zurück. Die Fragwürdigkeit der Artefakte von Kategorien wird hierbei deutlich.

Das Zeiterleben des schizophren Reagierenden (*Ammon* 1975b, 1979d, 1980a) ist grenzenlos und ozeanisch, ohne Vergangenheit und Zukunft. Der Verlust der Zukunftsperspektive spiegelt einen Mangel an Hoffnungen und Erwartungen wider. Der schizophren Reagierende verliert sein Zeitgefühl, d. h. er zieht sich von der Welt in eine geschützte Welt autistischer Seligkeit zurück. Wenn die Zeit stillsteht, wird sie zur Ewigkeit, dann ist es unmöglich sie zu ändern. Der schizophren Reagierende zieht es vor, die unbekanntes Gefahren, die die Zukunft für ihn bereithalten könnte, zu ignorieren und lebt vollständig in seiner subjektiven Gegenwart. Er klammert sich an seine arretierte Zeit in dem Versuch, die Spannung zu mindern zwischen Möglichem und Realem. Während der Wahnzeit schizophrenen Zeiterlebens erlebt sich der schizophrene Reagierende in vergangenen wie zukünftigen Welten. Er erlebt sich als eine vergangene oder zukünftige Persönlichkeit oder kann, wenn seine Wahn-Zeit die Form eines geschlossenen Systems annimmt wie bei der Paranoia, sich ständig begleitet fühlen von zwei als feindselig erlebten Osterhasen, die zu einer Weltverschwörung der Osterhasen gehören, die nur gegen ihn gerichtet ist, wie dies ein Mathematikprofessor, der vor langer Zeit bei mir in Behandlung war, erlebte, der aus seiner Wahn-Zeit aussteigen konnte, sowie er in seine berufliche Arbeitszeit eintrat. Diese Wanderungen in der Wahn-Zeit sind der Ausdruck von Desintegration, Hilflosigkeit des Menschen gegen seine innere Welt, sie stellen eine Überflutung unbewußter Inhalte dar und sind letzten Endes entfremdet vom Menschen, nur ganz anders als entfremdete

mechanistische Arbeits-Zeit, gegen die letztendlich die Wahn-Zeit ein mißglückter Protest und Fluchtversuch ist und bleibt. Aber es ist dies nicht nur vom Gesellschaftlichen her zu verstehen. Bei manchen schizophren reagierenden Menschen habe ich auch ein materialisiertes Zeiterleben festgestellt, wo die Zeit bedrohlich auf den Menschen einstürzte, wo die Zeit den Charakter geronnener Angst annahm. Hier kommt es darauf an, in das schizophrene Zeiterleben einzusteigen und den schizophren erkrankten Menschen Schritt für Schritt in die lebendige Zeit der Realität dieser Welt hineinzubegleiten.

Bei destruktiver Sexualität (Perversion) (Ammon 1980b, 1982c) wird die Zeit nur lebendig erlebt während der sexuellen Aktion, in der Zwischenzeit stagniert sozusagen die Zeit und gewinnt erst wieder ihre Dynamik während des erneuten sexuellen Agierens. Die sexuell destruktive Aktion kann man auch als eine sozialpsychotische Reaktion bezeichnen, und sie kann sowohl die schizophrene Reaktion vorübergehend ersetzen, wie auch eine vorübergehende Befreiung bei Depression, Psychosomatik und Zwang erbringen. Ich-strukturell gesehen sind dies mißglückte Befreiungsversuche, ähnlich wie durch Sucht und Manie. Der Mensch bleibt schließlich dabei ausgeklammert, allein und verlassen.

Ziel aller Therapie muß sein, durch integrativ therapeutische Maßnahmen diese Fluchtmechanismen zu durchbrechen und dahinter den Menschen in seiner ungeheuren Einsamkeit, leeren Zeit und Todesangst zu erreichen. In den zeitlichen Zwischenräumen, wo nicht nur die Zeit, sondern auch das Denken abgeblockt sind, ergreifen diese Menschen oftmals die Flucht zu Alkohol oder Drogen. Bei meiner nunmehr 40 jährigen Erfahrung in der Arbeit mit Menschen kann ich mit einiger Sicherheit sagen, daß eines der schlimmsten Erlebnisse für den Menschen ist, die Leere von Zeit und Denken durchzustehen.

Der Zwangsneurotiker jagt immer hinter der Zeit her, wird aber nie fertig, weil er ohne konzeptionelles Denken keinen zentralen Integrationspunkt von Zeit kennt, er wird immer ein Sklave der Zeit sein, immer ein Überlastungssyndrom haben, immer klagen und jammern, aber nicht begreifen, daß es an ihm selber liegt. Er versucht abgespalten alle möglichen Tätigkeiten, die er ohne Sinnzusammenhang erlebt und nicht integrieren kann. Ihm ist oft sehr wenig zu helfen und eine Behandlung erfordert viel Lebenszeit vom Therapeuten. Eine große Hilfe in der Therapie ist es, den unter Zwang Leidenden zu unterstützen, anliegende Aufgaben sofort im Hier und Jetzt zu erfüllen und seine gewissermaßen erstarrten Ich-Strukturen durch sozialenergetische Zuwendung und Auseinandersetzung in Fluß zu bringen.

Die Lebenszeit des psychosomatisch Erkrankten ist seine kranke Zeit, seine Identität die Identität eines Kranken. Er gehört zu den Verweigerern von Kontakt und sozialenergetischem Austausch. Er lebt jen-

seits von erlebter Zeit. Seine Gefühle sind weit weg von der Gegenwart – ein Zustand, den viele Forscher als Alexithymie (*Sifneos* 1975) bezeichnen. Beim psychosomatisch erkrankten Menschen kommt es von Anfang an darauf an, sein Symptom als Kontaktbrücke zu benutzen, um den Menschen dahinter zu erreichen mit seinen großen Ängsten um Trennung und Verlassenheit (*Ammon* 1974c, 1975a, 1978b, 1979d, 1982a).

Der Drogenkranke flüchtet aus der gesellschaftlichen Zeit heraus in eine utopische, unabgegrenzte Welt eines künstlich induzierten wahnhaften Ich-Zustandes, in eine besondere Zeit, die Drogen-Zeit. Hierbei kommt es darauf an, mit viel Verständnis und Liebe ihm etwas Besseres anzubieten als die Droge und damit auch eine echte Lebenszeit. (*Vol-behr* 1979, *Röhling* 1979).

Der Borderline-Patient hat ein desintegriertes und ständig wechselndes Zeit- und Identitätserleben, was sich chamäleonartig der jeweiligen Situation anpaßt (*Ammon* 1976a+b, 1979f, 1984a, 1984b). In der Therapie kommt es darauf an, dem Borderline-Patienten durch bildhafte Sprache einen Spiegel vorzuhalten, daß er sich verändern kann mit dem Ziel, Integration und Identität zu gewinnen.

Den psychisch kranken Menschen fehlt ein Synergismus von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft, wie auch ein Synergismus zwischen dem biologischen, psychischen und bewußten Sein, wie aber auch ein Synergismus zwischen den verschiedenen Zeiten, der biologischen, der psychischen, der gesellschaftlichen und der bewußten gemessenen Zeit.

Wir können einen geglückten Synergismus bei Menschen mit Identität und in der Regel auch bei Kindern finden, sie gehen frei und unbefangen mit ihrer Zeit um, nur die Bedeutsamkeit der Ereignisse prägt ihr Zeiterleben. Geht man z. B. mit Kindern zum Spielplatz, dann ist der Weg dorthin genauso wichtig wie das Ziel, der Spielplatz selbst – der Weg ist das Ziel. Sie sind bei der Handlung selbst in ihrer Zeit.

Alles ich-strukturelle Arbeiten innerhalb unserer Dynamischen Psychiatrie ist ein Kampf um die Zeit, Kampf um die Wiedergewinnung oder Neugewinnung qualitativer Zeit, d. h. lebendiger und konstruktiver Lebenszeit. Unsere ich-strukturelle Identitätstherapie im Sinne bedeutsamer Begegnung muß daher als offenes System in die Zukunft weisen, denn es geht um die Offenheit, dem noch Ungekannten in lebendiger Zeit zu begegnen. Die dynamische und lebendige Zeit ist auch die Zeit lebendiger Gruppen, die dem Individuum Lebensraum und Identität schaffen. Identität und Zeit sind immer auch eine Gruppenzeit und eine Gruppenidentität.

Ausblick

Die Relativität der Zeit wird für den Menschen deutlich durch sein Erleben. Bereits *Aristoteles* hatte erkannt, daß die Zeit an sich in ewiger Ruhe steht und nur durch die Bewegung von außen meßbar ist. Durch unsere Untersuchung mit dem Autokinetischen Lichttest konnten wir die innere Bewegung im Menschen messen und so intensive bewegte Zeit von stehendem, starrem Zeiterleben unterscheiden. Hier findet sich die Versuchsperson in einem dunklen Raum zusammen mit einem fixierten Lichtpunkt wieder. Sie erlebt den Punkt in verschiedensten Formen von Bewegung oder Stillstand. Viele Menschen haben dabei das Erleben, mit einem Stern im Kosmos in Verbindung zu stehen; sie stehen aber in Verbindung mit sich selbst und ihrer ganz eigenen Wahrnehmung, die ihre innere Situation ausdrückt. Dabei ist das Zeiterleben außerordentlich verschieden und unabhängig von der festgesetzten und gemessenen Zeit von 10 Minuten (*Ammon, Burbiel, Finke, Wagner 1982; Ammon, Burbiel, Stuck 1983*).

Die verschiedenen Zeiten des Menschen wie die reiche und lebendige Zeit, die biologische Zeit, die physikalisch meßbare Zeit von Jahren oder Stunden und die gesellschaftliche Zeit stehen in Beziehung zueinander und bilden in sich jeweils ein individuell verschiedenes Ganzes.

Ich stelle mir für die Zukunft eine neue Meßbarkeit von Zeit in den Dimensionen konstruktiv, destruktiv und defizitär vor mit der Anwendung der Methodik meines Ich-Struktur-Testes (ISTA) (*Ammon 1976a; Ammon, Burbiel, Finke, Wagner 1982; Burbiel, Finke, Wagner 1983*). Dies wird unsomewhat notwendig werden, da die Besonderheit von Zeit und Zeiterleben zusammen mit Identität und Arbeitswelt für den Menschen in Gesundheit und Krankheit von zentraler Bedeutung ist und hierbei die lineare Zeitmessung relativiert wird.

Bedeutsam ist es, den Menschen zu befreien zu einer ihm eigenen Zeit in Beziehung zu anderen Menschen, Gruppen, zur Gesellschaft und zu höheren Zielen, die über ihn selbst hinausgehen und sich schließt zu einem Gefühl der unteilbaren Ganzheit unserer Erde und der Ewigkeit des Kosmos, in der wir alle ruhen.

Time and the Experiencing of Time from the Dynamic-Psychiatric View

Günter Ammon (Berlin)

“Time is a relative thing”. The author contemplates the experiencing of time in different dimensions of which social time, linear time, psychological time and biological time are but few examples.

The experiencing of time can be constructive, destructive and deficient as the author portrays by means of various nosological units. He especially points out the fact that he does not consider the nosological units as categories but rather as an expression of health or illness at a specific moment in the patients life.

A person with an identity will always live in a fulfilled and lively manner with meaningful encounters and interests.

Rhythmic time plays a major role in man's life with its intensive times which are beyond any kind of measurement. It is marked by situations of limitation, meaningful encounters, eroticism, creativity and in its neutral phases. Man doesn't only live in this time but is also experienced.

It is only after the integration of various dimensions of time that it is possible to have a life with identity. In this the surrounding group and its social energy and the surrounding society with its fixed place in this universe play an important role.

With this the author makes the connection between his holistic point of view and the most recent findings in astrophysics. It is exactly the knowledge of the limits of a lifetime that is important to be able to lead a lively and fulfilled life, because identity is a phenomenon on the border of space and time.

The humanstructurological school tries, in its therapeutic treatment, to give its patient living time and to make him able to escape neutral time.

Social energy being an interpersonal, group dynamic and Ego-structure building and changing entity plays a major role in it. It is the objective of each therapy to offer a person a social energetic field in which he can find his identity. Therapy means giving the patient time, living time. It is important for him to learn that he cannot change the past, he cannot control the future but that he can change the present. The object is that he becomes an essential person i.e. that he has the courage to have his own identity, his own sexual structure and his own needs.

Within the working time which is alienated and without identity man is robbed of his life's time. From a dynamic point of view this alienated working time is followed by alienated free time. Work and play can be segmented by social structures just as youth and old age, life and death, privacy and publicity. In this connection the author speaks of psychological experiencing of time.

Segmented and deficient experiencing of time cannot be deducted only from social structures but is much more to be seen as an entity of contacts and relationships.

Literatur

- Abraham, K.* (1969): Psychoanalytische Schriften 1924 (Frankfurt: Fischer)
- Ammon, Günter* (1950): Yang und Yin. In: *Colloquium* (7) 2
- (1966): Beobachtungen und Erfahrungen eines Psychiaters und Psychoanalytikers mit den Lakandon-Mayas Mittelamerikas. In: *Mitteilungen Berl. Ges. Anthropol.* (1) 52–55
- (1969): Herrschaft und Aggression: Zur Psychoanalyse der Aggression. In: *Dyn. Psychiat.* (3) 122–133
- (1970): Gruppendynamik der Aggression (Berlin: Pinel Publikationen; Neuaufl. 1973, München: Kindler)
- (1971a): Freizeitgestaltung im Rahmen einer gruppendynamischen Arbeitstherapie. In: *Praxis d. Psychother.* (16) 152–161
- (1971b): Freizeitgestaltung im Rahmen einer gruppendynamischen Milieuthherapie. In: *Psychother. Med. Psychol.* (21) 197–204
- (1971c): Zur Psychodynamik des Todes. In: *Med. Welt* 22, N.F.
- (1972): Sulla psicodinamica della morte e del morire nella società industriale. In: *Incontri culturali* 20, 4, 1–24
- (1973a): Ich-psychologische und gruppendynamische Aspekte der psychoanalytischen Gruppentherapie. In: *Ammon, Günter* (Hrsg.) *Gruppenpsychotherapie* (Hamburg: Hoffmann & Campe)
- (1973b): Die Psychodynamik der Psychosen, der Symbiosekomplex und das Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten. In: *Dyn. Psychiat.* (6) 355–372
- (1973c): Dynamische Psychiatrie (Darmstadt, Neuwied: Luchterhand; Neuaufl. 1980, München: Kindler)
- (1974a): Das narzißtische Defizit als Problem der psychoanalytischen Behandlungstechnik – Ein Beitrag zur Theorie und Praxis der nachholenden Ich-Entwicklung. In: *Dyn. Psychiat.* (7) 201–215
- (1974b): The psychosomatic symptom formation as compensation of an Ego-structural deficit. In: *World J. of Psychosynthesis* VI, 28–30
- (1974c): Psychoanalyse und Psychosomatik (München: Piper). Amer. Lizenzausg. 1979 (New York: Springer)
- (1974–1975): Tod und Sterben. Seminar, Med. Fakultät, Freie Universität Berlin
- (1975a): Analytic group psychotherapy as an instrument for treatment and research of psychosomatic disorders. In: *Wolberg, L. A.; Aronson, M. L.* (Hrsg.) *Group Therapy, an overview* (New York: Stratton)
- (1975b): Ich-psychologische und gruppendynamische Aspekte der psychoanalytischen Gruppentherapie unter besonderer Berücksichtigung psychotischer Strukturen. In: *Ammon, G.* (Hrsg.) *Psychotherapie der Psychosen* (München: Kindler)
- (1975c): Tod und Identität. In: *The Human Context*, VII, 1, 84–102 (dt., engl.)
- (1976a): Das Borderline-Syndrom – ein neues Krankheitsbild. In: *Dyn. Psychiat.* (9) 317–348
- (1976b): Das Borderline-Syndrom in Theorie und Praxis, Synopsenheft VIII. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V. (Düsseldorf: Deutsche Akademie für Psychoanalyse)
- (1978a): 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
- (1978b): Psychodynamics für the Unconscious in the Case of Psychosomatic Illness. Methodological Pre-Considerations. In: *Prangishvili, A. S.; Sherozia, A. E.; Bassin, F. V.* (Hrsg.) *The Unconscious. Nature, Functions, Methods of Study*, Vol. I (Tbilisi: Metsniereba Publ. House)
- (1979a): Das ich-strukturelle Prinzip bei Depression und psychosomatischer Erkrankung. In: *Dyn. Psychiat.* (12) 445–471
- (1979b): Der Symbiose-Komplex und das gleitende Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten. In: *Ammon, G.* (Hrsg.) *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie*, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
- (1979c): Entwurf eines Dynamisch-Psychiatrischen Ich-Struktur-Konzepts – Zur Integration von funktional-struktureller Ich-Psychologie, analytischer Gruppendynamik und Narzißmus-Theorie. In: ebda.

- , Hrsg. (1979d): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
- (1979e): Was ist Dynamische Psychiatrie? In: *Dyn. Psychiat.* (12) 113–127
- , unter Mitarbeit von *Ammon, Gisela* und *Marsen, B.*, (1979f): Das Borderline-Syndrom und das ich-strukturelle Arbeiten. In: *Ammon, G.* (Hrsg.) Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
- , unter Mitarbeit von *Wallenberg Pachaly, A. v.* (1979g): Schizophrenie. In: ebda.
- (1980a): Ich-strukturelle und gruppendynamische Aspekte bei der Entstehung der Schizophrenie und deren Behandlungsmethodik. In: *Dyn. Psychiat.* (13) 429–450
- (1980b): Sexuelle Perversion. In: *Dynamische Psychiatrie* (München: Kindler)
- (1981): Unbewusstes und Identität als Konzept der funktionalen Humanstrukturologie in ihren gruppendynamischen und hirnfunktionalen Zusammenhängen und methoden-integrativen Bezügen. Vortrag gehalten auf dem XIII. Internationalen Symposium der DAP zum Thema: „Unbewusstes und Identität“ in München
- , unter Mitarbeit von *Ammon, Gisela* und *Griepenstroh, D.* (1982a): Behandlungsmethodik und Widerstand von der traditionellen Psychoanalyse zur Dynamischen Psychiatrie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.) Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)
- , Hrsg. (1982b): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)
- (1982c): Ich-strukturelle Gruppenpsychotherapie. In: *Dyn. Psychiat.* (15) 1–9
- (1982d): Identität – Ein Geschehen an der Grenze von Raum und Zeit. Zum Prinzip der Sozialenergie. In: *Dyn. Psychiat.* (15) 114–128
- (1982e): Identität, Tätigsein und Alter. Aus: Das sozialenergetische Prinzip in der Dynamischen Psychiatrie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.) Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)
- (1982f): Das sozialenergetische Prinzip in der Dynamischen Psychiatrie. In: ebda.
- (1983a): Das Prinzip der Sozialenergie im holistischen Denken der Dynamischen Psychiatrie. In: *Dyn. Psychiat.* (16) 169–191
- (1983b): Die Rolle der Arbeit in der Psychoanalyse und in der Dynamischen Psychiatrie. In: *Petzold, H.; Heintz, H.* (Hrsg.) Psychotherapie und Arbeitswelt (Paderborn: Junfermann)
- (1984a): The Borderline-Syndrome. In: *Prangishvili, A. S.; Bassin, F. V.; Rotenberg, V. S.* (Hrsg.) *The Unconscious. Nature, Functions, Methods of Study*, Vol. IV (Tbilisi: Metsniereba Publ. House) (in Druck)
- (1984b): Das Borderline-Syndrom – ein neues Krankheitsbild in Abgrenzung zur Schizophrenie (diagnostische, klinische und therapeutische Aspekte). In: *Proceedings, Symposium des Serbsky All-Union Scientific Research Institute for General and Forensic Psychiatry of the Ministry of Health of the UdSSR*, zum Thema: „Theoretical and Clinical Problems of Modern Psychiatry and Narcology“, Baku/UdSSR, 17.–20. 5. 1984
- (1984c): Nachschrift zu „Die Rolle des Körpers in der Psychoanalyse“ unter Berücksichtigung der körperlich-psychisch-geistigen Androgynität des Menschen. In: *Petzold, H.* (Hrsg.) *Leiblichkeit – philosophische, gesellschaftliche, therapeutische Perspektiven* (Paderborn: Junfermann) (in Druck)
- Ammon, G.; Patterson, P. G. R.* (1971): Peyote: Zwei verschiedene Ich-Erfahrungen. In: *Ammon, G.* (Hrsg.) „Bewußtseinsweiternde“ Drogen in psychoanalytischer Sicht (Berlin: Pinel Publikationen)
- Ammon, G.; Burbiel, I.; Finke, G.; Wagner, H.* (1982): Ergebnisse Dynamisch-Psychiatrischer Forschung. In: *Ammon, G.* (Hrsg.) Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)
- Ammon, G.; Burbiel, I.; Stuck, U.* (1983): Der Autokinetische Lichttest in der Humanstrukturologischen Forschung. In: *Dyn. Psychiat.* (16) 63–109
- Angelus Silesius* (1674): Cherubischer Wandersmann
- Bassin, F. V.* (1981): Aus der wissenschaftlichen Korrespondenz Dr. *Günter Ammons*. In: *Dyn. Psychiat.* (14) 318–321
- Bassin, F. V.; Rotenberg, V. S.; Smirnov, I. N.* (1983): On *Günter Ammon's* Principle of Social Energy: Analysis of the Methodological Basis. In: *Dyn. Psychiat.* (16) 14–25
- Böttcher, H.* (1981): Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Psychotherapie. In: *Katzen-*

- stein, A.; Thom, A. (Hrsg.) Philosophische und ethische Probleme der Psychotherapie in der sozialistischen Gesellschaft (Berlin: Akademie-Verlag)
- (1981): Wissenschaftliche Korrespondenz mit Dr. Günter Ammon vom 21. 9. 81
- Buber, M. (1966): Ich und Du (Köln: Hegner)
- Burbiel, I.; Finke, G.; Wagner, H. (1983): Der Ich-Struktur-Test des Narzißmus nach Ammon. In: Dyn. Psychiat. (16) 221–253
- Deutschmann, M. (1979): Soziale Reproduktion, Zeiterfahrung und Identität – Gesellschaftstheoretische Aspekte einer Dynamischen Psychiatrie. In: Ammon, G. (Hrsg.) Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
- Freud, A. (1936): Das Ich und die Abwehrmechanismen (Neuaufll. 1964, München: Kindler)
- Freud, S. (1920): Jenseits des Lustprinzips. In: (1940) Ges. Werke, Bd. XIII (London: Imago)
- Gabel, J. (1967): Ideologie und Schizophrenie. Formen der Entfremdung. Vorwort von Igor A. Caruso. (Frankfurt: S. Fischer)
- Geisler, G., Hrsg. (1984): New Age – Zeugnisse der Zeitenwende (Freiburg i. Br.: Bauer)
- Griepenstrob, D.; Wallenberg Pachaly, A. v. (1979): Das energetische Prinzip bei Freud und Ammon. In: Ammon, G. (Hrsg.) Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
- Jantsch, E. (1982): Die Selbstorganisation des Universums. Vom Urknall zum menschlichen Geist (München: dtv)
- Laing, R. D. (1974): Das geteilte Selbst (Rom: Editione Continua)
- Minkowski, E. (1972): Die gelebte Zeit. Bd. I: Über den zeitlichen Aspekt des Lebens. Bd. II: Über den zeitlichen Aspekt psychopathologischer Phänomene (Salzburg: Otto Müller)
- Murphy, G. (1963): Persönliche Mitteilung
- Nietzsche, F. (1967): Also sprach Zarathustra. In: Schlechta, K. (Hrsg.) (München: Carl Hanser)
- Pohl, J.; Rock, W. (1972): Zwang. In: Ammon, G. (Hrsg.) Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
- Röhling, G. (1979): Sucht. In: ebd.
- Sifneos, P. E. (1975): Problemes of Psychotherapy of Patients with Alexithymic Characteristics and Physical Disease. In: Psychother. und Psychosom. 26, 65–70
- „Tod und Sterben“, 1975, Programmheft des International College of Psychosomatic Medicine, Schloß Weidenkam
- Volbehr, H., unter Mitarbeit von Hullmeine, D. (1979): Drogenabhängigkeit. In: Ammon, G. (Hrsg.) Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)

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

Die Bedeutung des Körpers im ganzheitlichen Verständnis der humanistischen Dynamischen Psychiatrie

Günter Ammon (Berlin/München)

Ausgangspunkt dieser Nachschrift Günter Ammons zu seiner früheren Arbeit „Die Rolle des Körpers in der Psychoanalyse“ aus dem Jahr 1975 ist nunmehr die Integration der Körperlichkeit als einer zum Menschen gehörenden Dimension in die therapeutische Arbeit. Es geht dem Autor um die „Unerreichten“, d. h. die Unberührten und oftmals auch Unberührbarkeit ausstrahlenden Patienten, die durch verbale Behandlungsmethoden in ihrem Innersten nicht angesprochen werden können. Für diese schwerkranken Menschen, denen in ihrer Entwicklung Berührung, Kontakt, Zuwendung – und damit Sozialenergie – verweigert wurde, bedeutet das freundliche Annehmen ihres Körpers und körperlichen Ausdrucks in der Tanztherapie, der Reit-, Mal- und Theatertherapie oftmals den Wendepunkt, an dem sie erstmals wirklich erreicht werden können.

Die vom Autor entwickelte Ich-strukturelle Tanztherapie stellt in ihrem Handlungs- und Entwicklungsaspekt eine intensive Form von Körpertherapie dar. Sie ermöglicht jenseits der verbalen Sprache durch den integrierenden Selbstaussdruck des Tänzers ein Identitätswachstum und freieres Fließen des Synergismus zwischen Körpererleben, Fühlen und Denken. Die bei der kreativ offenen Entwicklung der Ich-strukturellen Tanztherapie intuitiv einbezogenen archaischen Formen von Kult, Religiosität und Gruppendynamik haben die bereits im Altertum bekannten heilenden Kräfte des Tanzes, aber auch der Musik, Malerei und des Theaters neu zugänglich gemacht.

Nach meiner Veröffentlichung „Die Rolle des Körpers in der Psychoanalyse“ sind nunmehr neun Jahre vergangen und nach meinem grundlegenden Werk „Psychoanalyse und Psychosomatik“ zehn Jahre. Das Körper-Ich, das sich in der Symbiose von Mutter und Kind entwickelt, hat m. E. einen Identitätsaspekt. Es darf nicht lediglich als funktionell bestimmte psychische Repräsentanz eines physiologischen Apparates betrachtet werden. Das Körper-Ich bringt vielmehr zugleich auch die Körper-Identität zum Ausdruck, im Sinne der einmaligen Art und Weise, wie das Kind seinen Körper erlebt und wie es von der Mutter erlebt wird. Störungen der frühen Körper-Ich-Entwicklung, wie sie durch einen mangelhaften und unzureichenden affektiven Körperkontakt zwischen Mutter und Kind hervorgerufen werden, sind daher nicht allein Störungen einer funktionellen Struktur, sie sind immer auch Identitätsstörungen (vgl. *Ammon 1974*).

Neuerdings unterscheide ich zwischen der erlebten Körper-Ich-Identität und dem realen Körper-Ich. Die Diskrepanz zwischen den beiden Dimensionen ist ein Faktor schwerer psychischer Störungen, in die auch die sexuelle Identität und androgyne Problematik mit einbezogen werden können. Die Funktion der umgebenden Gruppendynamik ist hierbei von entscheidender Bedeutung, worauf ich bereits 1979 in „Gruppendynamik der Aggression“ und 1973 in „Dynamische Psychiatrie“ hingewiesen habe.

In der Zwischenzeit habe ich meine Lehre und die damit integrierte Praxis der Humanstrukturologie entscheidend weiterentwickelt (vgl. bes. Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Band 1, 1979, und Band 2, 1982, sowie meine Veröffentlichungen in den folgenden Jahren in der Zeitschrift „Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry“). Diese Weiterentwicklung findet auch ihren Niederschlag in meinen beiden Arbeiten „Psychoanalytische Aspekte des Widerstandes“ (Ammon 1981b) und „Methodenintegration – Möglichkeiten und Gefahren aus der Sicht der Psychoanalyse“ (Ammon, Griepstroh 1982).

Die Konzeption der Sozialenergie möchte ich als wesentlichsten Punkt (Ammon 1982c, 1983b) bezeichnen, wobei es sich nicht um nach heutigen Methoden physikalisch meßbare Energie handelt, sondern um ein zwischenmenschliches und gruppendynamisches, Ich-Strukturen bildendes und veränderndes Geschehen handelt, das im heutigen Wissenschaftsverständnis metaphorisch aufzufassen ist.

In engem Zusammenhang damit steht der nunmehr standardisierte Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA) als wesentliches Instrument der Messung unserer therapeutischen Effizienz (Ammon, Burbiel, Finke, Wagner 1982) und Diagnostikum von Ich-Strukturen in Verbindung mit unseren Hirnstrom-Messungen (Ammon 1979a, 1982f, Ammon et al. 1984), dem Androgynen Dimensionstest nach Ammon (ADA), dem ich-strukturell weiterentwickelten Autokinetischen Lichttest (Ammon, Burbiel, Stuck 1983) und dem ich-strukturell weiterentwickelten Gesichtshälften-Test nach Sperry (Sperry 1974).

Während ich mich mein ganzes Leben mit der Androgynität auf verschiedenen Ebenen auseinandergesetzt habe (Ammon 1946, 1950), habe ich nunmehr auch das androgyne Prinzip im Menschen in die Humanstrukturologie mit einbezogen (Ammon 1984b).

Der Mensch ist androgyn, d. h. zweigeschlechtlich angelegt, sowohl körperlich wie psychisch. Das ganzheitliche Verständnis des Menschen wie auch das Wissen um seine biologische und psychologische, eigentlich nicht voneinander zu trennende phylogenetische und ontogenetische Entwicklungsgeschichte, geben den Hintergrund zusammen mit den religions- und kulturgeschichtlichen Entwicklungen, Darstellungen und Kulte und besonders den androgynen Gottheiten der Hochkulturen, ebenso wie androgynes und transsexuelles Verhalten und Erziehen in derzeitigen schamanistischen Kulturbereichen (Ammon 1982g, 1983, 1984b; Andritzky 1983).

Unser Anliegen beruht auf einer lebenslangen Beschäftigung mit dem Thema. Von Seiten der Humanstrukturologie beschäftigt uns die androgyne Persönlichkeitsstruktur in spektral- und dimensionaltheoretisch verschiedenster Ausprägung und Bedeutung für den einzelnen Menschen bis hin zu transsexueller Einstellung und Struktur.

Das Nichtbewußtsein der eigenen androgynen und sexuellen Struk-

tur kann den Menschen durch gesellschaftlichen Rollenzwang in Depression und Identitätsdiffusion treiben, wobei die Freudianische Therapie mit ihrem eingeschränkten Verständnis von Sexualität und Lebensstil großes Unglück bei diesen Menschen durch ihre Anpassungs-ideologie bringen kann. Diesen Menschen zu helfen ist eines unserer wesentlichen Anliegen.

Darüber hinaus meinen wir, daß der heutige Trend zu transsexualisierenden chirurgischen Eingriffen völlig am Menschen und seinen Bedürfnissen vorbeigeht, unwissenschaftlich im speziellen und besonders im ganzheitlichen Verständnis des Menschen ist und ersetzt werden sollte durch ganzheitlich gerichtete psychologische therapeutische Maßnahmen, um diesem immer weiter ansteigenden Personenkreis zu helfen, einen transsexuellen Lebensstil zu entwickeln, ohne dabei verstümmelt zu werden.

Bei Bewußtwerdung seiner Androgynität wird der Mensch ein mit seinen Bedürfnissen übereinstimmendes, identitätsträchtiges, volles und kreatives Leben führen können. Je größer androgyne Bedürfnisse nichtbewußter Art und androgyne Körperlichkeit mit dem Erfüllen und Anpassen an erwartete Rollen auseinanderklaffen, desto mehr wird der Mensch in psychische oder körperliche Krankheit getrieben. Die Krankheit kann man dabei auch positiv als eine Flucht aus einer unerträglichen Lebenssituation verstehen. Wir meinen, daß unser Ansatz nicht nur ein ganzheitliches Verstehen und Behandeln des Menschen vertritt, sondern darüber hinaus auch eine humanistische Konzeption (*Ammon, Griepenstrob* 1982).

Freud wußte zwar um die Androgynität (*Lebzelttern* 1982), verfolgte sie aber seltsamerweise nicht weiter. *Weininger* (1908) und *Magnus Hirschfeld* (1903) wandten sich diesem Thema zentral zu.

Es erhebt sich die Frage, warum in der modernen europäischen Philosophie seit der Aufklärung androgynes Gedankengut kaum in Erscheinung tritt, wohl aber in der Dichtung, im gegenwärtigen Film und Theater, während in der Philosophie der großen Akademie von Athen die Androgynität im Mittelpunkt stand und ihre philosophische Ausformung in *Platons* Kugelmenschen zum Ausdruck kam, wie auch in der platonischen Liebe zwischen Lehrer und Schüler (vgl. auch *Ammon* 1950). Es ist bemerkenswert, daß in patriarchalisch strukturierten Gesellschaften im Lehrer-Schüler-Verhältnis der Lehrer wie selbstverständlich eher eine dominierende Position innehat und die Schüler eine gefügte, während in der heute sich wandelnden zum Matriarchat sich hinentwickelnden Gesellschaft auch das Lehrer-Schüler-Verhältnis sich entsprechend in einem Wandlungsprozeß befindet. Durch die Protestbewegung der Jugend und der Studentenrevolte der sechziger Jahre, wo die Schüler mehr eine aktiv dominierende, fordernde und neue Denkwege beschreitende Rolle einnahmen und als Lehrer mehr androgyne,

gewährende und Kritik annehmende Persönlichkeiten forderten, veränderte sich die platonische Beziehung zwischen Lehrer und Schüler entsprechend. Verlassen wir an diesem Punkt unsere androgynen Betrachtungen und wenden wir uns wieder der psychiatrisch-therapeutischen Dimension unseres Vorhabens zu.

Neben verschiedenen aus der Praxis heraus entwickelten Körpertherapieformen in unserer Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menter-schwaige/München wie Reittherapie, Sporttherapie, Massagen, Mal- und Musiktherapie (Ammon 1983), Theatertherapie (Buckley, Schwenkglens, Vigener 1981) sowie die gesamte Milieuthérapie (Ammon 1959, 1971, 1979c) habe ich dann in den letzten Jahren die Ichstrukturelle Tanztherapie (Ammon 1983d) aufgrund meiner eigenen lebenslangen Beschäftigung mit dem Tanz konsequenterweise entwickelt. Ausgangspunkt dieser Weiterentwicklung war das Ringen von mir und meinen Mitarbeitern um die Gruppe der „Unerreichten“ (Ammon 1984a), d. h. der Patienten, die wir nicht erreichen konnten und die sich durch uns wie durch das gesamte therapeutische Milieu nicht berühren ließen. Das Leid dieser Menschen drückt sich oft aus durch Gefühle unerträglicher innerer 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, um das es hier geht, aus (Ammon 1978b, 1979d, 1979e, 1984b).

Wir machten dann während der therapeutischen Arbeit in unserer Dynamisch-Psychiatrischen Klinik die Erfahrung, daß die „Unerreichten“ auch die Unberührbaren waren, d. h. man hatte das Gefühl, sie nicht anfassen zu können, ihre Haut wirkte kalt und unbelebt, obwohl es sich dabei oft um junge und schöne Menschen handelte. Bei diesen Menschen stellten wir oft eine Angst fest, andere zu berühren. Die Lebensgeschichte ergab, daß sie nicht gestreichelte Kinder waren und selten Körperkontakt mit den Eltern erlebt hatten. Es waren in der Regel auch ungeküßte Kinder. Wir konnten diese Erfahrung auch in den Psychoanalytischen Kindergärten unserer Akademie bei Kindern und deren Eltern beobachten. Ganz im Gegenteil gab es dann auch Kinder und Erwachsene, von denen wir sagen können, daß sie eine sog. Streichelhaut haben.

Es ist erstaunlich, daß die *Freud'sche* Psychoanalyse, die sich mit dem Menschen beschäftigt, den Körper weitgehend ausspart, nur auf verbaler Ebene arbeitet und den Körper als solchen in die Analyse gar nicht einbezieht. Selbst bei der Traumanalyse wird in der Regel dem körperlichen Erscheinungsbild der Traumfiguren, die bekanntermaßen oftmals den Träumer selbst darstellen, keine besondere Bedeutung zuge-

messen. Ich stimme mit *Eicke* (1973) überein, wenn er sagt: „Gerade als Psychotherapeut unterliegt man allzuleicht der Gefahr, die Störungen der Seele zu überschätzen und den Körper in seiner Daseinsberechtigung zu übersehen.“

In meinem humanstrukturologischen Verständnis ist der Körper integrierter Bestandteil der gesamten Persönlichkeit. Es ist deshalb von zentraler Bedeutung, daß der Körper wahrgenommen wird, so wie er uns in der therapeutischen Situation zunächst gezeigt wird. Dazu gehört die Körperhaltung, der Gesichtsausdruck, die Stimme, die Art, wie der Patient sich bewegt, der Geruch des Körpers, der Händedruck, der Körperbau, die Beschaffenheit der Haut, die körperliche Ausstrahlung, die Art, wie er sich kleidet sowie die Gestaltung der primären und sekundären Geschlechtsmerkmale. Es war das einmalige Verdienst des großen *Wilhelm Reich* (1933), den Aspekt der Körperlichkeit in der Psychoanalyse entwickelt zu haben.

Ebenso wichtig für die diagnostische Einschätzung ist das Gefühl, das durch den Körper des Patienten beim Therapeuten ausgelöst wird. Es ist sehr ernstzunehmen, ob er diesen Menschen anfassen kann, ob er ihn beim ersten Kontakt am liebsten in den Arm nehmen und ihn erst einmal schützen und trösten möchte oder ob er unberührbar wirkt.

Es ist darüber hinaus von Bedeutung, daß wir mit dem Patienten auch über seinen Körper sprechen. Ich werde nie vergessen, daß der orthodoxe Psychoanalytiker *Karl Müller-Braunschweig*, der ein Mitarbeiter des Magnus-Hirschfeld-Instituts in Berlin war, sich bei seinen Patienten genau nach der Form ihrer Genitalien und ihrer Brust erkundigte. Er bekam dabei ein Bild über die körperliche Struktur, die auch sehr stark mit der psychischen Struktur zusammenhängt, und gleichzeitig ein Bild davon, wie der einzelne mit seinem Körper umging, ob er offen und frei über seinen Körper berichten konnte oder gar keine Beziehung zu ihm hatte.

Ich spreche in diesem Zusammenhang auch von einer Körperlandschaft, wobei der Körper vieles erzählt und mitteilt, und sich darin, ähnlich wie im Gesicht, eine Lebensgeschichte ausdrückt. Ähnlich wie die psychische Struktur des Menschen, die von den Erfahrungen in der Lebensgruppe, in der er sich befindet, bestimmt wird, werden auch die Körperstruktur und das Körpererleben dadurch bestimmt, wie die Primärgruppe mit dem Körper des Kindes umgegangen ist. Der menschliche Körper ist von Anfang an immer als ein Körper in der menschlichen Gemeinschaft zu verstehen, von deren Hilfeleistung und Zuwendung er abhängig, mit deren Erwartungen er konfrontiert ist. Es besteht ein Synergismus zwischen Körperstruktur und psychischer Struktur, d. h. daß sich beide Strukturen wechselseitig beeinflussen in Abhängigkeit von der Gruppendynamik und nur ganzheitlich zu verstehen sind. Auch kulturelle und gesellschaftliche Rollenerwartungen sind beein-

flussende Faktoren für die körperliche Entwicklung (*Ammon* 1982c, 1982d).

Liebevolle, körperliche Berührung am ganzen Körper ist ein primäres Bedürfnis, ein Bedürfnis, das befriedigt werden muß, wenn das Kind sich zu einem gesunden menschlichen Wesen entwickeln soll. Dazu gehört, daß es in die Arme genommen, angefaßt, getragen, gestreichelt wird, daß es an den Körper der Mutter oder anderer wichtiger Bezugspersonen gedrückt und zärtlich angesprochen wird. Dieses Bedürfnis nach körperlicher Berührung und körperlichem Angenommensein ist primär Grundlage aller psychischen Entwicklung und besteht, solange der Mensch lebt. Dieses Berühren wird nur dann zu einem freundlichen Körpererleben, wenn es auch mit einer freundlichen und offenen inneren Haltung und Einstellung verbunden ist. Es ist entscheidender Motor für die Entwicklung der Kontaktfähigkeit, der Gemeinschaftsfähigkeit und der Identität (*Ammon* 1982d).

Ein Ich, das keine Grundlage im Körpergefühl hat, führt zu einem Gefühl von innerer Leere und Nichtangenommensein. Ein gestörtes Körpererleben ist somit Ausdruck einer ablehnenden, zurückweisenden oder ambivalenten Haltung der Gruppe dem Kind gegenüber. Die krankmachendste Form ist die Verweigerung von Berührung, Zuwendung und Kontakt, was ich auch immer als Verweigerung von Sozialenergie verstehe. Man könnte hierbei sogar von einem hospitalisierten Körper sprechen.

Ich möchte in diesem Zusammenhang den spanischen Philosophen *Ortega y Gasset* (1953) zitieren: „Es ist klar, daß die entscheidende Form im Umgang mit Dingen nichts anderes als die Berührung sein kann. Und da es so ist, sind Berührung und Kontakt die unbedingt wichtigsten Faktoren in der Struktur unserer Welt.“ Diese körperliche Berührung, eingebettet in eine liebevolle Beziehung, ohne die ein Mensch gar nicht leben kann, ist auch ein Grundpfeiler für die geistige Entwicklung, für das Be-greifen-Können des Menschen. Es besteht ein inniges Zusammenspiel zwischen körperlicher, psychischer und geistiger Struktur, diese Bereiche sind eng miteinander verwoben. So ermöglicht beispielsweise die kinästhetische Sinneswahrnehmung dem Kind, auf die innere Befindlichkeit der Mutter zu reagieren, gleichgültig, wie sie sich nach außen hin gibt.

Es ist daher kaum nachzuvollziehen, daß sich in der Psychoanalyse eine Ausklammerung des Körpers so lange aufrechterhalten konnte und daß es zu einem so massiven Berührungstabi in den psychoanalytischen Sitzungen kommen konnte. *Sándor Ferenczi* (1921) und *Wilhelm Reich* (1933) bekamen große Schwierigkeiten und wurden heftig angegriffen und schließlich unabhängig voneinander aus der Psychoanalytischen Vereinigung ausgeschlossen, weil sie erkannt hatten, daß Berührungen und die Einbeziehung des Körperlichen bei manchen Patienten unab-

dingbar waren. Die tragische Behandlung von *Wilhelm Reich* durch die psychoanalytische Organisation und Behörden ist bekannt.

Die meisten Menschen, die psychisch krank und in therapeutischer Behandlung sind, haben ein gestörtes Körpererleben. So verletzen sich z. B. viele schizophren strukturierte und Borderline-Patienten mit Messern, Bügeleisen etc., um sich körperlich existent zu erleben und ihrer grauenvollen Angst und inneren Leere zu entfliehen. Dabei soll der körperliche Schmerz sie von dem qualvollen psychischen Schmerz entlasten, den sie kaum auszuhalten vermögen. Manche Patienten schneiden sich in die Handgelenke, um zu prüfen, ob noch Leben in ihnen ist. Andere Patienten erleben ihren Körper in Einzelteile aufgelöst, sie können ihn nicht als Einheit erleben bzw. erleben sich selbst außerhalb ihres Körpers. *Harry Stuck Sullivan* (1953) spricht von "not-me"- und "bad-me"-Anteilen, die als nicht zugehörig zu ihrem eigenen Körper erlebt werden. Auch bei gesunden Menschen können in extremen Belastungssituationen bestimmte Körperteile als nicht mehr zu ihnen gehörig erlebt werden, bzw. sie haben sie nicht mehr unter Kontrolle (vgl. *Ammon, Patterson* 1971).

Die körperliche Berührung mit den Patienten kann in unserem Verständnis besonders bedeutsam sein. Dieses Einbeziehen des Körpers kann bei schwer gestörten Patienten in der Schizophrenie (*Ammon* 1979d, 1980), der Zwangsneurose und dem Borderline-Syndrom (*Ammon* 1976), bei Selbstverletzungen und in großen Angstzuständen oft lebensrettend sein. Durch Berühren an der Schulter oder an der Hüfte können sie wieder ein Gefühl bekommen für die Zusammengehörigkeit ihres Körpers durch das Erleben ihrer Körpergrenzen.

Die Notwendigkeit der Einbeziehung des Körperlichen versteht sich bei der Psychosomatik von selbst, da hier der Patient keine Beziehung zu seinem gesunden Körper, sondern nur zu seinen kranken Körperteilen hat und auch nur über diese Zuwendung erhalten hat (*Ammon* 1978c).

Manchmal kommt es darauf an, den Körper ganzheitlich berührt zu sehen durch eine Streichelmassage, die die Körpergrenzen fühlbar und erlebbar macht. Diese Form der Körpertherapie hilft jedoch nicht allein, sondern ist ein Teil der gesamten ich-strukturellen Arbeit.

In diesem Zusammenhang entwickelte ich die Ich-strukturelle Tanztherapie (*Ammon* 1983d): In einer größeren Gruppe von dazu eingeladenen oder sich selbst dazu gesellenden Patienten werden in mehreren Vorbesprechungen Erwartungen, Bedürfnisse und Notwendigkeiten von den Patienten geäußert und besprochen. Es handelt sich hierbei vorwiegend um Patienten, die Schwierigkeiten haben, sich verbal zu äußern oder ihre Gefühle zu zeigen, Patienten, die durch mehr formale Einzel- und Gruppenpsychotherapie wenig Hilfe bekommen haben.

Nach einer sorgfältig durchgeführten Strukturierung einer geschlossenen Gruppe von etwa 20 bis 30 Patienten kommen die Patienten mit ihren eigenen Schallplatten oder Tonbändern und tanzen einzeln in der Mitte der Gruppe, indem sie sich selbst mit ihrem Gefühl, ihrer Vorstellung, ihrem Leid und manchmal auch ihrer Geschichte zeigen. Es kommt hierbei nicht auf tänzerisches Können an, sondern auf das unbedingte Sich-der-Gruppe-gegenüber-Darstellen. Manchmal können die Patienten sich kaum bewegen oder es steht ihnen nur eine einzige Bewegungsmöglichkeit, wie z. B. des im Kreis Herumrennens, zur Verfügung; manchmal verbindet sich bei ihnen Lust und Freude am körperlichen und tänzerischen Ausdruck zu einem ergreifenden Tanz, manchmal versuchen sie durch Perfektion und „schönes Tanzen“ den Menschen dahinter zu verbergen.

Anschließend an jeden Tanz spricht der Patient über seine Erlebnisse dabei und über das, was er versuchte darzustellen. Manchmal bleibt er jedoch auch erschüttert und weinend inmitten des Tanzes stehen, manchmal tritt ein anderer Patient zu ihm und tanzt mit ihm, sei es in Lust oder in Leid.

Beim Ich-strukturellen Tanz tanzen auch des öfteren Patienten ohne Musik und stellen sich selbst durch Pantomime dar, besonders auch in ihrer Beziehung zum Therapeuten. Manchmal tanzen auch Patienten zu zweit oder zu dritt, manchmal begleitet vorerst ein Patient einen anderen, der Angst hat, sich selbst zu zeigen und schüchtern ist, und läßt ihn dann alleine weitertanzen, sobald er sich sicherer fühlt. Manchmal drücken die Tänze auch größte Wut und Aggression aus.

Anschließend geben viele Patienten der Gruppe dem Tänzer ein Feedback durch ihre eigenen Wahrnehmungen und Gefühle. Es ergeben sich auch emotionale Auseinandersetzungen untereinander. Des öfteren greift auch der Therapeut in die Besprechung ein und bezieht die getanzte Darstellung eines Patienten auf sein Verhalten in anderen Situationen in der Klinik, wie z. B. während der Gruppenpsychotherapie, Reit- oder Maltherapie, bei der Theatertherapie oder selbst seinen Reaktionen beim Autokinetischen Lichttest oder im Hirnstrombild.

Die tanztherapeutische Sitzung findet in der Regel ohne Zuschauer statt und endet mit einem Finale, wo alle Patienten als Gruppe tanzen. Die bisherige Erfahrung ist, daß Patienten, die bisher wenig verstanden waren und wenig erreichbar waren, sich im Klinikmilieu isolierten und versteckt hielten oder ständigen Streit verursachten, besser verstanden wurden, ergreifende und liebenswerte Seiten ihres Wesens zeigten und dadurch in Kontakt mit der Gruppe kamen.

Der Ich-strukturelle Tanz ist in prozeßhafter und sich strategisch aufbauender Arbeit zu verstehen; während z. B. anfangs viele Patienten in Straßenkleidung tanzten, kamen sie nach etwa einem halben Jahr im Tanzkostüm und später kann es ihnen auch gestattet sein, nackt zu tan-

zen und die Tanzarbeit mit Formen von Körpertherapie abzuschließen – z. B. Trocknen des durchgeschwitzten Körpers mit Frottierhandtüchern und Massage durch Masseur oder gegenseitig. Die Tanztherapie erfreut sich in unserer Klinik und neuerdings auch in den Instituten unserer Akademie großer Beliebtheit und ist für viele Patienten die effektivste Form der Therapie.

Trotzdem darf man die Tanztherapie nicht als eigenständige Therapie ansehen, sondern muß sie verstehen als einen Aspekt des gesamten therapeutischen Milieus und seiner verschiedenen therapeutischen Facetten, die als eine Ganzheit zu verstehen sind.

Ursprünglich hielten wir diese Methode für kontraindiziert bei offen psychotisch reagierenden Patienten, ließen diese jedoch dann versuchsweise auf ihren von den Mitpatienten unterstützten Wunsch zu und stellten die integrative Funktion für das Ich durch unsere Form der Tanztherapie fest. Dagegen kam es bei starren, präpsychotischen Persönlichkeitsstrukturen zu psychosenahen Ausbrüchen, verbunden mit großer Angst, Weinen, Schreien und Weglaufen. Es waren dies auch Patienten, die ein sehr bewegtes, von Abbrüchen gekennzeichnetes autokinetisches Lichttestbild aufwiesen. Wir konnten jedoch zusammen mit der ganzen Gruppe diese Patienten auffangen, d. h. in der Regel bildete sich spontan um sie eine Gruppe von einigen sie tröstenden und umarmenden Mitpatienten, der Therapeut trat auf sie zu, legte seinen Arm auf sie und führte sie beruhigend auf ihren Platz, besprach mit ihnen ihre Angst und ihre Gefühle. In der Regel war es nicht nötig, diesen Patienten die Tanztherapie zu verwehren, sondern sie ihrem Wunsch gemäß in der Gruppe zu belassen, ohne daß sie im einzelnen aufzutreten brauchten. Oft tanzten sie dann bereits in der nächsten Sitzung im Finale mit großer Beteiligung mit.

Darüber hinaus haben wir den Ich-strukturellen Tanz als solchen auch bei unseren Gruppendynamischen Klausurtagungen eingeführt, wobei es oft ergreifend war, wenn weibliche oder männliche Teilnehmer auf einer sonnendurchfluteten Gartenterasse z. B. nackt nach Beethoven ihre Lebensgeschichte oder ihr Dasein tänzerisch darstellten. Man sieht dann, wie der ganze Körper tanzt, selbst Muskeln und Haut vibrierend zu uns sprechen.

Der Ich-strukturelle Tanz ermöglicht so eine Vertiefung der Selbsterfahrung des einzelnen mit der Gruppe in ihrem Körpererleben und über die elementaren eigenen Bedürfnisse. Der Ich-strukturelle Tanz stellt u. E. dem einzelnen im schützenden Freiraum der Gruppe ein Potential für einen tiefgehenden, kreativierenden und integrierenden Selbstausdruck zur Verfügung, indem er im Tanz sein Körper-Ich und seine Körpergrenzen in der Bewegung durch den Raum „erlebt“ und auch durch den Körperkontakt der übrigen Gruppenmitglieder erfährt und spürt. Er kann im Tanz sein Ideal-Ich und verschiedene Identifikationsmög-

lichkeiten sich und den anderen „vorstellen“, ohne das Medium der Sprache darstellen, und aus dem nonverbalen und verbalen Feedback Sozialenergie zur Veränderung des Real-Ich, dessen Struktur deutlicher wird, erfahren. Er erlebt sich ganzheitlich im Tanz: Körper – im Spiel der Muskeln – und Psyche – in der Umsetzung der Musik in Choreographie – sind gleichzeitig und integrativ beteiligt. Dabei spielen auch das Angeschautwerden und Anschauen eine große Rolle (Ammon 1983c).

Die Ich-strukturelle Tanztherapie stellt in ihrem Handlungs- und Entwicklungsaspekt eine intensive Form von Körpertherapie dar, aber auch eine konzentrierte Form der Gruppentherapie, die sich überwiegend auf einen Patienten konzentriert und erst am Schluß die ganze Gruppe einbezieht.

Tanz, Theater, Malerei und das Arbeiten mit Ton stellen seit der ältesten Steinzeit archaische Formen von Kult, Religiosität und Gruppendynamik dar. Diese gleichen archaischen Elemente finden wir auch bei Kindern. Wir machten die Entdeckung, daß durch diese archaischen Elemente, die wir intuitiv einsetzen, bisher unerreichte Patienten berührbar wurden, psychisch, geistig und körperlich.

Im Einklang mit *Rotenberg* (1982) und *Zenkov* (1978) können wir mit einiger Sicherheit sagen, daß bei unseren Patienten der Synergismus der rechtshemisphärischen Hirnkräfte (die vorwiegend nichtbewußten Fähigkeiten von Phantasie und Denken) und der linken Hirnhemisphäre (die die Fertigkeiten und praktischen Fähigkeiten des Menschen vertritt) gestört ist und daß bei Kindern rechtshemisphärische Fähigkeiten im Vordergrund stehen, die durch kulturelle Lernprozesse die links-hemisphärischen Fertigkeiten überwiegen lassen (vgl. Ammon 1982d). Dies spielt auch eine zentrale Rolle bei der Kreativität, die wir als Ich-Funktion auch in den Strukturen der rechten Hirnhemisphäre ansiedeln (Ammon 1981a, 1982e, 1983a).

Es war für uns eine überraschende Erfahrung, daß der Ich-strukturelle Tanz eine unerhört integrative Wirkung für unsere Klinik, Institute, Klausurtagungen und Balintwochenenden auslöste und damit auch die Effektivität der Arbeit dieser Institutionen am Menschen und an Gruppen entscheidend vertiefte und humanisierte.

Als der eigentliche Begründer der Tanztherapie muß *Pythagoras* angesehen werden, der in den Sanatorien der großgriechischen Tempel die Heilungssuchenden bis in Trancezustände hinein tanzen ließ. Sie verfielen dann in einen Heilschlaf für mehrere Wochen und hatten während dieser Zeit Gespräche über ihre Träume mit den Priestern.

Lassen Sie mich an dieser Stelle zwei Reaktionen auf tanztherapeutische Sitzungen in Form von Briefen aufzeigen:

„Es fällt mir gar nicht leicht zu schreiben, aber es ist mir äußerst wichtig, Ihnen mitzuteilen, was in der Tanztherapie am Freitag passiert ist. Ich habe zuerst getanzt. Ich habe lieb und freundlich getanzt – alle sag-

ten es. Aber ich wollte etwas ganz anderes und konnte nicht. Sie sind der einzige, der gesehen hat, wie starr und angepaßt es war. Ich hatte das Gefühl, daß ich es nicht bin, daß ich irgendetwas mache, was ich gelernt habe. Der Tanz war alles, was ich mir in meinem Leben angeeignet habe, hatte mit mir und meinem Körper nichts zu tun. Ich bin das ganze Wochenende sehr traurig gewesen, weil ich gemerkt habe, durch Sie, was mir fehlt – daß ich fast keinen Bezug zu meinem Körper habe und hoffe nur, daß es nicht so bleiben muß. Sie haben gesehen, wie ich es geschafft habe, nichts von mir zu zeigen, und ich habe dadurch merken können, wie sehr ich darunter leide. Ich wollte mich zeigen und habe gezeigt, was ich nicht bin. Ich bin Ihnen sehr dankbar, daß Sie meine Verzweiflung gesehen haben. Tanztherapie ist für mich sehr wichtig geworden und ich spüre das erste Mal, daß mein Körper mir noch nicht gehört. Ich spüre für das erste Mal die Verzweiflung und Verlassenheit dabei. Über Ihr Ernstnehmen von mir und Ihre Aufmerksamkeit bin ich sehr froh und will auf alle Fälle weitermachen.“

Und: „Ich schreibe Ihnen, weil ich mich bei Ihnen für alles, was ich in Paestum erlebt habe, bedanken möchte und ich schreibe Ihnen, weil Sie mir – ich glaube, das größte und schönste Geschenk meines Lebens gegeben haben. Sie haben mir auf so eine liebevolle Art Mut gegeben, daß ich vor der Gruppe und vor Ihnen tanzen konnte. Ich war sehr berührt, als Sie sich für den Augenkontakt, den Sie mit mir während dem Tanzen hatten, bedankten. Mir war es nicht bewußt, daß ich Sie so lange angeschaut habe, aber es war das, was ich mir gewünscht hatte. In dem Moment wußte ich, daß ich für Sie getanzt habe und ich war sehr glücklich. Mein Gefühl von mir war bis jetzt, daß ich ein unbeweglicher und fetter Elefant bin, und zu erleben, daß ich mich bewegen kann und durch meinen Körper das, was in mir ist, auszudrücken vermag, war einfach unendlich wichtig. Ich habe mich zum ersten Mal mögen können. Diesen liebevollen Kontakt mit Ihnen und die Begegnung mit so vielen lieben Menschen ist in mir und bleibt in mir. Ich kann zum ersten Mal aufrecht gehen und den Menschen in die Augen schauen. Das ist für mich meine neue Welt. Eine Welt mit unendlich vielen Möglichkeiten. Diese Welt hat sich plötzlich vor mir geöffnet und ich spüre ganz fest, daß ich leben will und daß das Leben ganz kostbar ist.“

Neuerdings haben wir den Ich-strukturellen Tanz mit einleitender Meditation nach vom Therapeuten ausgesuchter Musik begonnen und diese Musik ebenfalls benutzt zum Tanz des Finales. Ich benutze z. B. Tantric Songs oder das 5. Klavierkonzert von Beethoven. Auch haben sich neuerdings mehr und mehr verschiedene Therapeuten und Mitarbeiter an dem Tanz beteiligt. Dies vermittelt den Patienten und Teilnehmern ein Gefühl von Solidarität und Partnerschaft. Der therapeutische Effekt ist oft der gleiche bei Tänzern wie bei Zuschauern.

Es ist die Aufgabe des Therapeuten, den Menschen mit seinem eige-

nen Körper in Beziehung zu bringen. Er kann beispielsweise einer Frau, die einen androgynen Körper hat, aber infolge ihrer Erziehung darüber unglücklich ist, da sie meint, als Frau weibliche Brüste haben zu müssen, helfen, ihren Körper zu akzeptieren, ihn schön zu finden und zu genießen. Er kann ihr helfen, sich als ein androgyner Mensch zu erkennen, dies als etwas Schönes und Bewundernswertes zu erleben und sie dabei unterstützen, einen entsprechenden Lebensstil und Partner zu wählen. Eine androgyn knabenhafte Frau kann nicht sexuell glücklich werden mit einem männlichen Partner, der bei ihr volle Brüste und entsprechende Weiblichkeit erwartet.

Das gleiche gilt für psychisch transsexuell strukturierte Menschen. Man kann ihnen helfen, sich transsexuell in Erotik und Sexualität zu erleben, auch ihr Genitale entsprechend zu erleben, was besonders leicht beim männlichen Geschlecht ist im Sinne einer Transsexualisierung wie z. B. bei den Schamanen.

Mein Mitarbeiter *Walter Andritzky* hielt auf unserem letzten XV. Internationalen DAP-Symposium und 2. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry ein Referat über eine ethnologische Literaturstudie zur Transsexualität. „Ausgehend von den Materialien des Ethnologen *Baumann* (1955) über die Verbreitung des ‚Doppelten Geschlechts‘ im kultischen Transvestitismus und kosmologischen Weltbildern stellt sich die Frage nach dem Umgang mit individuellen Abweichungen vom Geschlechtsrollenideal in ethnischen Gruppen. Dies ermöglicht einen differenzierten Umgang mit Problemen der geschlechtlichen Identität in unserer eigenen Kultur.“

Die Spannweite der Reaktionen auf androgynes Verhalten, vom Lächerlichmachen bis zum Status des durch ‚Geschlechtstransformation‘ besonders gefürchteten und verehrten Schamanen, besonders die häufig institutionalisierte Sonderstellung der Kult-Transvestiten führt zur Frage eigener Gefühle gegenüber Menschen, in deren Persönlichkeit Männliches und Weibliches gemischt oder vertauscht uns gegenüberreten.“ (*Andritzky* 1983)

In allen großen antiken Religionen spielte die Androgynität der Gottheiten und der zentralen Kultfiguren von Mysterienbünden eine besondere Rolle, z. B. im Hinduismus, bei *Echnaton* (Amenophis IV., 1375–1358 vor unserer Zeitrechnung), bei dionysischen Mysterienbünden wie auch in fernöstlichen Philosophien sowie Ansätzen neuer dionysischer Mysterienkulte in der westlichen Welt (*Ammon* 1984b, c). In diesem Zusammenhang ist auch der syrische Priester und römische Kaiser *Helioabab* (204–222 nach unserer Zeitrechnung) zu erwähnen, der in seinen Kulttänzen durch Veränderung seines Genitales mit Hilfe von Schmuck die männliche und weibliche Erscheinung wechselte. Es sollte uns zu denken geben, daß während Jahrtausende androgyn bestimmter Kultformen bei bereits in der Antike hochentwickelter Chirurgie nie-

mand auf die Idee kam, chirurgische Geschlechtsumwandlung vorzunehmen.

Der Therapeut wird in diesem Zusammenhang auf die partnerschaftlichen Beziehungen eingehen wie auch auf die Partnerwahl. Chirurgische Geschlechtsumwandlungen sind dabei keine Lösungen, da sie oft eine schöne, natürliche Körperlichkeit zunichte machen. Sie sind sehr schwerwiegende Eingriffe in den Körper und die Psyche und irreversibel, während bei einer psychischen Geschlechtsumwandlung die Partner beglückter sind und alles noch viel reizvoller erleben. Als Ich-struktureller Therapeut wird man einem Menschen deutlich machen können, daß er auch ohne medizinische Geschlechtsumwandlung die Rolle des anderen Geschlechts im sexuellen Zusammensein und Lebensstil übernehmen kann. Auch ist dem Menschen dabei freigegeben, sich von einer transsexuellen Fixierung wieder hinzuentwickeln zur Androgynität, d. h. wo beides, männliches oder weibliches Geschlechterleben flexibel zur Verfügung stehen oder auch zu der anatomischen geschlechtlichen Fixierung. *Andritzky* (1983) faßte es in die Worte: „Im Sinne *Ammons* Spektraltheorie gleitender Übergänge von Männlichem und Weiblichem werden die gruppenspezifischen Vorgänge während eines Geschlechtsrollenwechsels untersucht und die Veränderung körperlich-morphologischer Prozesse als Geschehen an der Grenze von Psyche und Soma verstanden.“

Wir stimmen mit *Hilarion Petzold* (1977) überein, wenn er schreibt: „Die Wiederentdeckung des Körpers und das Konzept ganzheitlicher Behandlung müssen als die wichtigsten Errungenschaften moderner (Psycho-)Therapie angesehen werden.“ Und: „Die Zeit der ‚eindimensionalen‘ Behandlungen beginnt abzulaufen und die Forderung nach einem ganzheitlichen und integrativen Ansatz der Therapie, der sich nicht nur auf die psychische Realität beschränkt, sondern auch die körperliche, geistige und soziale Dimension des Menschen zu erreichen sucht, stellt sich immer dringlicher.“

Unsere neue Richtung der Humanstrukturologie hat konsequentermaßen nunmehr auch das Berührungstabu nur verbal arbeitender, den Körper des Menschen ausklammernder Therapieformen aufgegeben. Die Gruppendynamik ist das Alpha und Omega unserer Theoriebildung und praktischer Arbeit. Sie bestimmt die Effektivität der Team-, Forschungs- und besonders der Behandlungsarbeit und ihres Geflechtes in unseren Kliniken und Instituten und bestimmt den Erfolg oder Mißerfolg unserer Behandlungsmethodik (*Ammon* 1976).

Die Ergebnisse heutiger Hirnforschung (*Eccles* 1979, *Sperry* 1974, *Pribram* 1978, *Rothschild* 1982, *Kostandov* 1978, *Rotenberg* 1982, *Zenkov* 1978, *Varela* 1984 u. a.), Philosophie (*Popper* 1974, *Feyerabend* 1976, v. *Weizsäcker* 1963, *Keyserling* 1984, *Dürckheim* 1979 u. a.), Physik und Astrophysik (*Jantsch* 1979, *Capra* 1983 u. a.), Biologie (*Shel-*

drake 1983 u. a.) sowie heutige humanistische Psychiatrie und Psychologie haben die alten Denkwege verlassen müssen.

Zu dem weltweiten Aufbruch eines neuen Humanismus mit einer ganzheitlichen Schau des Menschen, neuen Denkwegen und sich verbindenden Entdeckungen in Astrophysik, Biologie, Mathematik, Philosophie, Hirnforschung, meditativer Religiosität und humanistischer Psychologie und Psychiatrie gehört auch ein neues Erleben von Zeit, politischem Umgang und Denken mit einer ganzheitlichen Sicht unserer Erde und die Androgynität und Leiblichkeit des Menschen.

The importance of the body under the holistic aspect of humanistic Dynamic Psychiatry

Günter Ammon (Berlin/München)

In continuation to earlier publications Ammon points at the identity aspect of the body-ego. The body-ego-identity of a human being is formed by the way the early family group is acting with the body of the child – whether it is being touched or whether they accept its body and so the child as a whole person in a friendly way. Is this social energetic interaction missing, the capability of contact and socializing and identity cannot be developed, there is also a disturbance of sexual identity due to the undeveloped physical and psychic androgyny of the human being. Especially not being aware of the possibilities in androgyny and the repressions of the “anti”sexual parts causes human beings to become identity diffusions and to turn to psychic illness.

The Freudianic therapy does not consider this connection – therapy is orientated strictly verbal not regarding the body. An entire different method – pointing only at the physical condition – is the operative change of sex, where Ammon is drawing a line. Ammon characterizes such surgical actions highly inhuman, furthermore ineffective because transsexuality does not only mean a physical but also a spiritual dimension.

A holistic view of human beings like the humanstructulogy gathers all levels of human existence as an inseparable unity of psyche and soma, culture and religion, mystic and social relationships. The therapeutic concept of the humanistic Dynamic Psychiatry by Günter Ammon is appropriate to this complexity.

Body treatment always has been one central aspect of the therapy of the Dynamic Psychiatric Clinic as well as of ambulant therapy and of the group dynamic self experiences. Body treatment is extremely important to the group of the “unreached”, who are not able to be touched through therapy or human relationship. The analysis of the life histories of those patients showed that they never – even in their early family – experienced any friendly contact to their body – they were untouched by all me-

ans. This early abandonment shows in the perceptable physiological appearance as well as in their emotional expression. The "landscape of the body" (Ammon) is telling the life history of a person in a direct way; often unconsciously the body expresses the androgynical and transsexual parts of identity.

The androgynical parts and aspects of the body-ego-identity of personality furthermore can be measured by the Androgynity-Dimension-Test (ADA) and by the scale of the body-ego of Ammon's Ego Structure Test (ISTA).

Next to horseback riding, sport therapy, massage etc. especially ego-structural dance therapy developed by Ammon carries the possibility to help the disturbed life of the body what most psychiatric patients are suffering of. For a number of patients who have to hurt themselves to become able to feel their body as well as for the psychosomatic ill dance therapy has been life saving.

Ammon detailly describes the method of his dance therapy, questions of indication and forming the dance therapy group. Letters written by patients to Ammon tell very distinctly which important experiences they could make with dance therapy.

Ammon emphasizes that dance therapy like all body therapy has to be a part of an entire therapeutic concept and turns against isolated forms of body treatment. The body-ego-identity develops inside of a group and therefore it only is to be treated and changed within a lively group, in contact, in seeing and to be seen, in touching and to be touched.

The goal of therapy is to lead together body-ego and identity to make it possible for human beings to outlive their androgynity physicly, psychic and spiritually for an interesting and also sexually fullfilled life.

At many passages of his contribution Ammon indicates that the unity of male and female, psyche and soma, culture and mystic under human impression of the antic were and are based in Hinduism and Shamanism. The new holistic humanistic way of view is so leading the human beings back to their roots.

Literatur

- Ammon, G.* (1946): Als die Mütter herrschten. In: Für Dich (1) Nr. 10, Berlin
 – (1946): Kleopatra – Göttin und Königin. In: Für Dich (1) Nr. 14, Berlin
 – (1950): Yang und Yin. In: Colloquium (4) Nr. 7 (Freie Universität Berlin)
 – (1970): Gruppendynamik der Aggression (Berlin: Pinel Publikationen)
 – (1971): Freizeitgestaltung im Rahmen einer gruppendynamischen Milieuthérapie. In: Psychother. med. Psychol. (21) 197–204
 – (1973): Dynamische Psychiatrie – Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie (Darmstadt/Neuwied: Luchterhand) Neuauf. 1980 (München: Kindler)
 – (1974): Psychoanalyse und Psychosomatik (München: Piper)

- (1975): Die Rolle des Körpers in der Psychoanalyse. In: *Integrative Therapie* (1) 58–76
- (1976a): Das Borderline-Syndrom, ein neues Krankheitsbild. In: *Dyn. Psychiat.* (9) 317–348
- (1976b): Analytische Gruppendynamik (Hamburg: Hoffmann & Campe)
- (1977): *Theoretical Aspects of Milieu Therapy. The Menninger School of Psychiatry Topeka/Kansas 1959.* (Berlin: Pinel-Publikationen)
- (1978a): Das Verständnis eines Entwicklungsdefizits von Ich-Strukturen in Persönlichkeit und umgehender Gruppe als Grundlage für Wissenschaft und Praxis einer Dynamischen Psychiatrie. In: *Dyn. Psychiat.* (11) 120–140
- (1978b): Die psychosomatische Erkrankung als Ergebnis eines ich-strukturellen Defizits – Eine Betrachtung unter genetischen, dynamischen, strukturellen und gruppendynamischen Gesichtspunkten. In: *Dyn. Psychiat.* (11) 287–299
- (1979a): Entwurf eines Dynamisch-Psychiatrischen Ich-Struktur-Konzepts – Zur Integration von funktional-struktureller Ich-Psychologie, analytischer Gruppendynamik und Narzißmus-Theorie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.), *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie*, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt Verlag)
- (1979b): Gruppendynamisches Prinzip. In: *ebda.*
- (1979c): Psychoanalytische Milieuthérapie. In: *ebda.*
- unter Mitarbeit von *Wallenberg Pachaly, A.* (1979d): Schizophrenie. In: *ebda.*
- (1979e): Das ich-strukturelle Prinzip bei Depression und psychosomatischer Erkrankung. *Dyn. Psychiat.* (11) 445–471
- (1980): Ich-strukturelle und gruppendynamische Aspekte bei der Entstehung der Schizophrenie und deren Behandlungsmethodik. In: *Dyn. Psychiat.* (13) 429–450
- (1981a): Kreativität, Therapie und künstlerische Gestaltung. In: *Dyn. Psychiat.* (14) 101–115
- unter Mitarbeit von *Ammon, G., Griepenstroh, D.* (1981b): Psychoanalytische Aspekte des Widerstandes. In: *Petzold, H.* (Hrsg.), *Widerstand. Ein strittiges Konzept in der Psychotherapie* (Paderborn: Junfermann)
- (1982a): Kreativität als Grenz- und Identitätsgeschehen. In: *Ammon, G.* (Hrsg.), *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie*, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt Verlag)
- (1982b): Das sozialenergetische Prinzip in der Dynamischen Psychiatrie. In: *ebda.*
- (1982c): Hirnstrukturen, Unbewußtes und Ich-Strukturologie. In: *ebda.*
- (1982d): Identität – ein Geschehen an der Grenze von Raum und Zeit. Zum Prinzip der Sozialenergie. In: *Dyn. Psychiat.* (15) 114–128
- (1982e): Die Bedeutung der Hirnhemisphärenforschung für die Humanstrukturologie. In: *Dyn. Psychiat.* (15) 195–226
- (1982f-1984): Androgynität, Oberseminar am Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse
- (1983a): Zur Dynamik des Schöpferischen. In: *Kindler's Enzyklopädie „Der Mensch“*, Bd. 6 (München: Kindler)
- (1983b): Das Prinzip der Sozialenergie im holistischen Denken der Dynamischen Psychiatrie. In: *Dyn. Psychiat.* (16) 169–191
- (1983c): Ego-structural Conception of Art Therapy. In: *Japan. Bull. of Art Ther.* (14) 93–100
- (1983d): Ich-strukturelle Tanztherapie, Vortrag gehalten am 2. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP und XV. Int. Symposium der DAP, 11.–16. Dezember 1983, München
- (1984a): Die Unerreichten – Zur Behandlungsproblematik des Urnarzißmus. In: *Dyn. Psychiat.* (17) 145–164
- (1984b): Der androgyne Mensch. In: *Dyn. Psychiat.* (17)
- (1984c): Religiosität und Gottesbegriff als ganzheitliches Geschehen. In: *Der evangelische Erzieher* (3) 302–309
- Ammon, G., Patterson, P. G. R.* (1971): Peyote: Zwei verschiedene Ich-Erfahrungen. In: *Ammon, G.* (Hrsg.), „Bewußtseinserweiternde“ Drogen in psychoanalytischer Sicht (Berlin: Pinel Publikationen)
- Ammon, G., Burbiel, I., Finke, G., Wagner, H.* (1982): Ergebnisse Dynamisch-Psychiatrischer Forschung. In: *Ammon, G.* (Hrsg.), *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie*, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)
- Ammon, G., Griepenstroh, D., Harlander, U.* (1982): Methodenintegration aus der Sicht der Dynamischen Psychiatrie. In: *ebda.*

- Ammon, G., Burbiel, I., Stuck, U. (1983): Der Autokinetische Lichttest in der Humanstrukturologischen Forschung. In: *Dyn. Psychiat.* (16) 63–109
- Ammon, G., Köppen, U., Hoffsten, M., Wolfrum, G., Terpeluk, V., Vilbig, M., Hoffmann, H. (1984): Vergleichsuntersuchungen bei Gruppen narzißtisch depressiv und psychosomatisch reagierender Patienten im Schlaf- und Traumlabor in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige. In: *Dyn. Psychiat.* (17) 165–195
- Andritzky, W. (1983): Eine ethnologische Literaturstudie zur Transsexualität. Vortrag gehalten auf dem 2. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP und XV. Int. Symposium der DAP, 11.–16. Dezember, München
- Baumann, H. (1955): Das doppelte Geschlecht. Studien zur Bisexualität in Ritus und Mythos (Berlin: Reimer)
- Buckley, K., Schwenkleglenks, F., Vigener, B. (1981): Theatertherapie in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige. Vortrag gehalten auf dem XIII. Int. Symposium der DAP, 11.–16. Dezember, München
- Capra, F. (1983): *Wendezeit* (Bern: Scherz Verlag)
- Dürckheim, K. Graf (1979): Vom Leib, der man ist. In: *Petzold, H.* (Hrsg.), *Psychotherapie und Körperdynamik* (Paderborn: Junfermann)
- Eccles, J. C. (1979): *Das Gehirn des Menschen* (München: Piper)
- Eicke, D. (1973): *Der Körper als Partner* (München: Kindler)
- Ferenczi, S. (1921): Weiterer Ausbau der aktiven Technik in der Psychoanalyse. In: *Int. Z. f. Psychoanal.* (7) 233–251
- Feyerabend, P. (1976): *Wider den Methodenzwang* (Frankfurt: Suhrkamp)
- Griepenstroh, D., von Wallenberg Pachaly, A. (1979): Das energetische Prinzip bei Freud und Ammon. In: *Ammon, G.* (Hrsg.), *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie*, Bd. 1, a.a.O.
- Hirschfeld, M. (1903): Ursachen und Wesen des Uranismus. In: *Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen* (5) 1–193
- Jantsch, E. (1979): Die Selbstorganisation des Universums. Vom Urknall zum menschlichen Geist (München: dtv)
- Keyserling, A. Graf (1984): Wir haben die menschliche Norm noch nicht erreicht. Interview mit Keyserling, A., Graf. In: *Geisler, G.* (Hrsg.), *New Age – Zeugnisse der Zeitenwende* (Freiburg i. Breisgau: Hermann Bauer Verlag)
- Kostandov, E. A. (1978): Physiological Mechanisms of "Psychological Defense" and Unaccountable Emotions. In: *Prangishvili, A. E., Sherozia, A. E., Bassin, F. V.* (Hrsg.), *The Unconscious I* (Tbilisi: Metsniereba)
- Lebelztern, G. (1982): Zu Unrecht vergessene Freud-Briefe. In: *Dyn. Psychiat.* (15) 97–113
- Ortega y Gasset, J. (1953): *Aufstand der Massen* (Stuttgart: Deutsche Verlagsanstalt)
- Petzold, H. (1977): Thymopraktik als Verfahren integrativer Therapie. In: *Petzold, H.* (Hrsg.), *Die neuen Körpertherapien* (Paderborn: Junfermann)
- Petzold, H., Berger, A. (1977): Integrative Bewegungstherapie und Bewegungspädagogik als Behandlungsverfahren für psychiatrische Patienten. In: *ebda.*
- Popper, K. R. (1974): *Objektive Erkenntnis. Ein evolutionärer Entwurf* (Hamburg: Hoffmann & Campe)
- Pribram, K. H. (1978): Consciousness and Neurophysiology. In: *Federation proceed.* (37) 2271–2274
- Reich, W. (1933): *Charakteranalyse* (Frankfurt/M.: Fischer)
- Rotenberg, V. S. (1982): Funktionale Dichotomie der Gehirnhemisphären und die Bedeutung der Suchaktivität für physiologische und psychopathologische Prozesse. In: *Ammon, G.* (Hrsg.), *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie*, Bd. 2, a.a.O.
- Rothschild, F. S. (1982): Unbewußtes und Identität – Vermittlung des Psychischen durch das Zentralnervensystem. In: *ebda.*
- Sheldrake, R. (1983): *Das schöpferische Universum* (München: Meyster)
- Sperry, R. W. (1974): Lateral Specialization in the Surgically Separated Hemisphere. In: *Schmitt, F. O., Worden, F. G.* (Hrsg.), *The Neurosciences: Third Study Program* (Cambridge Mass.: M. I. T.-Press)
- Sullivan, H. S. (1953): *The Interpersonal Theory of Psychiatry*, *Perry, H. S., Gawel, M. L.* (eds.) (New York: Norton)
- Varela, F. (1984): Die Möglichkeit der Transformation. Interview mit Varela, F. In: *Geisler, G.* (Hrsg.), *New Age – Zeugnisse der Zeitenwende*, a.a.O.

- Weininger, O.* (1908): *Geschlecht und Charakter* (Wien/Leipzig)
- Weizsäcker, C. F. von* (1963): *Die Verantwortung der Wissenschaft im Atomzeitalter.*
- Zenkov, L. R.* (1978): *Some Aspects of the Semiotic Structure and Functional Organisation of "Right Hemispheric Thinking"*. In: *The Unconscious: Nature, Functions, Methods of Study*. Vol. I (Tbilisi: Metsniereba Publishing House)

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

Das Borderline-Syndrom – ein neues Krankheitsbild in Abgrenzung zur Schizophrenie (diagnostische, klinische und therapeutische Aspekte)*

Günter Ammon (Berlin/München)

Nachdem der Autor schon 1976 die Konzeption des Borderline-Syndroms als ein neues Krankheitsbild vorlegte (diese Patienten hatte er bereits 1959 als eine Gruppe von Ich-Autonomie-Gestörten zusammengefaßt), schreibt er nun im vorliegenden Beitrag, nach weiteren Jahren praktischer und klinischer, sowie testpsychologischer Erfahrung, zur Differentialdiagnose von Borderline-Syndrom und Schizophrenie.

Der Borderline-Strukturierte wird beschrieben als Mensch ohne in sich ruhenden Persönlichkeitskern. Ich-strukturell formuliert zeichnet er sich durch eine Störung im zentralen nicht-bewußten Persönlichkeitskern der Identität und der damit verbundenen Ich-Struktur aus. Das relativ intakte sekundäre Verhaltens-Ich verleiht ihm eine Fassade von Gesundheit, die jedoch bei unvorhersehbaren Anlässen, oft allerdings in Situationen von Trennung und Einsamkeit, d. h. nach Abzug eines sozialenergetischen Feldes einer umgebenden Gruppe, zusammenbricht. Dann ist er der sonst nicht tolerierten und auch nicht gespürten Angst, die aus seiner Phantasiewelt kommt, ausgeliefert, und es kann zu psychotischen Durchbrüchen mit sozial-psychotischem Verhalten kommen. Der Schizophrene leidet immer unter seiner Angst und flieht vor ihr in die Phantasiewelt seiner Psychose.

Der Autor berichtet desweiteren eingehend über Diagnose und Behandlung der Borderline-Patienten im Vergleich zu schizophren Strukturierten: über Messungen mit dem Ich-Strukturtest, die Reaktion auf Psychopharmaka, die Entwicklung während des Verlaufes der Klinikbehandlung, die Behandlung im gesamten Milieu der Klinik, erste Beobachtungen dieser Patienten im Schlaf- und Traumlabor, die Befunde durch den Autokinetischen Lichttest, Suizidalität und Suchtneigung, sowie die unterschiedlichen therapeutischen Konsequenzen der Krankheitsbilder.

Entscheidend ist jedoch bei der Therapie beider, wie überhaupt in der Arbeit mit Menschen, eine partnerschaftliche Haltung des Therapeuten verbunden mit dem Einsatz seiner vollen Person.

Der Begriff der Borderline-Störung ist zu einem unklaren Sammelbegriff geworden, über den sich viele Autoren seit über 35 Jahren Klarheit zu verschaffen suchen.

Bisher hatte man sich weitgehend damit beschäftigt, unter die Borderline-Symptome schwer faßbare Krankheitsphänomene zu subsumieren, bei denen psychotische und neurotische Manifestationen in einer oft unverständlichen Weise zusammentreffen. So beklagt beispielsweise *Chessick* (1977) den schmerzhaften Mangel an Übereinstimmung über das Borderline-Konzept, obwohl diese Patienten heutzutage häufig anzutreffen sind und ihre Therapie besondere Probleme darstellt.

* Vortrag gehalten auf dem Symposium des Serbsky All-Union Scientific Research Institute for General and Forensic Psychiatry of the Ministry of Health of the USSR zum Thema "Theoretical and Clinical Problems of Modern Psychiatry and Narcology", Baku, UdSSR, 17.-20. Mai 1984.

Bereits 1884 gibt *Hughes* eine Beschreibung, die auch später verwandt wird. Er schreibt: „Im Grenzgebiet zur Geisteskrankheit leben viele Menschen, die ihr ganzes Leben entlang einer Linie verbringen, manchmal auf der einen Seite, manchmal auf der anderen.“ *Rosse* (1890) schreibt, daß diese Patienten leben wie „im Zwielficht von Vernünftigkeit und Verzweiflung“.

Um die Jahrhundertwende erschienen im deutschen Schrifttum Werke von *Hoche*, *Pellmann* und *Birnbaum* (vgl. *Kraepelin* und *Lange*, 1927), die sich mit diesen Grenzzuständen befassen. Diese Linie setzt sich fort in der Typologie von *Ernst Kretschmer* (1921) und *Kurt Schneider* (1950), die den konstitutionellen Aspekt und die Unbehandelbarkeit dieser Erkrankungen in den Vordergrund stellen. *Kurt Schneider* beschreibt mit dem Psychopathiebegriff Patienten, die wir heute als Borderline-Patienten bezeichnen würden.

Bei *Franz Alexander* (1930) und *Wilhelm Reich* (1933) werden Borderline-Symptome unter dem Begriff Charakterneurosen subsumiert, wobei *Reich* die Charakterneurosen für schwerere Erkrankungen hält als die Neurosen. *Alexander* differenziert zwischen den internalisierten autoplastischen Reaktionen des hysterischen oder Zwangspatienten einerseits und den alloplastischen oder nach außen gerichteten Aktivitäten der soziopathischen Persönlichkeit andererseits.

Ich gehe davon aus, daß es sich bei dem Borderline-Syndrom um das Krankheitsbild einer soziopathischen Persönlichkeitsstruktur handelt mit asozialen und antisozialen Zügen, die verschiedene Symptomatik aufweisen kann. Der borderline erkrankte Mensch ist immer ein Risiko für sich selbst, für die Gruppen, in denen er lebt, und für die Gesellschaft, da er keinen in sich ruhenden Persönlichkeitskern besitzt und bei unvorhersehbaren Anlässen seine Fassade von Gesundheit zusammenbricht und es zu psychotisch-destruktiven Durchbrüchen kommen kann (1970, 1976). Bereits 1959 beschrieb ich diese Patienten als eine Gruppe von Ich-Autonomie-Gestörten (*Ammon* 1959).

Zilboorg (1931) gebrauchte zum ersten Mal den Begriff „borderline-case“ im Zusammenhang seiner Forschungen an schizophren und neurotisch Erkrankten.

In der amerikanischen Psychiatrie wurden verschiedene Konzeptionen der Borderline-Störungen herausgearbeitet. Sie hatten sich – ausgehend von der Antstaltspsychiatrie – unter dem Einfluß führender Persönlichkeiten, wie besonders *Adolf Meyer*, weiterentwickelt und öffneten sich dann dem Einfluß psychoanalytischer Ideen.

Zur Klassifizierung der atypischen weder klar neurotischen noch psychotischen Erkrankungen wurden in der amerikanischen Literatur Ausdrücke wie *borderline-case*, *borderline-state*, *borderline-patient* und *borderline-conditions* verwendet sowie eine Reihe von Synonymen, wie beispielsweise „pseudoneurotische Schizophrenie“ und „am-

bulatory schizophrenia" (*Hock* und *Polatin* 1949, *Cattell* 1966), „pseudopsychopathische Schizophrenie“ (*Dunais* und *Hoch* 1955), „latente Psychose“, „latente Schizophrenie“ (*Bychowski* 1957) usw.

Schneider (1950) beschrieb die Borderline-Erkrankung mit seinem Psychopathiebegriff, *Zilboorg* (1931) als Grenzphänomene, *Robert Knight* (1953, 1954) als gestörte Ich-Funktion, *Ammon* (1959) als Ich-Autonomie-Störung, *Melitta Schmideberg* (1959) als Beziehungsstörung, *Roy Grinker* (1968, 1977) als desintegriertes Verhalten, *Heinz Kohut* (1979) als narzißtische Persönlichkeitsstörung und *Otto Kernberg* (1975) mit sog. primitiven Abwehrmechanismen.

Diese bisher veröffentlichten Theorien zur Borderline-Erkrankung haben wesentliche Aspekte des Krankheitsbildes herausgestellt, z. B. die Beziehungslosigkeit der Borderline-Patienten und die Störungen der Affektivität, und verschiedene Begrifflichkeiten gebildet, abhängig davon, wo innerhalb des Spektrums der Borderline-Erkrankung der Schwerpunkt liegt.

Den Autoren ist es nicht gelungen, die vielfältige Symptomatik in ihrer Gesamtheit konzeptionell zu erfassen. Diese oben genannten, vorwiegend freudianischen Autoren operieren mit einer reduktionistischen und deduktiven Methodik, die weder therapeutische Konsequenzen hat noch einen Ansatzpunkt für experimentelle Forschung bietet.

In meinem Verständnis zeichnet sich die Borderline-Erkrankung durch Störungen im zentralen nicht-bewußten Persönlichkeitskern der Identität und der damit verbundenen Ich-Struktur aus; obwohl dieses Krankheitsbild eine Bereitschaft zu kurzen psychotischen Reaktionen zeigt, unterscheidet es sich jedoch von psychotischen Krankheitsformen durch eine relativ intakte Fassade, manchmal sogar mit überkompensierten und brillierenden Ich-Funktionen (*Ammon* 1976).

Beim Borderline-Kranken finden wir eine wechselnde Überanpassung an jeweils wechselnde Persönlichkeiten, Gruppen, Partnerbeziehungen und Meinungen oft gegensätzlicher Art. Dies läßt sich feststellen bei der Untersuchung im Interview, der Direktbeobachtung im Klinikmilieu, der Untersuchung der akuten Lebenssituation vor der Aufnahme; aber auch beim Studium der Lebensgeschichte z. B. durch häufigen Berufswechsel, Wechsel von Freundschaften und Partnerbeziehungen, Wechsel von Interessen, Wechsel von passageren psychischen oder somatischen Krankheitssymptomen etc.

Allgemein gesagt handelt es sich um einen Wechsel von antagonistischen Identifikationen, die sich opportunistisch den Gegebenheiten der jeweiligen Umwelt und ihrer Gruppendynamik anzupassen versuchen. Gelingt dies nicht, werden wir Phasen von depressiver Zurückgezogenheit und Gruppenunfähigkeit feststellen können. Im Borderline-Krankheitsbild können beide Verhaltensweisen im Vordergrund stehen oder sich jeweils abwechseln.

Psychogenetisch finden wir in der Regel eine Familiengruppendynamik vor, bei der sich die sozialenergetische Zuwendung im wesentlichen auf Leistung des Kindes beschränkte, jedoch das Kind bei seinen Entwicklungsschritten zu eigener Persönlichkeit mit Standpunkt und Abgrenzung allein gelassen wurde. Auch fehlten diesen Kindern verlässliche Vorbilder. Nicht selten herrschte in Borderline-Familien die Anwendung von Gewalt untereinander.

Bei der Psychogenese der Schizophrenie herrscht dagegen vorwiegend Beziehungslosigkeit sowie ein unvorhersehbarer Wechsel zwischen defizitärer und destruktiver Sozialenergie vor. (Andere Faktoren für die Entwicklung dieser Krankheitsbilder mögen biologisch-genetisch konstitutioneller oder aber auch sozialer Art sein.)

Hier steht im Vordergrund die Hilflosigkeit der bewußten Persönlichkeitsstruktur, die Hilflosigkeit, mit den einfachsten Dingen des Lebens fertigzuwerden, Kontakt und Beziehungen herzustellen und ein beeindruckender plötzlicher Ausbruch der Erkrankung mit einer psychotischen Desintegration der Persönlichkeit in all ihren Funktionen. Dabei kann es zu den bekannten schizophrenen Symptomen wie paranoidem Wahnsystem, katatonem Rückzug, zielloser destruktiver Aggression und auch zu den schizophrenen Denkstörungen kommen. Auch die von *Bleuler* (1950) akribisch beschriebenen Grundzüge der Ambivalenz, der affektiven Inkongruenz und der assoziativen Störung werden dabei deutlich sichtbar.

Es kann jedoch auch zur symptomlosen Schizophrenie, der sog. *schizophrenia simplex*, kommen, die lebensgeschichtlich an einem zum Scheitern verurteilten Lebensstil zu erkennen ist. Beim Studium der Lebensgeschichte finden sich bereits in der Kindheit Auffälligkeiten mit Zügen von Autismus oder chronisch unzufriedenem Querulamentum in Familie, Kindergarten und Schule; d. h. bei der Schizophrenie hat lebenslang eine psychotische Persönlichkeitsstruktur mit für jedermann beobachtbaren Lebensschwierigkeiten, welcher Art auch immer, vorgelegen. Eine wichtige Rolle spielen dabei starke symbiotische Tendenzen und die Notwendigkeit, daß bewußte praktische Lebensfunktionen durch die umgebende Gruppe übernommen werden. Zum offenen Krankheitsausbruch kommt es in der Regel dann, wenn erhöhte Leistungs- und Identitätsanforderungen in Arbeitssituationen und Partnerschaften auftreten, wie z. B. beim Verlassen des Elternhauses, Schulwechsel, Eintritt in eine Handwerkslehre, Eintritt in die Sexualreife mit Partneranforderungen. Dabei zieht die Umgebung ihre Unterstützung für das bewußte, mit der Realität in Kontakt stehende Ich zurück, bzw. bricht sie ab.

Es ist von hoher differentialdiagnostischer Bedeutung, daß beim Borderline-Patienten abrupt psychotische, destruktive und antisoziale Ausbrüche ausgelöst werden können. Dieses auslösende Moment, wie

z. B. Verlust des Partners oder anderer wichtiger Personen, Verlust des Arbeitsplatzes oder auch selbstgeschaffene Isolation, durchbricht dann die Als-ob-Fassade der Persönlichkeit und läßt seine bisherige Persönlichkeitskontrolle, die ihn in der Regel nicht als psychisch krank erscheinen läßt, zusammenbrechen. Es gibt aber auch auslösende Momente, die zunächst nicht verstehbar sind und erst durch eine sorgfältige Untersuchung der lebensgeschichtlichen Zusammenhänge verständlich werden. Es kann dann tranceartig, d. h. in einem besonderen Ich-Zustand, zu Morden, Diebstählen, Sexualdelikten wie Vergewaltigung, Exhibitionismus, wie auch zu Kindesmißhandlung und anderen Delikten kommen, was ich bereits 1969 als einen abrupten Durchbruch destruktiver Aggression beschrieben habe (*Ammon 1969*).*

Dieser Punkt ist für eine forensische Differentialdiagnostik von Wichtigkeit: Die Situationsdynamik des Tatvorganges sowie der glaubwürdige Gedächtnisverlust, die fehlende Erklärbarkeit durch den Täter selbst bzw. glaubwürdige Zeugenberichte sind hierbei von Bedeutung – ebenso wie die Reaktion der Patienten auf Stresssituationen im Interview, bei Test- und Hirnstromuntersuchungen.

Entscheidend ist meines Erachtens auch die oberflächliche Reintegration zu seiner vorherigen Als-ob-Persönlichkeit nach dem Tatvorgang bei diesen Borderline-Patienten.

Der Borderline-Patient hat in der Regel eine geringe Angsttoleranz, und man kann die Reaktion seiner Persönlichkeit auch durch Isolationsexperimente feststellen. Sein intaktes bewußtes Verhaltens-Ich bricht in dieser Situation zusammen und er reagiert psychotisch. Im Alltagsleben zeichnet sich der Borderline-Patient dadurch aus, daß er nicht allein sein kann.

Um die Problematik der Borderline-Erkrankung zu veranschaulichen, möchte ich Ihnen kurz eine Fallvignette einer borderline-hysterischen Patientin vorstellen:

„Frau Y., die ich in den Vereinigten Staaten in Behandlung hatte, arbeitete als Graphikerin, aber an zwei verschiedenen Arbeitsstätten, sie studierte Mathematik und Sport, um Studienrätin zu werden, dann unterzog sie sich noch einer Zusatzausbildung, um später effektiver mit Schülergruppen arbeiten zu können. Frau Y. war durch die Fülle ihrer Verpflichtungen, die sie an den verschiedenen Enden der Stadt ausübte, ständig in Hetze, um rechtzeitig – und dies buchstäblich in letzter Minute – ihren Aufgaben nachzukommen. Auch war sie bereit, bei Bekannten als Babysitter einzuspringen, wenn diese sich nicht rechtzeitig

* Die destruktive Aggression ist Ausdruck der erfahrenen Feindseligkeit und Gewalt in der frühen Lebensgruppe, welche die kindlichen Lebens- und Identitätsbedürfnisse zurückschlägt. Aggression verstehe ich als primär konstruktiv auch im Sinne der search activity von *Rotenberg (1982)*.

darum gekümmert hatten. Frau Y. war immer umgeben von einem interessanten Flair einer vielbeschäftigten Frau, die auf beiden Beinen im Leben stand. Kontaktwünsche an sie konnte sie aus Zeitgründen auf einer bestimmten Oberfläche halten. Sie hatte keine feste Partnerbeziehung, jedoch gelegentliche lockere sexuelle Beziehungen mit Männern und Frauen. Sie kleidete sich wie ein Vamp, hatte lange Locken, rotgefärbt, und lebte selbst von dem Schein, eine begehrte Frau zu sein.

Die Zerrissenheit ihrer äußeren Lebenssituation spiegelte sich in ihrem Denken wider. Sie konnte keinen Gedanken zu Ende denken, war einer Flut von Ideen ausgesetzt und wurde immer von neuen Gedanken gejagt. Ihr Studium der Mathematik stellte sozusagen einen Integrationsversuch dar, ihre Gedanken unter Kontrolle zu bekommen. (Ich habe diese Form des Denkens als eine für die Borderline-Persönlichkeit typische Denkstörung beschrieben.)

Als die alte Zimmervermieterin von Frau Y. starb, die ein mütterlich-verlässlicher Mensch für sie war, der keine Kontaktforderungen an sie stellte, brach das ganze System einer Ordnung, in der sie leben konnte, zusammen. Frau Y. bemühte sich nun um psychotherapeutische Hilfe. Später berichtete sie, welche Schwierigkeiten sie beim Schreiben ihres Lebenslaufes hatte. Sie nahm hierfür die Hilfe von verschiedenen Freunden in Anspruch. Letztlich konnte ihr aber niemand helfen, da sie, scheinbar alles besser wissend, keine Ratschläge annehmen konnte. Wenn ihr Gegenüber sich abgrenzte und sagte, ihren Lebenslauf könne sie selbst am besten alleine schreiben, schlug die Situation um. Frau Y. wurde ein ängstliches kleines Mädchen, das große Angst erlitt, verlassen zu werden, und bat, man möge ihr helfen, da sie allein ihren Lebenslauf nicht schreiben könne. Erst wenn ihr Helfer sich ihr wieder zuwandte, war sie die Dominante, die an jedem Wort herumkrittelte. So hielt Frau Y. über Wochen ihren großen Bekanntenkreis mit ihrem Lebenslauf in Gang. Sie war besessen von dem Anspruch, alle Details zu berichten, ihre Familie aber nicht bloßzustellen.

Die Zerrissenheit der aktuellen Lebenssituation entsprach der frühen Familiensituation von Frau Y., wo sie jede Gelegenheit benutzte, um über Kontakte zu anderen Kindern und deren Familien von zuhause auszuberechnen, was die Mutter mit immer neuen Argumenten zu unterbinden verstand. So war Frau Y. ständiger Kontaktaufnahme und ständigem Kontaktabbruch ausgesetzt. Ihr Elternhaus war christlich ritualisiert, alles Lebendige erstickend.

Schon als kleines Mädchen versuchte Frau Y. durch Kontakte, die sie inselhaft herstellte, dieser erdrückenden Atmosphäre zu entrinnen. Die ambivalente Dynamik des ihr nicht bewußten Aufsuchens und gleichzeitigen Vermeidens von Kontakt zeigt sich sowohl auf der Ebene des Verhaltens-Ich wie auch auf der Ebene des nicht-bewußten Ich von Identitätslosigkeit.“

Das Menschenbild meiner Humanstrukturologischen Lehre geht davon aus, daß der Mensch ein Freund und Helfer des Menschen ist, daß er ein Gruppenwesen ist und die ihn umgebende Gruppendynamik und Umwelt ihn stärker beeinflußt als biologische, genetische und neurophysiologische Gegebenheiten. Die Gruppe sehe ich als Träger und Ausdrucksmöglichkeit von sozialenergetisch sowohl konstruktiven als auch destruktiven und defizitären Einflüssen.

Psychische Energie, die das Persönlichkeitswachstum bestimmt, ist keine biologisch-physikalische Größe mit entsprechender Gesetzmäßigkeit, sondern muß als eine Metapher aufgefaßt werden. Sie ist immer gruppen- und personenabhängig. Diese Energie nenne ich Sozialenergie, die notwendig ist zur Erhaltung des Lebens. Durch Sozialenergie entwickelt sich ein Mensch, kann er wachsen und sich verändern, seine Identität ausbilden wie auch seine Ich-Struktur. Sozialenergie entsteht durch Kontakt und Auseinandersetzung, durch Forderung an die Identität, durch Forderungen und Aufforderungen zum Tun, zur Tätigkeit und zur Aufgabe. Menschen, die nicht oder zuwenig gefordert werden, sind verlassene Menschen mit Sozialenergie-Defiziten. Die Ich-Struktur kann als manifestierte Sozialenergie betrachtet werden und unterliegt lebenslang sozialenergetischen Einflüssen.

Nachträglich wurde darauf hingewiesen, daß der Begriff Sozialenergie erstmals als Nebenbemerkung im Briefwechsel *Wladimir Iljitsch Lenins* auftritt.

Die metaphorische Konzeption von Sozialenergie bedeutet Dialektik von Struktur und Prozeß im Gegensatz zu dem bürgerlichen Kategoriendenken *Kraepelins*, das jede Behandlungsmöglichkeit der großen psychiatrischen Krankheitsbilder ausschloß und letztendlich zu faschistischer Zwangssterilisierung und Euthanasie von psychiatrisch Kranken führte.

Sozialenergie bildet die Ich-Struktur, die die Gesamtpersönlichkeit des Menschen ausmacht. Die Entwicklung dieser Ich-Struktur vollzieht sich an den Grenzen von Ich, Gruppe und Gesellschaft. Jede lebensgeschichtlich bedeutsame Erfahrung findet dabei ihren Niederschlag in einer Facette der gesamten Ich-Struktur.

Ich unterscheide dabei primäre, zentrale und sekundäre Ich-Funktionen. Primäre Ich-Funktionen sind vorwiegend die biologische Existenz des Menschen betreffende Ich-Funktionen, so z. B. die Funktionen der Sinnesorgane, des Zentralnervensystems und der endokrinen Systeme. Die sekundären Ich-Funktionen betreffen das Verhaltens-Ich; sie sind die funktionalen Träger der Persönlichkeit und stellen unmittelbar den Kontakt zur Umwelt her und sind überwiegend im Bereich des Bewußten angesiedelt. Den Kern der Persönlichkeit bilden die zentralen Ich-Funktionen, die im nicht-bewußten Bereich des Menschen wurzeln wie Aggression, Angst, Ich-Abgrenzung, Sexualität, Kreativität usw. Von

besonderer Bedeutsamkeit innerhalb der zentralen Ich-Funktionen ist die übergreifende Ich-Funktion der Identität, die alle anderen Ich-Funktionen integriert und ihre Beziehung zueinander bestimmt. In Abhängigkeit von der sozialenergetischen Auseinandersetzung des Menschen in seiner umgebenden Gruppe entwickeln sich diese Ich-Funktionen entweder konstruktiv, destruktiv oder defizitär.

Aufgrund meiner klinischen Erfahrung mit psychisch Kranken, Kindern in unseren Kindergärten und Häftlingen im Strafvollzug habe ich durch lebensgeschichtliche Studien und Direktbeobachtungen feststellen können, daß Aggression, Angst, Identität und die gesamten zentralen Ich-Funktionen ursprünglich konstruktiv ausgeprägt waren. Erst durch Verweigerung von Sozialenergie und durch negative gruppendynamische Einflüsse werden diese Ich-Funktionen destruktiv bzw. defizitär verformt. Es ist mir dabei besonders wichtig zu betonen, daß es auf die gesamte Persönlichkeitsstruktur des Menschen ankommt und nicht nur auf seinen Verhaltensbereich. Eine solche Reduzierung ist oft verbunden mit einer oberflächlichen Symptomtherapie und geht an den Bedürfnissen des Menschen vorbei, wie es sich oft genug an den Erscheinungen der Drehtürpsychiatrie gezeigt hat, besonders dann, wenn sich die Behandlung auf psychopharmakologische Symptombehandlung beschränkt.

Auf dem Hintergrund meines humanstrukturologischen Verständnisses sehe ich die Borderline-Erkrankung als eigenes Krankheitsbild mit grundlegenden Störungen im zentralen Kern der Persönlichkeitsstruktur, deren besonderes Kennzeichen die schillernde Symptomatik im Verhalten des Patienten ist, das sich grundlegend von der Erkrankung der schizophrenen Reaktion unterscheidet.

Den Borderline-Patienten und den schizophren reagierenden Patienten ist gemeinsam: eine Grundstörung im zentralen nicht-bewußten Ich mit den – auch im Sinne der Einstellungstheorie von *Uznadze* (1939) verstehbaren – Funktionen der Identität, Ich-Abgrenzung, Aggression und Angst. Im Borderline-Syndrom funktionieren die auf die Realität bezogenen praktischen Ich-Funktionen der Fertigkeiten und des Verhaltensbereichs – dies bringt auch ein gesellschaftliches Risiko mit sich, wenn derartige Persönlichkeiten einflußreiche gesellschaftliche Positionen erlangen.

Bei der Schizophrenie dagegen zeigen sich die Defizite und der Zusammenbruch auch im Verhaltens-Ich (von mir als sekundäres Ich bezeichnet) dominant zusammen mit einer Diffusion und Desintegration des nicht-bewußten zentralen Kerns (von mir als zentrales Ich bezeichnet).

Beim Borderline-Patienten zeigt sich die zentrale Ich-Störung durch wechselnde Pseudoidentitäten und opportune Identifikationen. Es besteht eine Dysregulation zwischen Öffnung der Ich-Grenzen zur Au-

ßenwelt bzw. zur Welt der Phantasien und Emotionen einerseits und einer Abgrenzung andererseits. Psychotische Durchbrüche erscheinen bei auslösenden Stresssituationen, sind jedoch nicht durchgängig vorhanden wie bei der Schizophrenie.

Der Borderline-Kranke kann sich der von ihm nicht tolerierbaren Angst, die aus seiner Phantasiewelt kommt, oftmals entziehen durch alle Arten von sozial-psychotischem Verhalten, das bedeutet, daß er seine eigene Angst nicht spürt und nicht wahrnimmt. Der schizophrene Patient hingegen ist der Angst hilflos ausgeliefert, leidet an ihr oft kontinuierlich und erlebt eine Befreiung durch die Psychose. Der Schizophrene und der Neurotiker leiden selbst, während der Borderline-Kranke seine Umwelt leiden läßt, bzw. sie parasitär ausbeutet.

Der Borderline-Kranke zeigt oftmals antagonistisch wechselnde Krankheitssymptome, die ihn als schizophren, normal, brilliant intellektuell, handwerklich begabt, hysterisch, zwanghaft, depressiv oder psychosomatisch erscheinen lassen. Es gehört zum Bild dieser Erkrankung, daß keine phänomenologische Krankheitseinheit besteht. Die dahinterliegende Persönlichkeitsstruktur jedoch ist immer die gleiche und unterscheidet sich grundsätzlich von der Persönlichkeitsstruktur eines konstruktiv verlässlichen Menschen oder eines unter Schizophrenie leidenden.

Idealtypische Darstellungen der Persönlichkeitsstrukturen von Borderline-Kranken und schizophren Reagierenden zeigen die folgenden Abbildungen 1 und 2. In beiden Persönlichkeitsprofilen sehen wir die schweren Defizite im zentralen Persönlichkeitsbereich und die unterschiedlichen Ausprägungen in den sekundären Ich-Funktionen in den beiden Krankheitsbildern.

Nach der Behandlungskonzeption der von mir entwickelten Dynamischen Psychiatrie wurden von 1965 bis heute ca. 6 000 Menschen unterschiedlichster psychiatrischer Diagnosen stationär, teilstationär und ambulant behandelt. In den ambulanten Praxen unserer Lehr- und Forschungsinstitute der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) werden derzeit ca. 900 Patienten in Gruppenpsychotherapie, Einzeltherapie und kombinierter Gruppen- und Einzelpsychotherapie behandelt.

In den Dynamisch Psychiatischen Kliniken in Bayern wurden bis heute über 500 Patienten behandelt. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Aufschlüsselung in die einzelnen Diagnosegruppen.

In der Dynamisch Psychiatischen Klinik Mengerschwäge befinden sich derzeit 80 Patienten in Behandlung mit einem Durchschnittsalter von 30,7 Jahren.

Da alle Krankenkassen gesetzmäßig die Kosten des Klinikaufenthaltes bei uns bezahlen, haben wir Patienten aus allen Gesellschaftsschichten, vorwiegend jedoch ungelernete Arbeiter, gelernte Arbeiter, Arbeits-

Ich-Struktur-Profil

Borderline

Einschätzung der einzelnen Ich-Funktionen
der primären, zentralen und sekundären Ich-Struktur

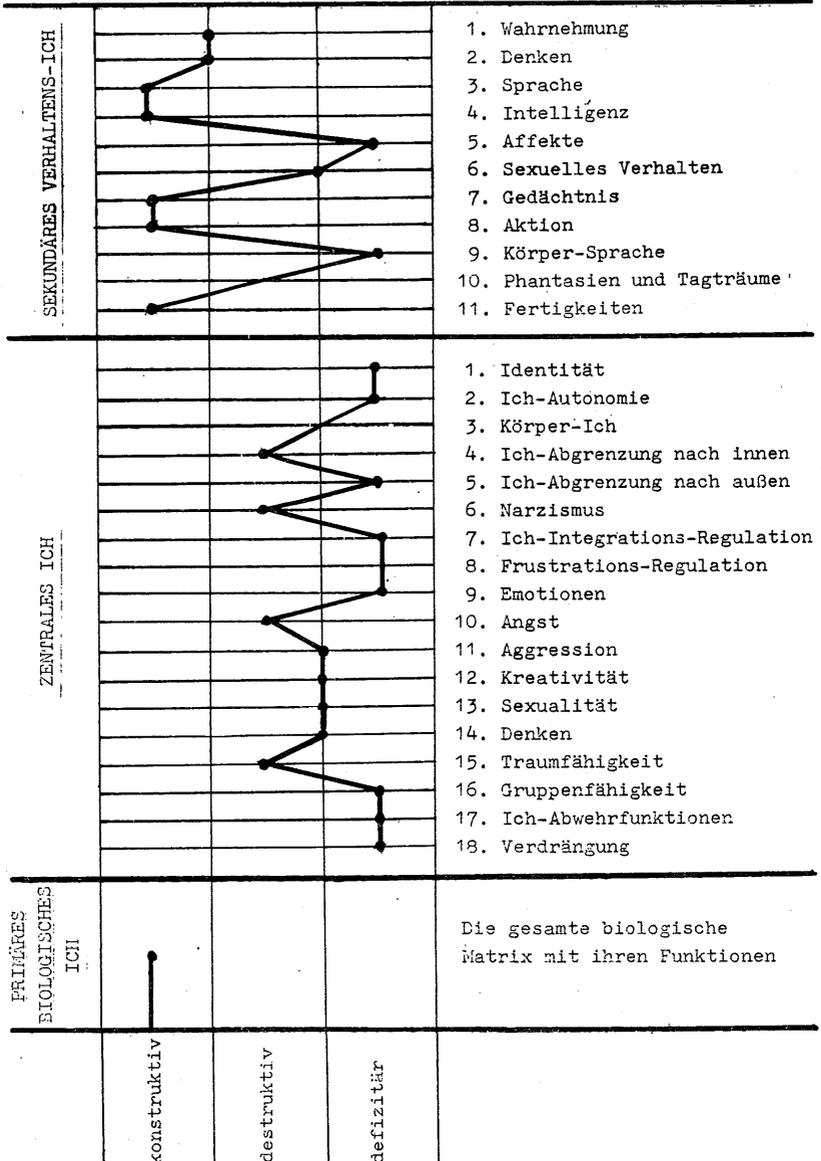


Abb. 1: Idealtypisches Persönlichkeitsprofil des Borderline-Kranken

Ich-Struktur-Profil Schizophrene Reaktion

Einschätzung der einzelnen Ich-Funktionen
der primären, zentralen und sekundären Ich-Struktur

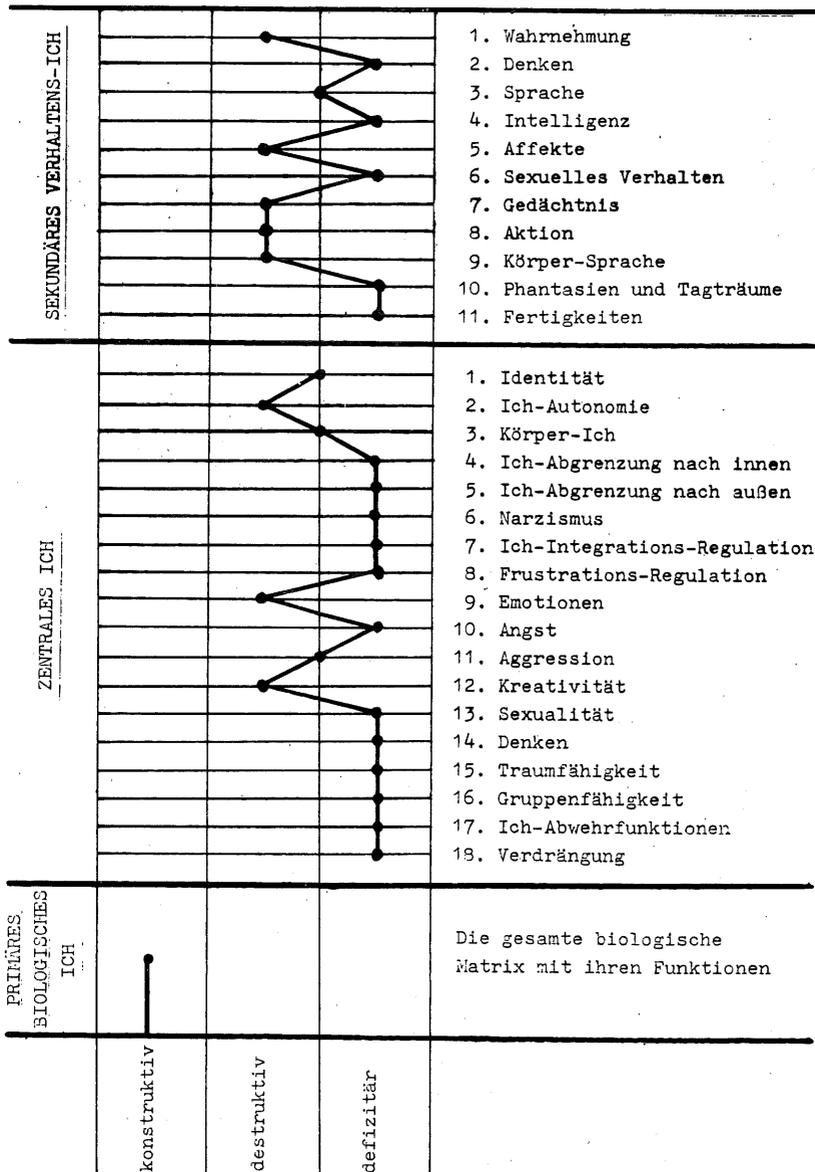


Abb. 2: Idealtypisches Persönlichkeitsprofil des schizophren reagierenden Patienten

Tabelle 1: Prozentuale Verteilung der Diagnosegruppen bei stationär behandelten Patienten der Dynamischen Psychiatrischen Kliniken in Bayern

BORDERLINE (ICD 301)	41,6 %
Schizophrene Reaktion (ICD 295)	23,4 %
andere Psychosen (ICD 296,5)	2,9 %
narzißtische Depression (ICD 296,1)	12,7 %
Psychosomatik (ICD 306)	12,0 %
Sucht (ICD 304)	7,4 %

lose, Studenten mit meist abgebrochenem Studium, Angestellte und nur wenige Freiberufliche oder Akademiker unter unseren Patienten und seit Jahren keinen einzigen Privatpatienten. Unsere Klinik steht in einem Verbund mit Tageskliniken, Halbweghäusern, therapeutischen Wohngemeinschaften und ambulant arbeitenden Instituten, sowie Fachpraxen.

Wir arbeiten einerseits mit dem staatlichen Bezirkskrankenhaus Haar, das sowohl eine geschlossene, als auch eine sozialtherapeutische Abteilung hat, das nahe bei uns liegt, sowie mit dem staatlichen Allgemeinkrankenhaus Harlaching, das alle medizinischen Spezialabteilungen anbietet, seit Jahren eng zusammen.

Angesichts der psychopathologischen Differenziertheit der Patienten ist eine differenzierte Methodik zur Diagnose und Therapie notwendig. Neben den sorgfältigen Interviews der Patienten, bei denen ihr Verhalten im Hier und Jetzt der Interviewsituation als besonders ausschlaggebend gilt, werden genaue Untersuchungsverfahren im Hinblick auf die Lebensgeschichte, Interviews mit den Familienangehörigen, routinemäßige Videoaufzeichnungen des Patienten im milieutherapeutischen Feld der Klinik, in der Großgruppe und in gruppentherapeutischen Gruppen durchgeführt. Dieses methodische und diagnostische Spek-

trum wird durch internistische und psychiatrische Aufnahmeuntersuchungen, psychodiagnostische Testverfahren sowie durch Hirnstromuntersuchungen im Schlaf- und Traumlabor ergänzt und erweitert.

Erste Untersuchungen im Schlaf- und Traumlabor weisen darauf hin, daß Borderline-Patienten, wie alle anderen diagnostischen Gruppen, nur verschwindende Prozentanteile der Schlafstadien III und IV (Delta-Schlaf) haben. Die Werte liegen im Normalbereich einer vergleichenden Kontrollgruppe. Aber verglichen mit den übrigen Diagnosegruppen aus dem Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten, weisen sie die höchsten Prozentanteile an REM-Schlaf (bezogen auf die Gesamtschlafdauer einer Nacht) auf.

Über die Qualität des zugrundeliegenden neurophysiologischen und psychischen Prozesses können wir derzeit anhand von Schlafuntersuchungen noch keine Aussagen machen. Weitere Untersuchungen sind in Vorbereitung, um differenziertere Unterscheidungen zu ermöglichen.

Der Ich-Struktur-Test nach *Ammon* (ISTA) ist ein von unserer Forschungsgruppe entwickelter Persönlichkeitsfragebogen, der auf dem Wege der Selbsteinschätzung des eigenen Verhaltens und der eigenen Einstellung in durch die Test-Items vorgegebenen, standardisierten gruppendynamischen Situationen Aufschluß gibt über die Entwicklung zentraler Ich-Funktionen, die im nicht-bewußten Kern der Persönlichkeit angesiedelt sind.

Über das Konzept des Synergismus – in jeder Lebensäußerung vermittelt sich auch Nicht-Bewußtes – ermöglicht der ISTA Rückschlüsse auf die zentrale Ich-Struktur in ihre konstruktiven, destruktiven und defizitären Ausprägungen, sowie Aussagen über ich-strukturelle Veränderungen. Der ISTA ist bislang für die Ich-Funktionen der Aggression, Angst, Ich-Abgrenzung und des Narzißmus entwickelt. Er ist ein zuverlässiges und valides Meßinstrument und erfüllt die testpsychologischen Gütekriterien der Objektivität, Reliabilität und Validität (vgl. *Burbiel, Vogelbusch* 1981; *Ammon, Burbiel, Finke, Wagner* 1982; *Burbiel, Finke, Wagner* 1983).

Die Diagnosegruppen der Borderline-Struktur und der schizophrenen Reaktion unterscheiden sich in den untersuchten Ich-Funktionen im ISTA zunächst nicht signifikant, was der Hypothese entspricht, daß beide Krankheitsbilder ähnlich große Defizite im zentralen Ich aufweisen können. Bei einer näheren Analyse der ISTA-Aufnahmewerte von Borderline-Patienten in stationärer Behandlung zeigte sich, daß sich etwa ein Drittel der Borderline-Patienten durch ein sog. Anpassungsprofil identifizieren läßt, einem Profil, das die Patienten ‚gesünder als gesund‘ erscheinen läßt.

In diesem Profil sehen Sie die hohen konstruktiven und sehr niedrigen destruktiven und defizitären Ausprägungen der Ich-Funktionen der Aggression, der Angst, der Ich-Abgrenzung und des Narzißmus.

ISTA

Profilblatt

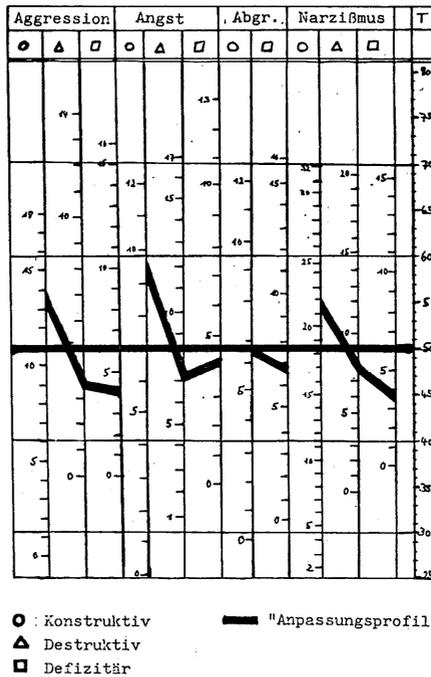


Abb. 3: ‚Anpassungsprofil‘ bei Borderline-Patienten (n = 27) im ISTA für die Ich-Funktionen der Aggression, der Angst, der Abgrenzung und des Narzißmus

Diese Borderline-Patienten bilden eine relativ homogene Untergruppe, deren ISTA-Profil zunächst „gesünder als gesund“ aussieht, wobei die destruktiven und defizitären Ich-Struktur-Anteile noch unter denen einer Normalstichprobe liegen. In Übereinstimmung mit dem zum Krankheitsbild gehörenden gut funktionierenden Verhaltens-Ich zeigt sich beim Borderline-Erkrankten ein signifikant höherer Intelligenz-Quotient gegenüber allen anderen Patientengruppen.

Im Widerspruch zu dieser scheinbaren Normalität steht die Aufnahme in die Klinik aufgrund existentieller Notsituationen und massiver Symptome wie Alkoholmißbrauch, körperliche Erkrankungen usw., die aber nicht mit der eigenen Persönlichkeit in Verbindung gebracht werden. In dieser Gruppe ist der Zugang zum Nicht-Bewußten und damit der Synergismus von Bewußtem und Nicht-Bewußtem besonders stark gestört.

Im Rahmen einer Effizienzuntersuchung mit den psychologischen Testverfahren des ISTA, des MMPI, des Wartegg-Zeichentests, mit

dem Intelligenztest IST 70 von *Ambauer* wurden auch ($N = 27$) Borderline-Patienten untersucht. Dabei zeigte sich, daß die konstruktiven Anteile der Ich-Funktion im Verlauf der Klinikbehandlung deutlich anwachsen, während die defizitären Ausprägungen abnehmen. Weiterhin wächst die Fähigkeit zur Ich-Abgrenzung, worin sich die verringerte Überanpassung und die Fähigkeit, einen eigenen Standpunkt einzunehmen, widerspiegelt. Dieser strukturelle Gewinn wird untermauert durch die gleichzeitige Abnahme von Symptomen, wie sie im MMPI erfaßt werden.

Die neuesten Forschungsergebnisse dazu stellen wir Ihnen auf Wunsch gerne zur Verfügung.

Als weitere testpsychologische Methode setzen wir den Autokinetischen Lichttest ein, ein Wahrnehmungsexperiment, das ohne kognitive und intellektuelle Beeinflussungsmöglichkeiten Rückschlüsse auf die Persönlichkeitsstruktur erlaubt.

Das Autokinetische Experiment wird in einem etwa 12 qm großen, völlig abgedunkelten Raum durchgeführt, in dem der Untersuchungsteilnehmer etwa 3 m von einem Lichtpunkt entfernt sitzt. Der Lichtpunkt entsteht durch ein Loch von weniger als 1 mm Durchmesser durch das das Licht einer Glühbirne fällt. Auf dem Tisch vor dem Beobachter befindet sich ein 60×70 cm großes Blatt Papier, das von einem Holzrahmen festgehalten wird.

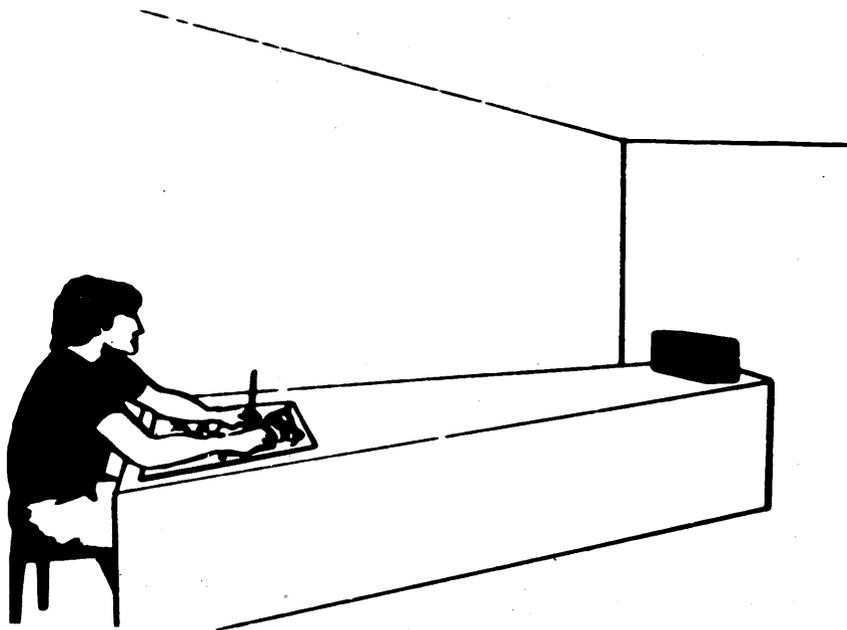


Abb. 4: Versuchsanordnung beim Autokinetischen Lichttest (AKL)

Vor den Augen der meisten Beobachter beginnt der Lichtpunkt sich scheinbar zu bewegen, was von den Patienten aufgezeichnet wird. Psychophysiologische Untersuchungen, die die Autokinese in Verbindung zu Augenbewegungen untersuchten, konnten keinen Zusammenhang zwischen Art und Ausmaß der Autokinese und Augenbewegungen nachweisen (*Exner 1896; Guilford und Dallenbach 1928; Gregory 1972; Levy 1972*).

Wir gehen davon aus, daß Art und Ausmaß der autokinetischen Bewegungswahrnehmung Ausdruck der Persönlichkeitsstruktur des Beobachters ist und konnten diesen Zusammenhang in einer Reihe von Untersuchungen nachweisen (*Ammon et al. 1982; Ammon et al. 1983*).

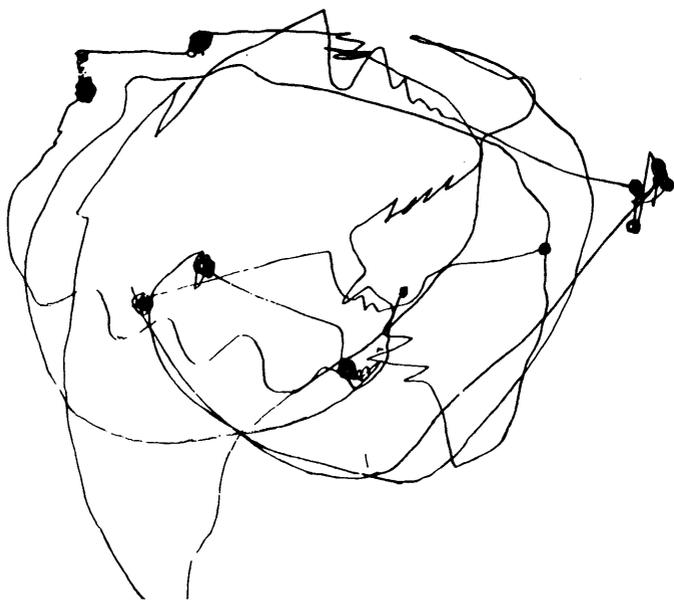


Abb. 5: Beispiel eines autokinetischen Bewegungsbildes

Zur Auswertung dieser Bewegungsbilder definieren wir eine Reihe von Variablen: metrische Größen (Länge der Bewegungslinie, Spannweite, Anzahl der Haltepunkte, Anstöße an der Umrandung) und 10 graphische Parameter (wie z. B. die Dimension offen – geschlossen, linienhaft – formenhaft, usw.).

Ein diagnostisches Kriterium der Borderline-Erkrankung in der autokinetischen Situation ist die geringe Konstanz der metrischen Meßgrößen der Bewegungsbilder bei gleichbleibendem Gesamteindruck. Äußere Orientierungskriterien mobilisieren beim Borderline-Erkrankten sekundäre Ich-Funktionen zur Anpassung an von außen erwünschte

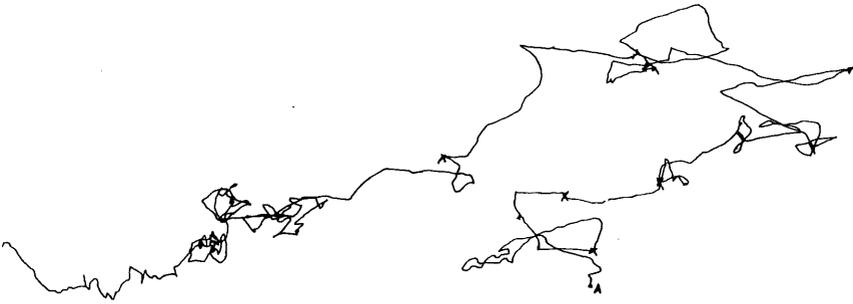


Abb. 6: Autokinetisches Bewegungsbild eines Borderline-Patienten in der Aufnahmesituation

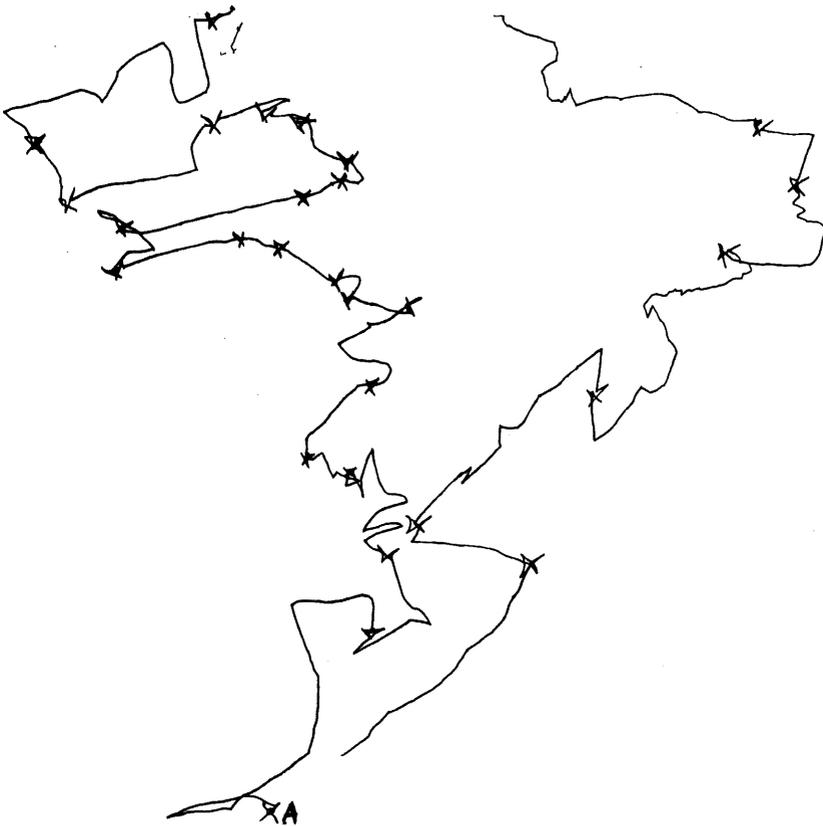


Abb. 7: Das Bewegungsbild bei Testwiederholung nach 5 Tagen

Leistungen. Ihr Wegfallen in der autokinetischen Situation läßt die innere Orientierungslosigkeit deutlich werden, die sich in der großen Streuung in den metrischen Größen bei Testwiederholungen zeigt. Die Abbildungen 6 und 7 zeigen beispielhaft die Bewegungsbilder eines Borderline-Patienten in der Aufnahmesituation und in der Testwiederholung nach fünf Tagen.

Differentialdiagnostische Untersuchungen sollten in der Regel ohne Verabreichung von Psychopharmaka, gleich welcher Art, stattfinden. Bei gesonderten Untersuchungen kann jedoch die Reaktion auf Psychopharmaka zur Differentialdiagnose zwischen borderline- und schizophren Reagierenden verwandt werden. Der Borderline-Patient reagiert in der Regel ähnlich wie neurotisch strukturierte Patienten auf Psychopharmaka. In unserer klinischen Erfahrung ist die Reaktion des Borderline-Patienten auf Tranquilizer, Neuroleptika und Antidepressiva in der Regel negativ. Leichte Stimulanzia und leichte Antidepressiva wirken beim Borderline-Patienten ähnlich wie beim Neurotiker oder verhältnismäßig gesunden Menschen.

Auch im Hinblick auf Suizidalität sind differentialdiagnostische Merkmale festzustellen. Beide Gruppen haben eine Tendenz zur Suizidalität: der Schizophrene durchgehend, jedoch besonders bei Phasen der Besserung, und der Borderline-Kranke bei Isolation und Verlust von Partnern und Gruppen.

Es mag auch interessant sein, daß wir in unseren Untersuchungen bei fast allen Borderline-Patienten eine mehr oder weniger starke Neigung zum Alkohol gefunden haben, während schizophren reagierende Patienten eher zu Drogen- und Medikamenten-abusus neigen.

Therapeutische Konsequenz aus dem bisher Gesagten ist, daß das therapeutische Programm bei beiden Krankheitsbildern aufgrund der ich-strukturellen Untersuchung, die besonders auch die gesunden Persönlichkeitsanteile mit einbezieht, entwickelt wird.

Wenn wir uns die beiden Persönlichkeitsprofile der Borderline- und schizophrenen Persönlichkeitsstruktur vergleichend ansehen, so ergibt sich konsequentermaßen daraus für die Therapie, daß wir uns bei dem schizophren Reagierenden darauf konzentrieren, die Funktion des Verhaltens-Ich schrittweise wieder aufzubauen, während wir uns bei der Borderline-Persönlichkeit, bei Ignorieren seiner Verhaltenssymptomatik, auf seine dahinterliegende Angst und Wut im therapeutischen Kontakt konzentrieren und ihm durch ein strukturiertes und abgegrenztes milieutherapeutisches Programm die abgrenzenden Kontrollen geben, die er sich selber nicht geben kann. Bei beiden Patientengruppen werden die gesunden Ich-Anteile wie Fertigkeiten, frühere Interessen, Begabungen und sportliche Fähigkeiten schrittweise als Bundesgenossen in die Behandlung der Krankheit eingesetzt.

Für beide Patientengruppen ist die erste Begegnung und das erste Ge-

spräch mit dem Arzt bei der Aufnahme bedeutsam. Diese Begegnung sollte für beide, Arzt und Patient, die Vertrauensgrundlage von Untersuchung und Behandlung bilden. An der Behandlung nimmt das gesamte Team der Klinik teil mit den Krankenschwestern, Pflegern und Psychologen, speziell geschulten psychotherapeutischen Psychiatern und Sozialarbeitern, Internisten, sogenannten Beschäftigungstherapeuten, bei uns Milieutherapeuten genannt, eigentlich bis hin zum Küchenpersonal.

Man kann sagen, daß die therapeutische Effektivität einer dynamisch arbeitenden psychiatrischen Klinik so gut ist wie ihr Team, dessen Qualifikationen und besonders, wie die Gruppendynamik des gesamten Teams der Klinik übersehbar, verstehbar und für das therapeutische Klima einsetzbar ist. Dienlich dafür sind besonders tägliche Teamkonferenzen und falls möglich gruppendynamische Selbsterfahrungssitzungen des Teams in gewissen Zeitabständen. Das heißt bei Borderline- und Schizophrenietherapie ist die Therapie nicht nur auf einen therapeutischen Arzt konzentriert, sondern unter seiner koordinierenden Supervisionsarbeit bildet das gesamte Team ein therapeutisches Netz.

Darüberhinaus ist die Gruppendynamik der Patientengroßgruppe, wie auch der verschiedenen Kleingruppen z. B. der Wohngruppen, der milieutherapeutischen Projektgruppen bis hin zu den formalen Gruppentherapiegruppen von entscheidender Bedeutung.

In größeren psychiatrischen Anstalten, die bis zu 2 000 Patienten betreuen, ist es durchaus möglich, in den einzelnen Abteilungen, die 100 Patienten haben, Kleingruppen bis 10 Patienten zu schaffen, die gemeinsam an milieutherapeutischen Projekten teilnehmen und mehrmals wöchentlich unter Leitung einer Krankenschwester Gruppensitzungen und einmal in der Woche eine gruppentherapeutische Sitzung mit einem geschulten Leiter haben.

Psychopharmaka sollten nur dann gegeben werden, wenn besonders bei schizophren strukturierten Patienten Angst-, Wahn- und Aggressionszustände keinen Kontakt zulassen. Es ist hier die Kunst, mit möglichst geringen Dosen und einer besonderen Zusammensetzung verschiedener Medikamente, wie z. B. bei uns Haldol, Neurocil oder Ciatyl und Atosil auszukommen.

Sobald sich ein verbaler Kontakt anbahnt, gehen wir langsam mit der Dosis herab. Das heißt, in einer Dynamischen Psychiatrie ersetzt menschlicher Kontakt und ein den ganzen Tag umfassendes Aktivitätsprogramm weitgehend die Psychopharmakatherapie. Jedoch ganz ohne Psychopharmaka wird man bei schizophren leidenden Patienten nie auskommen können, auch nicht in gewissen Phasen der Borderline-Therapie, wenn erhebliche Wutausbrüche den Kontakt zum Team wie zu den Patienten abrechen und Mitpatienten körperlich gefährden.

In der Therapie beider Patientengruppen haben wir erfolgreich be-

sonders die Theatertherapie und die ich-strukturelle Tanztherapie, wie auch besonders die Reittherapie eingesetzt. Darüber hinaus haben wir seit 30 Jahren die Erfahrung gemacht, daß intensive Milieutherapie an Arbeitsprojekten, die auch von Wichtigkeit für die Patienten sind und der Verschönerung ihrer Räume in der Klinik dienen, wie Anlage von Gärten, Brunnen, Blockhäusern im Garten oder der Bau von Einfriedungsmauern, Gartenwegen oder die frühmorgendliche Arbeit im Pferdestall, von großer Bedeutung sind. Für schizophran strukturierte Patienten ist oft der erste Kontakt möglich zu einem Tier, wie z. B. einem Pferd, einer Katze und einem Hund. Deswegen sind auch im beschränkten Maße Tiere in unserer Klinik gestattet. Auch werden Patienten zur Betreuung anderer Patienten eingesetzt, wie z. B. die Betreuung alter und bettlägeriger Patienten durch Jugendliche, Mitarbeit bei der Mutter-Kind-Station, Betreuung suicidalen Patienten.

Immer wieder werden wir die Erfahrung machen, daß eine Anzahl von Patienten nicht erreichbar ist und wir ihnen nicht helfen können oder nur sehr wenig. Bei den schwerkranken Patienten der Klinik sind dies etwa 20 %, wobei hier auch die Behandlungsabbrüche mit einbezogen sind. Bei den leichter kranken Patienten der ambulanten Behandlungsform sind es ca. 12 %.

Patienten, denen wir mit psychotherapeutischen Maßnahmen nicht helfen können, müssen dann einem allgemeinen Rehabilitationsprogramm durch sogenannte beschützende Werkstätten und einer ständigen ambulanten Betreuung zugeführt werden.

Bei der Gruppenpsychotherapie ist eine Gruppe soweit effizient, wie sie zusammengesetzt ist, d. h. wie der Therapeut und die Patienten miteinander arbeiten können, wobei wir gute Erfahrungen mit möglichst gemischten Gruppen gemacht haben, d. h. Borderline- und schizophran Reagierende und psychosomatische Patienten in einer Gruppe.

Die Grundphilosophie unserer Arbeit ist eine partnerschaftliche Haltung den Patienten gegenüber und der Einsatz der vollen Person und auch des Zeigens von Identitäten und Gefühlen des therapeutischen Teams mit Auseinandersetzungsfähigkeit. Gerade was die Arbeit mit Borderline-Patientengruppen angeht, könnte man da an *Makarenko*, *Aichhorn* und auch *Benedek* denken. Wichtig ist auch die Persönlichkeit des Therapeuten, er sollte die Bereitschaft haben, sich selber in Frage zu stellen, sollte selber kontaktfähig sein, Güte und Wärme besitzen, vorurteilsfrei sein gegenüber menschlichen Absurditäten, seine eigenen Stärken und Schwächen kennen und die Fähigkeit zur Fürsorge für andere Menschen besitzen. Er sollte in der Lage sein, Standpunkt und Identität zu vertreten, auch wenn dies unbequem ist, sowohl den Patienten als auch dem Team gegenüber. Dies ist besonders wichtig bei der Auseinandersetzung mit dem destruktiven Aggressionspotential der Patienten und ihrer Fähigkeit zur Provokation und Kränkung.

Bisher hat unsere Wissenschaft noch keine endgültigen Antworten zur Frage der Geisteskrankheiten gefunden. Wir wissen nur, daß es zum Menschsein gehört, abnorm zu reagieren und sich entwickeln zu können und daß wir erst dabei sind, psychologische, gesellschaftliche und biologische Aspekte zu erforschen, um effektivere Verständnis- und Therapieformen entwickeln zu können.

*The Borderline-Syndrome – a New Nosological Unit
in Differentiation to Schizophrenia
(Diagnostic, Clinical and Therapeutical Aspects)*

Günter Ammon (Berlin)

The author introduces the concept of Borderline-Syndrome which includes the symptoms as well as the ego-structure, therapeutic consequences and the possibility for experimental research. In 1976 Ammon first published his concept of the Borderline-Syndrome. He gives the review of the literature on "Borderline states", "Borderline case", "pseudoneurotic schizophrenia", "ambulatory schizophrenia". Ammon conceives the Borderline-Syndrome as a new picture of mental illness and differentiates it diagnostically from schizophrenia. This concept is of greatest importance for the evaluation of legal responsibility in forensic psychiatry, where the diagnosis differentiates passing psychotic reaction leading to criminal behaviour from rationally performed actions done in schizophrenic psychotic states. Generally speaking this means a clarification for legal evaluation of sanity or insanity.

Ammon integrates the Borderline-Syndrome into a sociopathic personality structure with greatly differing symptomatic behaviour. As such every person suffering from the Borderline-Syndrome is both a risk to himself and to his surroundings as he is very disturbed in the central unconscious core of his personal identity. On unforeseen occasions his facade of health collapses and this can result in psychotic-destructive eruptions.

The abrupt release of psychotic, destructive and antisocial behaviour is of great importance for the diagnostic differentiation of the reaction to that of the schizophrenic reaction, with which the person suffering from Borderline-Syndrome has the main disturbance in the central unconscious core in common.

He differentiates himself however with a relative uninjured facade, sometimes even with over-compensated, brilliant secondary ego-functions. A further main difference lies in the experiencing of anxiety, from which the person suffering from the Borderline-Syndrome often withdraws himself, whereas the schizophrenic patient is helpless against it.

A case study strikingly and vividly the opalescent personality of a Borderline hysterical patient, symptomatic behaviour and the story of suffering as well as the acting out of the inner dispersal in reality.

Research of the life history and the way of life of the patients in their social-energetic effect on the personality structure, the analysis of the present situation prior to admission to the clinic, interviews and direct observation while in the clinic, experimental research and psychological testing represent the diagnostic spectrum of the ego-structural research. The results of this research considering family-dynamics, life-style, abilities and skills in the area of behaviour, thinking, symptomatic behaviour and the structure of personality are explained and compared for both illnesses by Ammon.

The research results from the sleep and dream laboratory as well as from the Ego-Structure-Test from Ammon (ISTA) and from the Auto-kinetic Light Test (AKL) point in the direction of the theoretical concept. The two nosological units Borderline Syndrome and schizophrenia do not differentiate from one another in the degree of central deficits. However by close analysis one can identify a group of Borderline patients whose scores on the ISTA-scales and whose IQ can be interpreted as "healthier than healthy".

The AKL, a perception experiment lacking the possibility of cognitive influence, shows a great variability of scores whereas the impression as a whole for the researching observer remains the same, which makes the inner lack of orientation clear, by the ceasing of the outer orientation points.

In the therapeutic consequences the crucial point of the treatment of the Borderline patients lies in the fundamental partnerlike attitude of the therapist of the team responsible for the treatment, in concentration on the anxiety and anger behind the behaviour displayed and the symptoms. All the healthy ego-parts are brought in as confederates into the treatment. Hereby the first meeting of the patient with the therapist is very meaningful, as is the quality of the contact which is crucial during the whole therapy.

The sketching of the therapeutic spectrum of a Dynamic-Psychiatric Clinic is completed by statistical data on the ambulatory treated and stationary treated patients and the dispersion of the diagnostic groups of the Mengerschwaige Clinic.

Literatur

- Alexander, F.* (1930): The Neurotic Character. In: *Int. J. Psychoanal.* 11, 292–311
Ammon, G. (1957): The Psychotherapeutic Process of a Painter with Schizophrenic Reaction, demonstrated through Pictures. In: *Proceedings G. Congr. Interam. Soc. Psychol.* Mexico City

- (1959): *Theoretical Aspects of Milieu Therapy*. Menninger School of Psychiatry (Topeka, USA) und Pinel Publ. 1977
- (1969): Abrupter Durchbruch destruktiver Aggression als psychiatrisches Problem. In: *Beiträge zur gerichtlichen Medizin*, Bd. 27, Deulicke, Wien
- (1971): Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie I. In: *Dyn. Psychiat.* (4) 9–28
- (1971): Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie II. In: *Dyn. Psychiat.* (4) 123–167
- (1971): Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie III. Therapeutische Technik und analytischer Prozeß. In: *Dyn. Psychiat.* (4) 181–201
- (1972): Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie IV. Familiendynamik und Krankheitsgeschichte. In: *Dyn. Psychiat.* (5) 81–107
- (1976): Das Borderline-Syndrom – ein neues Krankheitsbild. In: *Dyn. Psychiat.* (9) 317–348
- (1976): Psychotherapeutische Prozesse bei Jugendlichen. In: *Dyn. Psychiat.* (9) 238–250
- (1976): The Borderline-Syndrom – A New Illness Description. Vortrag gehalten in der Jefferson University, Philadelphia, USA, 17. November 1976
- (1976): The Borderline-Syndrom – A New Illness Description. Vortrag gehalten in Hassadah Medical Center der Hebrew University, Jerusalem, Israel, 24. Dezember 1976
- (1976): Ich-psychologische Entwicklungen im Medium der Gruppe – defizitäre und emanzipatorische Möglichkeiten. Vortrag gehalten auf dem VIII. Kongreß der Gesellschaft für Ärztliche Psychotherapie zum Thema „Soziodynamische Aspekte der Psychotherapie“, Dresden, 8. November 1976
- (1978): Das ich-strukturelle und gruppendynamische Prinzip bei Depression und psychosomatischer Erkrankung. In: *Dyn. Psychiat.* (12) 445–463
- Ammon, Günter* unter Mitarbeit von *Ammon, Gisela* und *Marsen, B.* (1979): Das Borderline-Syndrom und das ich-strukturelle Arbeiten. In: *Günter Ammon* (Hrsg.): *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie* Bd. 1 (München-Basel: Reinhardt)
- Ammon, G.* unter Mitarbeit von von *Wallenberg Pachaly, A.* (1979): Schizophrenie. In: *Günter Ammon* (Hrsg.): *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie* Bd. 1 (München-Basel: Reinhardt)
- Ammon, G.* (1980): Ich-strukturelle und gruppendynamische Aspekte bei der Entstehung der Schizophrenie und deren Behandlungsmethodik. In: *Dyn. Psychiat.* (13) 429–448
- Ammon, Günter, Ammon, Gisela* u. *Griepenstroh, D.* (1981): Das Prinzip von Sozialenergie – gleitendes Spektrum und Regulation. In: *Dyn. Psychiat.* (14) 1–15
- Ammon, G., Burbiel, I., Finke, G., Wagner, H.* (1982): Ergebnisse Dynamisch-Psychiatrischer Forschung. In: Ebda.
- Ammon, G.* (1982): Identität – ein Geschehen an der Grenze von Raum und Zeit. Zum Prinzip der Sozialenergie. In: *Dyn. Psychiat.* (15) 114–128
- (1982): Das sozialenergetische Prinzip in der Dynamischen Psychiatrie. In: *Günter Ammon* (Hrsg.): *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie* Bd. 2 (München-Basel: Reinhardt) 4–25
- Ammon, G., Burbiel, I., Stuck, U.* (1983): Der Autokinetische Lichttest in der Humanstrukturologischen Forschung. In: *Dyn. Psychiat.* (16) 63–109
- Bassin, F. V., Rotenberg, V. S., Smirnov, I. N.* (1983): On Günter Ammon's Principle of Social Energy: Analysis of the Methodological Basis. In: *Dyn. Psychiat.* (16) 14–48
- Becke, B., Bott, C., Rock, W. u. Wiehl-Volbehr, A.* (1978): Methodische Ansätze zu einer objektivierenden ich-strukturellen Diagnostik im Rahmen des Ammonschen Ich-Struktur-Modells am Beispiel der zentralen Ich-Funktion der Aggression. In: *Dyn. Psychiat.* (11) 152–164
- (1976): Das Borderline-Syndrom in Theorie und Praxis, Synopsenheft des VIII. Internat. Symposiums der Deutschen Akademie für Psychoanalyse, Düsseldorf
- Bychowski, G.* (1957): *Psychic Structure and Therapy of Latent Schizophrenia in Psychoanalytic Office Practice*. A. Rifkin (ed.) (New York: Grune & Stratton)
- Cattell, J. P.* (1966): *A Psychodynamic View Pseudoneurotic Schizophrenia*. In: *Psychopathology of Schizophrenia*. P. H. Hock, J. Zubin (eds.) (New York: Grune & Stratton)
- Chessick, R. D.* (1977): *Intensive Psychotherapy of the Borderline Patient*. (New York: J. Aronson)

- Dunais, S. C., Hock, P. H.* (1955): Pseudopathic Schizophrenia. In: *Psychiatry and the Law*. P. H. Hock u. J. Zubin (eds.) (New York: Grune & Stratton)
- Exner, S.* (1896): Über autokinetische Empfindungen. In: *Zeitschrift für Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane* (12) 313–330
- Gregory, R. L.* (1972): Auge und Gehirn. Zur Psychologie des Sehens (Frankfurt: Fischer Verlag)
- Griepenstroh, D., von Wallenberg Pachaly, A.* (1979): Das energetische Prinzip bei Freud und Ammon. In: *Günter Ammon* (Hrsg.): *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie* Bd. 1 (München-Basel: Reinhardt)
- Grinker, R. R. Sr., Werble, B., Drye, R.* (1968): *The Borderline-Syndrom*. (New York: Basic Books)
- Grinker, R. R. Sr.* (1977): The Borderline Syndrome. A Phenomenological View. In: *Borderline Personality Disorders*. P. Hartocollis (ed.) (New York: Int. Univ. Press)
- Guilford, R. B.; Dallenbach, F.* (1928): A study of the Autokinetic Sensation. In: *American Journal of Psychology* (40) 83–91
- Hock, P. H., Polatin, P.* (1949): Pseudo Neurotic Forms of Schizophrenia. In: *Psychiatric Quarterly* 23, 248
- Hughes, C.* (1884): Borderline Psychiatric Records – Prodromal Symptoms of Physical Impairments. In: *Alienist and Neurol.* 5, 85
- Kernberg, O.* (1975): Borderline Conditions and Pathological Narcissism. (New York: Aronson)
- Knight, R.* (1953): Management and Psychotherapy of the Borderline Schizophrenic Patient. In: *Bull. Menn. Clinic* 17, 139–150
- (1954): An Evaluation of Psychotherapeutic Techniques. *Psychoanalytic Psychiatry and Psychology*. (New York: Int. Univ. Press)
- Kohut, H.* (1979): Die Heilung des Selbst. (Frankfurt: Suhrkamp)
- Kostandov, E. A.* (1978): Physiological Mechanisms of “Psychological Defence” and Unaccountable Emotions. In: *A. Š. Prangishvili, A. E. Sherozia u. F. V. Bassim* (eds.): *The Unconscious*. (Tbilisi: Metsniereba)
- Kraepelin, E.* (1916): *Psychiatrische Klinik*, Bd. I, 3. Aufl.
- Kraepelin, E., Lange, J.* (1927): *Allgemeine Psychiatrie*. (Leipzig: J. A. Barth)
- Kretschmer, E.* (1921): *Körperbau und Charakter*, 23. und 24. Aufl. (Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer)
- Levy, J.* (1972): Autokinetic Illusion: A systematic Review of Theories, Measures, and independent Variables. In: *Psychological Bulletin* (78/6) 457–474
- (1979): Psychosomatische Erkrankung und Depression. Synopsenheft des X. Internat. Symposiums der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), Berlin
- Reich, W.* (1933): *Charakteranalyse*. (Berlin: Kohn, 1970: sexpol)
- Rosse, J. C.* (1890): Clinical Evidence of Borderline Insanity. In: *J. Nerv. Mental Diseases* 17, 669
- Rotenberg, V. S.* (1982): Funktionale Dichotomie der Gehirnhemisphären und die Bedeutung der Suchaktivität für physiologische und psychopathologische Prozesse. In: *Günter Ammon* (Hrsg.): *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie* Bd. 2 (München-Basel: Reinhardt)
- (1980): Psychotherapie der Schizophrenie. Forschung, Theorie und Praxis, Synopsenheft des XII. Internationalen Symposiums der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), München
- Schmideberg, M.* (1959): The Borderline Patient. In: *S. Arieti* (ed.): *The American Handbook of Psychiatry*. (New York: Basic Books)
- Schneider, K.* (1950): *Klinische Psychopathologie*, 3. Aufl. (Stuttgart: Thieme)
- Uznadze, D. N.* (1939): Untersuchungen zur Psychologie der Einstellung. In: *Einstellungspsychologie*. (Volk und Wissen, Berlin)
- Zilboorg, G.* (1931): The Deeper Layers of Schizophrenic Psychosis. In: *Am. J. Psychiat.* 88, 493

Buchbesprechungen

АКАДЕМИЯ НАУК СССР
ИНСТИТУТ ФИЛОСОФИИ

ВОПРОСЫ
ФИЛОСОФИИ

№ 9

НАУЧНО-ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ИЗДАЕТСЯ С ИЮЛЯ 1947 ГОДА
ВЫХОДИТ ЕЖЕМЕСЯЧНО

1984

МОСКВА. ИЗДАТЕЛЬСТВО ЦК КПСС «ПРАВДА». 1984.

Гюнтер АММОН (ред.) *Руководство по динамической психиатрии*. Издательство Эрнст Райнхардт. Мюнхен, 1982, 919 стр.
G. AMMON (hrsg.). *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie*. Bd. 2, Ernst Reinhardt Verlag, München, 1982, 919 S.

Рецензируемое руководство представляет собой, по существу, самостоятельную монографию, в которой излагаются основные исходные теоретические положения, практические исследовательские и терапевтические подходы нового для западной психиатрии концептуального направления, которое сформировалось на стыке психологии, социологии, психиатрии и нейрофизиологии.

Общепризнано, что пограничные исследования являются в настоящее время наиболее перспективными. В рамках данного направления рассматриваются такие методологически важные вопросы, как отношение мозга и психики, роль социальных связей в развитии творческого потенциала и в становлении психики, значение межличностных взаимодействий для физического и психического здоровья индивида, и многие другие. Будучи написана коллективом авторов из пяти европейских стран, включая советских исследователей, книга тем не менее представляет собой целостное последовательное изложение оригинальной концепции.

Концепцию динамической психиатрии отличают следующие основные моменты: 1) признание роли нейрофизиологического субстрата в возникновении и развитии психических нарушений; 2) признание важной роли социального фактора, включая коллективные трудовые процессы, в нормальном развитии психики, а также в возникновении, развитии и лечении психических заболеваний. Оба эти положения сближают концепцию динамической психиатрии с положениями советской психологии и медицины. Очевидно, этим обусловлено также полемически отрицательное отношение авторов к традиционному психоанализу по Фрейдю и к антипсихиатрии.

Одним из основополагающих представлений динамической психиатрии является концептуальное понятие «социальной энергии». Под этой метафорой понимается комплекс воздействий, оказываемых на индивида в процессе социального общения, формирующих его психическое состояние, настроение, установки, а также основные тенденции психического развития. Понятие «социальной энергии» шире отношений, связанных с передачей вербальной информации при интерперсональной коммуникации, и включает невербальные воздействия, физические контакты, комплекс неосознаваемых и эмоциональных взаимодействий. Постоянный приток «социальной энергии» является необходимым условием

нормального психического развития и существования. Достаточный приток конструктивной «социальной энергии», под которым понимают необходимое количество доброжелательных социальных контактов как в первичных группах, так и в группах высшего порядка, расценивается как один из основных факторов нормального формирования личности, идентификации «Я», формирования социального сознания в детском возрасте. Особое внимание уделяется обмену «социальной энергии» в группе «мать — ребенок» как необходимой основе нормального формирования психики взрослого человека.

Вообще понятие социальной группы разных иерархических уровней придается особое значение, и на первый план выдвигается роль социальной среды, и в первую очередь трудового общения в формировании психического здоровья. В этом плане важнейшим условием формирования «Я» считается достаточно высокий уровень доброжелательных требований, предъявляемых к индивидууму со стороны других членов группы, что позволяет ограничить тенденции к деструктивной агрессивности и перевести ее в конструктивное русло. Самоидентификация «Я» рассматривается как постоянно развивающийся процесс, а не как раз и навсегда данное, застывшее состояние.

В структуре «Я» выделяют три основные области: первичное «Я» с биологическими и нейрофизиологическими функциями, центральное «Я», связанное с бессознательной психической активностью, и вторичное «Я», связанное с функцией развития способностей и готовности к целенаправленной осознанной активности. В отличие от позиции Фрейда бессознательное «Я» в концепции динамической психиатрии находится в особой зависимости от социальных отношений в группе. Такое понимание структуры «Я» наиболее близко концепциям советской психологии, разрабатываемым школой Узнадзе, рассматривающего подосознание не как сферу вытесненных биологических мотиваций и первичных инстинктов, а как сферу переработки недоступной сознанию информации.

В плане формирования центрального «Я» особое значение придается невербальным способам социальной коммуникации, таким, как мимика, интонация, жестикация, стиль общения, играющим важную роль в формировании психологического климата групп.

Исходя из представлений о том, что в основе как нормальной, так и патологической психической активности лежат нейрофизиологические механизмы, в концепции динамической психиатрии большое внимание уделяют исследованию роли мозговых систем в приложении к конкретным психологическим и патофизиологическим проблемам. В статье Б. Марсен рассматриваются вопросы соотношения психических функций и нейрофизиологических процессов, дана критика редукционизма и дискутируется проблема локализации функций мозга. Особое внимание уделено анализу исследований советских авторов А. Н. Леонтьева, А. Р. Лурия и других по этим проблемам. Специальная глава В. Пешке посвящена подробному изложению теории функциональных систем П. К. Анохина в качестве исходной позиции для анализа структуры «Я» и других понятий динамической психиатрии. Теория функциональных систем П. К. Анохина привлекает автора в связи с особым значением, которое придается в ней окружающей среде и ее формирующему участию в становлении нормальной работы мозга и психики.

Представление о двух разных модусах переработки информации, присущих правому и левому полушарию мозга, принимается для анализа проблемы бессознательных психических процессов, дифференциации типов психологической защиты, анализа процессов интра- и интерперсональной коммуникации и изучения патогенеза ряда психических расстройств, включая психосоматические заболевания, неврозы, шизофрению. С межполушарной функциональной дифференциацией связывают возникновение конфликтных мотивов и переживаний, расстройства эмоциональной сферы и мышления. Существенное внимание уделяется исследованиям советских авторов в этой области.

Руководство являет собой конкретный пример интернационализма подлинной науки.

Наиболее ярко близость позиции школы Г. Аммона к базисным представлениям советской психологии проявляется в концепциях природы и функций труда и творчества. Исходные положения динамической психиатрии в этих вопросах почти полностью совпадают со взглядами М. С. Выгодского, А. Н. Леонтьева, С. Л. Рубинштейна, что подчеркивает сам Аммон, противопоставляя эти положения традиционным психоаналитическим. Он отвергает взгляд З. Фрейда на работу как на неизбежную мучительную дань «принципу реальности» в ущерб «принципу удовольствия». В полном согласии с марксистской социологией Г. Аммон утверждает, что

только труд, деятельность делают человека личностью, открывают возможности для самовыражения, самопознания и самосовершенствования во взаимодействии с другими, формируют человеческие сообщества. Психика развивается благодаря деятельности, мотивом деятельности является общественный продукт, и потому работа должна рассматриваться в рамках экономических и общественных отношений и сама является важнейшим фактором психической экзистенции. По всем этим пунктам имеется полное сходство между динамической психиатрией и диалектико-материалистической философией и психологией. Основное же отличие подходов динамической психиатрии к этим вопросам сводится к более пристальному, чем в советской психологии, вниманию к психодинамическим процессам в микрогруппе и их влиянию на деятельность.

От общих проблем функции деятельности Аммон естественно переходит к рассмотрению роли и организации рабочих групп. Он выделяет, с одной стороны, динамичные и творческие группы, с другой — статичные, «мертвые», регрессирующие и дает характеристику каждой из них. В творческой группе основные цели работы выходят за рамки данной конкретной группы и сближаются ее с другими группами; ограничения от этих групп не являются жесткими и фиксированными, точно так же, как ролевые функции не должны быть жестко закреплены за отдельными членами группы. Даже роль лидера может в зависимости от обстоятельств и конкретных задач переходить от одного члена группы к другому. Только в таких динамичных группах — динамичных как по отношению к внешнему миру, так и относительно внутренней структуры — сохраняются условия для удовлетворения потребностей каждого из членов группы, для сохранения единства их целей и оправдания надежд. Задача группы не ограничивается выполнением рабочего проекта — не менее важной ее функцией является развитие и становление личности, форсирование самоидентификации субъекта. При этом развитие личности под влиянием группы и работы возможно до глубокой старости. В этом вопросе Аммон и его последователи не признают никаких биологических ограничений. Группы с ограниченными целями, бюрократически иерархичные являются потенциально мертвыми, ибо не способствуют духовному росту своих членов и в конце концов превращаются в деструктивные, препятствуя даже осуществлению рабочих задач.

В динамической же группе развивается творческий потенциал каждого ее члена.

Аммон рассматривает творчество не как сублимацию вытесненных потребностей, не как способ преодоления интрапсихического конфликта, а как реализацию здоровых, свободных от конфликта, человеческих возможностей, которые он называет «конструктивной агрессивностью» в отличие от деструктивной. Чем выше самоощущение человека как личности, тем в большей степени он способен к реализации своих творческих задатков. Рассматривая традиционную проблему «гения и безумия», Г. Аммон утверждает, что психопатология негативно связана с творческими возможностями именно потому, что больные не способны объединиться в динамическую, конструктивную группу.

Творчество нельзя рассматривать как индивидуальный акт. Основой творческой атмосферы Г. Аммон считает межличностные контакты с обязательным учетом несознаваемых связей с группой и миром в целом.

Проблема психических и психосоматических заболеваний также рассматривается не как проблема индивида, а как проблема отношений в группе, прежде всего в первичной. Из основных положений марксистски ориентированной психологии — о зависимости человека и его психического развития от социального окружения — Аммон делает справедливый вывод, что и проблемы патологии нельзя рассматривать только как проблемы отдельной личности или организма, без учета межличностных отношений, особенно на ранних этапах онтогенеза. Наиболее вредным считается амбивалентное отношение матери к ребенку, когда она, с одной стороны, не способна установить с ним глубокий эмоциональный контакт, а с другой — всячески удерживает его подле себя, препятствуя развитию в нем самостоятельной личности.

Так, в процессе анализа патогенеза нервной анорексии устанавливается, что мать, не будучи в состоянии адекватно понять потребности ребенка, сводит всю заботу о нем только к кормлению. Отказ от еды — это, по существу, протест против невнимания к себе как к личности, прояв-

ление деструктивной агрессивности и демонстрация своего отчуждения от семейной группы.

При соматических заболеваниях одна из основных проблем пациента сводится к затруднению адекватного выражения своих отношений, к неспособности вступить в продуктивный контакт с другими людьми. Это обуславливает сопротивление против контактов (еще более их затрудняющее) и ведет к подавлению «конструктивной агрессивности».

Однако даже у самого тяжелого больного (включая больных шизофренией) имеются сохранные функции «Я», к которым и необходимо обращаться в процессе психотерапии. Если групповая психотерапия направлена на восстановление «ядра личности», отдельные болезненные симптомы уходят сами. Динамическая психиатрия пропагандирует целостный подход к человеку, здоровому и больному, подход к нему как к меняющемуся и потенциально творческому. Подлинная цель лечения — не устранение тех или иных симптомокомплексов, а восстановление внутренней интеграции личности. С этой целью должны быть созданы творческие группы, в которых всерьез принимаются и учитываются потребности и права каждого члена группы, права на любовь и внимание. В процессе сознательного и бессознательного взаимодействия в них реконструируется личность. Субъект начинает понимать собственные потребности и чувствует себя понятым и принятым другими.

Последовательно материалистический подход к проблемам психологии и психиатрии, оригинальность ряда творческих положений и практических выводов, разработка ряда конкретных патогенетических концепций и плодотворных терапевтических подходов делают книгу особенно интересной для советского читателя и позволяют рекомендовать ее перевод на русский язык.

**Ф. В. БАССИН,
Л. Р. ЗЕНКОВ,
В. С. РОТЕНБЕРГ**

Aus: „Fragen der Philosophie“, Nr. 9, 1984, 37. Jahrgang; wissenschaftlich-theoretische Zeitschrift (der Sowjetischen Akademie der Wissenschaften – Institut für Philosophie), Moskau, Verlag des ZK der KPdSU „Prawda“.

Günter Ammon (Hrsg.)
Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2

Ernst Reinhardt, München, 1982

Das hiermit rezensierte Handbuch ist im Prinzip eine selbständige Monographie, die die theoretischen Grundsätze, praktischen und therapeutischen Schlußfolgerungen einer für die westliche Welt und deren Psychiatrie neuen konzeptionellen Richtung darstellt. Diese ist in einem Grenzgebiet von Psychologie, Soziologie, Psychiatrie und Neurophysiologie entstanden.

Es ist gut bekannt, daß die Forschungen in den Grenzgebieten in der letzten Zeit zu den erfolgreichsten gehören. Im Rahmen der oben erwähnten Richtung werden folgende, methodologisch wichtige Probleme betrachtet: das Verhältnis von Hirnstruktur und psychischer Struktur; die Rolle der sozialen Verhältnisse bei der Entwicklung des schöpferischen Potentials des Menschen und der menschlichen Psyche, die Bedeutung der zwischenmenschlichen Interaktionen für die körperliche und geistige Gesundheit des Individuums, und andere. Das kollektiv von vielen Autoren aus fünf europäischen Ländern (u. a. auch sowjetischen Forschern) geschriebene Buch bildet trotzdem eine ganzheitliche, konsequente Darstellung einer originären Konzeption.

Das Konzept der Dynamischen Psychiatrie besteht aus folgenden Grundlagen:

1. Anerkennung der Rolle der Neurophysiologie als Substrat der Entstehung und Entwicklung psychischer Störungen.
2. Anerkennung der sozialen Faktoren und deren wichtiger Rolle (einschließlich der Rolle von der kollektiven Arbeit und der damit verbundenen Prozesse) für die normale psychische Entwicklung des Menschen sowie auch für das Entstehen, die Entwicklung und Behandlung der psychischen Krankheiten.

Diese beiden Konzepte nähern die Dynamische Psychiatrie an die Konzepte der sowjetischen Psychologie und Medizin an. Selbstverständlich wird dadurch auch die polemisch-negative Einstellung der Autoren des Handbuches der traditionellen Freudschen Psychoanalyse sowie auch der Antipsychiatrie gegenüber deutlich.

Zu den Grundlagen der Dynamischen Psychiatrie gehört auch der Begriff „Sozialenergie“. Diese Metaphorik beinhaltet einen Komplex

der auf das Individuum im Laufe der sozialen Prozesse wirkenden Einflüsse, die die psychische Struktur, Stimmung, Einstellungen sowie auch die grundsätzlichen Entwicklungstendenzen seiner Psyche gestalten. Der Begriff „Sozialenergie“ ist nicht nur auf einen Austausch verbaler Informationen begrenzt, der während der interpersonellen Kommunikation stattfindet. Er beinhaltet auch nichtverbale Interaktionen, physischen Kontakt sowie auch den ganzen Komplex der unbewußten und emotionellen Einflüsse. Ständige Zufuhr von „Sozialenergie“ erscheint als unentbehrliche Bedingung einer normalen psychischen Existenz und Entwicklung. Genügend Zufuhr an konstruktiver „Sozialenergie“, d. h. einer notwendigen Menge von positiven sozialen Kontakten, in den primären Gruppen sowie auch in Gruppen höheren Ranges, wird als einer der grundsätzlichen Faktoren für Persönlichkeitsentwicklung, Ich-Identität sowie frühe Sozialisationsprozesse im kindlichen Alter betrachtet. Besondere Bedeutung hat der sozialenergetische Austausch in der „Mutter-Kind“-Gruppe, wo er den Grund für die spätere Entwicklung der Psyche des Erwachsenen bildet.

Besondere Bedeutung wird dem Begriff der Sozialgruppen jeden Ranges zugeschrieben. An erste Stelle treten hier die unmittelbare soziale Umgebung und vor allen Dingen Arbeitskollektive (Gruppen, Gemeinschaften), die die psychische Gesundheit gestalten. In dieser Hinsicht wird als die wichtigste Bedingung für „Ich“-Entwicklung eine genügende Menge dem Individuum seitens der anderen Gruppenmitglieder gestellter Forderungen betrachtet. Diese Forderungen helfen dabei, die Tendenzen zur destruktiven Aggression abzugrenzen und sie in konstruktive Richtung abzulenken. Die „Ich“-Identität wird nicht als einmal und für ewig gegebener und unveränderlicher Zustand, sondern als ein sich ständig entwickelnder Prozeß betrachtet.

In der „Ich“-Struktur werden drei Hauptgebiete unterschieden: Das primäre „Ich“ mit seinen biologischen und neurophysiologischen Funktionen, das zentrale „Ich“, mit einer unbewußten psychischen Aktivität verbunden, und das sekundäre „Ich“, das die Funktion der bewußten und gezielten (zweckmäßigen) Aktivität sowie der Bereitschaft dazu beinhaltet.

Im Unterschied zur Position Freuds, ist in der Dynamischen Psychiatrie das unbewußte „Ich“ von den sozialen Beziehungen in der Gruppe abhängig. Dieses Verständnis der „Ich“-Struktur steht der Konzeption der sowjetischen Psychologie, die von der Uznadze-Schule repräsentiert wird, am nächsten. Diese begreift das Unbewußte (wörtlich – Unterbewußte) als Bereich der Bearbeitung der dem Bewußtsein unzugänglichen Informationen und nicht als Bereich von verdrängten biologischen Motivationen und primitiven Instinkten.

Im Bereich der Formation des zentralen „Ich“ schreiben die Autoren eine besondere Bedeutung der nichtverbalen sozialen Kommunikation

zu. Zu dieser gehören: Mimik, Intonation, Gebärde, „Stil der Gemeinschaft“, die eine wichtige Rolle bei der Gestaltung des psychologischen Gruppenklimas spielen.

Von dem Prinzip ausgehend, daß der normalen sowie pathologischen Aktivität neurophysiologische Mechanismen zugrunde liegen, wird in der Dynamischen Psychiatrie der Rolle der verschiedenen Hirnsysteme und deren Bedeutung in konkreten psychologischen und pathopsychologischen Problemen eine große Aufmerksamkeit gewidmet. In dem von B. Marsen geschriebenen Kapitel wird die Frage nach den Zusammenhängen der psychischen und neurophysiologischen Prozesse diskutiert. Es wird hier auch der Reduktionismus kritisiert. B. Marsen diskutiert hier auch die Problematik der Lokalisation der Hirnfunktionen, wobei eine besondere Aufmerksamkeit den Forschungen der sowjetischen Autoren – A. N. Leontjew; A. R. Luria u. a. – in diesem Bereich gewidmet wird. Besonders das Kapitel von V. Peschke beinhaltet eine ausführliche Erklärung der Theorie der funktionellen Systeme von P. K. Anochin sowie eine daran anschließende Konzeption für die „Ich“-Strukturanalyse und andere Begriffe der Dynamischen Psychiatrie. Die besondere Bedeutung der Theorie Anochin's liegt in der in dieser Theorie beschriebenen Bedeutung des Milieus und dessen Einflusses auf die normale Funktion des Gehirns und der Psyche im Zusammenhang.

Das zwei verschiedene (rechts- und linkshemisphärisch bedingte) Informationsbearbeitungsvorgänge beinhaltende Konzept gilt als Basis für die Analyse der unbewußten psychologischen Prozesse, der Differenzierung von verschiedenen Typen von Abwehrmechanismen, der Analyse der intra- und interpersonalen Kommunikation, des Lernens sowie auch einer Reihe von psychischen Störungen – Psychosomatik, Neurosen, Schizophrenie. Mit der Differenzierung der Hirnhemisphärenfunktion werden das Entstehen der konflikthaften Motivationen und Erlebnisse sowie die Diskrepanzen zwischen der emotionellen und rationalen Sphäre verbunden. Wesentliche Aufmerksamkeit seitens der Autoren wird in diesem Bereich den Forschungen der sowjetischen Wissenschaftler gewidmet.

Das Handbuch bildet ein konkretes Beispiel für den Internationalismus der wahrhaftigen Wissenschaft.

Am deutlichsten zeigt sich die Nähe der Ammonschen Schule zu den Konzepten der sowjetischen Schule im Bereich des Konzeptes der Natur und der Bedeutung der Arbeit und Kreativität. Die Anschauungen der Dynamischen Psychiatrie sind in dieser Hinsicht mit den von L. S. Wygotski, A. N. Leontjew, S. L. Rubinstein fast vollkommen gleich, was von G. Ammon auch selbst unterstrichen und den traditionellen psychoanalytischen Vorstellungen entgegengestellt wird. Ammon lehnt die Anschauung Freuds, der die Arbeit als ein unangenehmes Opfer sei-

tens des „Lustprinzips“ dem „Realitätsprinzip“ zugute betrachtete, vollkommen ab.

In voller Übereinstimmung mit der marxistischen Soziologie behauptet Ammon, daß nur Arbeit und Tätigsein Identität des Menschen bilden können. Die Möglichkeiten des Selbstausdrucks, Selbsterkennens und der Selbstentwicklung liegen nur im Kontakt mit anderen und bilden einen Grund aller menschlichen Gemeinschaften. Die menschliche Psyche entwickelt sich durch Tätigsein, das Tätigsein wird durch das gemeinsame Produkt (Zweck) motiviert. Deswegen muß der Arbeitsprozeß in Kategorien der ökonomischen und gesellschaftlichen Verhältnisse betrachtet werden, wodurch die Arbeit selbst als ein wesentlicher Faktor der menschlichen Existenz erscheint. In allen diesen Punkten ist die vollkommene Ähnlichkeit der Dynamischen Psychiatrie und der dialektisch-marxistischen Philosophie und Psychologie deutlich. Der hauptsächlichste Unterschied in diesem Bereich liegt in einer größeren Aufmerksamkeit, die den psychodynamischen Prozessen in der kleinen Gruppe und deren Einflüsse auf die menschliche Tätigkeit seitens der Dynamischen Psychiatrie gewidmet wird.

Von den allgemeinen Problemen der Rolle des Tätigseins geht Ammon zur Rolle und Organisation der Arbeitsgruppen über. Einerseits unterscheidet er dynamische und kreative Gruppen, andererseits statische, „tote“, regredierende Gruppen, die er danach ausführlich charakterisiert. In einer kreativen Gruppe gehen die Arbeitszwecke über die Grenzen dieser Gruppe hinaus, was eine Annäherung an andere Gruppen ermöglicht; Gruppen dieser Art sind nicht starr fixiert, sowie auch die Rollen einzelner Gruppenmitglieder im Rahmen dieser Gruppen. Auch die Rolle des Gruppenleiters kann, unter Umständen, je nach der momentanen, konkreten Gruppenaufgabe von verschiedenen Gruppenmitgliedern übernommen werden. Nur in dieser Art von Gruppen, die genauso dynamisch nach innen wie nach außen sind, sind die Möglichkeiten der Realisierung der Bedürfnisse, Zwecke, Hoffnungen und Entwicklung der Gruppenmitglieder vorhanden. Das Ziel der Gruppe wird nicht nur von der Projektarbeit bestimmt, der wesentliche Zweck ist die Persönlichkeitsentwicklung und Identitätsförderung der einzelnen Mitglieder, wobei die Entwicklung der Persönlichkeit unter dem Einfluß der Gruppe und Arbeit bis in ein hohes Alter möglich ist. In dieser Hinsicht werden von Ammon keine „biologischen“ Begrenzungen anerkannt. Gruppen, deren Zweck begrenzt, deren innere Struktur bürokratisch und hierarchisch ist, sind „potentiell tot“ oder unfähig, die geistige Entwicklung ihrer Mitglieder zu gewähren. Solche Gruppen werden letzten Endes destruktiv und verhindern die Ausführung der Arbeitsziele.

In einer dynamischen Gruppe ist die Entwicklung des kreativen Potentials jedes ihrer Mitglieder möglich. Die Kreativität bezeichnet Am-

mon als Realisierung gesunder, konfliktfreier menschlicher Möglichkeiten, die er als „konstruktive Aggression“ (im Unterschied zur „destruktiven“) bezeichnet. Konstruktivität wird hier keinesfalls als Sublimation verdrängter Triebe oder als Methode der Konfliktbewältigung beschrieben. Je vollkommener die Identitätsentwicklung des Menschen, desto besser ist er in der Lage, sein kreatives Potential auszunutzen. Das traditionelle Problem von „Genie und Idiotie“ besprechend, meint Ammon, daß die negativ mit schöpferischen Möglichkeiten verbundene Psychopathologie hauptsächlich dadurch verursacht ist, daß die psychisch Kranken keine Möglichkeit haben, sich mit einer dynamischen, konstruktiven Gruppe zu verbinden.

Kreativität kann nicht als eine individuelle Tätigkeit betrachtet werden. Als Grundlage der kreativen Atmosphäre betrachtet Ammon interpersonelle Kontakte mit unbewußter Verbindung zur Gruppe und zur Welt als Ganzem.

Das Problem der psychischen und psychosomatischen Krankheit wird nicht als ein Problem des Individuums, sondern als Problem der Gruppenbeziehungen, hauptsächlich im Rahmen der Primärgruppe, gesehen. Von dem Standpunkt einer marxistisch-orientierten Psychologie ausgehend, die die Abhängigkeit des Menschen und seiner psychischen Entwicklung von dem sozialen Milieu unterstreicht, entwickelt Ammon vollkommen berechtigt, daß die Probleme der Pathologie nicht als Problem des „Individuums“ oder des „Organismus“ ohne Einfluß der zwischenmenschlichen Beziehungen, vor allem auf den frühen Etappen der Ontogenese, zu sehen sind. Am traumatisierendsten erscheint hier die Beziehung einer Mutter zum Kind, die einerseits unfähig ist, einen tiefen emotionellen Kontakt zum Kind herzustellen, andererseits das Kind aber immer in ihrer Nähe behält, wodurch sie auch seine Entwicklung verhindert.

Bei Anorexia nervosa z. B. zeigt die Analyse der Pathogenese, daß eine Mutter, die unfähig ist, die Bedürfnisse des Kindes zu verstehen, alle ihre Sorgen nur auf dessen Ernährung reduziert. Essensverweigerung ist dann ein Protest gegen die Unmöglichkeit, als Persönlichkeit anerkannt zu werden, als Zeichen einer destruktiven Aggression und demonstrativen Entfremdung von der Familiengruppe. Bei den somatischen Erkrankungen liegt das grundsätzliche Problem des Patienten in der Schwierigkeit, seine Gefühle auszudrücken und konstruktive Kontakte zu anderen Menschen aufzunehmen. Dadurch entsteht ein zur Hemmung von konstruktiver Aggression führender Teufelskreis.

Sogar bei Schwerstkranken (Schizophreniekranken inbegriffen) sind aber stützende „Ich“-Funktionen vorhanden, die im psychotherapeutischen Prozeß auszunutzen sind. Ist die Gruppentherapie auf den Aufbau des gesunden „Ich“-Kernes zentriert, verschwinden die einzelnen Krankheitssymptome von selbst. Die Dynamische Psychiatrie propa-

giert ein ganzheitliches Verständnis des Menschen, sei es eines „kranken“ oder „gesunden“, ein Verständnis des sich entwickelnden, potentiell konstruktiven Individuums. Als langfristiger Zweck der Therapie gilt nicht eine Verminderung der Symptome oder Syndrome, sondern eine Reintegration der Persönlichkeit. Zu diesem Zweck soll man kreative Gruppen bilden, in denen Bedürfnisse und Rechte jedes Gruppenmitgliedes anerkannt und geschützt werden, hauptsächlich das Recht auf Liebe und Zuwendung.

In einem Prozeß der gegenseitigen bewußten und unbewußten Interaktionen wird in den Gruppen die Persönlichkeit des Patienten rekonstruiert. Er beginnt seine Bedürfnisse zu verstehen und sich von den anderen verstanden und akzeptiert zu fühlen.

Eine konsequente materialistische Stellungnahme den Problemen der Psychiatrie und der Psychologie gegenüber, die originellen und schöpferischen Grundlagen der Theorie und einer Reihe praktischer Schlußfolgerungen, eine konkrete Bearbeitung pathogener Konzeptionen und fruchtbarer therapeutischer Behandlungsmethodik entscheiden darüber, daß das Handbuch für den sowjetischen Leser interessant ist. Eine Übersetzung ins Russische ist zu empfehlen.

F. V. Bassin (Moskau)
L. R. Zenkov (Moskau)
V. S. Rotenberg (Moskau)

Die veröffentlichten Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Manuskripte werden in allen Sprachen in dreifacher Ausfertigung entgegengenommen, deren Umfang nach Möglichkeit 20 doppelzeilige Schreibmaschinenseiten nicht überschreiten soll. Das Manuskript soll eine Zusammenfassung von mindestens zwei doppelzeiligen Schreibmaschinenseiten in deutsch oder englisch enthalten. Die Literaturangaben müssen jenen in diesem Heft entsprechen. Arbeiten können nur ohne Zahlung von Honorar zur Veröffentlichung entgegengenommen werden. Bilder und graphische Darstellungen können nur auf Kosten des Autors mitgedruckt werden. Der Autor erhält kostenlos 50 Sonderdrucke seines Artikels. Weitere Sonderdrucke können auf eigene Rechnung beim Verlag bestellt werden.

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

Mit der Annahme des Manuskripts und seiner Veröffentlichung geht das Verlagsrecht für alle Sprachen und Länder einschließlich des Rechts der photomechanischen Wiedergabe oder einer sonstigen Vervielfältigung an die Pinel Verlags-GmbH München über.

Die Dynamische Psychiatrie erscheint zweimonatlich. Jahresabonnement DM 92,- (incl. Porto), für alle Mitglieder der DAP, der DGG, der DGPM, der WADP und der DGDP, für Ärzte im Vorbereitungsdienst, Studenten und Mitarbeiter der Psychoanalytischen Kindergärten gegen Nachweis nur in Deutschland DM 75,- (incl. Porto). Einzelheft DM 18,-. Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn es nicht vier Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres gekündigt wird. Zahlung des Jahresabonnements bis zum 1. 4. d. J. auf eines der folgenden Konten: Münchener Commerzbank 225 295 500 oder Postscheckkonto der Bank PSA München 16 888-802.

The author's opinion does not necessarily reflect the opinions of the editorial staff. Manuscripts (three copies), each limited to 20 double-spaced typed pages, will be accepted in all languages. All manuscripts must have a summary in either German or English (minimum two double-spaced typed pages). Literary reference should be adapted to those in the journal. There can be no remuneration for contributions. Pictures and graphic illustrations are printed at the author's own expense. The author receives 50 reprints of his article free of charge. Further reprints can be obtained at the author's own expense.

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

With the acceptance of the manuscript and its publication, the Pinel-Verlags GmbH München reserves the copyrights in all countries and languages. This journal, or parts thereof, may not be reproduced in any form, by photocopy or any other means without written permission from the publisher.

Dynamic Psychiatry is published bi-monthly. Annual subscription rate \$ 35,- per individual copy \$ 7,-. Air mail delivery with additional payment on special request. The subscription is prolonged for one year, if it has not been cancelled four weeks before the end of the year. The annual subscription rate should be paid by the 1st of April. The money should be remitted on the account of Pinel-Verlags GmbH Münchener Commerzbank 225 295 500 or Postscheck München 16 888-802.

Verlag, Sitz und Geschäftsstelle/Publishing House, seat and office:
Pinel-Verlags GmbH München, Mozartstraße 14, 8000 München 2, Tel. (089) 53 75 80.

Verlagsleitung/Publishing House, direction:
Wielandstraße 27/28, 1000 Berlin 15, Tel. (030) 8 81 80 50 und 8 81 80 59.

Abonnenntenabteilung/subscription management:
Sabine Lindau, Mozartstraße 14, 8000 München 2.

Anzeigenannahme/advertising management:
Petra Hieber, Mozartstraße 14, 8000 München 2.

Druck/Print: Buch- und Offsetdruckerei Sommer, D-8805 Feuchtwangen.

Unser Angebot zur Vervollständigung Ihrer Bibliothek

Ab sofort sind folgende Jahrgänge der Zeitschrift „Dynamische Psychiatrie / Dynamic Psychiatry“ zu Sonderpreisen erhältlich:

Jahrgang 1976–1980: Einzelhefte je

DM 5,-

Jahrgang 1977–1980: gebundene Jahrgangsbände je

DM 55,-

Bestellungen nimmt der Verlag an, solange der Vorrat reicht.

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: Maria Berger, Dipl.-Psych. Ilse Burbiel, Dipl.-Psych. Gabriele von Bülow, Dipl.-Psych. Gisela Finke, Dipl.-Psych. Doris Hoffmann, Susanne Horst M.D., Angela Krapp, Dipl.-Psych. Heidi Mönlich, Margit Schmolke, Dipl.-Psych. Ulrich Stuck, Dipl.-Psych. Hans Wagner

Anzeigen: Petra Hieber

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.