ISSN 0012-740 X

Dynamische Psychiatrie

Herausgegeben von Günter Ammon

Dynamic Psychiatry

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse

Glückwünsche zu Günter Ammons 70. Geburtstag

János Szilárd, Beata Temesváry, Zoltán Janka
Zur Komplex-Ganzheitlichen Betrachtung der Schizophrenie
To the complex — holistic view of schizophrenia

Günter Ammon, Ulrich Köppen, Astrid Thome, Winfried Tiedge
Indikatoren im Nachtschlaf als Kriterien für nachholende Entwicklung . . .
Indicators within the Night Sleep as Criteria for Regenerating Development in the Process . . .

Rita Jost, Ulrike Schanne
Ausdruck prozeßhafter Entwicklung in der klinischen Testpsychologie . . .
The Expressions of Processual Development in the Clinical Test Psychology . . .

Hanna Jaklewicz
Emotional and Psychosomatic Disorders in Children in Relation to Family Functioning
Emotionale und psychosomatische Störungen bei Kindern in Beziehung zur Familiendynamik

Gabriele von Bülow
Zum Zusammenhang zwischen Intelligenzdiagnostik und Persönlichkeitsstruktur aus humanstrukturologischer Sicht
On the Relationship between Intelligence Diagnosis and Personality Structure from the Viewpoint of Human-structurology

Margit Schmolke
Der Identitätsbegriff bei Ammon — ein Vergleich mit anderen psychologischen Schulen
The concept of identity by Günter Ammon — a comparision with other psychological schools

Oskar Sahlberg
Der kreative Prozeß und seine peri- und pränatalen Wurzeln
The Creative Process and Its Peri- and Prenatal Roots

Amnon Carmi
The Patient's Rights in Psychiatry
Die Rechte des Patienten in der Psychiatrie

Duane Sherwin
The Psychodynamic Origin of Chronic Post-traumatic Stress Disorder in American Vietnam Veterans — An Ongoing Saga
Die psychodynamischen Wurzeln der chronischen Post-traumatischen Stress-Störung bei amerikanischen Vietnam-Veteranen — eine fortdauernde Heldengeschichte

Nachrichten/News

21. Jahrgang
3./4. Heft 1988

110/111

»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH München

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

21. Jahrgang 3./4. Heft 1988, Nr. 110/111

Herausgegeben von Günter Ammon

unter Mitarbeit von
F. Antonelli, Roma — F.V. Bassin, Moskau — L. Bellak, New York — B. Buda, Budapest — I. Burbiel, München — A. Carmi, Haifa — N. Destounis, Richmond — R. Ekstein, Los Angeles — Th. Freeman, Antrim — A. Garma, Buenos Aires — F. Hacker, Wien, — F. Hansen, Oslo — H. Illing, Los Angeles — I. Jakab, Pittsburgh — M. Knobel, Campinas — U. Mahlendorf, Santa Barbara — A. Mercurio, Rom — L. Miller de Paiva, Sao Paulo — H. Mönnich, Freiburg — 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.

Inhalt/Contents

Glückwünsche zu Günter Ammons 70. Geburtstag I
Congratulations to Günter Ammon's 70th Birthday I

János Szilárd, Beata Temesváry, Zoltán Janka
Zur Komplex-Ganzheitlichen Betrachtung der Schizophrenie 239
To the complex — holistic view of schizophrenia 251

Günter Ammon, Ulrich Köppen, Astrid Thome, Winfried Tiedge
Indikatoren im Nachtschlaf als Kriterien für nachholende Entwicklung im Verlauf psychotherapeutischer Behandlung (Fortführung der Pilot-Study aus dem Schlaf- und Traumlabor der Klinik Menterschwaige: Funktionelle Entwicklungsaspekte des Schlafs in den katamnestischen Erhebungen 253
Indicators within the Night Sleep as Criteria for Regenerating Development in the Process of Psychotherapeutic Treatment (a Continuation of the Pilot Study from the Sleep and Dream Laboratory of Clinic Menterschwaige: Aspects of the Functional Development of the Sleep in the Catamnestic Examinations) 276

Rita Jost, Ulrike Schanne
Ausdruck prozeßhafter Entwicklung in der klinischen Testpsychologie sowie im therapeutischen Feld der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige am Beispiel eines schizophren reagierenden Patienten. Ein kasuistischer Beitrag 281
The Expressions of Processual Development in the Clinical Test Psychology and the Therapeutic Field of the Dynamic-Psychiatric Clinic Menterschwaige — a Casuistic Contribution 299

Hanna Jaklewicz
Emotional and Psychosomatic Disorders in Children in Relation to Family Functioning 301
Emotionale und psychosomatische Störungen bei Kindern in Beziehung zur Familiendynamik 303

Gabriele von Bülow
Zum Zusammenhang zwischen Intelligenzdiagnostik und Persönlichkeitsstruktur aus humanstrukturologischer Sicht 304
On the Relationship between Intelligence Diagnosis and Personality Structure from the Viewpoint of Human-structurology 310

Margit Schmolke
Der Identitätsbegriff bei Ammon — ein Vergleich mit anderen psychologischen Schulen 313
The concept of identity by Günter Ammon — a comparision with other psychological schools 323

Oskar Sahlberg
Der kreative Prozeß und seine peri- und pränatalen Wurzeln 326
The Creative Process and Its Peri- and Prenatal Roots 336

Amnon Carmi
The Patient's Rights in Psychiatry 340
Die Rechte des Patienten in der Psychiatrie 344

Duane Sherwin
The Psychodynamic Origin of Chronic Post-traumatic Stress Disorder in American Vietnam Veterans — An Ongoing Saga 348
Die psychodynamischen Wurzeln der chronischen Post-traumatischen Stress-Störung bei amerikanischen Vietnam-Veteranen — eine fortdauernde Heldengeschichte 357

Nachrichten/News 359

raum&zeit

Die neue Dimension der Wissenschaft

Avantgardistisch

raum&zeit ist eine avantgardistische Fachzeitschrift, die sich konstruktiv-kritisch mit der Schulmedizin auseinandersetzt.
Namhafte Wissenschaftler und Forscher sind Autoren von raum&zeit, die damit zunehmend an Ansehen im In- und Ausland gewinnt.

Erfolgreich

Kaum eine Fachzeitschriften-Neugründung war in den letzten Jahren so erfolgreich, wie die von raum&zeit.
In den ersten fünf Jahren wuchs die Zahl der Abonnenten stetig.
Die Auflage hat die 18.000-Grenze längst überschritten.
Die Tendenz ist nach wie vor steigend.

Kostenlos

Wenn Sie raum&zeit kostenlos und unverbindlich kennenlernen wollen, füllen Sie untenstehenden Bestellschein aus. Schicken Sie ihn an:

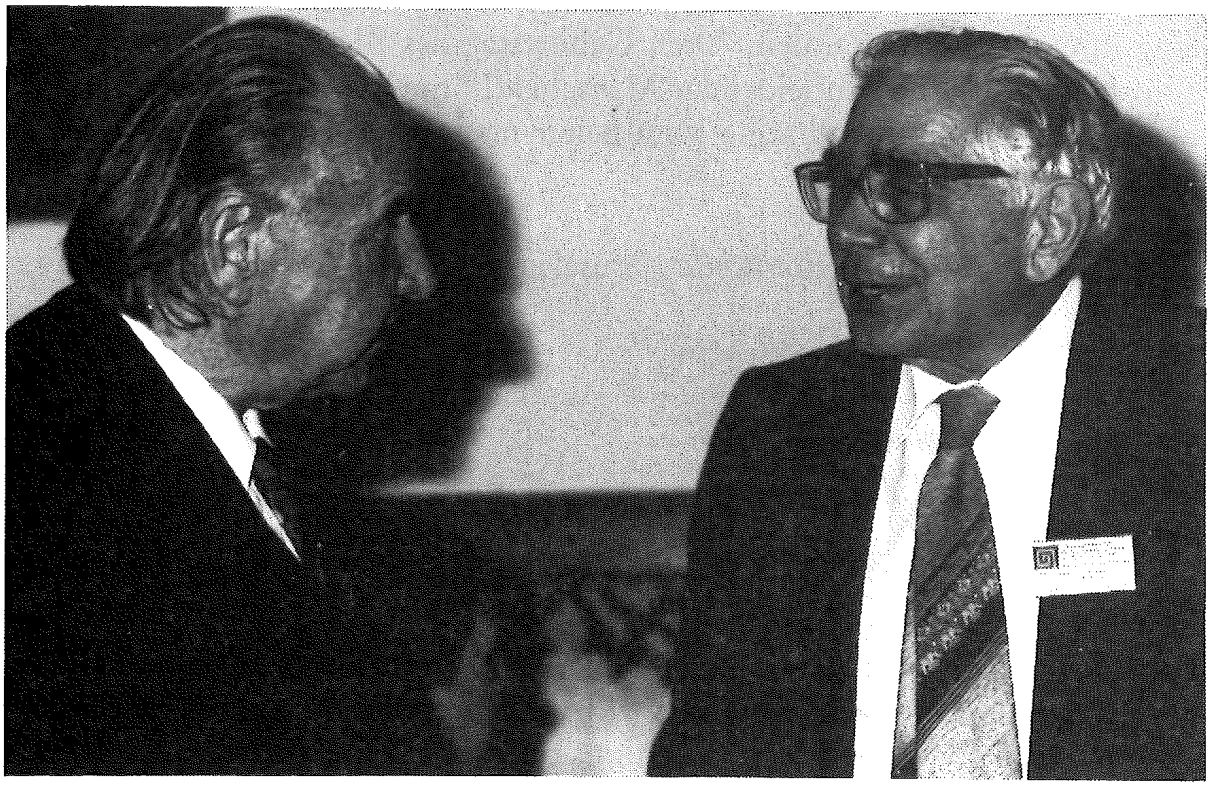
Ehlers Verlag GmbH · Hohenzollernstraße 60 · 8000 München 40

Bitte senden Sie ein kostenloses Probe-Exemplar von raum&zeit an:

Vorname _____ Name _____

Straße _____ PLZ _____ Ort _____

Glückwünsche zu Günter Ammons 70. Geburtstag



Glückwunsch zum 70ten Geburtstag von Dr. Günter Ammon

Dr. Ammon ist unter den mir bekannten Psychiatern eine hervorragende Erscheinung. Ich habe ihn 1976 kennengelernt, als er in Jerusalem einen Vortrag über die Struktur des Ichs hielt. Diese Darstellung hat mich durch ihre Vielseitigkeit und durch die Betonung der Aspekte, die für das Verständnis der Kranken und Ihre Behandlung wesentlich sind, sehr beeindruckt. An sich hatte ich über das Ich selbst ein Buch geschrieben, so daß mir die Problematik vertraut war. Aber seine Ich-Strukturologie machte mir deutlich, daß hier ein neues Denken in der Psychiatrie im Gange war. Die Wissenschaften waren ja seit der Einteilung der Welt durch Descartes in ein ausgedehntes Äußeres, die »res extensa«, und in eine subjektive Innerlichkeit, die »res cogitans« nur an fixierte Unterscheidungen von Geist und Materie gewöhnt.

Gewiß war seit der Einführung der Psychoanalyse durch Freud eine Auflockerung des starren cartesianischen Dualismus vorhanden, weil dadurch die Entwicklung des Ichs des Menschen als ein genetischer Prozeß aufgefaßt wurde. Aber die Herrschaft der festgelegten Krankheitsdiagnosen in der Psychiatrie mit ihrer Bemühung um exakte Unterscheidungen nach dem gewohnten Schema wurde durch die Psychoanalyse auch nicht aufgehoben.

Hier bedeutet nun die auf breite und tiefe Erfahrung des menschlichen Wesens und seine Gruppengebundenheit begründete Einstellung Ammons zu den Aufgaben der Psychiatrie eine *Revolution* in der Einordnung und der Behandlung der Patienten. Ich lernte dieses neue ärztliche und psychotherapeutische Vorgehen kennen, als ich die Klinik in Menterschwaige besuchte, und sie begegnete mir immer wieder in zahlreichen Schriften Ammons und zuletzt

besonders in dem Buch »Der mehrdimensionale Mensch« aus dem Jahre 1986. Diese ganzheitliche Schau von Mensch und Wissenschaft steht noch am Anfang ihrer Wirkung. Zu dem 70ten Geburtstag des Begründers dieses Weges zum Helfen und Heilen leidender Menschen können wir nur wünschen und hoffen, daß er selbst und seine Mitarbeiter noch fruchtbare und erfolgreiche Jahre vor sich haben.

Prof. Dr. med. Friedrich Rothschild (Jerusalem)

Sir John und Lady Eccles
CH 6611 Contra (TI)
Switzerland May 14, 88

Dear Dr. Ammon,
I thank you for your good letter of March 30th and for the enclosed photographs, which were some of the best I have ever had from a conference.

I now send my belated congratulations on your 70th birthday. I arrived back at the beginning of May from 3½ weeks in US. There was an enormous mass of correspondence. Your letter and Maria's was put aside for even more urgent replies, and I had to prepare 3 lectures for conference publications.

So to my great embarrassment when I came to your letter and the invitation today I found that I am already too late. My sincere apologies. I do most heartedly congratulate you on your 70th birthday as also does Helena, and we hope for many more years for your important and courageous work for humanity.
We send you warmest greetings
Very best wishes
yours sincerly
John Eccles
(Prof. Dr. Dr., Nobelpreisträger für Medizin und Neurophysiologie, Mitglied der Bayerischen Akademie der Wissenschaften)

Il Cardinale Corrado Ursi
Arcivescovo Emerito di Napoli

Caro Professore,

Le esprimo vive felicitazioni per il suo prossimo compleanno: sereno e prospero settantesimo!

Mi renderò e presente in ispirito alla festa del 4 giugno per cantare con Lei e gli amici l' inno di ringraziamento al Signore ed implorare per Lei lunga vita e pienezza di ogni consolazione.

Abbraccio e benedico con affetto fraterno Lei, la sua famiglia e tutti i collaboratori.
Corrado Cardinale Ursi

Deutsche Übersetzung:
Kardinal Corrado Ursi
Emeritierter Erzbischof von Neapel

Lieber Professor,
Ich drücke Ihnen meine allerherzlichsten Glückwünsche zu Ihrem Geburtstag aus.
Ich werde bei Ihrem Geburtstagsfest am 4. Juni im Geist anwesend sein, um mit Ihnen und Ihren Freunden den Hymnus der Dankbarkeit an den Herrn zu singen und für Sie ein langes weiteres Leben und die ganze Fülle des göttlichen Trostes zu erflehen.
Ich umarme und segne in brüderlicher Liebe Sie, Ihre Familie und alle Ihre Mitarbeiter.
Corrado Cardinale Ursi

Telegramm

herrn prof guenter ammon
klinik menterschwaige
geiselgasteigstrasse 203
8000/muenchen/90

in inniger verbundenheit dem grossen mitbaumeister einer psychotherapeutischen versorgung der bundesrepublik und in herzlicher verbundenheit die besten geburtstagswuensche

erwin ringel (wien)

Professor Dr. h.c.mult.
Manfred von Ardenne
Dresden - Weißer Hirsch 9. Mai 1988

Lieber Herr Dr. Ammon,
zu Ihrem 70. Geburtstag möchte ich Ihnen mit großer Herzlichkeit Glück, Gesundheit und die Erhaltung Ihrer großen Tatkraft für viele weitere Jahre

wünschen. Ich freue mich schon sehr auf den geplanten Besuch Ihres Arbeitskreises hier in Dresden, dessen Termin ich telefonisch mit meiner Sekretärin, Frau Buschmann, zu verabreden bitte.
Herzlichst
Ihr
Manfred von Ardenne

Telegramm

dr gunter ammon wielandstrasse 27/28
1000 berlin 15 west

dear colleague, on the occasion of your jubilee please take cordial congratulations from the staff of the bekhterev institute — we wish you further success and good health.
professor kabanov, director bekhterev institute, leningrad

Bereich Medizin (Charité) der Humboldt-Universität zu Berlin
Klinik und Poliklinik für Neurologie und Psychiatrie

Herrn
Dr.med. Ammon
Wielandstraße 27/28
Berlin 15
D-1000 2.5.1988

Sehr geehrter, lieber Herr Dr. Ammon,

Ich darf Ihnen auf diesem Wege die herzlichsten Glückwünsche zu Ihrem Ehrentag übermitteln. Ich wünsche Ihnen weiterhin Gesundheit und Schaffenskraft, damit Sie die sicherlich vielfältig von Ihnen ins Auge gefaßten wissenschaftlichen Projekte noch realisieren können. Wir haben Sie als einen Arzt und Psychiater kennengelernt, der sich, von tiefem Humanismus getragen, nicht nur für seine Patienten einsetzte, sondern auch neue Wege bei der Interpretation psychischer Krankheiten mutig beschritt.

Wir erinnern uns noch sehr lebhaft an Ihren Vortrag, den Sie an der traditionsreichen Stelle der Psychiatrischen- und Nervenklinik der Charité im April 1985 hielten. Wir würden uns freuen, wenn Sie zu gegebener Zeit wieder einmal der Charité einen Besuch abstatten würden.

Ihnen und Ihren Mitarbeitern wünsche ich einen frohen und erfolgreichen Tag!
Ihr
Klaus-Jürgen Neumärker
Prof.Dr.sc.med., Direktor der Klinik

World Association for Social Psychiatry
John L. Carleton
696 Ladera Lane
Santa Barbara, California
93108 USA

May 5, 1988

Gunter Ammon, M.D.
Arzt fur Neurologie und Psychiatrie
Psychoanalyse, Psychotherapie
Wielandstraße 27/28
1000 Berlin 15
Germany, F.R.

Dear Gunter:
. . .this letter carries our very best wishes, love and congratulations, not only at the time of celebration of your 70th birthday, but as a recognition of your outstanding contributions to psychiatry and to all of humanity.
Sincerely,
John L. Carleton, M.D.
3rd Honorary President
World Associtation for Social Psychiatry

Dossenheim, 25.4.88

Verehrter, lieber Herr Kollege Ammon!
Zu Ihrem nahen runden Geburtstag darf ich Ihnen jetzt schon die herzlichsten Glück- und Segenswünsche aussprechen. (. . . .) Es wäre zu schön gewesen — wo wir beide nun schon das biblische Alter erreicht haben —, einmal zusammenzukommen.
Mit allen Wünschen und herzlichen Grüßen
Ihr alter
Prof. Heinrich Schipperges

Universität zu Köln
Seminar für Geschichte und ihre Didaktik und für Philosophie
Abteilung für Philosophie
Prof. Dr. Hans Radermacher

Herrn
Dr.med. Günter Ammon
Wielandstraße 27/28
1000 Berlin 15

Sehr verehrter, lieber Herr Ammon,

Der 70. Geburtstag ist sicher ein Anlaß, mit Ihnen zu feiern. Sie haben mit Recht große Beachtung gefunden und der Psychoanalyse wichtige Anregungen gegeben. Als alter Frankfurter habe ich Ihre Entwicklung immer mit großer Aufmerksamkeit und Respekt verfolgt. Ich hoffe sehr, daß Ihnen noch viel Zeit zugestanden wird, in alter Frische tätig zu bleiben.

In diesem Sinne verbleibe ich
bis auf bald
herzlich
Ihr
Prof. Dr. Hans Radermacher

Dr. Thomas Goppel
Staatssekretär
Im Bayer. Staatsministerium
für Wissenschaft und Kunst

5. Mai 1988

Herrn
Dr. Günter Ammon
Dynamisch-Psychiatrische Klinik
Menterschwaige
Geiselgasteigstraße 203
8000 München 90

Sehr geehrter Herr Dr. Ammon,

der Einladung zum Empfang anläßlich Ihres 70. Geburtstags am 11. Mai 1988, für die ich mich bedanke, kann ich wegen anderweitiger wichtiger Termine leider nicht folgen. Ich möchte es aber nicht versäumen, Ihnen wenigstens schriftlich meine herzlichen Geburtstagsgrüße zu übermitteln. Sie haben sich in den zurückliegenden Jahrzehnten auf Ihrem Spezialgebiet gegen mancherlei Widerstände weitgestreute Beachtung und hohe Anerkennung erworben. Ihr Lebenswerk hält Sie auch in einem Alter noch fest, in dem andere

schon lange den Ruhestand genießen. Ich wünsche Ihnen noch viele Jahre aktiven Schaffens, dazu Kraft und Gesundheit und die persönliche Befriedigung in der Hilfe für den kranken Mitmenschen.
Mit freundlichen Grüßen
Thomas Goppel

Der Bezirksbürgermeister
von Berlin-Wilmersdorf

Herrn
Dr. Günter Ammon
c/o Berliner Lehr- und Forschungsinstitut
für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik
Wielandstraße 27-28
1000 Berlin 15 9. Mai 1988

Sehr geehrter Herr Dr. Ammon,
zu Ihrem heutigen Geburtstage gratuliere ich Ihnen im Namen des Bezirksamtes Wilmersdorf von Berlin und persönlich recht herzlich.

Da es mir selbst und Mitgliedern des Bezirksamtskollegiums kurzfristig leider nicht möglich ist, der ausgesprochenen Einladung zu folgen, möchte ich nicht versäumen, Ihnen auf diesem Wege die besten Wünsche zu übermitteln. Ihre anerkannte verdienstvolle Arbeit hat über die Grenzen Berlins — über Deutschland — hinaus Maßstäbe gesetzt, die aufgrund langjähriger Erfahrungen und menschlichen Einfühlungsvermögen wegweisend sind.

Ich wünsche Ihnen einen angenehmen Verlauf Ihres Ehrentages und verbleibe
mit freundlichen Grüßen
Horst Dohm

Bayerischer Landtag
Abgeordneter
Klaus Warnecke (SPD)
Plinganser Straße 24 · 8000 Münschen 70

Dyn. Psych. Klinik
Geiselgasteigstraße 203
8000 Münschen 90 6.5.1988

Sehr geehrter Herr Dr. Ammon,
Ich wünsche Ihnen aus der Ferne alles Gute zum Geburtstag, insbesondere,

daß die dunklen Wolken, die sich im Augenblick über die Klinik und Ihnen ballen, sich bald wieder verziehen und Sie und Ihre Mitarbeiter Ihr Lebenswerk zum Wohle humaner Medizin fortentwickeln können.
Mit freundlichen Grüßen
Klaus Warnecke, MdL

UKC Ljubljana
Univerzitetna psihiatrična klinika
Center za mentalno Zdravje
61105 Ljubljana, Poljanski nasip 58

Ljubljana, am 26. April 1988

Sehr geehrter und lieber Doktor Ammon!

Anläßlich Ihres Geburtstages wünsche ich Ihnen Gesundheit und Gutherzigkeit Ihrer Mitmenschen. Darf ich Ihnen in diesem Moment gratulieren zum Siebzigsten für viele neue Ideen auf dem Gebiete der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychoanalyse. Es ist natürlich, daß zahlreiche Ihrer Ideen erst in Zukunft als nützlich und progressiv genannt werden.

Darf ich auch erkenntlich sein für Ihr Verständnis in den Leitabschnitt meiner Verantwortlichkeit für die Slowenische Psychiatrie und jugoslawische Psychotherapie, wenn Sie Ihre warme Hand der unbekannten Fachgruppe angeboten haben.

Viel Glück und noch ein langes, anfeuerndes und schöpferisches Leben wünscht Ihnen
Prof. Milos Kobal
(Dekan der Psychiatrischen Universitätsklinik Ljubljana)

Mai 1988

Lieber Dr. Ammon!

Die Bilanz Ihres bisherigen Lebens zeigt ein großartiges erfreuliches Ereignis.

Besonders dankbar sind wir, daß Ihnen eine so gute Gesundheit beschieden ist. Wenn man Sie so ansieht, möchte man kaum glauben, daß Sie schon die 70, und damit den Herbst erreicht haben. Wohl ist damit zu rechnen, daß Ihre Verbrüderung zu gleichgesinnten Freunden und Ihre Neigung zu nützlichen Lieblingsbeschäftigungen werden bleiben, auch Ihre Bereitschaft, für die Allgemeinheit tätig zu sein, wie Sie es bisher waren.

So bleibt nur zu wünschen übrig, daß Ihnen noch viele Jahre vergönnt sein mögen, damit Sie in Familie und Freundeskreis mit Ihrem Rat, Ihrer Bereitschaft zum Helfen und Ihrer idealistischen Einstellung wirken können.
Ihre
Familie Peseschkian

Für viele hundert Patientenbriefe:

Berlin, den 8. Mai 1988

Lieber Herr Dr. Ammon,
zu Ihrem Geburtstag möchte ich Ihnen aus vollem Herzen gratulieren und Ihnen sagen, daß das, was Sie lehren und vorleben und wofür Sie sich als ganzer Mensch einsetzen, für mich etwas sehr Wertvolles und Wesentliches ist. Keinem Gericht und keinem Verbot wird es gelingen, das zu zerstören, denn was wir von Ihnen bekommen, das trägt jeder in sich und es wächst und lebt weiter und wird stärker. Ich möchte Ihnen danken für den Kampf, den Sie für uns alle kämpfen und ich wünsche Ihnen, daß Sie sich Ihre Lebendigkeit und Zuversicht bewahren.
Mit allen guten Wünschen
. . .

Berlin, 9.5.1988

Lieber Herr Dr. Ammon,
zu Ihrem 70. Geburtstag möchte ich Ihnen von Herzen gratulieren. Für das neue Lebensjahr hoffe ich sehr, daß Sie endlich den leidigen Prozeß siegreich bestehen und dann wieder frei und unbeschwert atmen können. Ich wünsche Ihnen neue Kraft und Freude und ein langes, reiches, glückliches Leben.
. . .

Prof. Dr. Lucio Pinkus

Universitá degli Studi di Venezia, Dipartimento di Philosophia e Teoria delle Scienze

. . .voglia pertanto esprimere al dott. Ammon i miei piú cari auguri per un prosiegno dell suo lavoro, della sua cosi creativa passione per la connoscenza dell' uomo e per la soluzione dei suoi problemi.
Distinti saluti

». . .Ich möchte Dr. Ammon meine allerherzlichsten Glückwünsche aussprechen für eine Fortsetzung seiner Arbeit, sein kreatives Engagement für die Erforschung des Menschen und die Lösung menschlicher Probleme.«
Hochachtungsvolle Grüße

Prof. Lucio Pinkus, O.S.M.

Dr. Hans Julius Boldt

Generalkonsul der BRD, Neapel

. . .ich wünsche Ihnen weiterhin ein erfolgreiches Wirken im Dienste der kranken Menschen und des Verständnisses zwischen den Nationen.
Mit freundlichen Grüßen

Ihr *Hans Julius Boldt*

Rabbi Yizchak Shapira
10 Avraham Shapira Street
42317 Nathanya, Israel 18.5.1988

Lieber und sehr geehrter Freund:

Ich möchte Ihnen und Ihren Lieben anläßlich Ihres 70ten Geburtstages gratulieren. Dieser Festtag ist nicht nur Ihr privater Feiertag, sondern es ist ein Ereignis für all diejenigen, die sich Ihrer Methode und Lehre und Behandlungsmethode zu eigen gemacht haben. Sie haben in diesen Jahren viel durchgeführt und viel geschaffen, und ich möchte Ihnen sagen: Sie haben noch viel zu tun! In der Welt ist noch viel zu ändern und zu verbessern. Wie schön wäre es, wenn es noch viele Menschen gäbe, die wie Sie nur dem anderen helfen wollen.

Ich bin sicher, daß die Jubiläumsfeier herrlich war, und es tat mir sehr leid, nicht mit Ihnen feiern zu können. Wie ich Ihnen jedoch telefonisch sagte, war mein Herz bei Ihnen.

Ich wünsche Ihnen und allen Mitgliedern der Psychiatrischen Gesellschaft, daß Sie noch viele Jahre tätig sein können und Erneuerungen zu Gunsten Ihrer Mitmenschen wirken mögen.
Herzliche Grüße auch an Frau Berger und alle Freunde.
Mit freundlichen Grüßen

Rabbi Yizchak Shapira
(Chef-Rabbiner der Krankenhäuser von Haifa)

DR. MARTIN GROTJAHN
2169 CENTURY HILL
LOS ANGELES, CA 90067



Congratulations!
To Dr Günther Ammons
Tolle Birthday,
and Best Wishes for the Next 70!!

Martin Grotjahn
M.D.



Zur Komplex-Ganzheitlichen Betrachtung der Schizophrenie****

János Szilárd*, (Szeged) Beata Temesváry**, (Szeged) Zoltán Janka***, (Szeged)

Nach Meinung der Autoren ist das hochgradig Pathologische in der Psychiatrie nur schwer abzugrenzen und einzugrenzen. Besonders das Krankheitsbild der Schizophrenie zeigt ein sehr breites Spektrum. Kein Fachmann ist in der Lage, die Frage zu beantworten, wie diese Krankheit als einheitliches Phänomen aufzufassen sei. Zusätzlich zu diesem Dilemma werden überwiegend noch die menschlich-gesellschaftlich-interpersonellen Faktoren außer acht gelassen.
Die Einführung des Begriffes der »Dementia praecox« durch Kraepelin brachte auf der einen Seite einen Fortschritt durch die Systematisierung und auf der anderen Seite einen Rückschritt, da er der »kustodialen Betrachtung«, die den Patienten aus seinem Lebensfeld unwiderruflich herausriß, wissenschaftliche Unterstützung brachte. Therapie und Rehabilitation erschienen nach diesem Konzept überflüssig und unverständlich. Dem dadurch ausgelösten therapeutischen Nihilismus halten sie entgegen, daß es gerade diese Definition »Dementia« sei, die für die Schizophrenie überhaupt nicht charakteristisch ist.
Durch eigene Beobachtungen aus ihrer Praxis zeigen sie, daß der Krankheitsverlauf in der Schizophrenie nicht genau vorausbestimmbar ist und sich in einem therapeutischen Prozeß und Milieu sehr wohl verändern bzw. bessern kann. Die hohe Selbstmordrate beim Krankheitsbild der Schizophrenie habe nicht per se etwas mit der Psychose zu tun, sondern sei, wie auch bei anderen Menschen, durch unlösbare, alltägliche Situationen, durch interpersonelle Konflikte und Erlebnisse motiviert, was die Bedeutung bio-psycho-sozialer Determinanten und deren Zusammenwirken unterstreicht. Ein intolerantes Ausklammern des einen oder anderen Bereiches und Aspektes habe schwerwiegende Konsequenzen für die Betrachtung der Krankheit, für ihre prozessuale Entwicklung und verstärke lediglich die Inhumanität und Unwissenschaftlichkeit des Umganges mit psychisch kranken Menschen.
Gerade die intakten alltäglichen humanen Funktionen wie das Erkennen der hoffnungslosen familiären Lage stellt für den schizophren erkrankten Menschen eine größere Selbstmordgefahr dar als allein seine pathologischen Denkinhalte.
Grundsätzlich stellen die Autoren fest, daß die Perzeption, vitale Funktionen und Antriebe, Beurteilungsfähigkeit etc. auch während eines sog. »Schubes« intakt bleiben und funktionieren. Sie fühlen sich der *Ammon*'schen Auffassung verbunden, daß es nicht primär darum gehe, den Patienten symptomfrei zu machen, sondern seine Persönlichkeit zu stärken, zu stabilisieren, sie entwickeln zu helfen und ihn dabei zu unterstützen, daß er am interpersonellen Leben wieder teilhaben kann. In einer ausführlichen Auseinandersetzung mit den genetisch-konstitutionellen Determinanten der Genese, die sie nicht leichtfertig vom Tisch wischen, legen sie doch ihr Augenmerk unmißverständlich auf die interpersonell-psychischen Aspekte der Entwicklung, da sie nach wie vor in der Psychiatrie ein Schattendasein fristen.
Für die Untersuchung und die Therapie schizophren erkrankter Menschen plädieren sie für ein psychodynamisches Interaktionsmodell, das die gesamten Aspekte komplex vereinigt und zu einer humanistischen und holistischen Auffassung über die Schizophrenie beitragen kann, wobei der Schwerpunkt der Therapie auf dem geduldigen Wiederaufbau interpersoneller Beziehungen liegt.

* Professor, Dr. med., Direktor der Neuropsychiatrischen Klinik der Medizinischen Universität Szeged, Ungarn, Präsident der Ungarischen Psychiatrischen Gesellschaft
** Dr. med., Oberarzt, Universitäts-Nervenklinik Szeged, Ungarn
*** Dr. med., Neuropsychiatrische Klinik der Medizinischen Universität Szeged, Ungarn
**** Vortrag, gehalten auf dem 6. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XIX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 7.-11. März 1988 in der Ludwig-Maximilians-Universität München

Man kann darüber diskutieren, mit wie großer Sicherheit wir auf der Grundlage unseres psychiatrischen Denkens eine Person dahingehend beurteilen können, ob sie gesund ist oder eventuell einer Therapie bedarf, ob ihr menschliches Denken, ihr Urteilsvermögen, ihr Handeln und ihre Empfindungen adäquat rational sind oder nicht. Was ist dabei die größere Herausforderung: das im extremen Maße Auffällige, das Hervorstechende oder das sich nur wenig vom Mittelmaß Abhebende? Letzteres zu definieren ist wohl die größte Schwierigkeit. Ja, es ist oft sehr schwierig, genau zu beurteilen, wo die klare Grenze zwischen Abweichung und pathologischer Erscheinung liegt — eingebettet in traditionelle, alltägliche und ärztliche, psychiatrische Begutachtungs-Schemata. Der Nachweis für eine exakte Grenzline kann nicht erbracht werden und es ist immer wieder eine Frage, ob solch eine Grenzdefinition theoretisch überhaupt vorstellbar ist. Wir irren, wenn wir glauben, daß für die Psychiatrie und die allgemein menschlichen Vorstellungen das hochgradig Pathologische eindeutig und einfach zu definieren ist. Nicht nur Laien beurteilen das krankhaft Psychiatrische unterschiedlich, entsprechend ihres Vorurteils über Gemeingefährlichkeit, akute Psychosen, ob und wie sie an die Notwendigkeit angeordneter Beaufsichtigung glauben; auch geheilte psychiatrische Patienten beurteilen das unterschiedlich. Sie tolerieren solche Erscheinungen, Situationen, Symptome und Handlungen in Fällen, wo humanes Handeln und ein Therapie-Eingriff wünschenswert wäre.

Die gesellschaftliche und nachbarliche Toleranz ist sehr unterschiedlich. Dabei spielen Tradition und allgemeine Ansichten, private und familiäre Lebensverhältnisse, Erziehungsumstände und auf der anderen Seite wirtschaftliche Verhältnisse und der Lebensstil eine große Rolle, die dann oftmals als wirksame Ursachen zur Geltung gelangen.

Das gleiche Problem haben wir zum Beispiel auch bei der Beurteilung mentaler Defekte, die sich auf einer breiten Skala von sensitiver, überanspruchsvoller, innerstädtischer, intellektueller Lebensform bis zum sozial-debilen bäuerlichen Umfeld, vom primitiven Nomadenleben bis zum übervölkerten Wohngebiet erstrecken.

Hier gilt die wohl enger und breiter auslegbare klassische Definition von *Ruth Benedict:* »Was das Pathologische in der einen Gesellschaft ist, kann in einer anderen akzeptiert werden.«

Die Symptomatik der Schizophrenie zeigt solch eine breite Skala von geringen, erst beginnenden Anzeichen einer Spaltung bis hin zum katatonen, erregten Status, zu schwer paranoider Symptomatik, Halluzinationen und bis zur normalerweise noch akzeptierten menschlichen Verhaltensabweichung, so daß es verständlich ist, daß gerade die Schizophrenie als Beispiel gilt für die Schwierigkeit einer in beide Richtungen weisenden Definition; hierin sind alle Übergänge eingeschlossen und auch der Endzustand.

Für die Definition des Krankheitsbegriffes möchten wir die Bedeutung einer Etikettierung nicht überbetonen. Stattdessen möchten wir die Bedeutung des Persönlichkeitsverfalls hervorheben; den chronischen »Schub« und prozeß-

artigen Verlauf, die Therapie-Verweigerung und die Hindernisse bei der Rehabilitation unterstreichen. Wir möchten auch betonen, daß die »primäre Devianz«, die sich im Krankheitsverlauf herausbildet, umso komplexer mit bio-psycho-sozialen Vorgängen zusammenwirkt und eine Rolle spielt, je stärker die Stigmatisierung ist. Wir akzeptieren auch die Ergebnisse von *Nancy Waxler* aus ihren ceylonesischen Untersuchungen, anhand derer — durch umfangreiche psychiatrische Datensammlung — auch bei Populationen, die weit entfernt von unserem Kulturkreis leben, diese Stigmatisierung im Heilungs- oder Adaptionsprozeß vermißt wird (konkret: man macht den Kranken für seine Krankheit nicht verantwortlich, was den Heilungsprozeß unterstützt; wie es auch beim schwer Schizophreniekranken nachgewiesen werden kann).

Dieses Dilemma in den Anschauungen, in der Beurteilung und Gruppierung begleitet die gesamte Geschichte der Schizophrenie-Forschung, ähnlich wie die Lebensgeschichte eines Schizophrenen. Im Mittelalter starb der Schizophrene auf dem Scheiterhaufen und eine große Zahl von Menschen, — wieviel genau kann man heute gar nicht mehr ermessen — zeigte die schizoforme Symptomatik. Der mittelalterliche Mensch konnte genauso wenig wie die Menschen heute unterscheiden, wieviel dabei transzentendal ist, irrationale Kraft, und wieviel innere Konflikte ihr Verhalten beherrschen, vor welchem Teil sie sich fürchten mußten, ähnlich wie vor anderen unbekannten Dingen auch.

Dieses Mißverständnis besteht auch gegenwärtig noch. Es gibt keinen Fachmann, auch mit langjähriger systematischer Forschungsarbeit, der unmißverständlich und gegen alle Widerstände für alle schizophrenen Patienten, unabhängig von deren Symptomatik, eine zweifelsfreie und ausreichende Antwort darauf geben kann, wie diese Krankheit als einheitliches Phänomen aufzufassen ist: mehr als Krankheit, als Reaktion oder als Prozeß, was davon genetisch bedingt ist oder konstitutionell, psychisch, soziologisch, reaktiv-erlebnishaft, vielleicht stoffwechselbedingt, nervale oder energetische Komponenten hat. Und wenn diese Dinge geklärt werden können, dann gibt es induzierende, manifestierende Faktoren, denn alle diese Komponenten (sie können einen genetischen oder metabolischen Hintergrund haben oder auf die Mutter-Kind-Beziehung zurückzuführen sein) bilden ein Geflecht von Tausenden von Typen und Schwerpunkten und komplizierenden Faktoren. Aber auch in diesem Fall lassen wir noch die menschlich-gesellschaftlichen interpersonellen Faktoren außer acht, angefangen von extrem psychischem Druck über unlösbare Konfliktsituationen bis zum Grenzfall usw.

Dieses Dilemma hat die Geschichte der Psychiatrie immer begleitet: Es gab einen Fortschritt, als *Kahlbaum* die Katatonie beschrieb, *Hecker* die Hebephrenie charakterisierte und als gegen Ende des vergangenen Jahrhunderts diese Begriffe als nicht synonym voneinander abgetrennt wurden. Es war sicher ein weiterer Fortschritt, als *Kraepelin* 1896 die Dementia praecox beschrieb und alle Symptome schizophrener Formen zusammenfaßte. Diese Erkenntnisse waren auf der einen Seite ein Fortschritt und auf der anderen gleichzeitig ein

Rückschlag. Der Fortschritt bestand in der Identifizierung gemeinsamer Merkmale bei Patienten mit paranoider, katatoner, hebephrener Symptomatik während des Krankheitsverlaufes, dem Beginn und der Entwicklung der Erkrankung in Abhängigkeit vom Lebensalter sowie in den Übergängen von einer Symptomatik zur anderen. Das ist gegenwärtig nicht nur das Bild schizophrener Formen, aber neben der sogenannten »Einheitspsychose« dient es als bedeutsames und nicht leicht zu widerlegendes Argument.
Der Rückschlag bestand darin, daß geisteskranke Menschen noch gegen Ende des vergangenen Jahrhunderts endgültig und unwiderruflich aus ihrem Lebensfeld herausgerissen wurden, als die kustodiale Betrachtung eine gute wissenschaftliche Unterstützung bekam.

Somit ist verständlich, daß mit der Einführung des Begriffes Dementia praecox eine effektive Verschärfung des inhumanen Schizophrenen-Schicksals erfolgte. Gehen wir weiter, so ist mit dieser Definition allein eine Therapie, eine Rehabilitation überflüssig, wirkungslos und unverständlich. Wie *Ammon* feststellte: ». . . diese Nosologie führte jedoch weder zu psychotherapeutischen Konsequenzen noch zog sie psychodynamische oder soziokulturelle Bedingungen in Betracht.« Dieser therapeutische Nihilismus ist in unseren Augen ein doppelter Betrug und somit schädlich. Wenn etwas für Schizophrene überhaupt nicht charaktereistisch ist, dann ist es die Definition Dementia.

Die korrigierende Auffassung wurde in den letzten Jahrzehnten durch die Therapie-Änderungen unterstützt, wie Vergleiche und Beobachtungen zeigen. Von dem Dementia-Begriff war es nun nur noch ein Schritt — was oft eine wichtige Rolle in der Wissenschaftsgeschichte spielt — zu größerem Schaden. So wie *Kraeplin* sagte: »Die Betreuung des psychiatrisch Kranken ist eine große Bürde für unser Volk« und es bedarf dann nur eines weiteren Schrittes zur Euthanasie — bis zum T4-Programm.

Wenn der Krankheitsverlauf des Schizophrenen mitunter nicht genau vorausbestimmbar ist, liegt eine Besonderheit vor. Zwei eigene Beobachtungen sollen das unterstreichen; in einem Fall hatte eine Frau mittleren Alters über Jahre hinweg praktisch einen chronisch katatonen-stuporösen Status, war kontaktarm, saß stumm im »chrystalisierten« Zustand da, lag im Krankenbett. Nach einem kleinen Konflikt mit den Mitpatienten löste sich eines Tages ihre Zunge, die »Sprache floß« wieder und über alle Einzelheiten, über ihre Umgebung und Mitpatienten, über ihre Dissimulationen und Simulationen »schüttete sie ihr Herz« aus. Nicht weniger beeindruckend ist der Fall einer jungen Patientin, die schon in der Schulzeit künstlerisches Interesse zeigte und begabt war, bei der gegen Ende der Pubertät graduiert und über einige Jahre hinweg sich eine therapieresistente, schwere, leere Regression mit nivelliertem psychischem Status herausbildete, und wie nach ungefähr 8 Jahren durch eine Komplex-Therapie (oder auch unabhängig davon?) Schritt für Schritt der Sprachschatz zurückkam, sich ihre Kommunikationsbereitschaft wieder herausbildete und schließlich auch ihr künstlerisches Interesse und ihre Bereitschaft wieder in Erscheinung traten.

War unser Ausgangspunkt der leicht geschädigte Zustand, der Übergangsstatus und andererseits der schwer geschädigte, der extreme Endzustand, dann wollen wir auch noch daran erinnern, daß der schizophrene Patient extrem selbstmordgefährdet ist. Ungefähr 6-8% aller Schizophrenen sterben in der Welt durch Selbstmord. Wenn irgendwo von der Daseinsberechtigung und Bedeutung bio-psycho-sozialer Determinanten gesprochen werden kann, dann ist es in dieser Situation des Lebens. Auch von mehreren Vertretern der klassischen Schulpsychiatrie, in diesem Fall *Huber,* wurde betont, daß der Schizophrene oft durch die gleichen psychodynamischen Vorgänge wie bei anderen Menschen selbstmordgefährdet ist. Auch wir machten die gleichen Erfahrungen.

Von den bei uns unter Beobachtung stehenden 258 Selbstmord-Patienten hatten nur 15 einen psychotischen Zustand aufzuweisen und nur 3 Patienten (einer mit akuter Alkoholpsychose, einer mit paranoidem Wahnzustand und ein schizophren Erkrankter mit akuten Halluzinationen) waren durch Psychose zum Suizid animiert (motiviert) worden. Bei den anderen schizophrenen Patienten waren es zumeist unlösbare — aber alltägliche — Situationen, die zur Tat führten, wie auch interpersonelle Konflikte, Erlebnisse.

Wir wollen die Selbstmordgefährdung Schizophrener nicht unterschätzen. Im Gegenteil; aber wir möchten auch betonen, daß gerade in diesem pathologischen Zustand eine Vielzahl intakter alltäglicher humaner Faktoren hineinspielen (oder gerade klare, reale Erkenntnisse wie z.B. das Erkennen der hoffnungslosen menschlich familiären Lage), die eine mehrfach größere Selbstmordgefahr bedeuten, als die pathologischen Denkinhalte allein.

In diesem Zusammenhang hat es eine besondere Bedeutung, darauf hinzuweisen, wie unrichtig und unmenschlich die in der Schulpsychiatrie noch heute in breiten Kreisen existierende Meinung ist, wonach der psychisch Kranke (besonders der schizophrene) Mensch vollkommen unfähig ist mit der Umwelt »normale« Beziehungen zu haben, sowie, daß er überhaupt kein Krankheitseinsehen hat.

Dazu zwei Bemerkungen:

a) Wieviel »Krankheitseinsehen« haben die sog. gesunden Menschen? Es wäre interessant, diese Frage einmal grundsätzlich zu diskutieren. Was aber den psychisch Kranken betrifft, ist zu sagen, daß er zwischen dem übertriebenen und dem verminderten, von dem falschen, inkonsequenten zum bagatellisierenden Krankheitseinsehen schwankt. Um diese Frage grundsätzlich zu erörtern ist hier kein Platz. Vollkommenes Fehlen der »Selbstkritik«, des Krankseineinsehens ist aber sicher eine ausgesprochene Rarität und Seltenheit, immer aber Ausdruck einer unmenschlichen Haltungsweise.

b) Dasselbe gilt auch für die Beziehungen. Nicht nur, weil z.B. der paranoide Patient sich in vielen Situationen des Alltags weitgehend unauffällig benimmt (vielleicht mehr konform als seine Behandler), und weil zudem die verschiedenen auto- oder heteroaggressiven Affektausbrüche des schizophren Erkrankten in ihrer Motivation, in den kausalen Auslösezusammenhängen viel reali-

stisches, alltägliches, also allgemein menschlich Verstehbares — man könnte auch sagen: Gesundes — haben. Ganz einfach kann man feststellen, daß die Perzeption, die vitalen Funktionen und Triebe, die Beurteilungsfähigkeit usw. während einer sog. »Schubdynamik« teilweise intakt bleiben und intakt funktionieren. In diesem Zusammenhang ist die kritische Erörterung dieser Probleme von *Arlow* und *Brenner* zu erwähnen.

An dieser Stelle möchte ich auch darauf hinweisen, daß dasselbe für die weitverbreiteten, durch Vorurteile unterstützten Meinungen gilt, die zwischen den psychotischen Denkinhalten und dem geäußerten Benehmen einen fast mechanischen, linearen und unbedingt zur Erscheinung kommenden Zusammenhang vermuten oder deklarieren.

Wieviele, von Laien wie von Fachleuten falsch beurteilte und behandelte Menschen in der Welt aufgrund unmenschlicher und unwissenschaftlicher Manier und durch falsche Verallgemeinerung gelitten haben und immer noch leiden, ist nur sehr schwer zu schätzen. Sicher ist jedenfalls, daß es sich um einen häufig wirkenden Irrweg des menschlichen Denkens handelt.

Es ist notwendig, diese Differenzierung für die Erkennung des Pathologischen, bei der ärztlichen Entscheidung, für die Therapie und den Rehabilitationsprozeß nicht außer acht zu lassen. Auch die *Ammon*'sche Grundauffassung, wobei es nicht primär Aufgabe und Ziel der Therapie sei, den Menschen symptomfrei zu machen, sondern mit Unterstützung der gesunden Anteile und Fähigkeiten seine Persönlichkeit zu stärken, zu stabilisieren, aufzubauen und dadurch den Patienten fähig zu machen, am mitmenschlichen Leben wieder teilnehmen zu können, berechtigt zu einer kritischen Betrachtung dieses Zusammenhangs.

Es gibt zahlreiche Erkenntnisse, die die Rolle der Vererbung, des Erworbenen und des Intrapsychischen sowie der äußeren Faktoren analysieren. Aber anstatt hier Daten anzubieten, wollen wir prinzipielle Schlußfolgerungen aus den Erfahrungen und Tatsachen ziehen.

1) Wir kennen alle das Drehtür-Phänomen, die »Revolver-Door«. In den meisten Ländern der Erde mit sehr verschiedenartigen Sozialversicherungssystemen und sozialen Einrichtungen ist es eine selbstverständliche Erscheinung, daß die Schizophrenen viel zu spät in fachärztliche Behandlung kommen, erst dann, wenn die Umwelt die schweren pathologischen Symptome als solche endlich zur Kenntnis genommen hat.

Sehr häufig verhindern die Angehörigen oder die Umgebung lange Zeit infolge Unkenntnis oder rein instinktiv »abweisend-annehmend« die Behandlung. Sie akzeptieren zwar nicht die Krankheit des Patienten, aber sie versuchen häufig die Symptome »ganz objektiv« mit den äußeren Lebensumständen, mit dem Alter bzw. der Lebensperiode des Patienten und seinen menschlichen Problemen zu erklären. Dieses »Abwehr-Annahme«-Verhalten ist völlig menschlich und psychologisch verständlich. Später drehen sie sich dann aber langsam schrittweise um 180 Grad. In allen Fällen ist dann der Kranke (genauer: die Krankheit) verantwortlich. Die geringste Unruhe, Widerstand,

Schwierigkeiten im Verhalten usw. dienen dann als natürliche, rechtliche Handhabe, um den Kranken in eine Heilanstalt einzuweisen, früher oder später gar zu isolieren.

2) Über die komplexe Betrachtung der genetischen konstitutionellen und frühkindlichen Faktoren:

Die Ergebnisse der Zwillingsforschung bzw. der Zusammenhang schizophrener Erkrankung mit konstitutionellen Faktoren werden als Tatsachen gewertet, so auch andere Untersuchungen. Auch gibt es so etwas wie eine Anlage in der Familie für schizophrene Reaktionen. Dies läßt sich jedoch nicht gleichermaßen für alle Konstitutionstypen benennen; welche Rolle dieser Typus spielt, läßt sich dagegen mit Daten nicht exakt belegen.

Umso bedeutsamer werden deshalb solche Ansichten, wie sie *Eisenberg* formuliert. Ihnen zufolge stehen das »Innere« und die »Umwelt« eines Menschen von Anbeginn an in einer sehr komplexen Wechselbeziehung und bilden eine untrennbare Einheit. Die menschlichen Schicksale können deshalb auch nur innerhalb einer solchen Komplexität analysiert werden, wie auch die Entwicklung einer menschlichen Krankheit.

Der in einer anderen Umwelt lebende Franzose *Wallon* war der gleichen Auffassung. Klinische Erfahrungen und statistische Angaben erlauben über diese Teilfrage Folgerungen in zweierlei Richtung. Erstens, die ererbte genetische Belastung bedeutet und determiniert allein in sich nicht unbedingt eine schlechte Prognose, und eine stärkere genetische Belastung bedeutet auch keine hundertprozentige Sicherheit in der Erkrankungswahrscheinlichkeit, so wie ein günstiges und geordnetes Milieu nicht unbedingt allein einen ausreichenden Schutz, eine sichere Verhütung der schizophrenen Erkrankung bedeuten. Selbstverständlich kann die Ansicht über die idealen Umstände nur in einer Instandhaltung gesehen werden, denn wenn eine Mutter, die sich zum Kind in einer »double-bind« Manier verhält (nach unseren Erfahrungen oft auch ein »double bind« sich verhaltender Vater) — schon ein psychiatrischer Gemeinplatz — so werden die Kinder dieser Eltern dauerhaft widersprechend beeinflußt, worauf bereits *Lempp* sein Augenmerk richtete. Er vertrat die Ansicht, daß hierdurch die Schizophrenie bereits in der Kindheit entsteht.

In diesem Zusammenhang kann es auch von Interesse sein, daß laut Interpretation die auch heute noch gültige Auffassung *Bleulers* hier hineinpaßt, nach der »die psychodynamische Betrachtungsweise ihre Rechtfertigung darin findet, daß der Kranke infolge gewisser primärer, funktioneller Insuffizienzen nicht imstande sei, mit seiner ganzen Umwelt zurecht zu kommen«. Er fügt ferner hinzu, daß die Krankheit meist aus einer gestörten Persönlichkeitsentwicklung heraus entsteht. *Kretschmer* akzeptierte diese Auffassung, *Kurt Schneider* und *Jaspers* hingegen lehnten sie ab.

Ich möchte besonders betonen, daß unsere schon über 20 Jahre laufenden Untersuchungen die von *Ammon* öfters erklärte Tatsache bestätigen: die infantile, kindliche Symptomatik steht oft in sehr plastisch bemerkbarem direktem kausalem Zusammenhang mit der defizitäten Beziehung der Eltern unter-

einander und zum Kind, aber auch zu den psychopathologischen Abläufen im späteren Lebensalter, in der Pubertät, im Erwachsenenalter.

Interessant sind in diesem Zusammenhang auch die Gedanken von *Br. Bettelheim,* der herausstellt, daß man im Zusammenhang mit dem Ursprung der kindlichen Schizophrenie feststellen kann, daß der Lebenslauf der Mutter häufig schwer pathologisch belastet ist, und daß in vielen Fällen das Verhalten gegenüber dem Kind das erregbare Beispiel für das Unnormale ist. Das beweist aber zum einen noch nicht, daß die Mutter die Ursache für die Schizophrenie ist und zum anderen aber auch nicht, daß ihre pathologische Eigentümlichkeit auch die des Kindes erklärt.

Eine Therapie, die sich nur auf die Mutter oder auf die Mutter-Kind-Beziehung konzentriert, kann keine gute, keine ideale Therapie sein, denn diese Vorstellung entstammt aus einer völlig idealisierten bzw. idealistischen Mutter-Kind-Symbiose als einer nichtdifferenzierten psychologischen Einheit. Die Mutter-Kind-Beziehung ist außerordentlich wichtig, aber es ist ein Wunschtraumbild, sich diese Mutter-Kind-Beziehung als eine allgemein idealistische Duplizität vorzustellen. Dabei hat man den Umstand außer acht gelassen, daß die Individualisierung gemeinsam mit Streß und Schmerz bei der Geburt beginnt.

Es besteht Anlaß darüber nachzudenken, was *Bruno Bettelheim* darüber schreibt: »Inzwischen, da man als Ursache der kindlichen Schizophrenie die genetische Erbschaft, oder die elterliche Verhaltensweise verantwortlich macht, vergißt man die »spontane« Reaktion des Kindes auf besondere Umstände. . . da der Säugling vollkommen von der ihn betreuenden Person abhängig ist, wird er sehr oft als »tabula rasa« betrachtet, deren Psychikum von der Mutter vollkommen abhängig wäre. In Wahrheit ist das Kind vom Säuglingsalter an auch ein aktiv formierender Teilnehmer seiner Zukunft, seiner späteren Persönlichkeit.«

In der vergleichenden Untersuchung und Analyse zwischen hoch extremen Belastungen im Erwachsenenalter (Konzentrationslager) und in der Kindheit, äußert *Bettelheim* eine sehr interessante Parallelität, verweist aber auf Unterschiede zwischen den zwei Lebensperioden: Zur Entwicklung der kindlichen Schizophrenie reicht es, wenn das Kind überzeugt wird, daß sein Leben von gefühlslosen, irrationalen, bedrückenden mächtigen Kräften gelenkt wird, in deren Macht es steht, sein persönliches Wesen zu annullieren. Für die schizophrene Reaktion eines gesunden Erwachsenen ist im Vergleich dazu nötig, daß das alles Wirklichkeit ist.

Wieder möchte ich *Bettelheim* zitieren: »Wenn jemand in einer extremen Lage leben muß, dann wird auch sein früheres Leben und seine Persönlichkeit infiziert.« Hieraus resultiert aber auch die Einsicht, daß bei einem nicht gegebenen Schutz vor so extremen Situationen eine Neustrukturierung notwendig wird.

Während der Rehabilitation der kindlichen Schizophrenie wird also eine Stufe erreicht, wo der Patient fähig wird zur Reintegration der eigenen Per-

sönlichkeit, was im symbolischen Sinne dem Erlebnis entspricht, ein neues Leben zu beginnen, also einer Geburt ähnlich ist. Ein Junge äußerte dieses Erlebnis derartig: »ich legte mich, wie Eier, ich habe mich geboren. . .«.

In dieser Teilfrage, die aber von großer Bedeutung ist, kann man vollkommen der Dynamischen Psychiatrie und besonders *Ammon* recht geben, wenn betont wird, daß »als ausreichende Therapie der schizophren Erkrankten sich nur der geduldige Aufbau interpersoneller Beziehungen empfiehlt.«

Es wurde schon erwähnt, daß sich die Fachleute überhaupt nicht einig sind, ob man von Schizophrenie, schizophrenem Formenkreis oder von schizophrener Reaktion sprechen kann und soll oder — wie die Argumente der Antipsychiatrie betonen — ob man ein Recht hat, überhaupt darüber zu sprechen.

Benedetti teilt die Schizophrenieformen — ähnlich der Einordnung der depressiven Zustände nach *Kienholz* — folgendermaßen auf:

a) Überwiegend somatogene symptomatische Schizophrenie (hirnorganisch)
b) Akuter exogener Reaktionstyp
c) Schizophrenie- ähnliche Intoxikationspsychosen (manche Alkoholhalluzinationen, Weckamin, LSD, usw.)
d) Endokrine Psychosyndrome
e) Genuine Schizophrenien
Kern- und Randschizophrenien ohne spezifische körperliche Symptome und ohne umschreibbare psychogene Auslösung, Bedeutung der genetischen Faktoren und lebensgeschichtlichen Belastungen
f) Pseudoneurasthenische Schizophrenien
g) Emotionspsychosen
h) Reaktive Schizophrenie

Durch diese Einteilung kann man sicher zu dem Resultat kommen — unabhängig davon, wieweit man mit dieser Aufteilung einverstanden ist — daß es unmöglich und unwissenschaftlich ist, aus den im einzelnen Falle ungleiche und verschiedene Rollen spielende Faktoren einige willkürlich herauszuheben, zu betonen oder auch außer acht zu lassen.

Die Multidimensionelle Betrachtungsweise der Schizophrenie:

Wünschenswert wäre eine völlig komplexe Annäherung in den Deutungen und Auffassungen hinsichtlich der überaus unterschiedlichen Gesichtspunkte, unter denen die schizophrenen Störungen gegenwärtig noch betrachtet werden. Dies erscheint auch deshalb angebracht, da so die ätiologischen Faktoren in der Entwicklung, dem klinischen Verlauf, sowie die vielgestaltigen Reaktionen gegenüber (pharmako-psychosozial-) therapeutischen Eingriffen, wissenschaftliche Ergebnisse und Erfahrungen, wenn auch kontrovers, berücksichtigt werden können. Das sagt dann zwar noch wenig über die verschiedenen Richtungen und viele kritische Fragen hinsichtlich der Pathologie bleiben offen, wie v.a.: In der Meinung der breiten Öffentlichkeit bezüglich der psychischen Erkrankung kommt es zu einem Prozeß der Stigmatisierung, zu einer sozialen Intoleranz, die in deviantes Verhalten mündet (labelling model) und

die unter Verwendung von Degradations-Ritualen und in einem Mythos-Modell von der Schizophrenie endet, so daß sich die Betroffenen von der untolerierbar gewordenen Umwelt zurückziehen und dadurch auch Bewußtseinsveränderungen manifest werden (Entwicklungskrisen-Modell).

Bereits auf vorangegangenen Kongressen sprachen wir über das Vielfach- oder Multidimensionale Modell (*Szilárd* et al.), wobei die gemeinsamen Gesichtspunkte, aber auch die unterschiedlichen Faktoren herangezogen wurden,und eine holistische Annährung auch bei schizophrenen Störungen möglich erscheint. Es ist bekannt, daß wir keine typische prämorbide Persönlichkeit exakt definieren können, die zur Ausbildung einer Schizophrenie neigt und dennoch wurde über die Prognose und den denkbaren klinischen Verlauf früher schon berichtet (*Bleuler, Frank*). Vergleichsweise läßt sich mit Sicherheit kein biologisches Modell definieren, das für die Entwicklung einer Schizophrenie lediglich einzelne Komponenten berücksichtigen wie z.B. die Rolle der psycho-sozialen Streßfaktoren oder pathologischer Kommunikationsstörungen.

Es kann eine Ausschließlichkeit einer einzigen Dimension für die Genese der Schizophrenie nicht bewiesen und nicht angenommen werden. Die auf diesem Gebiet gewonnenen Erkenntnisse und wissenschaftlichen Ergebnisse sind nicht außer acht zu lassen, wie beispielsweise die Bedeutung und die Rolle von Streß. Die Streß-Interpretation erstreckt sich dabei von einer sehr engen Definition (z.B. von einer sehr intensiven physischen Einwirkung) bis zu einer extrem weiten Auffassung (in die z.B. jegliche widrige Umwelteinwirkung mit erregendem Effekt hineinspielt und wobei die Betroffenen zum größten Teil sehr unterschiedlich und individuell reagieren), und diese Definitionen selbst verändern sich ständig, woraus die Lehre gezogen werden kann, daß unter vergleichbaren sozialen Bedingungen von schizophrenen Personen noch vor Beginn des Ausbruchs der Erkrankung, im Prästatus der Anamnese, Streßeinflüsse wesentlich intensiver und signifikant häufiger im Rahmen der Lebensereignisse empfunden wurden (*Rogler* und *Hollingshead*). Epidemiologische Untersuchungen in großen Städten zeigen, im Gegensatz zu vielen anderen auch gegensätzlichen Befunden, daß entsprechend dem sozialen Status schizophrene Geistesstörungen wesentlich häufiger in den sozial-ökonomisch niederen Schichten anzutreffen sind und bei jenen Personen, die stärkeren Streßeinwirkungen unterlagen (*Jacobs* und *Meyers*). Diese epidemiologische Strategie-Konzeption verwendend, kalkulierte *Paykel* für den Verlauf von sechs Monaten ein vierfach höheres Risiko für die Entwicklung einer Schizophrenie, wenn beispielsweise schwere Erschütternisse und andere schwerwiegende Lebensereignisse vorangingen, und ein sechsfaches Risiko für Depressionen. Derartige Lebensereignisse, die eigentlich Streß bedeuten, sind dann die Trigger für die Auslösung einer Schizophrenie, während die »formalen« Faktoren eher zur Ausbildung einer Depression führen (*Brown* et al.).

Es gibt neue Erkenntnisse über die unangenehme Rolle deklarierter Emotionen. Die aus der Anstalt entlassenen schizophrenen Personen zeigen unter den

häuslichen Verhältnissen häufig wieder markant zum Ausdruck kommende Emotionen (mit kritischen Manifestationen, kontroversem Verhalten, emotionaler Überflutung), was sich so auswirkt, daß ihre Rückfälligkeit zunimmt. Umgekehrt: ziehen sie sich in zunehmendem Maße zurück von ihrer sozialen Umwelt, so hat das eine scheinbar schützende Funktion. Dies alles war natürlich auch für die Situation in der Klinik in gewissem Maße charakteristisch, das »Funktionieren« des chronisch Schizophrenen war in die Umwelt der Anstalt eingefügt bzw. einbezogen. In vielen Berichten wurden die Familienstruktur und das sie umgebende Kommunikationsmuster, die emotionalen und kommunikativen Verbindungen zur Mutter beschrieben, die bei der Ausbildung der Schizophrenie in vielen Fällen als mitverursachende Faktoren hervortreten.

Das empathische Verständnis und die theoretische Bedeutung der beobachteten psychopathologischen Symptomatik werden in dem sogenannten psychodynamischen Interaktionsmodell vereinigt und dies führt dann größtenteils zu den humanistischen und holistischen Auffassungen von der Schizophrenie. Die nach unbekannten Mechanismen gegebenen Antwortreaktionen auf intrapsychische Konflikte nach vorangegangenen psychischen Traumen in frühester Kindheit bilden dabei eine Achse im multidimensionalen Schizophrenie-Verständnis. Die Modelle konditionierten Verhaltens werden in der Schizophrenie als erlernte nicht-adaptative Antwortreaktionen gegenüber chronischen Einwirkungen betrachtet und frühere Erlebnisse erhalten dabei eine verstärkende pathologische Bedeutung. Die therapeutische Strategie ist dann auch die operante und klassische Konditionierung mit der Konsequenz, korrektive Veränderungen mit verstärkenden Verfahren zu erzielen, insbesondere hinsichtlich der sozialen Bereitschaft und Kommunikation.

Wie die Befunde verdeutlichen, ist es klar, daß genetische und biologische Faktoren für die holistische Betrachtung der Schizophrenie auch eine unerläßliche Bedeutung haben. Obwohl frühere genetische Untersuchungen noch eine Vielzahl methodologischer Unzulänglichkeiten enthielten, zeigt sich aufgrund der modernen Befunde und der unter kontrollierten Bedingungen gewonnenen Daten aus der Zwillingsforschung, von Familienuntersuchungen und Adoptions-Studien, daß genetische Faktoren in 40% der Fälle eine Rolle spielen — genauer gesagt: mitspielen. Über die mit modernen neurobiologischen und neuropharmakologischen Methoden erfolgten Untersuchungen und mit derartigen Strategien gewonnenen Ergebnisse haben wir auf dem letztjährigen Kongreß bereits berichtet (*Szilárd* et al.).

Man darf wohl davon ausgehen, daß biologisch-genetische Faktoren zur Frage der »Vulnerabilität« beitragen. Bekannt ist auch, daß eine direkte genetische Übertragung schizophrener Störungen nicht sicher nachzuweisen ist. Stattdessen ist das Vorliegen einer Disposition oder Tendenz, einer »Diathesis« wahrscheinlicher.

Ob der Begriff der »Vulnerabilität« den Terminus »Diathesis« in der Psychiatrie einengt, ist vorerst hinsichtlich der Erkrankung, der Schwäche und

Hinfälligkeit, der Defekte, die die Vorurteile im Denken bewirken und zur Stigmatisierung führen, von geringem Interesse. Demgegenüber ist die Form der Annäherung,wonach eine Person unter bestimmten gegebenen Verhältnissen spezifische Verhaltensmuster zeigen kann, die ihrem Charakter, ihrer Individualität eigen sind, von größerer Bedeutung. So kann beispielsweise eine kleingewachsene Person oder auf der anderen Seite ein großwüchsiger Mensch unter den gegebenen Umständen in der jeweils letzten Position der Normalverteilungskurve seiner Population eingeordnet werden, ohne daß dadurch notwendigerweise eine Kategorisierung »Zwerg« oder »Riese« notwendig wird. Gleiches gilt natürlich auch, wenn der Begriff »soziale Verträglichkeit« als Kategorisierungseinheit existieren würde und dafür die Normalverteilung innerhalb einer Population erstellt werden würde, wobei dann die »schamhaften« Menschen unmittelbar am Ende der einen Seite stünden, ohne nun gleich als abnormal oder krank eingestuft werden zu müssen. Ist jemand psychotisch und nicht integrierbar und es verstärken sich derartige charakteristische Anzeichen, kann man ihn als autistisch und zurückgezogen einordnen, mit Symptomen, die als Diagnosemerkmal gelten können.

Nach Angaben bei *Karlson* tritt die schizophrene Erkrankung im Vergleich zur Gesamtpopulation wesentlich häufiger bei Angehörigen ersten Grades von kreativ tätigen Menschen auf; und natürlich gilt das auch in umgekehrter Richtung: unter den kreativ tätigen Personen befinden sich wesentlich häufiger Angehörige ersten Grades von Schizophrenen. All dies unterstreicht den multipotentiellen Charakter der Erbanlagen, schließt dabei eine qualitativ höhere Anpassungsbereitschaft ein und enthält somit die »Fähigkeit« zur Herausbildung der Erkrankung. Wenn nun die Charaktermerkmale multipotential sind, ist es natürlich nicht schwer einzusehen, daß die Bedeutung der psychischen und somatischen Gegebenheiten eines Individuums nur als Ganzes betrachtet werden können, als eine multidimensionale und holistisch begründete Voraussetzung verstanden werden dürfen, und das gilt dann auch für die gewöhnlichen, normalen und gesunden Verhältnisse, wie gleichermaßen für die gestörten, unnormalen und pathologischen Bedingungen.

In den vergangenen Jahren haben wir anhand von Literaturauswertungen sowie von eigenen Untersuchungen und Erfahrungen unsere Meinungen und Auffassungen über die Annäherung einer holistischen psychiatrischen Krankheitsdefinition herausgearbeitet und veröffentlicht. Seit zehn Jahren haben wir diese in ungarischen Fachzeitschriften, auf den WADP-Kongressen sowie im Rahmen der »Dynamischen Psychiatrie« vorgestellt. Wir sprachen dort über die Zielstellung und Möglichkeiten einer biologischen Schizophrenie-Forschung sowie deren Ergebnisse, aber wir fanden auch, daß der Alkoholismus und der Selbstmord viele gemeinsame psychopathologische, psychodynamische Züge und Wurzeln in der Persönlichkeitsentwicklung haben. Wir sind der Auffassung, und möchten dies besonders betonen, daß dies alles zusammengenommen schlicht und konsequent die sehr dringende aber nicht unmögliche Aufgabe stellt, die Divergenz in der Beurteilung der Schizophrenie zu verringern.

To the complex — holistic view of schizophrenia

János Szilárd, Beata Temesváry, Zoltán Janka (Szeged)

In the realm of psychiatry it is difficult to draw a clear demarcation line between deviation and pathology and there is to question whether such a line is meaningful. The phenomenology of psychosis and particularly of schizophrenia is such comprehensive and far-reaching that no specialist may determine how this illness is to describe as a unique phenomenon. In the history of psychiatry there were progresses by the description of catatonia by *Kahlbaum,* of hebephrenia by *Becker* and that time it was discovered that both terms were not synonym.

The description of dementia praecox by *Kraepelin* who resumed all symptoms of schizophrenia had brought progress as well as setback. It supported the »custodial viewing« by scientific means and made therapy and rehabilitation superfluous and inunderstandable. The authors emphasize that particularly the »Dementia« would not refer to schizophrenia. The harm of the understanding by *Kraeplin* can be tremendous.

Referring to own examples the authors prove that the process of becoming ill by schizophrenia cannot be foreseen exactly and that the illness can be improved very well by a therapeutic milieu. They feel closely related to the school of *Ammon* who emphasizes the rebuilding of interpersonal relationships in the therapy of schizophrenically ill persons. The opinion of traditonal school psychiatry till today is that the schizophrenic diseased person is completely unable to have normal contact to the environment and that he has no insight into his illness. This understanding is rejected by the authors as being wrong and inhuman. Lacking insight of illness furthermore is no specific feature of psychotic persons but is to be found in the whole population.

It is also a prejudice to say that during a critical psychotic state the basic functions of the person would be out of work. It is shocking to see how many persons suffer because of those mistaken understandings and prejudices. Often the pain of the patient is not relieved but aggravated, also by not understanding the patient and its illness by psychiatrists. In addition many of the schizophrenic diseased persons come too late for treatment because the familiy rejects the treatment due to the unawareness of the situation.

According to the authors the question of genesis of the schizophrenically diseased person is not to be seen as an isolated phenomenon, e.g. genetical factors. The inner being and the environment have to be seen as a unit with complex interrelations from the very beginning of the birth. Human fate and also the growing of illness can be analysed only by this complexity of interrelations. Also a reduction to the mother-child-relation — how important it ever may be (when considered as an idealistic mother-child-symbiosis) — cannot explain this complex process.

To call upon single factors in an arbitrary way and to leave out others cannot be considered as scientific. Thus the authors plead for a multi-dimensional

viewing of schizophrenia in which biological factors as well as psycho-social-cultural factors come together and are connected in a holistic way. In the psychodynamic model of interaction empathetic understanding and theoretical importance of the observed psychopathological symptoms are united, in which also the etiological and therapeutical dimensions are combined, for the improvement and restoring of the communication with the environment. Above all the stigmatization of the patient has to be prevented. The significance of the psychic and physical factors of an individual can be considered only by seeing the whole person.

Literatur bei den Verfassern

Adressen der Autoren:
Professor, Dr. János Szilárd
Medizinische Universität Szeged
Postfach 397
6701 Szeged, Ungarn

Dr. Beata Temesváry
Universitäts-Nervenklinik Szeged
Postfach 397
6701 Szeged, Ungarn

Dr. Zoltán Janka
Neuropsychiatrische Klinik
der Universität Szeged
Postfach 397
6701 Szeged, Ungarn

Indikatoren im Nachtschlaf als Kriterien für nachholende Entwicklung im Verlauf psychotherapeutischer Behandlung (Fortführung der Pilot-Study aus dem Schlaf- und Traumlabor der Klinik Menterschwaige: Funktionelle Entwicklungsaspekte des Schlafs in den katamnestischen Erhebungen)*****

Günter Ammon (Berlin/München)*, Ulrich Köppen (München)**, Astrid Thome (München)***, Winfried Tiedge (München)****

In Fortführung der Pilot-Study aus dem Schlaf- und Traumlabor der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige (vgl. Ammon et al. 1985a, 1985b, 1987a) erweitern die Autoren die theoretischen Grundlagen von Schlafuntersuchungen zur Verlaufs- und Effizienzbeurteilung des therapeutischen Prozesses um spezifische funktionelle Entwicklungsaspekte der einzelnen Schlafstadien. Hierzu werden erstmals Ergebnisse aus Untersuchungen der REM-Phasen-Struktur veröffentlicht, wonach sowohl nach diagnostischen Aspekten (ICD-Kriterien) als auch nach humanstrukturellen Gesichtspunkten gebildete Untergruppen unterscheidbar werden.
Unter besonderer Berücksichtigung der Bedeutung des REM-Schlafes für die frühe und spätere ontogenetische Entwicklung wird der Nachtschlaf differenzierter Beurteilung zugänglich.
Die Autoren stellen erstmalig auch Ergebnisse aus den Nachtschlafuntersuchungen von sechs nachuntersuchten Patienten vor: Die Veränderungen in den REM-Phasen-Strukturen dieser Patienten setzen sie in Beziehung zur während des Prozesses der dynamisch-psychiatrischen Behandlung nachgeholter und noch nachzuholender Entwicklung in den zentralen Humanfunktionen. Der erweiterte Interpretationsansatz für die Beurteilung von Schlafprofilen wird am Beispiel zweier Einzelfallbetrachtungen verdeutlicht und diskutiert.

Uns interessiert der Nachtschlaf als eine eigene Befindlichkeit des Menschen, als eine ganz spezifische Form des Ineinandergreifens bewußter und nicht-bewußter Prozesse, deren Gestaltung die Identität des Menschen als übergreifende Humanfunktion prägt. Der Schlaf ist ein anderer Funktionszustand des gleichen Systems, er ist ein aktives Geschehen und entwickelt sich in der Ontogenese des Menschen zunehmend zu einer größeren Rhythmizität mit eindeutiger werdender Ausprägung von Zeiträumen relativer Ruhe und relativer Aktivität. In seiner Gestaltung, die grundsätzlich immer auch ganz individuelle Züge trägt, muß der Schlaf als Teil der Gesamtrhythmik des Menschen Entsprechungen dazu aufweisen, wie der Mensch am Tag lebt, seine

* Dr. med., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychoanalyse, Chef-Konsiliarius der Dynamisch-Psychiatrischen Kliniken
** Psychiater, freier Mitarbeiter im Schlaflabor der Psychologisch-Diagnostischen Abteilung der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige
*** Dipl.-Psych., freie Mitarbeiterin im Schlaf- und Traumlabor der Psychologisch-Diagnostischen Abteilung der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige
**** Dr. Ing., freier Mitarbeiter im Schlaf- und Traumlabor der Psychologisch-Diagnostischen Abteilung der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige
***** Vortrag gehalten auf dem 6. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XIX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 7.—11. März 1988 in der Ludwig-Maximilians-Universität München

Tage gestaltet und mit welcher Erlebnisintensität er seelisch, geistig und körperlich teilhat an den sozialenergetischen Austauschprozessen seines Lebensumfeldes.

Der Funktionsablauf des Schlafes kann durch die polygraphische Darstellung, also vor allem der Aufzeichnung der Gehirnströme während des Schlafens, sichtbar gemacht werden, d.h. es wird die Aktivität biologischer Strukturen und funktioneller Systeme, wie sie sich im Laufe der Phylogenese und der Ontogenese entwickelt haben, erfaßt. Jeder Mensch hat ein individuelles »Schlafprofil«, aber es sind dem Schlaf aller Menschen gleiche Strukturprinzipien der zeit-räumlichen Verteilung bioelektrischer cortikaler Aktivitätsmuster gemeinsam, ebenso ihre Veränderung und Veränderlichkeit im Laufe der Ontogenese und in den jeweiligen lebensgeschichtlichen Zusammenhängen. Der Schlaf hat also eine interindividuelle und eine relative intraindividuelle Konstanz (vgl. *Drucker-Colin* et al. 1979). Man kann darüber hinaus einen »gesünderen«, d.h. seine Funktionen erfüllenden, von einem »kränkeren«, d.h. ungenügend entwickelten oder in seiner Entwicklung arretierten und somit funktionell insuffizient gebliebenen Schlaf unterscheiden.

Mit den Schlafuntersuchungen setzen wir im biologischen Bereich des Menschen an, den *Günter Ammon* in seinem Konzept der Humanstrukturologie als Ort begreift, an dem die Humanstruktur in körperlichen Strukturen und Funktionen greifbar und materiell sichtbar wird, wobei Energie und Struktur in einem synergistischen Zusammenhang zu sehen sind. »Die(se) Dimensionen der Identität als Ich-Funktion stellt die intrapsychische Ebene dar, den Synergismus von Biologischem, Unbewußtem und Bewußtem im Menschen, wobei ich als Arbeitshypothese annehmen möchte, daß dieser Synergismus von Bewußtem und Unbewußtem, von zentralem und sekundärem Ich im Biologischen, d.h. besonders in den neurophysiologischen Bahnungen des Gehirns eine Entsprechung findet« (*Ammon* 1986). Die Identität ist die Humanfunktion, die übergreifende Struktur und Funktion, also Aktivität im körperlichen, psychischen und geistigen Bereich auf einer höheren Ebene, die konzeptionelle Entwürfe, Einstellungen, geistige und spirituelle Dimensionen einschließt, reguliert und integriert. Den Ort der physiologischen Entsprechung dieser übergeordneten und integrierenden Humanfunktion sehen wir im zentralen Teil der primären Humanstruktur, also dem Gehirn, im Neocortex, insbesondere in den morphologischen und funktionellen Strukturen des Frontalhirns. Dieses realisiert als Scheitelpunkt eines übergeordneten funktionellen Systems vor allem die konzeptionellen Prozesse, d.h. die Grundlage bewußter und nicht-bewußter Lebensentwürfe des Menschen (vgl. *Marsen* 1982; *Creutzfeldt* 1983). Durch Sozialenergie werden diese Entwürfe, die dem Menschen in Gruppen, angefangen bei der Primärgruppe und in späteren bedeutsamen Gruppen, gegeben werden, in Struktur und Funktion umgesetzt. Ähnlich wie die Phantasien und das Spiel beim Kind antizipatorische Funktionen für den gesamten Lebensentwurf in einer Vielfalt von Möglichkeiten erfüllen, ist der Nachtschlaf ein Ort, in dem in vorauseilender Bereitstellung Entwicklung auf

der physiologischen Ebene vorbereitet wird in besonderer Verwobenheit mit psychischen und geistigen Prozessen. Ort der Initiation von Entwicklung, des Durchspielens und Erprobens bewußter und nicht-bewußter Konzepte im Wachen ist die Gruppe. Nach außen abgegrenzt, ist der innere Raum der Verarbeitung und Bereitstellung der Schlaf. Der Traum als komplexes kreatives Geschehen des REM-Schlafes kann als inneres spielerisches Probehandeln begriffen werden, der NREM-Schlaf als Zeit-Raum, in dem energetische Prozesse in Hirnstruktur und -funktion umgesetzt werden. Das Erleben im Wachen in all seinen Dimensionen wird in den Schlaf hereingenommen, umgewandelt und in physiologische Funktionen und Struktur überführt, und kann sich wieder in den Tag entäußern.

Unser Ziel ist es, die Veränderung durch nachholende Entwicklung im therapeutischen Prozeß, d.h. den Niederschlag des dort stattfindenden sozialenergetischen Austauschgeschehens in funktionellen Systemen und Strukturen, wie sie sich in den komplexen cortikalen Aktivitätsmustern des Nachtschlafs zeigen, in Ansätzen zu erfassen, ihr Vorhandensein und ihr Ausmaß zu erschließen. Zu überprüfen, inwieweit diese Veränderungen in die Persönlichkeit integriert sind, bleibt weiterer Forschung vorbehalten. Die Effizienz dieses Prozesses läßt sich nur methodenintegrativ (AKL, ISTA, Interviews, Videoaufzeichnung) bestätigen. Wir wollen in der vorgelegten Arbeit auch unseren theoretischen Ansatz genauer fassen und vertiefen.

Die funktionelle Bedeutung des REM- und des NREM-Schlafes

Unsere Interpretation von Schlafprofilen beruht darauf, daß wir das, was man von der ontogenetischen Entwicklung des Schlafes und über die funktionelle Bedeutung einzelner Schlafparameter und Parameterzusammenhänge weiß, in Beziehung setzen mit dem humanstrukturellen Verständnis von Identitätsentwicklung. Der ontogenetische Blickpunkt ergab sich aus der Erkenntnis, daß bei unseren Patienten einzelne Parameterverhältnisse einer frühen ontogenetischen Position, andere einer weitaus späteren Position entsprachen, was wir als physiologischen Erweis eines in der Lebensgeschichte sehr früh erworbenen Identitätsdefizites ansehen. Ein weiterer Interpretationsschwerpunkt liegt in der funktionellen Bedeutung der verschiedenen, mit dem EEG aufzeichenbaren cortikalen Aktivitätsmuster des Nachtschlafes. Eine integrierende Zusammenschau einzelner Schlafaspekte zu einem komplexen funktionellen Schlafverständnis ist uns aus der Literatur nicht bekannt. Im folgenden versuchen wir, unser Verständnis von REM- und NREM-Schlaf in ihrem Zusammenwirken zu entwickeln. In diese Darstellung gehen Ergebnisse aus verschiedenen Forschungsbereichen ein, Ergebnisse, die aus Arbeiten zur Ontogenese, zu funktionellen Aspekten einzelner Schlafparameter hervorgehen und solche, von denen auf funktionelle Zusammenhänge zu schließen ist.

REM- und NREM-Schlaf lassen sich bezüglich der funktionellen cortikalen

Aktivitätsmuster eindeutig unterscheiden, sind aber in ihrer Entwicklung nicht isoliert zu sehen, sondern, da sie beide von der cortikalen Entwicklung abhängen, in ihren wechselseitigen funktionellen Zusammenhängen aufeinander zu beziehen (vgl. *Jouvet* nach *Roffwarg* et al. 1966). Das aufsteigende Aktivierungssystem und die daran beteiligten Strukturen sind während des REM-Schlafes maximal aktiv, die des absteigenden Aktivierungssystems während des NREM-Schlafes. Der REM-Schlaf ist gekennzeichnet durch eine überaus komplexe Aktivität, grundsätzlich können in ihm, wie im Wachzustand, alle körperlichen und seelischen Prozesse ablaufen, wobei die Effektorik zur Peripherie hin mehrstufig blockiert wird.

Der NREM-Schlaf ist von seiner frühen ontogenetischen Entwicklung an gebunden an die Entwicklung cortikaler Strukturen und Funktionssysteme. Man nimmt an (*Roffwarg* et al. 1966), daß der in der frühen Ontogenese zeitlich am weitesten ausgedehnte REM-Schlaf funktionell stimulierend an der Reifung des Zentralen Nervensystems maßgeblichen Anteil hat, d.h. der REM-Schlaf hat die Funktion der Innenstimulation für die Herausbildung cortikaler Strukturen und Funktionen. Die Ausdifferenzierung des passiven Schlafes in die unterschiedlichen NREM-Stadien ist auf die cortikale Entwicklung angewiesen; die funktionellen Muster des NREM-Schlafes entwickeln sich in Abhängigkeit von der Einwirkung des REM-Prozesses bzw. der Wirkung der aufsteigenden Aktivierung auf die Reifung des Cortex und in zunehmendem Maße nachgeburtlich durch die Außenstimulation, die dann zum entscheidenden Faktor für die Entwicklung wird (vgl. *Roffwarg* et al. 1966). Die Entwicklung des REM-Schlafes wird ihrerseits wiederum beeinflußt durch die stattgefundene Entwicklung des Cortex und der sich damit entwickelnden höheren effektorischen, sensorischen und regulativen Systeme (vgl. *Birbaumer* 1975).

Denenberg und *Thoman* (1981) untersuchten das Auftreten des aktiven Schlafes (REM) in Beziehung zur ruhigen Wachheit (»quiet alert«) des Säuglings und ermittelten zwischen beiden Zuständen eine hoch signifikante negative Korrelation, d.h. beim Säugling korrespondiert ein Weniger an aktivem Schlaf mit einem Mehr an ruhiger Wachheit und umgekehrt. Aufgrund dieser Komplementarität nehmen sie an, daß beiden Zuständen in der frühen Ontogenese dieselbe Funktion zukommt, nämlich die der Innenstimulation der ZNS-Reifung.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, daß der Zustand ruhiger Wachheit beim Säugling ganz offensichtlich ein geborgenes Umfeld voraussetzt, was nach humanstrukturellem Verständnis ein sozialenergetisches Feld ist, das Symbiose und Abgrenzung aus der Symbiose erlaubt und eine zunehmend eigenständige Regulierung von relativer Ruhe und Aktivität ermöglicht.

Zunehmend kommt es zu einer dichotomen Aufgabenverteilung zwischen REM und NREM, was sich darin dokumentiert, daß die beim Säugling erste frühe REM-Phase im Verlauf der ersten 9 Lebensmonate allmählich verschwindet, der Schlaf nicht mehr von REM, sondern von dem sich differenzie-

renden NREM-Stadium I eingeleitet wird und der Anteil an Schlafstadium II steigt. Bei sich gut entwickelnden Säuglingen findet sich im ersten REM-Intervall eine größere Menge an Schlafstadium II als bei den Entwicklung nachholenden Frühgeborenen, die größere Anteile an REM und geringere Anteile an Schlafstadium II zu Beginn des Schlafes aufweisen (*Crowell* et al. 1982).

Im NREM-Schlaf geschieht der Einschlafprozeß durch Desaktivierung des Cortex, d.h. durch die räumlich begrenztere Verarbeitung innerer und äußerer Reize anhand spezifischer Regelungsvorgänge (*Niedermeyer* 1982; *Birbaumer* 1975; *Creutzfeld* 1983). Die Abgrenzung gegen den Wachzustand wird nicht mehr wie im Schlafbeginn mit REM von einer komplexen Aktivierung cortikaler und anderer cerebraler Funktionssysteme geleistet, sondern durch zunehmende Synchronisation und Verminderung der Aktivierung. Bei der depressiven Reaktion tritt vermehrt das Phänomen auf, daß die erste REM-Phase sich wieder vorverlagert, was man als sleep-onset-REM bezeichnet, oder daß die erste REM-Latenz verkürzt ist (vgl. *Kupfer* 1984; *Schulz* 1985).

Die Ausdifferenzierung des REM- und des NREM-Schlafes geht einher mit einer Ausdifferenzierung ihrer Funktionen. Es ist uns jedoch aus der Literatur kein einheitliches Verständnis der synergistischen Beziehungen spezieller und differenzierter Funktionen von REM- und NREM-Schlaf bekannt, auch konnten wir bisher in der Literatur nur wenige und nur rudimentäre Ansätze für ein gesamtheitliches Verständnis der Zusammenhänge von sich differenzierenden Aktivitätsmustern im Wachzustand mit den sich differenzierenden Aktivitätsmustern im Nachtschlaf ausmachen. Für den REM-Schlaf wird ein Funktionswandel angenommen, die innenstimulierende Wirkung bleibt erhalten, aber zusätzlich entwickelt sich eine komplexe vorauseilende Bereitstellung eines Spektrums von Funktionen in freier persönlichkeitsspezifischer Kombination (*Dement* nach *Coons* et al. 1982; *Frank* 1976).

Die Entwicklung und Veränderung des NREM-Schlafes über die verschiedenen Lebensalter wurde empirisch untersucht und statistisch erfaßt, es existieren Daten für eine »Normpopulation« über eine Reihe von Parametern (*McGinty* 1979; *Williams* 1974; *Roffwarg* 1966; *Schubert* 1978). Detaillierte Daten zum Anteil der Schlafstadien innerhalb der REM-Intervalle (Zeitstrecken von NREM-Schlaf) sind uns nicht bekannt. Hinsichtlich seiner funktionellen Aspekte unterscheiden die verschiedenen Autoren im NREM-Schlaf nicht hinreichend zwischen dem cortikalen Geschehen, wie es das EEG erfaßt, und den übrigen cerebralen und physiologischen Prozessen; zum Teil untersucht ist der Synchronisationsgrad dieser Prozesse (*Schulz* u. *Lund* 1985; *Beersma* et al. 1986). Als gesichert kann angenommen werden, daß während der einzelnen NREM-Stadien eine große Anzahl physiologischer Prozesse mit eigener Rhythmik und Ausprägung ablaufen und aus dem Gesamtzusammenhang cortikaler und zum Teil subcortikaler Aktivität zeitweise entkoppelt sind. Dabei ergeben sich für die zeit-räumliche Verteilung der verschiedenen Stadien des NREM-Schlafes jeweils spezifische Muster aktiver Strukturen und Funktionssysteme. Beispielsweise haben cerebrale Strukturen mit neuroendokriner

Funktion ihre Aktivitätsmaxima während der Schlaf tadien III und IV; übergeordnete Regelungsprozesse für Atmungs- und Kreislaufsysteme wirken in ihrer Aktivität vor allen Dingen während der NREM-Stadien mehr additiv zusammen. Die Verteilung und Zuordnung sowie die Dauer der funktionellen Tätigkeit cerebraler Strukturen und Funktionssysteme ist komplex und bei weitem nicht in allen Einzelheiten erforscht. Implizit wird aber eine sich über den ganzen Nachtschlaf erstreckende, sich zyklisch verändernde Abstimmung dieser Funktionssysteme angenommen (vgl. *Schulz* u. *Lund* 1985; *Beersma* et al. 1986). Während bei REM und bei einzelnen NREM-Stadien cerebrale Strukturen zum Teil sehr spezifische funktionelle Aktivität aufweisen, verschiebt sich das Spektrum während der Abfolge der NREM-Stadien in I bis IV von cortikalen Funktionen zu endokrinen metabolischen Prozessen mit der Aufgabe von Strukturerhalt und Strukturbildung, also Regenerations- und Wachstumsprozessen (*Feinberg* u. *Hiatt* 1978).

Im Verlauf der Ontogenese ist es dann insbesondere der frontale Cortex, der die Aufgabe der Gesamtregulation übernimmt; er entwickelt übergreifend konzeptionell regulierende, dynamisierende, integrierende und synchronisierte Funktionen für die gesamte raum-zeitliche Struktur biologischer Aktivitätsmuster. Die Regelungszentren, hier nicht topisch verstanden, stehen in enger morphologischer und funktioneller Beziehung zu den höheren Persönlichkeitsfunktionen (vgl. *Marsen* 1982; *Creutzfeld* 1983).

Spezielle Funktionen der einzelnen NREM-Stadien

NREM-Stadium I

Im Schlafstadium I finden Prozesse der Übergangsregelung grundsätzlich unterschiedlicher Aktivierungszusammenhänge statt — von Wachaktivität zu Schlaf, von NREM-Schlaf zu REM-Schlaf und umgekehrt, es reguliert also den Übergang zwischen aufsteigender und absteigender Aktivierung. Nach *Birbaumer* (1975) ist dies ein aktiver Prozeß, der bereits entwickelte Strukturen und Funktionen voraussetzt. Schlafstadium I entwickelt sich offensichtlich in der frühen Ontogenese aus dem Intermediärschlaf, der Bestandteile des REM- und des NREM-Schlafes enthält. Untersuchungen mit evozierten Potentialen haben ergeben, daß der Cortex während der Muster von Schlafstadium I auf Reize in der prinzipiell gleichen Weise reagiert wie während des Wachzustandes und während des REM-Zustandes, d.h. bei grundsätzlich anderer Aktivierung ist die Ebene der Reizverarbeitung von Wach-, REM- und Schlafstadium I die gleiche (vgl. *Bauer* 1979; *Drucker-Colin* et al. 1979).

Im NREM-Stadium I besteht ein Funktionszustand des Cortex, der einer ganzheitlichen, abstrakten Arbeitsweise gleichartiger Funktionszusammenhänge entspricht und sich in farbig bildhafter, graphischer, gedanklicher und vorgedanklicher Form dem Bewußtsein darstellt. Schlafstadium I ist der zeitliche Ort der hypnagogen Bilder und der Realisierung kreativer ganzheitlicher Prozesse. Diese Prozesse geschehen ohne unmittelbare Effektorik, jedoch mit

prinzipieller Möglichkeit zur Effektorik an der Grenze von Bewußtem und Nichtbewußtem.

NREM-Stadium II

Liegt der Schwerpunkt der cortikalen Tätigkeit in Schlafstadium I noch auf der Verarbeitung von »Außenreizen«, so erreicht in Schlafstadium II der Cortex die gleiche Antwortbereitschaft für innen wie für außen, tendenziell erfolgt eine Umschaltung von Richtung Verarbeitung äußerer Reize mit begrenzter Lokalisation in Richtung Verarbeitung innerer Reize bzw. der Tätigkeit intracerebraler Prozesse, in die jedoch komplexe cortikale Funktionen miteinbezogen bleiben. Die Weckschwelle ist verglichen mit Schlafstadium I erhöht, wenn auch auf Außenreize noch mit Aufwachreaktionen geantwortet werden kann. Schlafstadium II reicht von Mustern der cortikalen Aktivität, wie sie auch im tiefen meditativen Zustand zu sehen sind (Öffnung zu inneren Prozessen, Innenwahrnehmung) bis zu Aktivitätsmustern (Deltawellen), wie sie beginnend einer hochgradig integrierenden und synergistischen Tätigkeit cortikaler Funktionssysteme bei aktiver Blockierung von Außen- und Innenreizen, also eigenständiger Tätigkeit des Cortex, entsprechen. Ergebnisse von Untersuchungen zur Ontogenese und bezüglich verschiedener Krankheitsbilder zeigen, daß die zuordenbaren Funktionen von Schlafstadium II nicht nur zum Erhalt der Gesamtheit cerebraler Funktionen, freilich unter minimierten Bedingungen, ausreichen, sondern sozusagen spezifisch für Zeiten von Entwicklung oder Neuorganisation funktioneller Konzepte sein können (vgl. *Roffwarg* et al. 1966).

NREM-Stadien III und IV

Im fließenden Übergang der Reizverarbeitung von außen nach innen werden dann im Schlafstadium III kaum noch Außenreize verarbeitet, der Cortex reagiert vermehrt mit komplexen und spezialisierten Antworten auf Innenreize.

In Schlafstadium IV erreicht die Erregbarkeit des Cortex sowohl für Außen- als auch für Innenreize sein niedrigstes Niveau, die Deltawellen hoher Amplitude und langsamer Frequenz treten hier in Kontinuität auf und diese Abschirmung stellt die Ruheaktivität cortikaler Strukturen her. Wir nehmen an, daß die Zunahme der Deltawellen weitgehend den Einfluß aufsteigender innerer Reize und deren Ausbreitung über den gesamten Cortex blockiert (vgl. *Birbaumer* 1975; *Creutzfeldt* 1983).

Somit kann cortexeigene Aktivität, Grundlage der Regelungs- und Steuerungsvorgänge, entkoppelt von der Effektorik, ablaufen. Die Integration von Gelerntem hat kreisende Erregungsvorgänge über einen ausreichend langen Zeitraum zur Bedingung, diese setzen innere und äußere Stimuli zur Funktionserweiterung um. Voraussetzung hierfür ist eine entwickelte Struktur,

d.h. funktionelle Systeme (Synapsen und Dendriten), die ihrerseits durch Stimulierung von außen und innen entwickelt werden. »Dauerhafte Einprägung kann nur durch Konsolidierung erreicht werden. Konsolidierung erfordert kreisende, synchrone elektrische Aktivität in den beteiligten Nervenverbänden nach Darbietung des Lernmaterials. Erst nachdem durch gleichartige, kohärente nervöse Aktivität in der Konsolidierungsphase eine Änderung der synaptischen Effizienz der beteiligten Neuronen eingetreten ist, kann es zu biochemischen Strukturveränderungen der Zellen und damit zu Langzeitbehalten kommen. . .« (*Birbaumer* 1975). Dies gilt natürlich nicht nur für Schlafstadium IV, sondern in je geringeren Ausprägungen auch für die anderen NREM-Stadien.

An diesem Vorgang sind vor allem Strukturen der formatio reticularis, des limbischen Systems, des Hypothalamus und spezielle Funktionen des Thalamus, die beide Aktivierungssysteme aktivieren bzw. initieren können, beteiligt. Nach unserem Verständnis wird hier der funktionelle Unterschied zwischen Schlafstadium III und Schlafstadium IV deutlich. Einmal stellt Schlafstadium III einen Übergang zwischen den Prozessen der Stadien II und IV dar, zum anderen besteht hier ein Balancezustand zwischen maximaler Synchronisation und Integration verschiedenster cerebraler Aktivitäten und einer zeitlichen Ausdehnung cortikaler Eigentätigkeit, welche zwar zum Erhalt von Struktur und Funktion, aber nur in geringerem Ausmaß zur Weiterentwicklung von Funktion ausreichend ist.

Übersicht der bisherigen Ergebnisse

Ausgangspunkt unserer Untersuchungen des Schlafes im Schlaf- und Traumlabor der Klinik Menterschwaige war eine Vergleichsstudie einer Gruppe von 24 Patienten, von denen jeweils 8 den Diagnosegruppen depressive, psychosomatische und schizophrene Reaktion (nach ICD-Kriterien) zuzuordnen waren (*Ammon* et al. 1985a). Auf der Ebene der statistischen Überprüfung der Standardparameter haben wir typische Schlafveränderungen, die die einzelnen Diagnosegruppen differenzieren, nicht finden können. Darin bestätigten sich die widersprüchlichen Ergebnisse bezüglich der Standardparameter aus der Literatur. Es bestätigten sich auch die dort angeführten Gemeinsamkeiten: So fanden sich für alle drei Diagnosegruppen gemeinsame Veränderungen im Vergleich mit einer Kontrollgruppe (*Williams* et al. 1974): Ein insgesamt gesteigertes cortikales Aktivierungsniveau. Dies äußerte sich in der Erhöhung einzelner Schlafstadien, insbesondere der Stadien I und II sowie der Wachzeit innerhalb des Schlafes, und für die Gesamtgruppe im Mittel in einer Reduzierung bzw. dem Fehlen der Schlafstadien III und IV, also der Stadien mit den hochamplitudigen Deltawellen. Dies interpretierten wir als Ausdruck eines bei individuellen Unterschieden grundsätzlich gemeinsamen Entwicklungsdefizites auch auf der physiologischen Ebene, das wir humanstrukturell als Folge vorwiegend destruktiver und defizitärer Sozialenergie im Verlaufe der

Ontogenese beschreiben konnten. Unsere weiteren Untersuchungen (*Ammon* et al. 1985b) gingen der Frage nach, ob sich im Nachtschlaf Indikatoren finden lassen, die eine Differenzierung innerhalb des beschriebenen gemeinsamen Defizits erlauben. Als ein solcher Indikator erwies sich eine gegenüber der Kontrollgruppe signifikant erhöhte bzw. erniedrigte Menge an Schlafstadium III, die negativ mit der Menge an Schlafstadium I korrelierte bei gleichzeitiger Reduzierung bzw. Fehlen von Schlafstadium IV. Dieser zusammengesetzte Indikator war keiner der nach ICD-Kriterien gebildeten Diagnosegruppen zuzuordnen, sondern trat über alle drei Gruppen verteilt auf. Unter klinisch-humanstrukturellen Gesichtspunkten diskriminierte dieser Indikator zwei Gruppen, die sich vor allem durch die Ausprägung des destruktiven Narzißmus in krassem Gegensatz zur Selbsteinschätzung unterscheiden ließen. Bei der Gruppe mit erhöhtem Schlafstadium III und relativ erniedrigtem Anteil an Schlafstadium I (Gruppe A), führte der vorwiegend destruktiv ausgeprägte Narzißmus zu einem Defizit von sozialenergetischen Austauschprozessen, d.h. diese Patienten konnten die Möglichkeiten des therapeutischen Angebotes offensichtlich weit weniger nutzen als die Patienten der anderen Gruppe (B) mit erniedrigtem Anteil an Schlafstadium III sowie relativ höherem Anteil an Schlafstadium I. Den Weg weiterer Differenzierung nach humanstrukturellen Gesichtspunkten verfolgten wir bei Untersuchungen der sich im Laufe der ontogenetischen Entwicklung formierenden zyklischen und rhythmischen Anordnungen der Muster im Nachtschlaf, d.h. der Untersuchung der Schlafstruktur nach Parametergruppierungen und Parameterzusammenhängen (*Ammon* et al. 1987a). Die Veränderungen in der ersten Nachtschlafhälfte, insbesondere des Einschlafzyklus, ließen sich auf der Mittelwertsebene ihrer zeitlichen Dauer unter humanstrukturellen Aspekten der Depression zuordnen, auf der Ebene der Varianz in extremen Abweichungen vom Mittelwert der Gruppe der schizophrenen Reaktion. Innerhalb der spektralen Verteilung der Meßwerte nahm die Gruppe mit psychosomatischen Reaktionen eine Mittelstellung ein. Ein verkürztes erstes REM-Intervall mit verlängerter erster REM-Phase bei reduziertem Deltaschlafanteil ließ sich der depressiven Reaktion zuordnen, ein verkürztes oder verlängertes erstes REM-Intervall bei verkürzter erster REM-Phase und kürzerer oder längerer dritter REM-Phase der schizophrenen Reaktion. Bei der schizophrenen Reaktion war die Variabilität der Schlafparameter und ihrer zeitlichen Verteilung im Gesamtschlaf am größten, wohingegen die Gruppe mit psychosomatischen Reaktionen die am wenigsten ausgeprägte Variabilität aufwies.

Um unser Verständnis der Ergebnisse zu umreißen, wollen wir dies kurz am Beispiel der psychosomatischen Reaktion skizzieren: Bei der psychosomatischen Reaktion sind die komplexen psychischen Funktionen der zentralen Humanstruktur, Angst und Aggression, die vorwiegend defizitär und destruktiv entwickelt sind und die Einfluß auf die zeit-räumliche Struktur des Nachtschlafes haben, im primären Bereich der Humanstruktur in Form des Symptoms gebunden, was innerhalb der funktionellen Aktivitätsmuster des Nacht-

schlafes offensichtlich stabilisierend wirkt. Die grundsätzlich große Variabilität dieser Strukturparameter spiegelt dagegen die humanstrukturelle Verwandtschaft der Krankheitsbilder wider. Die Unterschiede in den kombinierten Parametern interpretierten wir als Unterschiede auf der physiologischen Ebene der Abgrenzung nach innen und außen und des Entwicklungsstandes regulativer und synergistischer Funktionen.

Die Verminderung funktioneller Aktivitätsmuster interpretierten wir als Ausdruck destruktiver und defizitärer Entwicklung von Humanfunktionen und die Vermehrung funktioneller Aktivitätsmuster und ihre kompensatorischen Beziehungen zu den übrigen Mustern als Ausdruck vorwiegend konstruktiv entwickelter Humanfunktionen. Die gesteigerte cortikale Aktivität, je nachdem ob sie integrierend und synergistisch oder dysregulierend auf die Gesamtheit des Schlafes wirkt oder überhaupt fehlt, verstanden wir als unterschiedliche Ausprägung der physiologischen Grundlage der Humanfunktion der Aggression.

Patienten unserer ehemaligen Gesamtuntersuchungsgruppe haben wir im Schlaf- und Traumlabor der Klinik Menterschwaige nachuntersucht und in unserer letzten Arbeit am Beispiel zweier Schlafprofile dargestellt, wie sich das Schlafbild verändert hat (*Ammon* et al. 1987b). Es ließen sich Veränderungen der raum-zeitlichen Struktur funktioneller Aktivitätsmuster in Richtung auf den Schlaf eines »jungen, gesunden Erwachsenen« als Beispiel für gelungene Entwicklung ebenso aufzeigen wie — auf der Grundlage ausführlicher Interviews — der Zusammenhang mit dem Prozeß der psychotherapeutischen Weiterbehandlung, d.h. der nachgeholten Entwicklung in den zentralen Humanfunktionen der Angst, Abgrenzung, Aggression und Narzißmus, ansatzweise auch der Sexualität. In concreto zeigten sich diese Veränderungen im Schlaf in einer Weiterentwicklung von Aspekten ontogenetisch früherer hin zu Aspekten ontogenetisch späterer Organisationsformen des Schlafes. Diese Ergebnisse spiegelten sich auch in den veränderten humanstrukturellen Diagnosen wider.

Die Einzelfallbetrachtung ergab sich aus der großen Streuung einzelner Parameter, die keine systematischen Verbindungen zu Ausprägungen anderer Parameter und Parameterzusammenhänge mehr zuließen. Die Beziehungen der gesamten Parameter, Standard- und Strukturparameter, unter ihren funktionellen Aspekten als covariierende Größen konnten wir erst in der Zusammenschau des gesamten Schlafprozesses verstehen.

Die vorliegende Arbeit soll unsere bisherigen Ergebnisse um funktionell relevante Aspekte des REM-Schlafes für die Weiterentwicklung der Schlafstruktur und damit ihrer Gesamtfunktion ergänzen. Unser erweiterter Interpretationsansatz soll in Auszügen der katamnestischen Untersuchungen und exemplarisch an zwei ausgewählten Einzelfällen erläutert und diskutiert werden.

Methodik

Wir haben die Anteile der NREM-Stadien I und II in den REM-Phasen der

24 Patienten unserer ursprünglichen Gesamtstichprobe nach den standardisierten Richtlinien von *Rechtschaffen* und *Kales* (1968) erfaßt und die Mittelwerte der Mengenanteile der drei Diagnosegruppen 1 (depressive Reaktion), 2 (schizophrene Reaktion) und 3 (psychosomatische Reaktion) sowie der zwei Extremgruppen A (erhöhtes NREM-Stadium III) und B (erniedrigtes NREM-Stadium III) miteinander verglichen. Für die statistische Testung wurde zur Überprüfung der Varianzunterschiede der F-Test (*Fischer*) verwendet; die Mittelwertprüfung (einseitige Testung) erfolgte bei homogenen Varianzen mit dem t-Test (*Fischer*), bei heterogenen Varianzen mit dem *Welch*-Test.

Insgesamt sechs Patienten unserer ursprünglichen Patientenstichprobe wurden im Schlaf- und Traumlabor der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige nachuntersucht. Die Patienten waren zwischen einem und zweieinhalb Jahren in stationärer Behandlung und durchschnittlich bisher dreieinhalb Jahre in ambulanter gruppenpsychotherapeutischer Behandlung, bis auf einen Patienten, der in Einzeltherapie ist. Der Zeitraum zwischen der ersten und der katamnestischen Untersuchung betrug zwischen dreieinhalb und fünf Jahren, wobei sich die katamnestische Untersuchung über einen relativ langen Zeitraum erstreckte. Die erste Untersuchung fand etwa in der Mitte der klinischen Behandlungszeit statt.

Wir haben die Mengenanteile der NREM-Stadien I und II in den REM-Phasen in der katamnestischen Untersuchung denen der Erstuntersuchung dieser Patienten gegenübergestellt und sie mit den Mittelwerten der drei Diagnosegruppen sowie der beiden Extremgruppen verglichen. Die Anzahl der Stadienwechsel in der katamnestischen Untersuchung wurde mit der Anzahl der Stadienwechsel in der Erstuntersuchung verglichen, ebenso mit den Mittelwerten der Kontrollgruppe nach *Williams* (1974) und der Patientengesamtgruppe.

Veränderungen in den Standard- und Strukturparametern der Erstuntersuchung zur katamnestischen Untersuchung wurden für die Einzelfallbetrachtungen der Schlafverläufe zweier Patienten zusätzlich herangezogen. Als Vergleichsgrößen dienten hier auch die Daten der Kontrollgruppe nach *Williams* (1974).

Ausfürliche Interviews mit den Patienten werden nicht in Details zur Interpretation herangezogen, sondern da einbezogen, wo die Verhältnisse des Nachtschlafs darauf hinweisen, daß der Mensch in Bewegung ist, ein Prozeß stattfindet oder der dynamiche Prozeß zu einem Stillstand gekommen ist.

Ergebnisse und Diskussion

I. NREM-Stadien I und II in den REM-Phasen der Patientengesamtstichprobe

A. Vergleich zwischen den drei diagnostischen Gruppierungen: depressive, schizophrene und psychosomatische Reaktion

In den Mengenanteilen der Schlafstadien I und II innerhalb der REM-Phasen

unterscheiden sich die nach ICD-Kriterien gebildeten Untergruppen der depressiven, schizophrenen und psychosomatischen Reaktion (s. Tab. 1).

Tabelle 1: Vergleich der Mittelwerte und Streuungen der Gruppen 1, 2 und 3 in den Parametern Stadiendauer (absolut) für I und II in REM

	Gruppe 1 depressive Reaktion			Gruppe 2 schizophrene Reaktion			Gruppe 3 psychosom. Reaktion		
	$\bar{x}_1$	s_1	n_1	$\bar{x}_2$	s_2	n_2	$\bar{x}_3$	s_3	n_3
REM	85,92	27,72	8	81,71	18,46	8	86,67	19,17	8
I in REM	18,42	9,66	8	28,79	15,19	8	30,96	10,90	8
II in REM	4,17	5,99	8	7,54	6,88	8	8,38	7,73	7

Auf der Mittelwertsebene unterscheidet sich die Untergruppe depressive Reaktion signifikant von der Untergruppe psychosomatische Reaktion in bezug auf den Anteil an NREM-Stadium I innerhalb der REM-Phasen, der Mittelwert ist signifikant niedriger. Der gleiche Trend findet sich beim Vergleich der Gruppe depressive Reaktion mit der Gruppe der schizophrenen Reaktion, der aber aufgrund der Streuung der Meßwerte bei der Gruppe der schizophrenen Reaktion kein Signifikanzniveau erreicht. Die Untergruppen schizophrene Reaktion und psychosomatische Reaktion unterscheiden sich auf der Mittelwertsebene nicht voneinander. In allen drei Gruppen liegt Varianzhomogenität vor (s. Tab. 2).

Tabelle 2: Mittelwertsunterschieds-Prüfung der Stadiendauer I in REM zwischen Gruppe 1 und 2 und zwischen Gruppe 1 und 3 (einseitiger t-Test bei homogenen Varianzen)

	Gruppe 1 depressive Reaktion	Gruppe 2 schizophrene Reaktion	Signifikanz
n	8	8	
$\bar{x}$	18,42	28,79	$p<0,1$
s	9,66	15,19	
	Gruppe 1 depressive Reaktion	Gruppe 3 psychosom. Reaktion	Signifikanz
n	8	8	
$\bar{x}$	18,42	30,96	$p<0,025$
s	9,66	10,90	

In bezug auf den Anteil von NREM-Stadium II im REM-Schlaf liegen die Verhältnisse der drei Gruppen ähnlich, erreichen aber wegen der großen Streuung der Meßwerte kein Signifikanzniveau.

Diskussion

Es sei an dieser Stelle daran erinnert, daß der REM-Schlaf in der frühen Ontogenese die Funktion der Innenstimulation für die Cortexentwicklung hat und damit auch für die Gesamtentwicklung der Persönlichkeit. In der späte-

ren Entwicklung hat er die Funktion vorauseilender Bereitstellung aktivierbarer, differenzierter Funktionen und Funktionszusammenhänge und damit der vorläufigen inneren Realisierung von Konzepten unter Einschluß initiierter Effektorik. Das Auftreten von längeren Strecken NREM-Stadium I und II während der REM-Phasen bedeutet, daß unter spezifischen und unspezifischen Aktivierungsverhältnissen Funktion und Struktur sich in Entwicklung befinden, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der Entwicklungsfunktion bzw. den -defiziten des REM-Prozesses stehen. Es werden hochgradig synergisierende Funktionen entwickelt, die die Grundlagen für eine Integration primärer, zentraler und sekundärer Humanfunktionen ermöglichen. In der Konsequenz bedeutet dies z.B., daß die Traumfähigkeit des Patienten dadurch entwickelt wird. Treten diese Stadien nicht oder reduziert auf — reduziert in ihren absoluten Mengen in den REM-Phasen oder in ihrer relativen Häufigkeit zur Gesamt-REM-Phasen-Dauer —, kann sich hinsichtlich der synergistischen Funktion wenig Entwicklung vollziehen.

Dies ist konstant der Fall für die nach ICD-Kriterien gebildete Untergruppe der depressiven Reaktion. Schon allein dieses Merkmal macht deutlich, daß diese Gruppe der Außenstimulation bedarf, das bedeutet in unserem Verständnis: sie bedarf der Sozialenergie in Gruppen, in denen Austauschprozesse ablaufen, die geeignet sind, nicht-bewußte Prozesse zu aktivieren. Entsprechend der aktuellen Symptomatologie tritt dieses Merkmal, das verminderte Auftreten der NREM-Stadien I und II in den REM-Phasen, auch in den nach ICD-Kriterien gebildeten Gruppen der psychosomatischen und schizophrenen Reaktion auf, wenn auch in geringerem Ausmaß (s. auch Befunde bei den Strukturparametern, *Ammon* et al. 1978a).

In dem Umstand, daß sich die Gruppe der schizophrenen Reaktion und die Gruppe der psychosomatischen Reaktion bezüglich des Anteils an NREM-Stadium I in REM auf der Mittelwertsebene nicht voneinander unterscheiden und im Sinne eines Trends auch nicht im Anteil an Schlafstadium II, sehen wir die Verwandtschaft der beiden Gruppen dokumentiert. Die grundsätzlichen Möglichkeiten der Entwicklung, die den Stadien I und II zuzuordnen sind, sind in hohem Maße vorhanden. Die Defizite betreffen am stärksten den Bereich der synergistischen und regulativen Funktionsanteile, d.h. der entsprechenden funktionellen Systeme. Diese schließen auch die Gesamtheit der komplexen Aktivierungssysteme mit ein, an deren Scheitelpunkt die morphologischen und funktionellen Strukturen des Frontalhirns als übergeordneter »Schaltstelle« stehen (*Marsen* 1982; *Creutzfeld* 1983).

Dies belegen die neueren empirischen Befunde bei der schizophrenen Reaktion: Schizophren Reagierende weisen spektral verteilte Defizite der übergeordneten regulativen Systeme mit begleitend unterschiedlicher neurologischer und körperlicher Symptomatik auf. Dabei scheinen die Patienten mit Paranoia, d.h. mit relativ hohem Entwicklungsstand konzeptioneller Hirnfunktionen hinsichtlich der neurologischen und körperlichen Symptomatik, die relativ gesünderen zu sein; Patienten, bei denen eine sog. produktive Symptoma-

tik, d.h. eine komplexere psychische Symptomatik, fehlt, leiden in stärkeren Ausprägungen an neurologischen und körperlichen Begleitsymptomen. Das Defizit liegt hier in einem Fehlen differenziert entwickelter, höherer psychischer Funktionen, an deren Stelle die psychosomatische Symptomatik tritt.

Neueste Untersuchungen weisen mit Hilfe der Computertomographie und PET-Technik Defizite an neuronalem Gewebe, insbesondere aber im Bereich des präfrontalen Cortex nach, der zusätzlich deutliche funktionelle Defizite aufweist (*Heinrich* u. *Buchanan* 1988). Schizophren reagierende Patienten haben also ein unterschiedlich ausgeprägtes Defizit in den differenzierten physiologischen Grundlagen des psychologischen Konstrukts der Humanfunktion der Identität. Die Gemeinsamkeit, die psychosomatisch reagierende Patienten in ihrer REM-Phasen-Struktur mit schizophren reagierenden Patienten haben, läßt annehmen, daß psychosomatisch Reagierende zumindest hinsichtlich der funktionellen Systeme (frontaler Cortex) ähnliche strukturelle Defizite und damit humanstrukturelle Gemeinsamkeiten in den nichtbewußten Humanfunktionen aufweisen.

B. Vergleich zwischen den Extremgruppen A und B

In bezug auf den Anteil an NREM-Stadium II innerhalb der REM-Phasen unterscheiden sich die nach humanstrukturellen Gesichtspunkten gebildeten Extremgruppen A (mit erhöhtem NREM-Stadium-III-Anteil) und B (mit erniedrigtem NREM-Stadium-III-Anteil (s. Tab. 3).

Tabelle 3: Vergleich der Mittelwerte und Streuungen der Gruppen A und B in den Parametern Stadiendauer (absolut) für I und II in den REM-Phasen

	Gruppe A (erhöhtes Stad. III)			Gruppe B (erniedrigtes Stad. III)		
	$\bar{x}_A$	s_A	n_A	$\bar{x}_B$	s_B	n_B
REM	86,28	16,62	6	84,26	23,86	18
I in REM	21,61	3,79	6	27,54	14,94	18
II in REM	12,78	9,28	6	4,45	4,46	17

Die Gruppen A und B unterscheiden sich bei heterogenen Varianzen in ihren Mittelwerten: A hat signifikant mehr Anteil an NREM-Stadium II in den REM-Phasen als die Gruppe B. Bezüglich NREM-Stadium I ist die Varianz in Gruppe A signifikant geringer als in Gruppe B. Bezüglich NREM-Stadium II ist die Varianz in Gruppe A größer als in Gruppe B (s. Tab. 4).

Tabelle 4: Mittelwertunterschieds-Prüfung der Stadiendauer II in REM zwischen Gruppe A und B (einseitiger t-Test bei heterogenen Varianzen)

	Gruppe A (erhöhtes Stad. III)	Gruppe B (erniedrigtes Stad. III)	Signifikanz
n	6	17	
$\bar{x}$	12,78	4,45	$p<0,05$
s	9,28	4,46	

Diskusssion
Gruppe B

Die Entwicklung der Funktionen, die dem NREM-Stadium I zuzuordnen sind, streut in ihrem Ausmaß über einen weiten Bereich, zeigt also eine starke Fluktuation innerhalb der Gruppe. Diese hochkomplexen Funktionen, die hochgradig synergistisch und übergangsregulierend sind, befinden sich hier in aktueller Entwicklung zusammen mit den spezifisch aktivierten Funktionen (REM/Traumfähigkeit). Darüber hinaus geschieht diese Entwicklung auf einem fortgeschrittenen Niveau, denn eine bereits stabile Funktion wird in den NREM-Intervallen in hohem Maße spezifisch aktiviert (s. *Ammon* et al. 1985a, 1985b) und kann kompensatorisch funktionelle Aktivitätsdefizite im Wachzustand und REM-Prozeß ersetzen. Humanstrukturell verstehen wir dies so, daß sich die Menschen der Gruppe B in spezifischer Entwicklung grundlegender Humanfunktionen, die den zentralen und sekundären Strukturbereich umfassen, befinden. Sie brauchen ein breit gestreutes und für den Einzelnen wiederum differenziertes sozialenergetisches Angebot und können es auch für Ihre Entwicklung nutzen. Aufgrund der Verhältnisse von Schlafstadium II in den REM-Phasen folgern wir, daß die komplexen integrativen Funktionen bereits einen gewissen Entwicklungsstand erreicht haben. Sie werden in den vermehrten Anteilen von Schlafstadium II in den REM-Intervallen aktiviert. Diese Gruppe kann aus unserer Sicht Sozialenergie leichter aufnehmen und bereits auf einem höheren funktionellen Niveau in Struktur und Funktion umsetzen.

Gruppe A

Aus dem klinischen Bild und der testpsychologischen Diagnostik geht hervor, daß sich die Funktionen, die Schlafstadium I zugeordnet werden können, bei Gruppe A auf einem geringeren Entwicklungsstand befinden. Der absolute Anteil an NREM-Stadium I ist im Vergleich zur Gruppe B stark vermindert (s. *Ammon* et al. 1985a; 1985b), die Varianz von Schlafstadium I innerhalb der REM-Phasen ist signifikant geringer. Die Patienten der Gruppe A brauchen nicht die Spezifikation, sondern die Intensität des sozialenergetischen Feldes. Die integrativen Funktionen, die dem Schlafstadium II zugeordnet werden können, sind bezüglich des Gesamtniveaus der Entwicklung der Humanstruktur relativ gut entwickelt und befinden sich in einem intensiven Entwicklungsprozeß, benötigen also ein hohes Maß an entsprechender sozialenergetischer Zufuhr. Hinzuzufügen ist, daß die Gruppe A auch über die Norm erhöhte Anteile an Schlafstadium III aufweist, d.h. um Sozialernergie integrieren zu können, muß sie die integrativen Funktionen zeitlich ausgedehnter aktivieren. Dies weist auf ein ausgeprägtes Entwicklungsdefizit dieser Funktionen hin.

Die EEG-Bilder dieser Gruppe zeigen eine interessante Besonderheit, den

sogenannten Alpha-Delta-Schlaf: die NREM-Stadien II, III und falls vorhanden IV haben Entsprechungen zu dem noch undifferenzierten »quiet sleep« des ersten Lebensmonats. Sie enthalten alle entwickelten cortikalen Aktivitätsmuster in noch nicht vollständig ausgereifter Form. Es ist noch keine relative Eigen-Ruheaktivität des Cortex entwickelt, die Funktionserhalt und Funktionserweiterung ohne spezifische Aktivierung bereitstellen kann. Andererseits ist der Entwicklungsstand von Funktion nicht so weit stabil, daß er ohne zeitlich ausgedehnte Strecken der Abschirmung durch einen hohen Synchronisierungsgrad von unspezifischer Aktivierung (rhythmisch ablaufender Polarisation und Depolarisation größerer synaptischer Verbände — s. *Creutzfeldt* 1983) auskommen kann.

Nach unserem Verständnis geht es bei dieser Gruppe in einem hohen Ausmaß um real nachzuholende Entwicklung, die entsprechend viel Zeit und Sozialenergie in einem auf Entwicklung gerichteteten Gruppenzusammenhang benötigt. Die Potentialität zu dieser nachholenden Entwicklung ist in dieser Gruppe breit gestreut.

II. REM-Phasen-Struktur der sechs nachuntersuchten Patienten im Vergleich zur Erstuntersuchung

Die Veränderungen der REM-Phasen-Struktur der sechs nachuntersuchten Patienten im Vergleich zur ersten Untersuchung sind hoch individuell und erst unter Einbeziehung der Veränderungen der Schlafstruktur in den Standard- und Strukturparametern systematisch interpretierbar. Es ist jedoch ersichtlich (s. Abb. 1), daß das zeitliche Auftreten der NREM-Stadien I und/oder II in den REM-Phasen für vier Patienten (P 13, P 14, P 19, P 21) zunimmt. Es besteht für diese vier Patienten die Tendenz zur gesteigerten Entwicklungsmöglichkeit bisher defizitär gebliebener Funktionen, wie sie den NREM-Stadien I und II zugeordnet werden konnten. Dies bedeutet, daß sich diese vier Patienten insgesamt von den stagnierenden Entwicklungsverhältnissen, wie sie extrem positioniert für die Gruppe der depressiv Reagierenden beschrieben werden konnten, zu breiterer Entwicklungspotentialität entwikkelt haben.

Andere Verhältnisse liegen bei P 5 und P 26 vor: Bei P 5 nimmt mit REM absolut NREM-Stadium I drastisch ab, und NREM-Stadium II tritt nur für wenige Sekunden innerhalb der REM-Phasen auf. Bei P 26 bleibt bei einer Abnahme von REM absolut NREM in den REM-Phasen annähernd gleich. Geringfügig erniedrigt ist bei der katamnestischen Untersuchung NREM-Stadium I und geringfügig erhöht NREM-Stadium II. Während bei den übrigen Patienten der NREM-Stadium-I-Anteil deutlich größer ist als der NREM-Stadium-II-Anteil, ist bei P 26 der Anteil beider Stadien in der Erstuntersuchung annähernd gleich, bei der zweiten Untersuchung ist der Stadium-II-Anteil sogar größer als der Anteil an Stadium I.

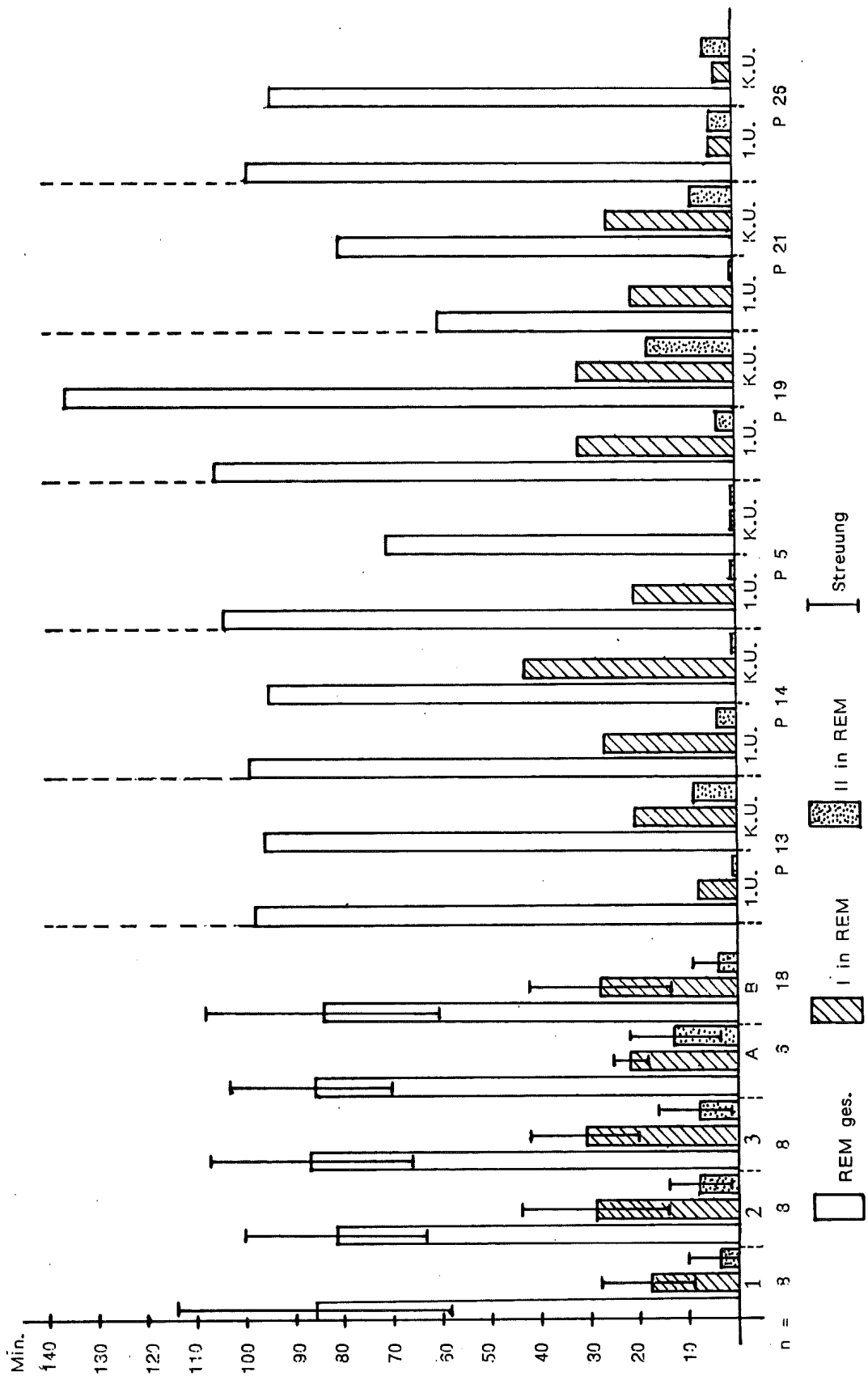


Abb.: Vergleich der Stadien (absolut) I und II in REM zwischen 6 Patienten (1. Untersuchung [1.U.] und katamnestische Untersuchung [K.U.]), den 3 Patienten-Diagnosegruppen 1 (depressive Reaktion, Mittelwert), 2 (schizophrene Reaktion, Mittelwert) und 3 (psychosomatische Reaktion, Mittelwert) und den Extremgruppen A (erhöhte Stad. III, Mittelwert) und B (erniedrigte Stad. III, Mittelwert).

III. Stadienwechsel in REM und NREM bei den sechs nachuntersuchten Patienten im Vergleich zur Erstuntersuchung

Die Erhöhung der Stadienwechsel der Patientengesamtgruppe gegenüber einer Kontrollgruppe »Gesunder« haben wir bereits anderenorts dargestellt und diskutiert (*Ammon* et. al. 1987a). Für unser jetziges Verständnis ist es wesentlich, zwei Aspekte hervorzuheben: Die gesteigerte Anzahl der Stadienwechsel zeigt eine Diskontinuität der Funktionsabläufe während der einzelnen Schlafstadien an, der Schlaf ist also in seiner Funktion als Ganzes beeinträchtigt. Andererseits ist die den Stadienwechseln zugrundeliegende gesteigerte Tätigkeit des aufsteigenden Aktivierungssystems eine intensive Stimulierung von cortikalen Funktionen während der einzelnen Schlafstadien, stellt also eine Stimulationsquelle zum Erhalt und zur Weiterentwicklung bereits entwickelter Funktionen dar. Wir sehen darin eine Entsprechung zu gesteigerter destruktiver, aber auch konstruktiver Aggression, die einhergeht mit einer Abnahme defizitärer Aggression. Den dysregulativen Aspekt verstehen wir auch als Ausdruck gesteigerter destruktiver und defizitärer Angst, der Angst, die nicht regulativ wirksam werden kann und nicht in die Persönlichkeit integriert ist.

Bei der katamnestischen Untersuchung (s. Abb. 2) zeigt sich als Ganzes eine weitere Zunahme an Stadienwechsel, wobei die Anzahl der Stadienwechsel während der REM-Phase überproportional zunimmt. Bei zwei Patienten (P 5 und P 26) finden sich abweichende Verhältnisse.

Der Schlaf aller sechs Patienten entwickelt sich in den Veränderungen der Standard- und Strukturparameter in Richtung auf die Schlafstruktur eines »jungen gesunden Erwachsenen«. (Auf eine ausführliche Erörterung müssen wir hier verzichten.) Damit einher geht eine größere Synchronisation und Integration aller im Nachtschlaf auftretenden corticalen Aktivitätsmuster und ihrer zuordnenbaren Funktionen. Der Schlaf ist insgesamt integrierter. Die gesteigerte physiologische Aktivität kommt demnach einer Weiterentwicklung zugute. Auf der Ebene der komplexen psychischen Funktion kann man eine Zunahme des nach innen gerichteten konstruktiven Anteils der Aggression annehmen.

Was für den gesteigerten Stadienwechsel insgesamt gesagt wurde, trifft auch für die speziellen Aktivierungs- und Funktionszusammenhänge des REM-Prozesses zu. Darüber hinaus kann man die überproportionale Steigerung der Stadienwechsel in den REM-Phasen unter Einbeziehung des gesamten klinischen Bildes folgendermaßen interpretieren:

Zusammen mit der stärkeren Abgrenzung und Differenzierung funktioneller cerebraler Aktivität am Tage und in der Nacht kommt es zu einer auch physiologisch beobachtbaren Hineinnahme der vorher nach außen gerichteten und dysregulierend wirksam werdenden destruktiven Aggression und der destruktiven und defizitären Angst. Beide strukturellen Aspekte sind somit auf der physiologischen Ebene stärker in den REM-Prozeß bzw. in seine unmittelbare Nähe gerückt, auf der psychischen Ebene in innerpsychische unbe-

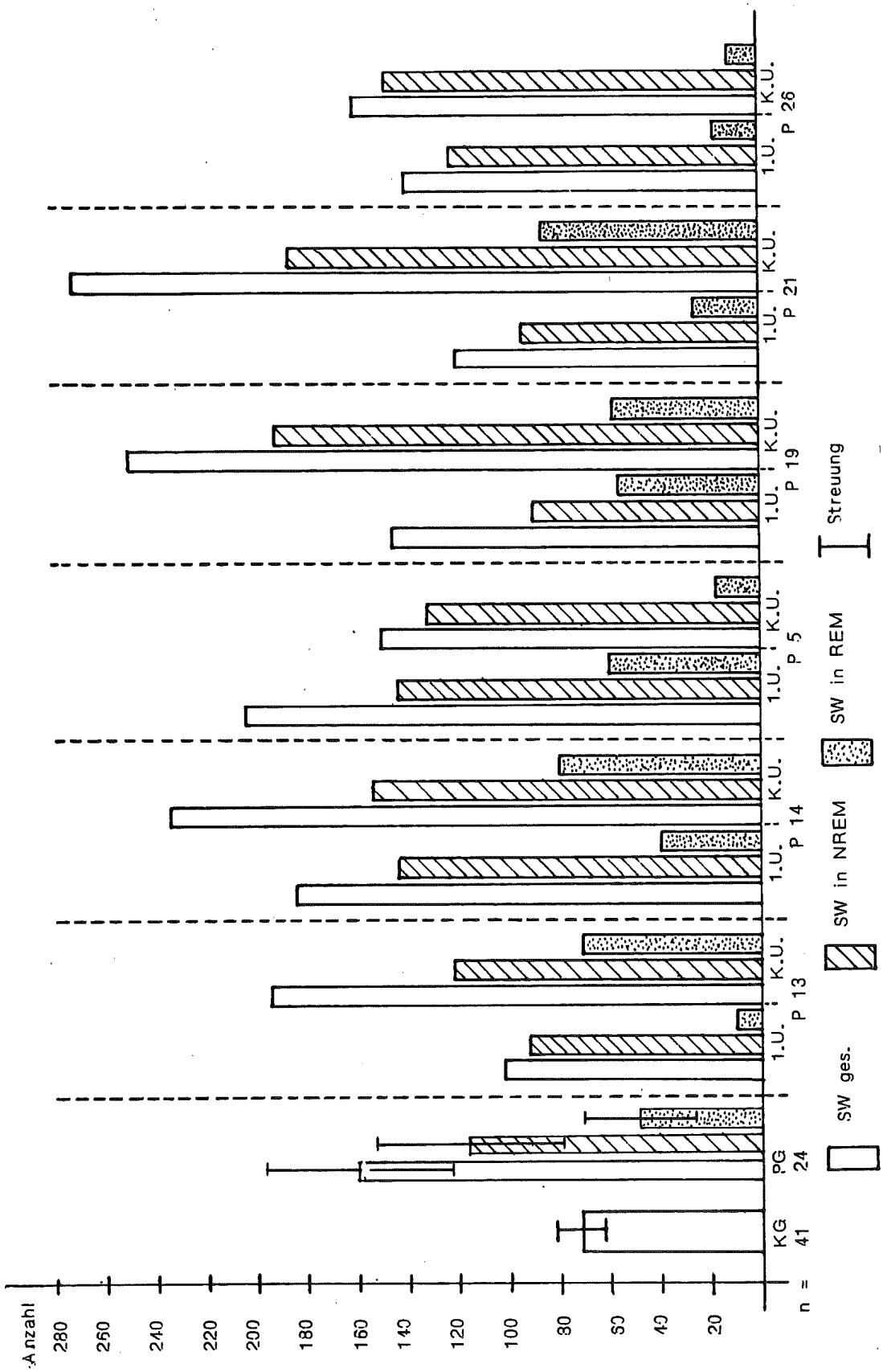


Abb. 2: Vergleich der Anzahl der Stadienwechsel (SW) in REM und NREM zwischen 6 Patienten (1. Untersuchung [1.U.] und katamnestische Untersuchung [K.U.], der Kontrollgruppe nach Williams (Kg) und der Patientengesamtgruppe (PG).

wußte Prozesse.

Diesen komplexen Zusammenhängen entspricht therapeutisch das Setting der ambulanten Therapie, in der es darum geht, die destruktive Aggression und die dahinterliegende Verlassenheitsangst zu bearbeiten.

IV. Einzelfallbetrachtungen

Wir wollen nun ausgewählte Aspekte der Entwicklung im Schlaf der zwei Patienten erörtern, für die hinsichtlich der oben diskutierten Aspekte des Schlafs eine andere Entwicklung angenommen werden muß. Für diese Interpretation ziehen wir auch die Veränderungen in den Standard- und Strukturparametern der beiden Patienten (P 5 und P 26) heran (s. Tab. 5).

Tabelle 5: Vergleich der absoluten Werte (in Min.) von 2 Patienten (1. Untersuchung und katamnestische Untersuchung) mit der Kontrollgruppe nach *Williams* (Mittelwert und Streuung) in den Parametern
— Gesamtschlafzeit (SPT und TST)
— Stadienanteile von Wach, I—IV und REM
— REM-Intervalle und REM-Phasen 1—6
— Stadienwechsel gesamt und in REM

	Kontrollgr. $\bar{x}$	Kontrollgr. s	P 5 1. Unters.	P 5 katamn. Unt.	P 26 1. Unters.	P 26 katamn. Unt.
TST	423,90	22,60	477,67	326,67	437,67	432,67
SPT	429,30	19,60	479,00	331,00	442,33	444,67
W	5,20	9,44	1,33	4,33	4,67	12,00
I	24,00	9,87	72,00	48,67	49,00	60,67
II	222,80	32,63	223,67	196,67	283,00	248,00
III	25,30	9,02	60,33	6,67	5,00	25,67
IV	44,60	25,33	18,67	0,00	0,67	4,00
REM	110,30	20,61	103,00	74,67	100,00	94,33
REM I 1	78,50	9,20	48,67	53,00	69,33	55,67
REM P 1	19,30	6,90	6,00	12,00	15,67	11,67
REM I 2	72,80	12,40	65,00	44,33	88,67	64,67
REM P 2	56,00	11,20	17,33	22,33	34,67	23,33
REM I 3	57,50	19,10	72,67	55,67	85,33	75,67
REM P 3	33,00	13,60	26,33	33,00	37,67	23,00
REM I 4	45,90	19,30	66,67	94,00	62,67	85,67
REM P 4	29,50	17,40	46,00	14,67	22,00	35,67
REM I 5	46,41	7,00	44,67	—	—	57,33
REM P 5	19,30	10,30	12,00	—	—	11,00
REM I 6	—	—	47,67	—	—	—
REM P 6	—	—	19,33	—	—	—
SW	35,50	—	204	150	140	159
SW in REM	—	—	60	18	18	12

P 5

Gegenüber der Erstuntersuchung hat sich bei diesem Patienten bei annähernd gleich gebliebenem niedrigem NREM-Stadium-II-Anteil der NREM-Stadium-I-Anteil verringert, so daß er sich in diesem Merkmal nunmehr ein-

deutig der Gruppe 1 (depressive Reaktion) zuordnen läßt. Dies deutet nach unseren Annahmen darauf hin, daß die Entwicklung konzeptorientierter cortikaler Funktionen zu einem Stillstand gekommen ist. Der Patient ist traumfähig, in seiner Lebensgestaltung ist er aktiv und auch kreativ. Die Forderungen, die er an sich stellt und an sich stellen läßt, stehen allerdings in einem Gesamtzusammenhang, der unter seinem Entwicklungsstand liegt.

Das humanstrukturelle Defizit des Patienten spiegelte sich bei der ersten Schlafuntersuchung weniger in den Mengenverhältnissen der Standardparameter wider (Stad. III und IV lagen knapp unter der Norm), als im EEG-Bild des undifferenziert gebliebenen NREM-Schlafes (s.o.), der auf ein sehr frühes Entwicklungsdefizit hinweist, und in dem Umstand, daß der Nachtschlaf auf sechs Zyklen ausgedehnt war. Die Ausdehnung der zyklischen Ordnung bedeutet unserer Annahme nach, daß hier durch Wiederholung eines schlafinternen Funktionswechsels aufgrund innerer cortikaler Regelungsprozesse (funktionelle Systeme des Frontalhirns), die eine integrierende Funktion haben, Funktionen durch zeitliche Ausdehnung und Wiederholung erhalten und entwicklungsfähig bleiben.

Einzelne Merkmale des Schlafes entsprachen denen der Gruppe der schizophrenen Reaktion: ein verkürztes erstes REM-Intervall mit einer kurzen ersten REM-Phase (vgl. *Ammon* et al. 1987a); NREM-Stadium I im REM-Schlaf konnte in der Erstuntersuchung sowohl dem Mittelwertsbereich von Gruppe 1 als auch im Grenzbereich einer Standardabweichung dem Mittelwertsbereich von Gruppe 2 (schizophrene Reaktion) zugeordnet werden.

Klinisch gesehen entsprach der Patient zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung einem verlassenen Jugendlichen, der mit Trotz und Abwehr auf Kontakt- und Leistungsforderungen reagierte, sich aber dem schöpferischen Angebot der Therapie öffnete. Hiervon waren aber die Gebiete ausgeschlossen, wo es im direkten menschlichen Kontaktgeschehen um die Realisierung kreativer Entwürfe gegangen wäre. Konnte er sich dem Kontakt nicht durch Verweigerung entziehen, reagierte er hochgradig diffus mit ausgeprägten Denkstörungen.

Bei der Nachuntersuchung fand sich eine deutlich verkürzte Gesamtschlafzeit, über die Norm erhöhtes Schlafstadium I, deutlich unter der Norm liegende Mengen an Schlafstadium III und Fehlen von Schlafstadium IV. Der Patient hat sich hinsichtlich dieser Merkmale von der Gruppe A in die entwicklungsfähigere Gruppe B entwickelt. Ein gegenüber der ersten Untersuchung längeres, aber noch deutlich verkürztes erstes REM-Intervall, eine gegenüber der Erstuntersuchung doppelt so lange erste REM-Phase, insgesamt vier Zyklen mit einem verlängerten vierten REM-Intervall in der zweiten Nachtschlafhälfte weist die katamnestische Untersuchung auf. Dies entspricht Verhältnissen, wie sie in der Literatur für eine mittelschwere, d.h. nicht-psychotische Depression, beschrieben werden. Unter ontogenetischen Aspekten können wir unter Einbeziehung der Intervallängen der zweiten Nachtschlafhälfte dieses Bild eher der Borderlinestruktur zuordnen. Angst erlebt der Patient noch sehr außenbe-

zogen, sie steht noch nicht seiner inneren Regulierung zur Verfügung, was dem Bild der im Vergleich zu den anderen nachuntersuchten Patienten reduzierten Stadienwechsel innerhalb der REM-Phasen entspricht. Der Patient benötigt Sozialenergie von außen, um bei weiterentwickelter Funktion der Abgrenzung nach außen, gegen das Wachgeschehen hin, die Abgrenzung nach innen wieder zu öffnen, damit Nicht-Bewußtes dem Bewußtsein zugänglicher wird und zentrale Humanfunktionen im Tagesgeschehen wirksamer werden können. Entwicklungsschritte, die mit innerer Trennung, Öffnung zu anderen Menschen und Gruppen verbunden sind, und Identitätsanforderungen sind notwendig. Die innere Aggressions- und Trennungsproblematik liegt jetzt offener zu Tage und ist therapeutischer Bearbeitung zugänglicher geworden. Nach seinen eigenen Aussagen konnte der Patient nachholende Entwicklung in Gruppen erleben, u.a. einer Lebensgruppe, die noch real mit der Familie verbunden war, sich jedoch allmählich aus der Primärgruppendynamik heraustrennte.

Interessant scheint uns hier, daß das EEG-Bild des Nachtschlafs und der miterfaßten Wach-Aktivität eine Nachreifung erfahren hat, die einem Entwicklungszeitraum von mehr als 10 Jahren entspricht.

P 26

P 26 liegt beim Anteil von NREM-Stadium I in den REM-Phasen im Mittelwertbereich der Gruppe 1 (depressive Reaktion) und zwar im unteren Bereich; in der katamnestischen Untersuchung ist dieser Wert noch weiter zurückgegangen. Bezüglich des Anteils von NREM-Stadium II in REM liegt der Patient ebenfalls im Mittelwertsbereich von Gruppe 1; von der Standardabweichung her kann er grundsätzlich auch der Gruppe 2 und 3 zugeordnet werden. Dieser Wert hat sich in der katamnestischen Untersuchung geringfügig erhöht. Betrachtet man die Absolutwerte der Standardparameter, so zeigt sich, daß die Anteile der NREM-Stadien I und II bei der ersten Untersuchung erhöht sind, woraus ersichtlich wird, daß es um spezifische Entwicklung der Übergangsregulation und der komplexen synergistischen Funktionen ging. Bei der katamnestischen Untersuchung hat sich das Aktivierungsspektrum verlagert, Schlafstadium II ist in den Normbereich gerückt, Schlafstadium III hat sich bis in den Normbereich hinein entwickelt, und für wenige Minuten tritt auch Schlafstadium IV auf. Der Anteil des NREM-Stadiums I ist um eine Standardabweichung über den Wert der Erstuntersuchung hinaus erhöht.

Bei Betrachtung der Schlaf-EEG-Aufzeichnung ist zu sehen, daß trotz teilweise hohem Entwicklungsgrad spezifischer EVPs deutlich Elemente mit wesentlich geringerem Entwicklungsstand vertreten sind. Auch hinsichtlich des Entwicklungsstandes der funktionellen Aktivitätsmuster der NREM-Stadien I—IV treten die Aspekte eines undifferenzierten NREM-Schlafes für kurze Strecken im Sinne eines Alpha-Delta-Schlafes auf. Auch hinsichtlich der Standardschlafparameter läßt sich der Patient P 26 bei der katamnestischen Unter-

suchung der Gruppe A zuordnen.

Insofern Schlafstadium I Übergänge reguliert, nehmen wir an , daß in großem Maß besonders eine spezifische Weiterentwicklung dieser Funktion stattgefunden hat; insofern in Schlafstadium I ganzheitliche, cortikale Verarbeitungsprozesse ähnlich wie im REM-Schlaf vonstatten gehen, kann man annehmen, daß die Erhöhung des NREM-Stadium-I-Anteils den relativ insuffizienten REM-Schlaf kompensieren muß, man könnte auch sagen, in NREM-Stadium I an einer Öffnung zu nicht-bewußten Prozessen gearbeitet wird. Dies steht in einer Entsprechung zum Wunsch des Patienten, sich dem Nicht-Bewußten mehr öffnen zu können und seiner tief empfundenen Traurigkeit darüber, sich grundsätzlich nicht seiner Träume zu erinnern.

Insgesamt zeigt sich das Schlafbild der katamnestischen Untersuchung dysregulierter, der Schlaf wird unterbrochen von einer funktionell wirksam werdenden Wachzeit nach dem vierten REM-Intervall. Das erste REM-Intervall, also die REM-Latenz, ist verkürzt gegenüber der ersten Untersuchung, was für den Einschlafvorgang heißt, daß Verhältnisse vorliegen, wie sie für die depressive Reaktion beschrieben werden. Diese geringer gewordene Gesamtschlafregulation bedeutet, daß das dahinterliegende frühe Entwicklungsdefizit jetzt offen zu Tage tritt.

Zusammenfassend kann man sagen, daß bei einem weiterhin bestehenden großen Defizit und Bedarf an Regulierung eine Öffnung hin zu unbewußten Prozessen initiiert ist und die Abgegrenztheit des Schlafes nach außen schwächer geworden ist. Bedenkt man, daß der Patient zum Zeitpunkt der ersten Untersuchung ein Medikament einnahm, das die Aktivierung auf ein die Funktionen nicht desintegrierendes Ausmaß dämpfte, muß es im bisherigen therapeutischen Prozeß bereits zu einer Weiterentwicklung regulativer Funktionen gekommen sein, denn der Patient nimmt nur noch eine ganz geringe Dosierung des Medikaments ein, die kaum noch funktionell wirksam sein dürfte.

Die Dysregulation des Gesamtschlafs, der weiterhin verstärkt bestehende Bedarf an Nachentwicklung grundlegender übergangsregulierender und synergistischer Funktionen zeigt deutlich, daß der Patient in der zunehmenden Öffnung zu seinem Nicht-Bewußten ein schützendes sozialenergetisches Umfeld braucht. Regulierende Funktionen müssen für ihn von außen zur Verfügung gestellt werden und linkshemisphärische Überforderungen, zu denen der Patient neigt, sinnvoll eingegrenzt werden, mit einem Wissen darum, daß die Entwicklung des Patienten sehr langsam fortschreitet und auch langsam fortschreiten muß.

Schlußbemerkung

In unserer Arbeit geht es immer wieder um Übergänge: In funktionellen Mustern, zwischen Schlafen und Wachen, aufsteigender und absteigender Aktivierung und um die Regelung dieser Übergänge. Wo Übergänge funktionell

nicht ausgeprägt sind, sind sie auch im Wachzustand nicht in regulierenden Nuancen vorhanden und können nicht gestaltet werden. Stattdessen finden sich Abbrüche, Dysregulationen, Gegenaktivierung bzw. ein abrupter Wechsel in der Aktivierung. Übergänge können sich dort nicht bilden, wo der Mensch verlassen wird: Wenn ihm nicht ermöglicht wird, eigene Angst zu spüren, Entwicklungsschritte in eigenem Recht verwehrt werden, selbstregulierte Kontaktaufnahme bestraft wird, Verletzungen an Grenzen stattfinden, an denen eigentlich Veränderungen erfolgen könnten.

Die Entwicklung der Identität zu initiieren und zu begleiten, heißt, diese Brüche wiedergutzumachen, durch die Herstellung von Kontinuität weitere Entwicklung zu ermöglichen, bei Grenzerlebnissen des Menschen ihn zu tragen und zu begleiten, bis der Mensch selbst in der Lage ist, diese Übergänge in eigener Entscheidung für sich zu gestalten.

Wir wollen diesen Vortrag mit einem Traum beeenden, den einer unserer nachuntersuchten Patienten erzählt hat. Der Traum beschreibt Beziehung im Einst, Jetzt und in der Zukunft, Wechsel, Grenzüberschreitung als ein Hindurchgehen, den Weg, die Gruppe als Bedingung dieses Weges und das höhere geistige Ziel:

»Ich war in einem Haus mit ganz vielen Menschen, war da mitten drin, habe da wohl auch gelebt. Da war auch ein alter Mann, der hatte viele Gesichter, die Gesichter wechselten fortwährend, einmal war es mein Vater, dann Ammon, dann ein früherer Lehrer von mir. Es war ein alter, weiser Mann. Dieser Mann gab mir einen Auftrag: Ich sollte einen bestimmten Weg durch die Stadt gehen, zu einem Berg hin. Ich hatte ganz viel warme Gefühle für ihn, viel Respekt und viel Achtung. Und ich ging dann durch die Stadt, sie war ganz arm, mit Blechdächern und schmalen Gassen. Dann sah ich den Berg und wußte, ich muß da hin, zu dem Weg mit den Zypressen. Ich weiß, ich muß durch die Landschaft, ich muß da durch. Da sah ich am Horizont eine ganz schöne, weiße, strahlende Stadt. Es waren da Häuser, die gibt es sonst gar nicht, ineinander verschränkt, mit Bögen, die Stadt war voller Leben, aber nicht chaotisch.«

Indicators within the Night Sleep as Criteria for Regenerating Development in the Process of Psychotherapeutic Treatment (a Continuation of the Pilot Study from the Sleep and Dream Laboratory of Clinic Menterschwaige: Aspects of the Functional Development of the Sleep in the Catamnestic Examinations)

Günter Ammon (Berlin/München), Ulrich Köppen (München), Astrid Thome (München), Winfried Tiedge (München)

In their work the authors present new results from the examinations of 24 patients with the diagnosis depressive, psychosomatic and schizophrenic reaction, together with specific aspects of the comparison between the catamnestic sleep researches and the first examinations. These results are based on their

specific understanding of the brainphysiological functions of REM- und NREM-sleep:

During the early ontogenesis REM-sleep stimulates the development of the cortex. Together with this process the NREM-stages are formed and gradually it comes to a differentiation of the functions of the two sleep states. The particular NREM-stages have different regulative, synergistic and integrative functions on different cerebral and cortical activity levels. NREM-stage I regulates transitions between being awake and sleep, between NREM and REM, between the ascending and decending activity and vice versa. In this stage holistic, pictural and preverbal processes are happening which are also known from meditation. NREM-stage II integrates different states of activity by a specific regulation of inner and outer stimulation. NREM-stage III has — like NREM-stage II — integrative functions whereas here only inner stimulations are processed. The beginning of Δ-wave activity indicates a cortex specific »rest activity«. This activity serves for the preservation of structure and function of the neuronal system and gives way to further development, NREM-stage IV represents the cortex specific »rest activity«, by being the state of the highest synchronisation, in which structure and function might gain further development.

Within REM the activation of specific functions takes place serving for a basis for further development of functions. In this creative and complex process conceptional designs are developed in preadvanced preparation.

In the head of all cortical and further cerebral functional systems is the frontal cortex with his morphological and functional structures, which is regarded by the authors to be the physiological aequivalent of the human-structural function of identity.

The new results are related to the quantities of NREM-stages I and II within the REM-phases, which integrates functional aspects of the REM-process. These processes are essential to the development of the total function of the sleep and to the functional systems regulating all rest and activity processes. The structure of the REM-phases turned out to be an characteristic upon which one could differentiate between the diagnostic groupings of the depressive, schizophrenic and psychosomatic reacting patients, and between the groups A and B, which could formerly only be differentiated upon the amount of NREM-stage III, which is from the humanstructural point of view related to the quantity of destructive narcissism (*Ammon* et al. 1985a, 1985b). The differences between the amounts of NREM-stages I and II within the REM phases specifies and supports this grouping upon the fact that patients from group A (higher amount of NREM III, more destructive narcissism) have a significantly higher amount of NREM-stage II within the REM-phases than patients of group B, which are more opened towards psychotherapy. The authors assume that group A is concerned with a further development of integrative functions, which are related to NREM-stage II.

The examinations of the stage changes within REM and NREM are sho-

wing additionally the level of developmental relationship of the functionally different states of REM-sleep and NREM-sleep. Activating processes during REM- and NREM-sleep and NREM-sleep are related to the initiation of development, preservation and further development of complex, integrative and synergistic functions during the night-sleep. REM- and NREM-sleep are in close interchange with the capability of inner and the amount and the quality of outer energetic stimulation. The authors see the inner energetic aspect as a result of the ontogenetical received social-energy which could have been constructive, destructive and deficient. The aspect of the outer stimulation is seen to be dependent on the support with constructive social energy within the ongoing therapeutic process. By taking two examples of the catemnestic researches of the dream and sleep laboratory of the Dynamic-Psychiatric Clinic Menterschwaige the authors are showing two different processes of the regeneration of human functions. They discuss their results and assumptions regarding the differences in the development of the REM-phase structure, the stage changes within REM and NREM and the standard and structure parameters of the night sleep. By including the functional aspects into the interpretation of sleep profiles it is possible to use examination results for reviewing the psychotherapeutic process.

Literatur

Ammon, G. (1973): Der Traum als Ich- und Gruppenfunktion. In: Dyn. Psychiat. (6) 145—161
— (Hrsg.) (1974): Psychoanalytische Traumforschung (Hamburg: Hoffmann & Campe)
— (Hrsg.) (1979): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
— (1982): Hirnstrukturen, Unbewußtes und Ich-Strukturologie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Hdb. der Dyn. Psyhiat., Bd. 2, 89—123. (München: Ernst Reinhardt)
— (1986): Der mehrdimensionale Mensch. Zur ganzheitlichen Schau von Mensch und Wissenschaft. (München: Pinel)
Ammon, G.; Köppen, U.; Hoffsten, M.; Wolfrum, G.; Terpeluk, V.; Vilbig, M.; Hoffmann, H. (1984): Vergleichsuntersuchungen bei Gruppen narzißtisch depressiver und psychosomatisch reagierender Patienten im Schlaf- und Traumlabor in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige. In: Dyn. Psychiat. (17) 165—195
Ammon, G.; Köppen, U.; Hoffsten, M (1985a): Neue Ansätze zu einem Verständnis von Schlafprofilen unter ontogenetischen Aspekten — eine Pilot-Study aus der humanstrukturologischen Schlafforschung (Teil 1). In: Dyn. Psychiat. (18) 111—133
Ammon, G.; Burbiel, I.; Hoffsten, M. (1985b): Neue Ansätze zu einem Verständnis von Schlafprofilen unter ontogenetischen Aspekten — eine Pilot-Study aus der humanstrukturologischen Schlafforschung (Teil 2 — Ergebnisse). In: Dyn. Psychiat. (18) 175—201
Ammon, G.; Burbiel, I.; Köppen, U.; Hoffsten, M. (1987a): Die Organisation der Ruhe- und Aktivitätsprozesse und deren Integration als Indikator für die Entwicklung des Menschen im therapeutischen Prozeß — Teil I: Entwurf einer Interpretation von Schlafprofilen mit Strukturparametern. In: Dyn. Psychiat. (20) 24—41
Ammon, G.; Burbiel, I.; Köppen, U.; Tiedge, W. (1987b): Die Organisation der Ruhe- und Aktivitätsprozesse und deren Integration als Indikator für die Entwicklung des Menschen im therapeutischen Prozeß — Teil II: Interpretation von Schlafprofilen mit Strukturparametern — zwei Fallbeispiele. Vortrag gehalten auf dem 5. Weltkongreß der WADP vom 6.—11.3.1987 in München; unveröffentlichtes Manuskript.
Anders, T.F. (1979): Maturation of sleep patterns of the newborn infant. In: *Weitzmann, E.D.* (Ed.): Advances in sleep research, Vl. 2 (New York: Spectrum Publications)
Beersma, D.G.; Domien, G.M.; van den Hoofdakker, R.H.; Rutger, H. (1985): The timing of sleep in

depression: Theoretical considerations. In: Psychiat. Res. (16) 253—262
Birbaumer, N. (1975): Physiologische Psychologie. (Berlin: Springer)
Coons, S.; Guilleminault, C. (1982): Development of sleepwake patterns and non-rapid eye movement. Sleep stages during the first six month of life in normal infants. In: Pediat. (6) 793—798
Creutzfeldt, C.D. (1983): Cortex Cerebri, Leistung, strukturelle und funktionelle Organisation der Hirnrinde, 145—160. (Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer)
Crowell, D.H.; Kapunial, L.E.; Boychuk, R.B.; Light, M.J.; Hodgman, J.E. (1982): Daytime sleep stage organization in three-month-old infants, In: Electroenc. Clinic. Neurophys. (53) 36—47
Dement, W.C. (1979): The relevance of sleep pathologies to the function of sleep. In: *Drucker-Colin, R.; Shkurovich, M.; Sterman, M.B.* (Eds.): The functions of sleep (New York, San Francisco, London: Academic Press)
Denenberg, V.H.; Thoman, E.B. (1981): Evidence for a functional role for acitve (REM) sleep in infancy. In: Sleep (2) 1985—191
Drucker-Colin, R.; Shkurovich, M.; Sterman, M.B. (Ed.) (1979): The functions of sleep (New York, San Franzisco, London: Academic Press)
Feinberg, I.; Miatt, J.F. (1978): Sleep patterns in schizophrenia: A selective review. In: *Williams, R.L.; Karacan, J.* (Eds.): Sleep disorders, diagnosis and treatment. (New York, John Wiley Sons)
Frank, H. (1976): Vergleich akustisch evozierter Potentiale bei Einfach- und Doppelsignalen sowie langsamer Hirnpotentialänderungen (CNV, Erwartungswelle) in Wach- und Schlafstadien. (Wien: Phil. Fakultät, unv. Manuskript, Univ. Bibl. Wien)
McGinty, D. (1979): Ontogenetic and clinical studies of sleep state organization and dissociation. In: *Drucker-Colin, R.* (Ed.): The functions of sleeep. (New York: Academic Press)
Heinrichs, D.W.; Buchanan, R.W. (1988): Significance and meaning of neurological signs in schizophrenia. In: Amer. J. Pschiat. (145) 11—18
Kupfer, D.J.; Reynolds III, C.F.; Grochocinski, V.J.; McEachran, A. (1986): Aspects of short REM latency in affective states: A revisit. In: Psychiat. Res. (17) 49—59
Kupfer, D.J.; Ulrich, R.F.; Coble, P.A.; Jarret, D.B.; Grochinowski, V.; Domon, J.; Matthews, G.; Borbely, A.A. (1984): Application of automated REM and slow wave sleep analysis: II. Testing the assumptions of the two-Process model of sleep regulation in normal and depressed subjects. In: Psyhiat. Res. (13) 335-343
Marsen, B. (1982): Neurophysiologische Aspekte der Dynamischen Psychiatrie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2, 123—210 (München: Ernst Reinhardt)
Mendelson, W.B.; Gillin, J.C.; Wyatt, R.J. (Eds.) (1977): Human sleep and its disorders. (New York: Plenum Press)
Niedermeyer, E. (1982): Maturation of the EEG. Development of waking and sleep patterns. In: *Niedermeyer, E.; Lopes de Silva, E.* (Eds.): Electroencephalography. Basis principles, clinical applications and related fields. 197—231. (Baltimore-München: Urban & Schwarzenberg)
Peschke, V. (1982): Neurophysiologische funktionelle Systeme und Ich-Struktur. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Hdb. d. Dyn. Psychiat. Bd. 2, 210—275 (München: Ernst Reinhardt)
Roffwarg, H.P.; Muzio, J.N.; Dement, W.C. (1966): Ontogenetic development of the human sleep-cycle. In: Science (152) 604—619
Rotenberg, V.S. (1975): Clinical picture and pathogenesis of sleep disturbances. In: Physiology and pathology of sleep in man (Moscow)
— (1979): Sleep changes in Neurosis. In: Waking and Sleeping (2) 215—
— (1986): The nature of non-linear relationship between the individual's present psychic state and his sleep structure. In: Dyn. Psychiat. (19) 516—524
Rotenberg, V.S.; Arshavsky, V.V. (1979): REM sleep, stress and search activity. In: Waking and Sleeping (3) 235—244
Schubert, F.C. (1978): Einschlafverlauf und Einschlafstörungen. In: Würzburger Psychologische Untersuchungen, Bd. 4 (Frankfurt: Peter Lang)
Schulz, H. (1981): Sleep onset REM episodes in depression. In: *Koella, W.P.* (Ed.): Sleep 1980, 72—79 (Basel: Karger)
Schulz, H.; Lund, R. (1985): On the origin of early REM episodes in the sleep of depressed patients: A comparison of three hypotheses. In: Psychiat. Res. (16) 65—77
Taub, J.M. (1984): Sleep stage transitions and tonic REM in depression. In: Inter. J. Neurosc. (24) 245—260
Williams, R.L. Karacan, J.; Hursch, C.J. (1974): EEG of human sleep: Clinical applications. (New York: John Wiley & Sons)

Williams, R.L.; Karacan, J. (Eds.) (1978): Sleep disorders, diagnosis and treatment. (New York: John Wiley & Sons)

Adressen der Autoren:
Dr. med. Günter Ammon
Meierottostraße 1
1000 Berlin 15

Ulrich Köppen, Psychiater
Erhardtstraße 11
8000 München 5

Dipl. Psych. Astrid Thome
Klenzestraße 55
8000 München 5

Dr. Ing. Winfried Tiedge
Therese-Giehse-Allee 15
8000 München 83

Ausdruck prozeßhafter Entwicklung in der klinischen Testpsychologie sowie im therapeutischen Feld der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige am Beispiel eines schizophren reagierenden Patienten*** Ein kasuistischer Beitrag

Rita Jost*, Ulrike Schanne** (München)

Anliegen der vorliegenden Arbeit ist es, die humanstrukturelle Entwicklung eines schwer schizophren reagierenden Patienten während eines Zeitraums von 15 Monaten stationärer Psychotherapie in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige aufzuzeigen anhand der Ergebnisse der klinischen Testpsychologie sowie direkter Beobachtung seiner Entwicklung im therapeutischen Feld der Klinik. Bestandteil dieses therapeutischen Feldes sind die Milieutherapiegruppen, in denen die Patienten an einem, zumeist handwerklichen oder künstlerischen Projekt arbeiten, aber auch die verschiedenen spezifischen therapeutischen Situationen wie die Tanz-, Musik-, Theater- und Maltherapie, sowie Gruppen- und Einzeltherapie. Grundlage für die Arbeit der Klinik ist die Schaffung eines sozialenergetisch wirksamen therapeutischen Netzwerks, d.h., daß die gesamte Klinik als ein Kontakt und Auseinandersetzung förderndes, Persönlichkeitsstruktur veränderndes Milieu strukturiert wird. Der Entwicklungsprozeß jedes Patienten zeigt sich so in einer Vielzahl von therapeutischen Situationen, die gleichzeitig diagnostische Rückschlüsse möglich machen. Die Autorinnen konzentrieren sich in ihrer Untersuchung auf den therapeutischen Prozeß in Milieu- und Gruppenpsychotherapie. Den vorgestellten Patienten, Herrn E., könnte man aufgrund seiner zahlreichen vorangegangenen Psychiatrieaufenthalte, Selbstmordversuche sowie Arbeits- und Kontaktabbrüche als einen klassischen Drehtürpsychiatriepatienten bezeichnen. Er kam mit massiven Angstzuständen, starker Depression und einem zerstörerischen Selbsthaß in die Klinik. Aufgrund der testpsychologischen Untersuchung, u.a. durch den Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA), den MMPI, den Gießen-Test und den Wartegg-Zeichentest, wurde seine psychotische Struktur mit starken autistischen und paranoiden Zügen deutlich. Im therapeutischen Prozeß, dessen Effizienz durch eine begleitende, in dreimonatigen Abständen erfolgende psychologische Verlaufsdiagnostik kontrolliert wurde, konnte der Patient, der zunächst Hilfe als bedrohlich und kränkend erlebte, zunehmend vertrauensvollere und differenziertere Beziehungen zu Therapeuten und Mitpatienten entwickeln. Die testpsychologischen Ergebnisse zeigen eine Zunahme der konstruktiven Anteile der im zentralen, nicht-bewußten Persönlichkeitskern verankerten Humanfunktionen, ein deutliches Anwachsen der intellektuellen Fähigkeiten, sowie eine ausgeprägte Abnahme der Paranoia-Werte. Die zu Beginn vorhandenen, auf eine schizophrene Reaktion verweisenden Symptome wie akustische und optische Halluzinationen verschwanden. Die Autorinnen sehen die Entwicklung von Herrn E. als einen Beleg dafür, daß ein Persönlichkeitsstrukturgewinn auch bei einem schizophren reagierenden Patienten möglich ist.

Ziel der Arbeit ist es, die humanstrukturelle Entwicklung eines schwer schizophren reagierenden Patienten anhand der Ergebnisse der klinischen Testpsychologie sowie anhand von direkter Beobachtung seiner Entwicklung im gesamttherapeutischen Feld der Klinik aufzuzeigen.

Grundlage für die Arbeit der Klinik Menterschwaige ist die Schaffung eines

* Dipl. Psych., Klinische Psychologin (BdP), Mitarbeiterin der Psychologisch-Diagnostischen Abteilung der Klinik Menterschwaige

** Dr. med., Assistenzärztin in der Klinik Menterschwaige

*** Vortrag gehalten auf dem 6. Weltkongreß der WADP/XIX. Internationalen Symposium der DAP vom 7.—11.3.1988 in der Ludwig-Maximilians-Universität München

therapeutischen Milieus, d.h., daß die Gesamtklinik an sich als therapeutisch förderliches, lebensbejahendes und persönlichkeitsstrukturveränderndes Milieu gesehen wird, in dem der Patient lebt und arbeitet. Die Patienten leben in einer von gegenwärtig drei bestehenden Milieu-Gruppen, in denen sie jeweils ein Projekt wählen, wie z.B. das Anlegen eines Teiches, an dem sie von der Planung bis zur Fertigstellung arbeiten. So befinden sie sich in stetiger Auseinandersetzung sowohl mit der Arbeit und den Mitpatienten, mit denen sie zusammenarbeiten als auch mit ihren eigenen Fähigkeiten in bezug auf Arbeit und Kontakt. Die Patienten können hier, wie in den verschiedenen spezifischen therapeutischen Situationen wie z.B. in der Tanz-, Musik-, Theater-, Reit- und Maltherapie, in den milieutherapeutischen Neigungsgruppen, wie z.B. die Film-Gruppe sowie in der Gruppen- und Einzelpsychotherapie in all ihren gesunden und kranken Seiten leben, gesehen und behandelt werden. Die verschiedenen Behandlungsformen bilden ein therapeutisches Netzwerk und sind durch die zugrundeliegende Theorie und Behandlungskonzeption der Dynamischen Psychiatrie integriert.

Das Menschenbild der Dynamischen Psychiatrie ist ganzheitlich, ebenso ihr Krankheitsverständnis. Es wird nicht nur die biologisch-organische Seite des Menschen gesehen, sondern insbesondere seine soziale Bedingtheit wie auch sein psychologisches Gewachsensein werden miteinbezogen. Der Mensch wird als ein gruppendynamisch, human-strukturell und psychogenetisch bestimmtes Wesen aufgefaßt, dessen Humanstruktur sich durch sozialenergetische Austauschprozesse bildet. »Sozialenergie entsteht durch Kontakt und Auseinandersetzung, durch Forderungen an die Identität, durch Forderungen und Aufforderungen zum Tun, zur Tätigkeit und Aufgabe. Menschen, die nicht oder zu wenig gefordert werden, sind verlassene Menschen mit Sozialenergiedefiziten. Sozialenergie dient unerläßlich dem Ich-Struktur-Aufbau und der Entwicklung der einzelnen Ich-Funktionen. Die Ich-Struktur kann sozusagen als manifestierte Sozialenergie betrachtet werden und unterliegt lebenslangen sozialenergetischen Einflüssen«. (*Ammon* 1982)

Unter der Ich- bzw. der Human-Struktur versteht *Günter Ammon* das sich wechselseitig synergistisch beeinflussende Geflecht,

a) der primären organischen Human-Funktionen, wie u.a. die der Sinnesorgane, des Zentralnervensystems, des endokrinen Systems,

b) der zentralen psychischen Humanfunktionen wie z.B. die der Aggression, der Angst, des Narzißmus, der Sexualität, der Kreativität, der Ich-Abgrenzung, der Traumfähigkeit und insbesondere der Identität. Sie bilden den Kern der Persönlichkeit und sind im Unbewußten angesiedelt, sowie

c) der sekundären Human-Funktionen des Denkens, des Gedächtnisses, der Intelligenz, der Sprache, der Affekte, der Fertigkeiten u.a. Sie betreffen das bewußte Verhalten und stellen den unmittelbaren Kontakt zur Umwelt her.

Zu einer schweren psychischen, geistigen und körperlichen Erkrankung kommt es nach *Günter Ammon* dann, wenn sich diese Human-Funktionen lebensgeschichtlich ungünstig oder nur gering entwickeln konnten, bzw. wenn

die übergeordneten dynamischen Funktionen der Integration, der Koordination, der Regulation oder des Synergismus zwischen den o.g. biologischen, psychischen oder Verhaltensstrukturen gestört bzw. abgeblockt sind.

Die Dynamische Psychiatrie geht also »von einer Gesamtkonzeption des Krankheitsgeschehens als einem ich-strukturellem realen Defizit und einem dazu korrespondierendem ganzheitlichem therapeutischem Programm aus. Psychische Krankheiten werden als ich-defizitäre, die im eigentlichen Sinne Identitätskrankheiten sind, aufgefaßt.« (*Ammon* 1982)

Krankheit und Gesundheit werden nicht dualistisch gegenübergestellt. Von besonderer Bedeutung für die therapeutische Arbeit ist es, die konstruktiven Seiten des Patienten, seine Begabungen, seine Interessen und Fähigkeiten mit einzubeziehen, denn sie dienen nach *Ammon* als Kontaktbrücke und Identitätsangebote und bedürfen deshalb besonderer sozialenergetischer Beachtung.

Der Patient lebt und arbeitet also in einer Vielzahl therapeutischer Gruppen, in denen er sich in seinem Entwicklungsprozeß zeigt und somit diagnostische Rückschlüsse möglich macht. Therapie und Diagnostik stehen somit in einer engen Wechselwirkung.

Das gesamte diagnostische Feld der Klinik umfaßt die ärztlich-psychiatrischen Untersuchungen, die die Familien- und Lebensgeschichte des Patienten hinsichtlich der Krankheitsentwicklung betrachten, die diejenigen Krisen beleuchten, in denen Krankheit auftrat und die die interpersonellen Situationen aufhellen, die zum Krankheitsgeschehen beitrugen. Aus dem Gesamtkontext lassen sich Rückschlüsse auf die Primärgruppendynamik und Psychogenese ziehen sowie eine vorläufige Diagnose und Prognose erstellen.

Der Internist untersucht den internistischen Status und vermittelt einen Eindruck von dem ganzen Körper des Patienten, da der menschliche Körper, nach dem Krankheitsverständnis der Dynamischen Psychiatrie, als ein Ausdruck aller lebensgeschichtlichen Erfahrungen verstanden werden kann.

Der Sozialarbeiter ermittelt u.a. die zur Zeit bestehenden realen Situationen des Patienten, die Aufschluß darüber geben, in welchem Ausmaß reale Bezüge des Patienten aufrechterhalten werden konnten.

Weiter wird eine Autokinetische Lichttest-Diagnostik durchgeführt (vgl. *Ammon, Burbiel, Peschke* 1988), sowie Hirnstromuntersuchungen im Traum- und Schlaflabor.

In der klinischen Testpsychologie verwenden wir folgende psychometrische Persönlichkeitstests, Persönlichkeitstest-Entfaltungsverfahren sowie Leistungstests:

Der Ich-Struktur-Test nach *Ammon* (ISTA) ist das wichtigste in der Klinik angewandte Verfahren, da er nicht nur die oben beschriebenen zentralen Humanfunktionen der Aggression, der Angst, des Narzißmus sowie der Abgrenzung erfaßt, sondern auch in differenzierter Form die geschädigten wie auch die gesunden Persönlichkeitsanteile aufzeigt und somit direkte therapeutische Handlungsanweisungen möglich macht.

Weiter wurde eine Vorform zur Erfassung der Human-Funktionen der Se-

xualität und des Körper-Ichs entwickelt, die noch in Bearbeitung ist.

Jede einzelne dieser Humanfunktionen besitzt konstruktive, destruktive und defizitäre Anteile. In ihrer konstruktiven Ausprägung haben diese Humanfunktionen eine regulative Wirkung. Sind sie jedoch destruktiv oder sogar defizitär, ist ihre Wirkung dysregulativ, was zu einer psychischen Erkrankung führt.

Mathematisch-statistische Untersuchungen zeigten, daß der Ich-Struktur-Test auf den Skalen der konstruktiven und defizitären Aggression sowie der defizitären Angst signifikant zwischen Borderline-Struktur und der narzißtischen Depression unterscheidet.

Die Skala der Ich-Abgrenzung nach innen trennt auf dem 90%igen Signifikanzniveau zwischen der psychotischen Struktur und der narzißtischen Depression.

Die narzißtische Depression stellte sich als das schwerste Krankheitsbild mit den höchsten defizitären Anteilen heraus. Die psychotische Struktur unterschied sich von der Borderline-Struktur durch höhere Werte in der defizitären Aggression und der defizitären Angst, verbunden mit geringeren konstruktiven Anteilen (vgl. *Ammon, Burbiel, Finke, Wagner* 1982).

Die im ISTA-Profil dargestellten defizitären und destruktiven Bereiche werden durch die Symptomatologie des Patienten, wie sie sich im MMPI zeigt, ausgefüllt.

Der MMPI enthält neben 3 Validitätsskalen, die Aufschluß geben über die Interpretierbarkeit der erhobenen Werte — sie zeigen u.a. eine Abwehrhaltung des Patienten gegenüber seelischen Schwächen an — 10 klinische Skalen, deren Bezeichnungen sich überwiegend an auf *Kraepelin* zurückgehenden psychiatrischen Klassifizierungen orientieren: die Skala der Hypochondrie, in der sich u.a. Krankheitsbefürchtungen meist diffuser Art ausdrücken können; die Skalen der Depression, Hysterie und Psychopathie. Letztere zeigt Hauptschwierigkeiten im Fehlen tiefen gefühlshaften Reagierens, in der Unfähigkeit, aus Erfahrung zu lernen und in der Mißachtung sozialer Sitten und Gebräuche an.

Weitere Skalen sind: die Interessenskala, die die Tendenz der Interessenverteilung zur Maskulinität oder Feminität mißt; die Skala der Paranoia, die sich u.a. durch Argwohn, Überempfindlichkeit und Verfolgungsideen kennzeichnen läßt; die Skala der Psychasthenie, die u.a. auf Entschlußunfähigkeit, zwanghaftes Verhalten oder Phobien eingeht. Oft kann eine psychasthenische Tendenz sich lediglich in einer leichten Depression, in übertriebener Besorgnis, in einem Mangel an Vertrauen oder in Konzentrationsschwierigkeiten äußern. Die Skala der Schizoidie ist u.a. durch ein bizarres, ungewöhnliches Denken und Verhalten gekennzeichnet. Patienten mit leicht erhöhten Werten fühlen sich oft fremd und unverstanden, sind oft autistische Tagträumer mit schlechtem Kontaktvermögen und einer Neigung, sich abzuschließen. Die Skala der Hypomanie mißt u.a. den Persönlichkeitsfaktor, der für Personen mit deutlicher Überproduktivität im Denken und Handeln charakteristisch ist; deren

Begeisterungsfähigkeit und Ausdauer jedoch schnell nachläßt.

Die letzte Skala der sozialen Introversion-Extraversion mißt die Tendenz, sich vom sozialen Kontakt mit anderen zurückzuziehen.

An weiteren Tests führen wir durch:

Den Gießen-Test: er basiert auf psychoanalytischen Konzepten und gibt dem Patienten die Gelegenheit, von sich ein Selbstbild zu entwerfen, in dem dieser seine innere Verfassung und seine Umweltbeziehungen beschreibt. Er enthält die Skalen der sozialen Resonanz, in denen der Patient seine Wirkung auf die Umgebung beschreibt; die Skala der Dominanz versus Gefügigkeit, die Skala der Unterkontrolliertheit versus Überkontrolliertheit; die Skala der Hypomanie versus der Depression; die Skala der Durchlässigkeit versus Retentivität — letztere bildet sich als Konsequenz einer schizoidparanoischen Grundeinstellung heraus, sowie die Skala der sozialen Potenz versus Impotenz.

Der Wartegg-Zeichentest: er ermöglicht eine an *Lersch* orientierte Charakterisierung und eine tiefenpsychologische Inhaltsinterpretation. Neben der formalen Auswertung, die graphische Merkmale wie den Strichcharakter und die Strichführung, die Formbehandlung — ob große oder kleine Formen, aufgelockerte oder geschlossene Formen — sowie die Flächenbehandlung wie z.B. Fülle und Magerkeit, Unausgewogenheit oder harmonische Durchformung erfaßt, ist auch eine inhaltliche Auswertung möglich. Sie gibt Aufschluß über das Verhältnis von erlebnisbestimmten und sachbestimmten Gestaltungen, zeigt auf, inwieweit eine introverse, wenig umweltbezogene Einstellungsweise besteht bzw. inwieweit das Bewußtsein in Gefahr ist, von unbewußten Bildern überschwemmt zu werden. Daneben ist auch eine inhaltliche Einzelbetrachtung möglich.

Aufgrund unserer klinischen Praxis konnten wir die Erfahrung machen, daß auch Inhalte der Rohrschach-Interpretation auf den Wartegg-Zeichentest anwendbar sind und diesen im überaus großen Maße bereichern.

Die Zeichnung »Mann und Frau« gibt Aufschluß über den Reifezustand des Patienten, sein Körper-Ich-Bild, sein Kontakterleben und -verhalten sowie seine Beziehung zur Sexualität.

Der Beschwerdefragebogen erfaßt die körperlichen sowie die psychischen Symptomatiken des Patienten.

Der Intelligenz-Strukturtest (IST 70) nach *Amthauer* zeigt die intellektuellen Möglichkeiten eines Menschen auf, seine Begabungsstruktur, seine geistige Entwicklungsfähigkeit und, im Zusammenhang mit seiner schulischen und beruflichen Entwicklung, ermöglicht er Rückschlüsse über die Schwere der Erkrankung des Patienten.

Der Benton-Test stellt Störungen in der Leistungsfähigkeit der visuellen Merkfähigkeit fest und liefert mögliche Ursachen.

Diese acht Verfahren werden regelmäßig zu Beginn der Aufnahme sowie kurz vor der Entlassung angewandt. Bei der Entlassung wird zusätzlich der Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens von *Zielke* und *Kopf-Mehnert* ausgegeben, in dem der Patient sich selbst in seinen Veränderungen

einschätzt.

Zur Therapiekontrolle werden die ersten vier genannten Verfahren, der ISTA, der MMPI, der Gießen-Test-Selbstbild sowie der Wartegg-Zeichentest nach ca. sechs Monaten nochmals wiederholt. Diese Veränderungsmessung ist eine direkte Rückmeldung über die Entwicklung des Patienten und gibt gleichzeitig Aufschluß über die Effizienz der therapeutischen Arbeit.

Anhand des Patienten Herrn E. werden wir die oben dargestellte prozeßhafte Entwicklung aufzeigen. Dabei stellen wir aus dem gesamten diagnostischen Feld der Klinik allein die testpsychologischen Ergebnisse dar. Ebenso werden wir die Entwicklung des Patienten beispielhaft in der Gruppenpsychotherapie und der Milieutherapie aufzeigen, die ebenfalls nur Facetten des gesamten milieutherapeutischen Feldes sind.

Herr E. wurde von uns deshalb ausgewählt, weil man ihn in seiner bisherigen Entwicklung als einen klassischen Drehtür-Psychiatrie-Patienten bezeichnen kann; eine konservative psychiatrische Anstalt würde ihn sicherlich als einen hoffnungslosen Fall ansehen. Herr E. wechselte von 1969-1977 48mal die Stelle, d.h. im Durchschnitt alle 2 Monate. Er hat seit 1973 bis 1986 24 psychiatrische Krankenhausaufenthalte hinter sich (den ersten mit 11 Jahren), im Durchschnitt also 2 Klinikaufenthalte pro Jahr. Seine Selbstmordversuche (mit Rasierklingen, Tabletten, Versuche, sich zu Tode zu stürzen u.a.) beziffert er selbst auf mindestens 15.

Der aktuelle Aufnahmegrund in unsere Klinik waren massive Angstzustände, Depression, sowie ein zerstörerischer Selbsthaß. Er brach eine Umschulung ab. Zum Zeitpunkt der Aufnahme war Herr E. 37 Jahe alt.

Herr E. ist ein kleiner, gedrungener, eher athletisch wirkender Mann mit bleichem, sommersprossigem Gesicht und rötlich-blonden Haaren. In seinem körperlichen Erscheinungsbild sowie seiner Kleidung (einfach und ordentlich) ist er ein eher unauffälliger Mann. Die Gestik des Patienten wirkte steif, seine Mimik versteinert, wodurch die Unruhe in seinen Augen noch deutlicher hervorstach. Seine Hände zitterten leicht; er war in ständiger körperlicher Bewegung. Er wirkte angespannt, unruhig und ängstlich, war jedoch stets bemüht, dies unter Kontrolle zu halten. Es mangelte ihm an Spontaneität. Ebenso zögernd, bedächtig, verhalten war sein sprachlicher Stil. Sein sprachlicher Ausdruck war jedoch klar und prägnant. Seine außersprachliche Kommunikationsfertigkeit wiederum war gering; Gefühle wurden nicht spürbar, sie blieben unter seiner versteinerten Mimik und Gestik verborgen. Seine Wahrnehmung war wach und genau; sein Bedürfnis zur Kooperation deutlich spürbar. Seine Stimmung kann insgesamt als ernst sowie ängstlich-depressiv beschrieben werden.

Im Kontakt war Herr E. ständig bemüht, kooperativ und freundlich zu sein.

Der Patient war das drittjüngste von insgesamt 13 Kindern. Sein Vater, ein ehemaliger Landwirtschaftsgärtner und jetziger Rentner, lebte zum Zeitpunkt der Aufnahme in einem Pflegeheim. Er wird vom Patienten als jähzorniger, brutaler Alkoholiker beschrieben, der den Patienten für seine Bedürfnisse be-

nutzte (Alkohol heimlich für den Vater zu holen, eine Vermittlerfunktion zur Mutter zu übernehmen, Ratgeber für den Vater zu sein).

Seine Mutter starb vor vier Jahren an einer Herzerkrankung. Sie hatte eine ambivalente Beziehung zu ihrem Sohn. Sie war einerseits sehr liebevoll zu ihm, so daß der Patient für sie durchs Feuer ging; anderseits hörte er zufällig mit, wie die Mutter ihren Mann aufforderte, den Patienten aus der Wohnung zu werfen. Auch sie benutzte ihren Sohn als Beschützer vor den tätlichen Angriffen ihres Mannes.

Es bestand eine Double-bind-Beziehung, wie sie typischerweise für die Entwicklung einer Schizophrenie beschrieben wird. In der bekannten Double-bind Theorie verweist *Bateson* u.a. auf die pathogene Kommunikation in der frühen Mutter-Kind-Beziehung (*Bateson* et al. 1969)

Die Familiendynamik — vom Arzt, Psychologen und Sozialarbeiter unter verschiedenen Aspekten erhoben — zeigte sich massiv destruktiv; sie war geprägt von ständigen Nörgeleien, Streitereien, von grenzenloser körperlicher Gewalt und Brutalität. Indem der Patient seine Mutter vor den körperlichen Angriffen des Vaters schützen wollte, zog er dessen Wut auf sich und wurde mit allem, was der Vater in die Hände bekam, geschlagen, getreten, die Treppe hinuntergeworfen. Einer tödlichen Bedrohung war der Patient ausgesetzt, als er von seinem grenzenlos wütenden Vater mit einer Axt verfolgt wurde. Der Patient lebte in ständiger Todesangst, traute sich bei gespannter Atmosphäre nicht nach Hause und irrte stattdessen unzählige Nächte stundenlang durch den Wald. Diese Brutalität wurde von den Eltern am nächsten Tag verleugnet und ungeschehen gemacht.

Wichtige Bezugspersonen zu dieser Zeit wurden für den Patienten sein Hausarzt sowie sein Nachbar, der den Patienten beim familiären Streit heimlich aus der Wohnung holte und ihn bis zu 3 Wochen bei sich behielt. Wichtig für ihn war auch der fast tägliche Besuch einer Sportveranstaltung. Vom 5. bis zum 18. Lebensjahr war der Patient Mitglied im Fußball- und Turnverein. Weitere Bezugspersonen waren sein Turn- und insbesondere sein Fußballtrainer, der Herrn E. wie seinen eigenen Sohn behandelte und u.a. Wochenendausflüge mit ihm unternahm.

Alle Lebensbereiche des Patienten unterlagen einer massiven Kontrolle von seiten der Eltern. Jegliche Identitätsentwicklung wurde verboten. So wurde er zum Besuch der Hauptschule und zu einer Lehre bei der Post gezwungen, obwohl er sich nach dem Besuch des Gymnasiums, zu dem ihm sein Lehrer riet, und nach dem Beruf des Sportlehrers sehnte.

Der Patient wurde von beiden Elternteilen benutzt und gegenseitig ausgespielt. In der Familie herrschte eine Rollendiffusion — so z.B. übernahm die ältere Schwester die Mutter-Funktion für die jüngeren Geschwister; der Patient war der Ratgeber für den Vater.

Die Kinder wurden dazu benutzt, die Bedürfnisse der Eltern zu befriedigen, nur dann waren sie akzeptiert. Dies ist typisch für eine schizophren krankmachende Familienstruktur. Wollten sie ihre eigenen Rechte verwirklichen,

wurden sie von den Eltern mit dem Rausschmiß aus der Wohnung erpreßt. Alle Geschwister, außer dem jüngsten, wurden von einem Tag auf den anderen bzw. von einer Stunde auf die andere aus der Wohnung geworfen.

Auslöser für den ersten stationär-psychiatrischen Aufenthalt mit 11 Jahren für die Dauer von einem Jahr war die Verfolgung durch den Vater mit der Axt. Herr E. entwickelte panische paranoide Ängste, von seinem Vater geholt zu werden, begleitet von ausgeprägten köperlichen Angstreaktionen und Atemnot. Der Patient floh nach Stuttgart, schnitt sich im Hauptbahnhof die Pulsadern auf. Dort wurde er von Fremden gefunden und in ein psychiatrisches Krankenhaus eingewiesen. Seinen zweiten Suizidversuch (Aufschneiden der Pulsadern mit der Rasierklinge) unternahm er mit 17 Jahren. Er hielt den Druck und die Belastung im Elternhaus, die zusätzliche Belastung im Sportverein, wo ihm Höchstleistungen abverlangt wurden sowie den Autoritätskonflikt zu seinem Vorgesetzten nicht aus. Nachdem er einmal wieder nicht nach Hause durfte, schnitt er sich die Pulsadern auf. Ein Nachbar entdeckte dies, obwohl es der Patient vor ihm verheimlichen wollte. Dieser nahm ihn zur Polizei mit. Mit 20 Jahren kam er dem drohenden elterlichen Rausschmiß zuvor, kündigte von heute auf morgen seine Arbeitsstelle, flüchtete nach Frankreich und ließ sich von der Fremdenlegion anheuern. Noch im gleichen Jahr wurde er mit Hilfe des Hausarztes und des elterlichen Geldes ausgelöst.

Da der Patient nie einen eigenen Standpunkt und Identität entwickeln durfte, ließ er sich im gleichen Jahr auf eine Ehe ein, die er nicht wollte. Er unterlag dem Druck seiner Primärfamilie und der Familie seiner Ehefrau, die schwanger war. Mit Drogen (Hasch, Meskalin, Kokain, LSD und Alkohol) versuchte er seine Schwierigkeiten zu lösen und sich zu betäuben. Nach einem Jahr verließ er seine Familie, da er es nicht ertrug, von seiner Frau so besessen zu werden, wie seine Mutter den Vater besaß. Er flüchtete an einen 600 km entfernten Ort.

Seitdem entwickelte der Patient panische Angstzustände, von seinen Eltern, seinen Geschwistern, der Familie seiner Frau oder der Polizei geholt zu werden. Er litt unter dem ständigen Gefühl, unter dem Druck der Anspannung zerrissen zu werden. Er versuchte, diesem Gefühl zu entfliehen, in dem er von heute auf morgen seine Arbeitstelle und seinen Wohnort aufgab und zu einem neuen, von seinem alten möglichst weit entfernten Wohnort floh. Sein weiteres Leben ist von ständigen Arbeits- und Kontaktabbrüchen, von Suizidversuchen und psychiatrischen Krankenhausaufenthalten gekennzeichnet.

In der ärztlichen Anamnese verneint bzw. verschweigt der Patient Symptome, die für eine schizophrene Reaktion typisch sind (sie werden erst in den Tests und der darauffolgenden Testbesprechung deutlich), so daß der Arzt zunächst die vorläufige Diagnose eines Borderline-Syndroms mit depressiver Symptomatik, Sucht und paranoiden Zügen stellte.

Der MMPI-Aufnahmetest hingegen zeigt ein psychotisches Profil. Typisch dafür sind hohe Werte in den Skalen Schizoidie, Paranoia, Psychopathie; auch die Skala der Hypomanie ist etwas erhöht. Die psychotische Symptomatik

wird durch Zwang überdeckt, wie an der am höchsten ausgeprägten Skala der Psychasthenie zu sehen ist.

Die ausgemalten Felder zeigen den Durchschnittsbereich an. Werte, die im MMPI darüber, im ISTA rechts davon liegen, sind erhöht; Werte, die im MMPI darunter, im ISTA links davon liegen, sind erniedrigt. Der Gießen-Test ist zweipolig angelegt, d.h. z.B. auf die Skala 5: je höher der Wert in Richtung Retentivität hinausgeht, desto höher ist der Grad seines Mißtrauens, seiner Verschlossenheit, seiner schizoid-paranoiden Grundeinstellung. Geht die Skala nach links hinaus, zeigt sie Offenheit, Vertrauen, Durchlässigkeit u.a. an.

Die psychotische Struktur wird im ISTA deutlich, insbesondere durch die völlig fehlende Ich-Abgrenzung nach innen. Das Ich des Patienten wird überflutet von destruktiver Angst, destruktiver Aggression, von Phantasien und Tagträumen. Der Patient ist unfähig, Gefühle und Bedürfnisse anderer Menschen von seinen eigenen zu differenzieren, hat Angst, von anderen vereinnahmt, ausgebeutet, zerstört zu werden. Der Patient ist in hohem Grade verängstigt, gestört und verwirrt. Die Persönlichkeit des Patienten ist zusammengebrochen. Dies stellt sich auch in dem hohen F-Wert im MMPI, der auf ein mangelhaftes Verständnis der Anweisung hinweist und in den häufigen Extremwertankreuzungen im Gießentest dar, die darauf hinweisen, daß aufgrund offener Angst und Gefühlen der Hilflosigkeit alles als bedeutungsvoll erlebt wird.

Diese Angst wirkt lähmend — dies äußert sich in seinem starren körperlichen Verhalten, sowie in der Lähmung seiner sekundären Human-Funktionen des Wahrnehmens — freundliche Aspekte werden ausgeklammert, Hilfe als bedrohlich erlebt — sowie des Denkens und der Intelligenz: so liegt seine intellektuelle Leistungsfähigkeit zu Beginn der Aufnahme im Bereich der Lernbehinderung.

Die destruktive Ausprägung der Aggression im ISTA, der hohe Psychopathie- und Paranoia-Wert im MMPI zeigen, daß diese Angst andererseits agiert wird in Trotz, Impulsivität und Aggressivität. Darauf angesprochen berichtet der Patient, z.B. bei Vorhaltung seiner Vorgesetzten explosiv bis hin zur körperlichen Bedrohung reagiert zu haben.

Die gering ausgeprägte konstruktive Aggression zeigt an, daß eine konstruktiv aggressive Auseinandersetzung auch in der Klinik zunächst wenig wahrscheinlich ist, vielmehr Beziehungsabbrüche zu erwarten sind, zumal der Patient in hohem Maße kränkbar ist (destruktiver Narzißmus).

Die hohe defizitäre Angst (ISTA) enthält einmal den Aspekt der Vermeidung angstmachender Situationen sowie die Vermeidung der Auseinandersetzung mit sich selbst — ein andermal den Aspekt des Nicht-Wahrnehmen-Könnens von Angst. Bei Herrn E. bestehen beide Aspekte nebeneinander. Eine hohe defizitäre Aggression (ISTA), die Depression, ungelebtes Leben, Fehlen von Kontakten, Bedürfnissen, Zielen, von Interessen sowie eine passive Zurückgezogenheit von Menschen und Dingen anzeigt — in Verbindung mit einem Nichtwahrnehmen von Angst — sind immer Indikator für Suizidge-

fährdung; weshalb dem Patienten besonderer Schutz und Beachtung in der Klinik zuteil werden muß.

Die fehlende Ich-Abgrenzung nach außen — wie sie im ISTA deutlich wird — weist u.a. auf seine Unfähigkeit hin, Anforderungen von anderen abzugrenzen. Verbunden mit seinem hohen Perfektheitsanspruch — sichtbar in der Psychasthenischen Skala — läßt darauf schließen, daß der Patient viele Dinge übernehmen und Schwierigkeiten haben wird, etwas abzugeben.

Seine seit der Kindheit fehlende Möglichkeit, ein Urvertrauen zu entwickeln, legte die Grundlage einer schizoid-autistischen Kontaktstörung und einer schizoid-paranoiden Grundeinstellung, wie sie in der Skala Retentivität im Gießen-Test deutlich wird. Aus Angst vor einer feindlichen Umwelt entwickelte er eine Verschlossenheit. Er zeigt eine hohe zwanghafte Selbstkontrolle seines sprachlichen sowie körperlichen Verhaltens. Zwang wird in der Skala »Psychasthenie« im MMPI, sowie in dem teilweise zwanghaft gestalteten Wartegg sichtbar. Im Wartegg-Zeichentest sieht man dies insbesondere in den Feldern 4, 5 und 6, in denen die vorgegebenen Zeichen (im Bild 4 ist es das rechte obere Quadrat; in Bild 5 die beiden links unten senkrechten Striche und in Bild 6 der gepünktelte Halbkreis) zwanghaft wiederholt werden. In Bild 7 wird die rechte Figur beinahe spiegelbildlich nochmals wiederholt. Diese zwanghafte Selbstkontrolle, verbunden mit einem hohen Paranoia-, Schizoidie- und Introversionswert lassen darauf schließen, daß der Patient im therapeutischen Milieu zunächst wenig von sich preisgeben, sich eher schwer zeigen und äußern wird; der Patient ist eher abgeschlossen und in sich zurückgezogen.

Dadurch wird auch die Diskrepanz von Anamnese und Testergebnis verstehbar; erst recht, wenn man den hohen L-Wert im MMPI sieht, der eine massive Abwehrhaltung des Patienten gegenüber psychischem Leid anzeigt.

Weiter zeigen sich eine leichte Kränkbarkeit, hohe Empfindlichkeit und Irritierbarkeit, Depression und Schuldgefühle sowie eine ausgeprägte Psychosomatik.

Aufgrund der Konfrontation des Patienten mit diesen hohen Werten spricht Herr E. erstmals über Symptome, die für eine schizophrene Reaktion typisch sind wie:

paranoide Wahnideen (man will ihn fertigmachen, er wird von der Polizei geholt; seine Vorstellung, mit einem Maschinengewehr alles niedermähen zu müssen);

Gesichtshalluzinationen (so sah er z.B. seine Eltern am Abend in einem Hotelzimmer, die in Wirklichkeit nicht da waren, er glaubte, daß diese ihn abholen wollten, woraufhin er seine Sachen zusammenpackte; er sah diese auch am nächsten Morgen noch im Foyer und wollte mit ihnen zusammen nach Hause fahren; er zeigte diese halluzinierten Eltern einem zufällig auftauchenden Bekannten, woraufhin er von 6 Pflegern abgeholt wurde; und er sah Hochhäuser, die nicht existierten).

Es bestand eine ständige Wahnstimmung mit Unruhe und starker Angst.

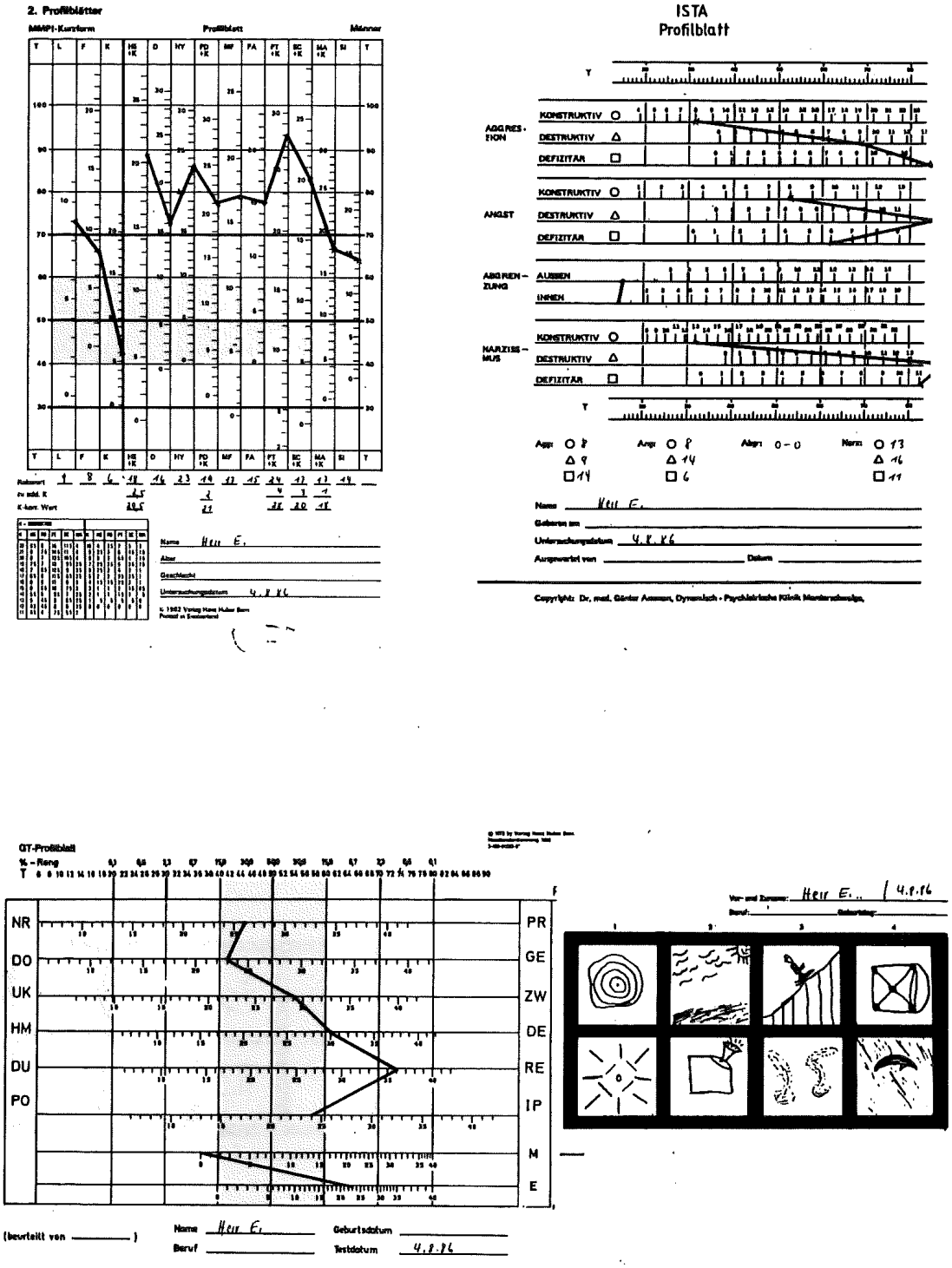
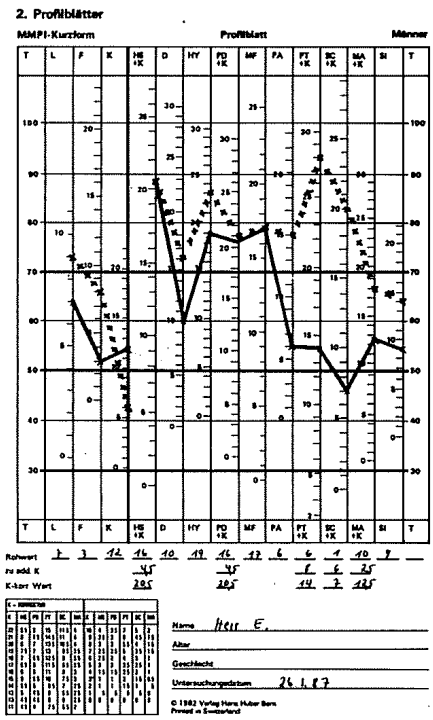
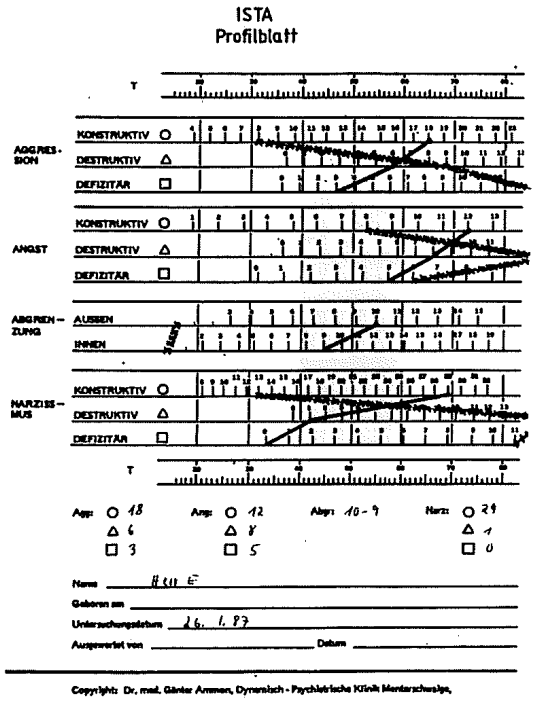


Abb. 1: zeigt oben links die Aufnahmetestwerte des MMPI (Deutsche Kurzform); oben rechts die des Ich-Struktur-Test nach *Ammon*. Unten links sind die Aufnahmewerte des Gießen-Test (Selbstbild) dargestellt und unten rechts die zeichnerische Gestaltung des Wartegg-Zeichen-Test





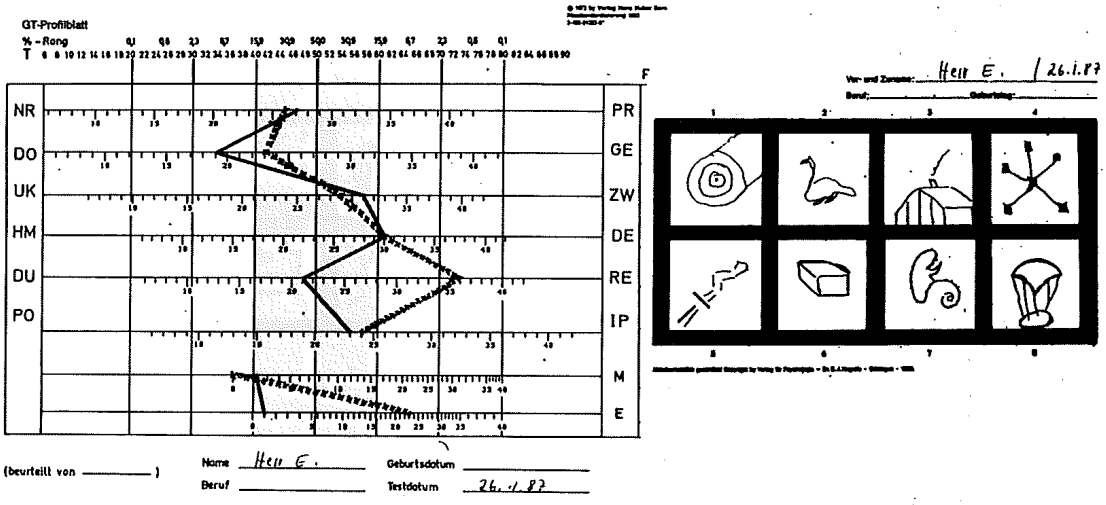
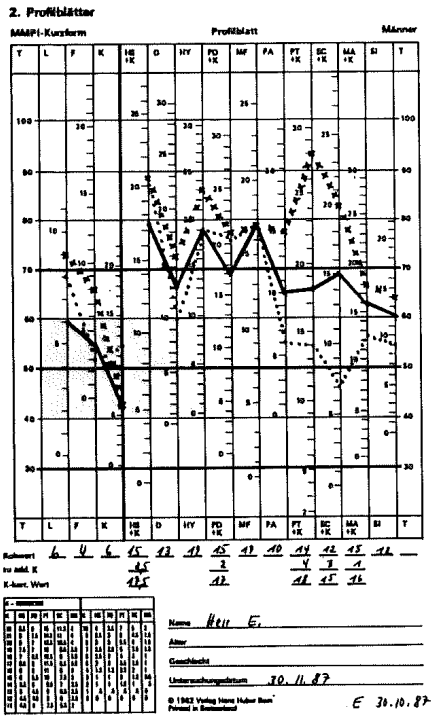
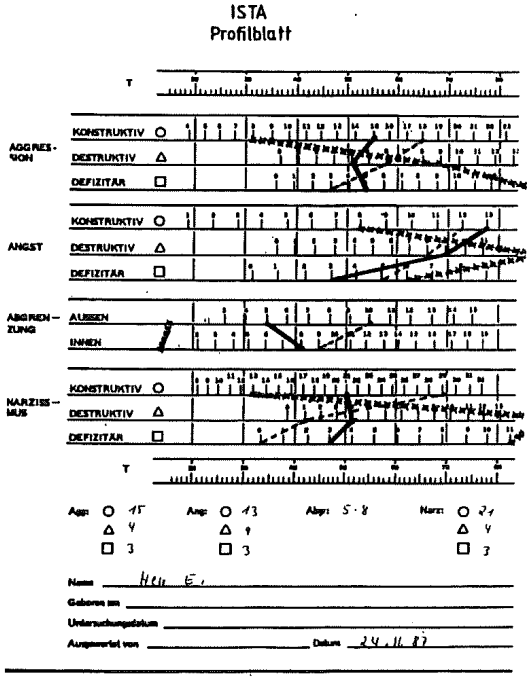


Abb. 2: Die durchgezogene Linie zeigt den Entwicklungsstand des Patienten nach einem halben Jahr stationärer Therapie an. Das mit Kreuzen gekennzeichnete Profil stellt die Aufnahme-Werte dar.





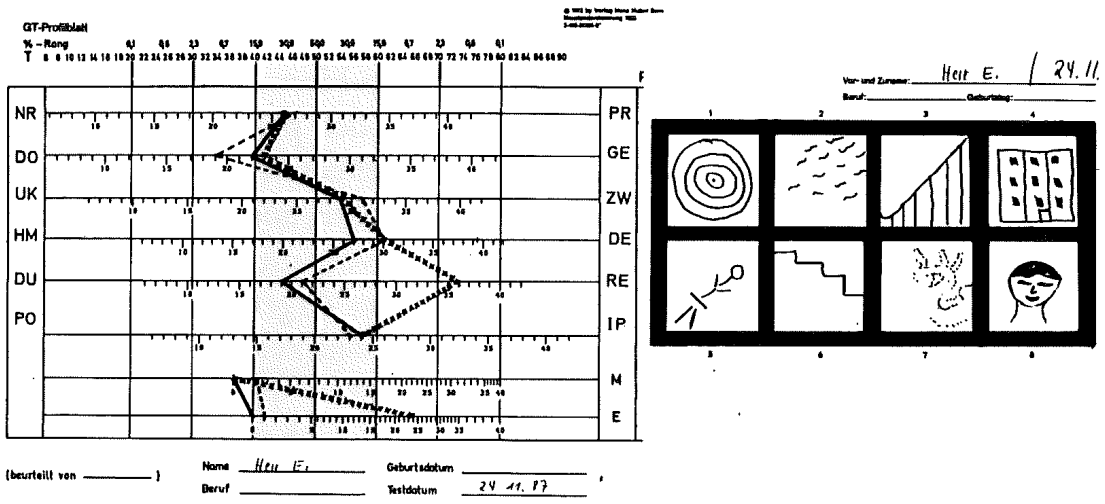


Abb. 3: Das mit Kreuzen gekennzeichnete Profil stellt wiederum die Aufnahmewerte dar; das gestrichelte Profil die Verlaufswerte und das durchgezogene Profil die Abschlußwerte.

Die Trennung zwischen Phantasie und Realität war aufgehoben. Herr E. lebte in einer anderen Welt, sah diese phantastisch, war euphorisch aufgedreht und lachte.

Seit dem Tod seiner Frau — sie starb an Leukämie — litt er zudem unter einem Versündigungswahn. Weiter quälten ihn massive Kontrollzwänge — so kontrollierte er mehrmals, ob seine Türen auch verschlossen waren, aus Angst, daß jemand hereinkommen könnte. Vor dem Zubettgehen verschloß er neben allen Türen auch seine Schlafzimmertür.

An konstruktiven Seiten zeigte der Patient eine klare Ausdrucksfähigkeit; eine hohe Hilfsbereitschaft und Therapiemotivation. Er war sportlich interessiert und begabt und hatte Spaß und Freude an handwerklichen Tätigkeiten. Weiterhin hatte er ein tiefes Interesse an Literatur und Musik.

Im Folgenden stellen wir die Entwicklung des Patienten in der Gruppenpsychotherapie und der Mileutherapie dar.

Herr E. war von Beginn der Klinikzeit an u.a. Mitglied in einer milieutherapeutischen sowie in einer psychotherapeutischen Gruppe. In beiden Gruppensituationen verhielt sich der Patient scheu-zurückgezogen, in sich gekehrt, verängstigt und depressiv.

Kontakt aufzunehmen gelang ihm zunächst über das sogenannte »dritte Objekt«, die milieutherapeutische Projektarbeit, in dem es um den Aufbau einer Relief-Wand aus einzelnen Ytong-Steinen, in die verschiedene Motive, u.a. aus dem Bereich der Mythologie eingemeißelt wurden, ging (vgl. *Emmert* et al. 1987). Herr E. brachte sich hier mit seinen zahlreichen handwerklichen Fähigkeiten ein und bekam durch seine Rolle als Fachmann eine wichtige Funktion für die Gruppe. Aus Angst vor Nähe arbeitete er jedoch lieber alleine als mit anderen zusammen. Die Rolle des Ratgebers nahm Herr E., nach einer mehrwöchigen ängstlich-passiven Teilnahme, auch in der psychotherapeutischen Gruppe ein, indem er im wesentlichen das Gruppengeschehen kommentierte, sich mit seiner eigenen Person jedoch nicht einbrachte, aus Angst, daß ihm dadurch etwas genommen werde bzw. aus Angst davor, nicht ernst genommen zu werden. So fraß er seine Gefühle der Wut und des Ärgers in sich hinein und zog sich gekränkt in sein Zimmer zurück. Sehr bald zeigte sich, wie in den Aufnahmetests dargestellt, seine fehlende Ich-Abgrenzung nach außen, d.h. sein Unvermögen, »Nein« zu sagen gegenüber Ansprüchen anderer Patienten, wodurch er sich stets überforderte. Für seine eigenen Bedürfnisse und Interessen Unterstützung zu fordern, gelang ihm zunächst nicht, immer wieder mußte ihm klar gemacht werden, wie hart er mit sich selbst umgeht. Da er Hilfe als bedrohlich und kränkend erlebte, lehnte er auch oft Angebote für Freundschaft und Zusammenarbeit ab bzw. nahm diese nicht wahr. Wie in seinem Lebenslauf zeigte der Patient auch in der ersten Zeit des Klinikaufenthaltes Fluchttendenzen, verbunden mit körperlicher Angespanntheit und Erregtheit bis hin zu massivem körperlichem Zittern. Einige Male verließ er auch ohne Absprache die Klinik, um nach Stunden und bepackt mit Schuldgefühlen wieder zurückzukehren. Aufgrund seiner Schuldgefühle konnte Herr E. den an-

gebotenen Kontakt sowohl von den Mitpatienten wie auch von den Team-Mitgliedern nur schwer annehmen. Mehrmals richtete er seine Wut darüber gegen sich selber, indem er z.B. so stark mit der Handkante auf einen Tisch schlug, daß er sich selbst das Handgelenk brach. Durch Eingreifen und liebevolles Umgehen mit dem Patienten versuchten Gruppen-und Teammitglieder den Patienten vor seiner Selbstzerstörung zu schützen. Erst nachdem Herr E. begann, Einzelkontakte innerhalb der gesamten Klinik aufzunehmen, nahmen auch seine destruktiven Ausbrüche gegen sich selbst ab.

Nach ca. 3 Monaten klinisch-stationärer Therapie war Herr E. in seiner milieutherapeutischen sowie psychotherapeutischen Gruppe integriert. In den später dargestellten Verlaufstests wird dies deutlich in dem signifikanten Anstieg aller konstruktiven Werte und dem Absinken der destruktiven und defizitären Werte im Ich-Struktur-Test. Auch die Symptomatologie in den anderen Testverfahren nahm ab. So erlebte Herr E. Hilfe nicht mehr als bedrohlich, so daß er anläßlich der Beerdigung seines im Pflegeheim verstorbenen Vaters bereitwillig zwei Mitpatientinnen als Reisebegleitung akzeptierte. Der Tod seines Vaters führte zu einem Wendepunkt in der analytischen Gruppentherapie. Der Patient sprach erstmals über sich und seine Lebensgeschichte. Seine Auseinandersetzungsfähigkeit wuchs, er konnte seine Aggression und Angst vermehrt verbalisieren. Gleichzeitig differenzierte sich seine Kontaktfähigkeit weiter aus — er verlagerte diese, noch aus Angst vor zu großer Nähe, zunächst aus der Klinik heraus, indem er frühere, vor der Klinikaufnahme bestandene Beziehungen z.T. symbiotisch wieder aufnahm, zunächst zu seinem Betreuer vom sozialpsychiatrischen Dienst, woraufhin sich die Zusammenarbeit zwischen seinem ehemaligen Betreuer und der Klinik intensivierte; später auch zu seinen alten Bekannten und zu ehemaligen Mitpatienten.

Anläßlich der Case-Konferenz, die in dieser Zeit stattfand, zeigte sich deutlich, daß Herr E. nach allen Seiten Einzelkontakte und symbiotische Beziehung aufrecht erhielt, um eine Integration unbewußt zu verhindern. Bei den in der Case-Konferenz anwesenden Teammitgliedern zeigte sich in Form einer Widerspiegelung die symbiotische Qualität der Einzelbeziehungen: Jeder fühlte sich allein für Herrn E. verantwortlich, glaubte, besondere, anderen nicht zugängliche Informationen zu haben und für den Patienten die einzig wichtige Bezugsperson zu sein. Durch diese Widerspiegelung der Dynamik des Patienten konnte schließlich eine Zusammenarbeit der verschiedenen Bezugspersonen entwickelt werden. In der Folgezeit veränderte sich dann die Qualität der Einzelbeziehungen von Herrn E.: Aus den symbiotischen und diffusen Beziehungen wurden auf die einzelnen Personen mit ihren speziellen Funktionen ausgerichtete Beziehungen. Schließlich hatte Herr E. klar definierte Kontakte sowohl zu seinem Betreuer vom Sozialpsychiatrischen Dienst, als auch zu den Mitpatienten der Klinik.

Seine Beziehungen zu den einzelnen Mitpatienten wurden stabiler, waren von mehr Vertrauen geprägt, so daß Herr E. nach ca. 5 Monaten akzeptieren konnte, daß sein Einzelzimmer durch das Aushängen einer Tür in ein Mehr-

bettzimmer umgewandelt wurde. In der Gruppentherapie konnte der Patient vermehrt Kritik annehmen, ohne gekränkt zu sein, Kritik äußern und einen eigenen Standpunkt vertreten. Immer mehr brachte er sich auch mit seinem literarischen Interesse ein, indem er Bücher von *Böll* und *Camus* Teammitgliedern und Mitpatienten schenkte und über diese Inhalte sprach. Auch schrieb er viele Seiten über sich und seine Gefühle, die er ebenfalls anderen zu lesen gab.

Nach 8 Monaten war Herr E. trotz ausgeprägter Angst in der Lage, halbtags in einer sozialpädagogisch betreuten Werkstätte für Holzreparaturen zu arbeiten. Dieser Schritt wäre ohne den Hintergrund des schützenden Milieus der Klinik nicht möglich gewesen. Indem er Fotographien von den in der Werkstatt gefertigten Holzmöbeln in die Therapiegruppe mitbrachte, konnte er sich immer mehr Raum auch für seine Probleme und Ängste schaffen, lernte mit seiner Angst, die stets präsent war, umzugehen, in dem er sich auch vermehrt Hilfe holte.

Durch seinen hohen Perfektheitsanspruch an sich selbst, was in den Aufnahmetests deutlich wurde, seinen Anspruch, den Anforderungen der Werkstatt sowie der Klinik 100%ig gerecht zu werden — Fehler konnte er nicht akzeptieren — überforderte er sich ständig selbst, wovor er durch Therapeuten und Mitpatienten bewahrt werden mußte.

Einige Male kam es zu aggressiven Durchbrüchen mit Flucht aus der Klinik und Alkoholkonsum. Anscheinend mußte Herr E. immer wieder Grenzsituationen aufsuchen, um die Aufmerksamkeit und das Interesse der anderen an ihm spüren zu können. In solchen Grenzsituationen waren aber zunehmend mehr Menschen um ihn herum und schützten ihn vor seinen zerstörerischen Tendenzen. Bei dieser liebevollen Zuwendung konnte sich Herr E. fallen lassen und erschien weich.

Wie stellt sich nun seine Entwicklung in den testpsychologischen Ergebnissen dar:

Die durchgezogene Linie zeigt den Entwicklungsstand des Patienten nach einem halben Jahr stationärer Therapie an; das mit Kreuzen gekennzeichnete Profil stellt die Aufnahmewerte dar.

Alle Testergebnisse zeigen ein halbes Jahr später eine deutliche Reduzierung vieler Skalen bis hin in den Durchschnittsbereich an.

Im ISTA sind auch alle konstruktiven Werte signifikant angestiegen. Die nun erhöhte konstruktive Aggression spiegelt seine neu hinzu gekommenen Fähigkeiten wider, Kontakte zu anderen Menschen einzugehen und aufrechtzuerhalten, seine Gefühle, Meinungen und Bedürfnisse im Kontakt mit anderen zu äußern und zu vertreten, die Hilfe anderer zu fordern und sich ein Netz von Beziehungen schaffen zu können. In der zurückgegangenen destruktiven Aggression drücken sich die immer seltener werdenden Kontaktabbrüche aus, sowie die Abnahme seiner zerstörerischen Tendenzen.

Die vormals erhöhte defizitäre Aggression liegt nun im durchschnittlichen Bereich und drückt eine Abnahme der Depression, von Schuldgefühlen sowie

der Suizidgefährdung aus. Der Patient fand wieder einen Sinn im Leben; charakteristisch dafür ist sein wiedererwachtes Interesse für Literatur, über die er Kontakt aufnahm, ja sogar andere dafür begeisterte. Die destruktive Angst ist nicht mehr so überflutend, weil seine Abgrenzungsfähigkeit nach außen und innen zugenommen hat, und weil er gelernt hat, mit seiner Angst umzugehen.

Der Rückgang der destruktiven und defizitären Narzißmuswerte in den unteren durchschnittlichen bzw. unterdurchschnittlichen Bereich ist zurückzuführen auf seine Erfahrung der Achtung, Bedeutung und Wichtigkeit für andere, die er insbesondere in der milieutherapeutischen Projektarbeit machen konnte. Er ist auch zurückzuführen auf die Erfahrung von Wärme, Menschlichkeit und Geborgenheit und liebevollem Angenommensein. Dadurch konnte sein Selbstwertgefühl wachsen. Dementsprechend wuchs auch sein Dominanzbedürfnis (Gießen-Test) an. Infolgedessen kann er auch Kritik annehmen, erlebt diese nicht mehr als bedrohlich, verletzend und kränkend. Sein angewachsenes Vertrauen in andere, seine Bereitschaft, sich zu öffnen und vieles von sich preiszugeben, wird dokumentiert in dem deutlichen Rückgang der Skala im Gießen-Test, die vormals eine schizoid-paranoide Grundeinstellung anzeigte. Die Skalenwerte tendieren nunmehr in Richtung Durchlässigkeit.

Die psychasthenische Skala im MMPI und der nicht mehr zwanghaft gestaltete Wartegg-Zeichentest zeigen eine Abnahme der aufgrund seiner Paranoia bedingten Kontrollzwänge. Die zu Beginn geschilderten, für eine schizophrene Reaktion charakteristischen Symptome sind nicht wieder aufgetreten (MMPI).

Insgesamt war Herr E. ein Jahr und drei Monate in unserer Klinik. Die Angst, wie sie sich in der Zeit der Verlaufsuntersuchung zeigt, blieb erhalten, insbesondere seine Angst vor der Zukunft. Er hat aber gelernt, damit umzugehen, darüber zu reden und sich Hilfe zu holen. Dieser Angst kann er auch konstruktive Seiten abgewinnen, nämlich die, daß sie ihn immer wieder darauf hinweist, sein Netz von geschaffenen Beziehungen aufrechtzuerhalten bzw. zu erweitern. Bevor Herr E. aus der Klinik ging, schaffte er sich ein klare Wohn-, Arbeits- und therapeutische Situation. Er plante und realisierte sein Leben in einer therapeutischen Wohngemeinschaft, kümmerte sich um einen Jahresvertrag in einer sozialpädagogisch betreuten Werkstätte, mit der Aussicht, eine Berufsausbildung als Tischler abschließen zu können.

Bei Anstehen der Klinikentlassung trennte sich Herr E. konstruktiv und echt aus allen Gruppen und von allen Gruppen- und Teammitgliedern. Er verabschiedete sich mit dem Wunsch nach weiter bestehenden Kontakten. Herr E. selbst erhielt aus den Gruppen viele Kontaktangebote und Geschenke. Es wurde deutlich, wie viele wichtige Beziehungen er hatte.

Entgegen unserer üblichen Gepflogenheit wurden die Abschlußuntersuchungen erst einen Monat nach seiner Entlassung durchgeführt, da der Patient selbst noch sehr viel Zeit für seine Vorbereitungen benötigte.

Das mit Kreuzen gekennzeichnete Profil stellt wiederum die Aufnahmewer-

te dar; das gestrichelte Profil die Verlaufswerte und das durchgezogene Profil die Abschlußwerte.

Wie wir sehen, haben sich einige Werte weiter verbessert; andere sind stabil geblieben und wiederum andere sind etwas angestiegen, erreichen aber bei weitem nicht mehr die Höhe der Aufnahmewerte.

Im Ich-Struktur-Test liegen die Humanfunktionen der Aggression und des Narzißmus im Durchschnittsbereich. Die Humanfunktion der Angst ist seit der Verlaufserhebung gleich geblieben.

Außer dem Absinken der vormals übermäßig hohen konstruktiven Aggressions- und Narzißmuswerte in den Durchschnittsbereich und der Abnahme der Ich-Abgrenzung nach außen in den unterdurchschnittlichen Bereich sind alle anderen Veränderungen zufallsbedingt, da minimal und nur innerhalb eines Standardbereiches.

Die Ich-Abgrenzung nach außen zeigt an, daß der Patient, aufgrund seiner Trennung aus der Klinik, sich vermehrt zu den äußeren Ereignissen geöffnet hat und Schwierigkeiten hat, sich von den Anforderungen sowie den Gefühlen anderer abzugrenzen.

Die Erhöhung der in der Verlaufsuntersuchung durchschnittlichen Werte in der rechten Hälfte des MMPI-Profils zeigt, daß Herr E. eher schüchtern und ergeben, sensibel und empfindsam sowie unsicher und vorsichtig im Kontakt reagiert und eher dazu neigt, sich in sich selbst zurückzuziehen. Gleichzeitig hat sich seine Selbstkontrolle erhöht (MMPI: Psychasthenie; Wartegg).

Solche Veränderungen sind jedoch bei neuen Identitätsanforderungen immer zu erwarten; erst recht, wenn ein Mensch ein ihn allumfassend beschützendes therapeutisches Milieu verläßt. Wichtig ist, daß er seine, in der Klinik neu hinzu gewonnenen Fähigkeiten , z.B. mit seiner Angst umzugehen, sich zu öffnen, über sich zu sprechen, sich Hilfe zu holen und annehmen können, nicht verloren hat. Er hält seine geknüpften Kontakte und Beziehungen weiterhin eigeninitiativ aufrecht.

Bei der Besprechung der Abschlußergebnisse war der Patient sehr offen und ehrlich, klar und bestimmt, mit einer genauen und wachen Wahrnehmung und einem guten Urteilsvermögen. Von Wichtigkeit ist auch, daß seine intellektuellen Fähigkeiten im Intelligenz-Struktur-Test nun im oberen durchschnittlichen Bereich liegen, also auch eine Entwicklung in den sekundären Humanfunktionen der Intelligenz, des Denkens und der Wahrnehmung stattgefunden hat.

Wir konnten allgemein die Erfahrung machen, daß die Patienten am Ende des stationären Aufenthaltes in unserer Klinik einen Intelligenz-Struktur-Gewinn erzielen.

Im Rückblick auf die destruktive Familiendynamik von Herrn E., sowie seine zahllosen vorangegangenen psychiatrischen Krankenhausaufenthalte zeigt sich, daß eine deutliche humanstrukturelle Entwicklung stattgefunden hat.

Es wird deutlich, daß mit einem integrativen Therapiekonzept ein Strukturgewinn auch bei einem schizophren reagierenden Patienten möglich ist.

The Expressions of Processual Development in the Clinical Test Psychology and the Therapeutic Field of the Dynamic-Psychiatric Clinic Menterschwaige — a Gasuistic Contribution

Rita Jost, Ulrike Schanné (Munich)

The authors describe the human-structural development of a severely ill schizophrenically reacting patient during 15 months of inpatient psychotherapy in the Dynamic-Psychiatric Hospital Menterschweige by means of the results of clinical test-psychology as well as direct observation of the development in the therapeutic field of the clinic. Elements of this therapeutic field are the milieu-therapeutical groups, where all patients are working on handicraft or artistic projects, various therapeutic situations such as dance-, music-, theater- and painting therapy as well as individual and group psychotherapy. The Dynamic-Psychiatric Clinic is therapeutically effective with its entire social-energetic, group-dynamic and milieutherapeutic network as a therapeutic unit. The entire clinic is structured as a milieu which stimulates contact, challenge, interaction and confrontation and which builds up personality structure. Thus the developmental process of each patient becomes transparent in a variety of therapeutic settings, which serve at the same time as diagnostic situations.

In their study the authors concentrate on the therapeutic process in mileutherapy and group therapy. They present the patient E., a 37-year-old man, who had been in psychiatric hospitals many times before, had made a lot of suicidal attempts and had very often broken off personal relationships and had left his job. The authors call him a »revolvingdoor psychiatric patient«.

He was admitted into the clinic Menterschwaige with extreme anxiety states, depression and self-destructive hate. His underlying psychotic structure with intense autistic and paranoid traits becomes evident by the test-psychological research, above all the Ego-Structure Test according to Ammon (ISTA), MMPI, the Giessen-Test and the Wartegg-Picture-Drawing Test. The ISTA is the most important diagnostic tool which is applied in the clinic, as it measures human-functions of aggression, anxiety, ego-demarcation and narcisism in their constructive, destructive and deficient expressions. The destructive and deficient parts shown by the ISTA- profile are expressed by the symptoms measured by the ten clinical scales of the MMPI.

The efficiency of the therapeutic process was controlled by a progessive diagnostics which was repeated every three months. The patient who experienced therapeutic supports as threatenting and insulting at the beginning, developed more and more trustful and varied relationships to the staff and to fellow patients.

The results of the psychological tests show the growth of the constructive parts of the central human-functions, of the intelligence capacities, as well as the decrease of the paranoia scores. Symptoms as acoustic and optic hallucinations which at the beginning indicated a schizophrenic reaction disappeared.

The authors evaluate the therapeutic development of the patient E. as an evidence that even a severely ill schizophrenically reacting patient accomplishes a gain in his constructive human-structure.

Literatur bei den Verfasserinnen

Adresse der Autorinnen:
Rita Jost und Ulrike Schanné
Dynamisch-Psychiatrische Klinik
Menterschwaige
Geiselgasteigstraße 203
8000 München 90

Emotional and Psychosomatic Disorders in Children in Relation to Family Functioning**

Hanna Jaklewicz*

Die Autorin sieht aufgrund der Erkenntnisse aus ihrer familientherapeutischen Arbeit einen engen Zusammenhang zwischen emotionalen und psychosomatischen Störungen bei Kindern und einer Fehlhaltung von Seiten der Familie. Systemtheoretisch betrachtet macht sie für diese Störungen eine ausgesprochen starke Durchlässigkeit der psychologischen Grenzen *innerhalb* der Familie und starrer Grenzen nach *außen* verantwortlich, eine Dynamik, in der die Familienhomöostase auf Kosten der psychischen Entwicklung des Kindes aufrechterhalten wird: es kann keine gesunde Entwicklung durchlaufen und ist gezwungen, die Spannungen und Aggression, die innerhalb eines derart geschlossenen Familiensystems entstehen, gegen sich selbst zu richten. Das familiendynamische Verständnis der Autorin weist eine enge Beziehung zu Günter Ammon's Konzept der Psychosomatik auf, wie er es in seinem klassischen Werk »Psychoanalyse und Psychosomatik« 1974 dargestellt hat.

* M.D., Associate Professor, Institute of Psychology at the University of Gdansk/Poland

** Vortrag gehalten auf dem 6. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XIX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 7.-11. März 1988 in der Ludwig-Maximilians-Universität München

I have the pleasure to present my recent study on emotional and psychosomatic disorders in six-years-old children beginning school.

Emotional disturbances in children are assumed to be related to faulty family functioning. We wanted to detect the relationship between emotional disturbances and the style of family functioning.

We regard a family as a system characterized by psychological boundaries inside and outside it. These boundaries define the style of family functioning.

Children with emotional disturbances constituted 12% of a population of six-years-old children inhabiting Gdańsk.

All of them had difficulties in social adaptation, this means that they did not realize their needs nor did they fulfill the tasks set them by school and peer groups.

These children showed various kinds of emotional disturbances. Taking into consideration the character of emotional disturbances, the children were divided into three groups:

1. those with a high level of anxiety and aggressivity
2. those with phobic attitude
3. those with psychosomatic disorders

Psychosomatic disorders were: enuresis and encopresis, headaches and abdominal pains.

Psychosomatic children were characterized by a high level of tension and a phobic attitude towards new social contacts. They withdrew from all social activities, and stayed out of their peer group.

The families of psychosomatic children were characterized by excessively

permeable psychological boundaries inside the family and for the most part by rigid boundaries outside the family. These boundaries were consequences of the family structure and were determined by the style of family functioning.

The families of psychosomatic children created a closed system with tendency to nuclearisation. Such a closed family system with excessively permeable boundaries prevents individuation from developing and also prevents the child from expressing his emotion inside the family. On the other hand, the child's phobic attidude makes it impossible to express his emotion outside the family. In such situation for him, the simplest way to relieve one's tension and aggressivity, seems to direct them against oneself.

It was very interesting to find that children with a phobic attitude showed similar emotional and social disturbances as psychosomatic children. Their families showed a similar style of functioning.

At this point of my consideration the following questions may be asked:

1. what factors were responsible for psychosomatic symptoms?

I have been trying to find out about the relationship between psychosomatic symptoms, the child's personality and specific family disorders. At the actual state of the study there is no answer yet to that question.

The second question may be as follows: are psychosomatic symptoms only an expression of relieved tension or do they also serve other important functions?

The results of our studies permit to explain the double role of psychosomatic symptoms displayed by children.

Excessively permeable boundaries inside the family limit the natural process of individuation. They may produce aggressivity and frustration, which may find an issue in psychosomatic disorders.

The other function of psychosomatic symptoms may be explained as follows: In families of psychosomatic children there usually exists some unrevealed and unsolved problems. These families usually become aware of that problem during family therapy. These masked and unsolved problems disturb the balance of the family system.

It is very probable, that also the child's psychosomatic illness serves to uphold homeostasis of the family system.

To sum up, I want to stress that excessively permeable boundaries inside the family produce a high degree of tension and frustration inside the family system. This prevents the child from expressing his emotions in a natural way and makes him adopt a phobic attitude which, in social contacts, takes the form of withdrawal from social activities.

Some of the children express their tension and frustration in the form of psychosomatic illness.

Emotionale und psychosomatische Störungen bei Kindern in Beziehung zur Familiendynamik

Hanna Jaklewicz (Gdańsk)

Die Autorin geht in ihrer Untersuchung von der Hypothese aus, daß emotionale und psychosomatische Störungen bei Kindern in Beziehung stehen zu einer pathologischen Dynamik der Familie.

Sie betrachtet die Familie als ein System, das festgelegt ist durch innere und äußere psychologische Grenzen. Diese Grenzen bestimmen die Art und Weise der Familiendynamik.

Die vorgestellten Ergebnisse belegen, daß der Charakter von Familiendynamiken Einfluß hat auf emotionale, psychosomatische und Verhaltensstörungen von Kindern.

In Familien von Kindern mit psychosomatischen Symptomen herrschen besonders stark durchlässige Grenzen innerhalb der Familie vor. Ausgesprochen durchlässige Grenzen innerhalb des Familiensystems bestimmen eine Familiendynamik, die charakterisiert ist durch einen hohen Grad an Spannung und Frustration. In diesen Familien wird das Ausdrücken von Gefühlen blockiert, was dazu führt, daß Spannung und Aggression sich gegen die eigene Person richten. Dies wiederum findet Ausdruck in psychosomatischen Symptomen.

Literature at the author

Author's address:
Associate Professor
Hanna Jaklewicz, M.D.
Institute of Psychology
University of Gdańsk
ul. Wosia Budzysza 4
81-824 Sopot
Poland

Zum Zusammenhang zwischen Intelligenzdiagnostik und Persönlichkeitsstruktur aus humanstrukturologischer Sicht**

Gabriele von Bülow* (Berlin)

Die Autorin stellt die Bedeutung der Intelligenzdiagnostik als festen Bestandteil der therapeutischen Arbeit in der Dynamischen Psychiatrie heraus. Die Intelligenz betrifft einen Bereich der Persönlichkeit, der die Möglichkeiten konkreter Lebensgestaltung eines Menschen in beruflicher und sonstiger Tätigkeit sowie im zwischenmenschlichen Kontakt wesentlich beeinflußt.
In ihrer Darstellung verbindet die Autorin die historische Veränderung des Intelligenzbegriffs mit klinischen Erfahrungen. Gegenüber der Auffassung, Intelligenz beinhalte in erster Linie Gedächtnisleistungen und Denkoperationen, wird zunehmend die Rolle der aktiven Erkundung der Umgebung für den Lernprozeß bedeutsam.
Auf der Basis eines ganzheitlichen humanstrukturellen Verständnisses wird deutlich, daß der Mensch erst dann sein Intelligenzpotential in seine Lebensgestaltung einfließen und wirksam werden lassen kann, wenn dieses in die Gedamtpersönlichkeit integriert ist. Die eingeschränkte Prognosefähigkeit von Intelligenzmessungen für kreatives Tätigsein sowie berufliche Leistungen sind in diesem Zusammenhang zu verstehen.
Intelligenz hat in ihrer abgespaltenen Form eine kompensatorische Funktion für eine destruktive und defizitäre Persönlichkeitsstruktur, hinter der sich oft eine tiefe Störung und Leid verbergen. Die klinische Erfahrung zeigt, daß sich im therapeutischen Verlauf die Intelligenz in dem Maße positiv verändert, wie sich die zentralen Humanfunktionen entwickeln. Das sozialenergetische Feld der Klinik mit seinem vielfältigen Angebot zu keativer Tätigkeit und lebendiger Auseinandersetzung in Gruppen hat eine große Bedeutung auch für die Entwicklung einer konstruktiven, in die Identität des Menschen integrierten Intelligenz.

Die Intelligenzdiagnostik in Form psychometrischer Testverfahren ist ein fester Bestandteil der Aufnahme-, Verlaufs- und Abschlußdiagnostik in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige und wird auch in der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung innerhalb der Dynamischen Psychiatrie angewandt.

Höhe und Struktur der Intelligenz stellen einen Bereich der Persönlichkeit dar, der die Möglichkeiten konkreter Lebensgestaltung eines Menschen in beruflicher und sonstiger Tätigkeit sowie im zwischenmenschlichen Kontakt wesentlich beeinflußt. Dies gilt jenseits der vor allem in den 70er Jahren mit Heftigkeit ausgetragenen Anlage-Umwelt-Kontroverse, in der die Intelligenz einmal als auf erbbiologische Anlagen zurückzuführende Begabung, zum anderen als durch sozio-kulturelle Bedingungen beeinflußte Größe verstanden wurde, jenseits auch der methodischen wie bildungspolitischen Kritik an Intelligenztests.

Im Laufe des therapeutischen Prozesses versucht der Therapeut, ein sich differenzierendes und veränderndes Bild von seinem Patienten zu gewinnen. Das

* M.A., Dipl. Psych. und Psychoanalytikerin am Berliner Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik

** Vortrag gehalten auf dem 6. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XIX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 7.—11. März 1988 in der Ludwig-Maximilians-Universität München

schließt Fragen nach einem möglichen Lebens- und Identitätsentwurf ein wie: wer könnte dieser Mensch einmal sein, was könnte er tun in seinem Leben? Hierfür ist es für Therapeut wie Patient von Interesse, die aktuelle Ausprägung der Intelligenz des Patienten, seine besondere Intelligenzstruktur sowie sein Intelligenzpotential zu kennen. Im Verlauf seines therapeutischen Prozesses wird der Patient immer wieder an Punkte kommen, an denen er sich fragt, welche Aufgaben und Ziele er sich für sein zukünftiges Leben setzen möchte, was auch die Frage nach seiner beruflichen Identität einschließt. In diesem Prozeß kann die Intelligenzdiagnostik eine Entscheidungshilfe zur Realisierbarkeit von Berufswünschen geben, womit sowohl Überforderungen wie Unterforderungen, etwa bei der Frage des Nachholens eines Schulabschlusses oder der Aufnahme einer Ausbildung oder eines Studiums, vermieden werden können.

Entgegen der Aussage psychologischer Persönlichkeitsforschung, die »Intelligenz« als das relativ stabilste, überdauernste Persönlichkeitsmerkmal betrachtet — in einer Langzeitstudie über Wiederholungszuverlässigkeit verschiedener Persönlichkeitstests erreichte die Retest-Reliabilität von Intelligenztests den höchsten Wert von $r_{tt} = .78$, vgl. *Hofstätter* 1977 — wurde vor allem in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige eine hohe Variabilität der Intelligenz beobachtet; so etwa bei Borderline-Patienten, bei denen in einigen Fällen zu Beginn der Behandlung ein drastischer Einbruch der Intelligenz stattfand, entsprechend eines allgemeinen passageren Zusammenbruchs von sekundären Humanfunktionen. Im Zuge der nachholenden Entwicklung, des Aufbaus und der Integration der zentralen Humanfunktionen, entwickelte sich dann auch die sekundäre Humanfunktion der Intelligenz. Im Folgenden soll der Begriff der Intelligenz näher diskutiert werden.

Vor der Ära der Messung von Intelligenz wurde das Wort in dem umfassenden Sinne von Einsicht und Erkenntnisvermögen gebraucht. Die Existenz und breite Anwendung von Intelligenztests seit Beginn dieses Jahrhunderts hat auch das umgangssprachliche und Alltagsverständnis von »Intelligenz« tief geprägt, bis hin zur zynischen Feststellung von Seiten der Testkritiker: »Intelligenz ist das, was der Intelligenztest mißt.« Die Geschichte des Intelligenztests scheint mir an dieser Stelle aufschlußreich: Mit seiner Entwicklung wurden 1905 *Simon* und *Binet* von der französischen Regierung beauftragt, um ein Lehrer-unabhängiges Verfahren zur Selektion von Schülern für die Sonderschule zu besitzen. Er hatte die Funktion, dem Lehrer die unangenehme Aufgabe abzunehmen, vor Kindern und Eltern die mangelhafte schulische Begabung von Schülern zu vertreten. Seitdem hat sich der Begriff der Intelligenz immer mehr mit unterrichtsbezogenen Fähigkeiten und Leistungen verknüpft.

Bei aller Unterschiedlichkeit der Definition, ist nach *Dorsch* (1982) den meisten Definitionen gemeinsam, »daß sie als das wesentliche Moment der Intelligenz die Fähigkeit bezeichnen, sich in neuen Situationen aufgrund von Einsichten zurechtzufinden oder Aufgaben mit Hilfe des Denkens zu lösen, ohne

daß hierfür die Erfahrung, sondern vielmehr die Erfassung von Beziehungen das Wesentliche ist.« *Pauli* (1972) faßt die Intelligenz als »Befähigung zu Leistungen, die unmittelbar in Denkvorgängen (Beziehungserfassungen) bestehen oder eng damit zusammenhängen« (nach *Dorsch* 1982).

Der Intelligenzbegriff, der den meisten heute, auch in der klinischen Praxis gebräuchlichen Intelligenztests zugrundeliegt — wie dem Hamburg-Wechsler-Intelligenztest (HAWIE) und dem Intelligenz-Strukturtest von Amthauer (IST 70) — beinhaltet neben Gedächtnisleistungen in erster Linie Denkoperationen. Im Mittelpunkt steht die Erfassung von sprachlichen, logisch-mathematischen Fähigkeiten, dazu kommt die Untersuchung der räumlichen Vorstellungsfähigkeit. Demgegenüber stehen neue Entwicklungen in der Intelligenz- und Kognitionsforschung, die ein weit umfassenderes Konzept haben, das Intelligenz in der Nachfolge von *Piaget* (vgl. *Piaget* 1973) als Erkenntnisvermögen begreift, wobei die Formen des Erkennens nicht auf geistige Akte beschränkt sind, sondern allgemein als Erfahrungsweisen verstanden werden, die mit Handlungsformen verbunden sind. So entwirft *Howard Gardner* (1985) ein Modell multipler Intelligenzen, Erkenntnisformen, die er als »Wege, an die Welt heranzugehen« identifiziert. Sprachliche und logisch-mathematische Intelligenz sind dabei nur zwei von sieben unterschiedenen »Intelligenzen«; die anderen sind musikalische Intelligenz, räumliche Intelligenz als die Fähigkeit, die Welt zu erfassen und zu transformieren, so daß sich aus den anfänglichen Wahrnehmungen neue Aspekte ergeben, körperlich-kinästhetische Intelligenz, die sowohl eigene Bewegungsabläufe als auch die Manipulation von Objekten meint. Schließlich die »intrapersonale Intelligenz« als Bereitschaft und Fähigkeit zur Selbsterkenntnis sowie die »interpersonale Intelligenz« als die Fähigkeit, die Gefühle und Motivationen anderer Menschen zu verstehen und adäquat darauf zu reagieren.

Interessant erscheint mir hier die direkte Verbindung zwischen Intelligenz und handelndem Erfassen und Erfahren der Welt. Dies bedeutet auch die Abkehr vom Modell der Informationsverarbeitung bei der Erforschung menschlicher Intelligenzleistung, nach dem Intelligenz als Prozeß der Aufnahme und Verarbeitung von Informationen verstanden wird.

Dieser Ansatz, so der Biologe und Neurowissenschaftler *Francisco Varela* (1982), implizierte ein Denken in Kategorien von »Input« und »Output«, von Ursache und Wirkung nach dem klassischen Schema von Reiz-Verarbeitung-Reaktion und damit eine lineare Betrachtungsweise von nacheinander ablaufenden Ereignissen. Diese wird aber der Komplexität der Funktionsweise des (menschlichen) Nervensystems nicht gerecht, dessen hohes Ausmaß von Kooperation und Kohärenz sich gerade in gleichzeitig ablaufenden Operationen ausdrückt. Der grundlegende Unterschied liegt darin, daß bisher angenommen wurde, daß wir von einer realen Welt ein mehr oder weniger genaues Abbild schaffen, während jetzt der Schwerpunkt mehr auf einer inneren Kohärenz des Systems liegt. Was wichtig und stabil ist, hängt von der internen Organisation des Nervensystems ab, welches Ordnungswirklichkeiten konstru-

iert und formt, soweit die Wirklichkeit als eine Ansammlung von Regelmäßigkeiten verstanden wird. Die Sichtweise des Organismus von seiner Welt hängt von seinen Handlungen ab. *Eccles* (1970) betont die Rolle der aktiven Erkundung der Umgebung für den Lernprozeß. Er bezieht sich unter anderem auf das Experiment von *Held* und *Hein* (1963), die zeigten, daß junge Kätzchen, die nur eine passive Bewegung über mehrere Wochen erfuhren, in ihren räumlichen Orientierungsmöglichkeiten gegenüber in ihrer aktiven Exploration nicht eingeschränkten Kätzchen massiv gehandikapt waren. Dabei war die ihnen dargebotene gegenständliche Welt die gleiche. *Eccles* (1970) zieht aus diesen und vielen vergleichbaren Experimenten auch an Menschen den Schluß, »daß dauernde aktive Erkundung nötig ist, wenn Erwachsene ihre bereits vorhandene visuelle Diskriminierung erhalten wollen.« »Bei Laborratten führt die Anreicherung der Umwelt durch Spielmöglichkeiten und Sozialkontakte durchweg zu einer Zunahme der Dicke der Hirnrinde, wobei vermehrte dendritische Verzweigungen und Synapsenbildungen der Nervenzellen sowie eine Zunahme der Enzymkonzentration nachgewiesen werden konnten. (*Rosenzweig* u.a. 1972)«. (*Eccles* 1980)

Allgemein besteht für *Eccles* die Bedeutung von Umweltbedingungen und eigenem Verhalten darin, »morphologische Entwicklungsprozesse ein(zu)leiten, (zu) fördern oder auch unmöglich (zu) machen.«

Im Rahmen des Humanstrukturmodells *Günter Ammons* rechnet die Intelligenz als eine sekundäre Humanfunktion zum sog. Verhaltens-Ich eines Menschen mit seinen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Verhaltensweisen, die sichtbarer Ausdruck seiner Persönlichkeit sind und mit denen er konkret mit seiner Umgebung Kontakt aufnimmt. Die sekundären Humanfunktionen sind vorwiegend bewußt; zu ihnen gehören weiterhin die mehr bewußten Anteile des Denkens, des sprachlichen und körperlichen Ausdrucks. Die zentralen Humanfunktionen dagegen machen den nicht-bewußten Kern der Persönlichkeit aus. Zu ihnen gehören u.a. Aggression, Angst, Ich-Abgrenzung, Narzißmus, Köper-Ich, Sexualität, Kreativität und Identität als übergreifende und die gesamte Persönlichkeit integrierende Humanfunktion, aber auch bildhaftes und konzeptionelles Denken. Die primären biologischen sowie die zentralen und sekundären Bereiche der Humanstruktur werden durch das Prinzip des Synergismus ganzheitlich integriert: Jede Lebensäußerung des Menschen hat sowohl bewußte wie auch nicht-bewußte, primäre, zentrale sowie sekundäre Anteile.

Bezugnehmend auf die funktionelle Asymmetrie des Gehirns siedelt *Ammon* die nicht-bewußten zentralen Kräfte der Persönlichkeit vorwiegend in der rechten Hirnhemisphäre an, die bewußten Fertigkeiten, Verbalisierung und andere rationale Fähigkeiten dagegen in der linken Hirnhemisphäre (*Ammon* 1982a).

Obwohl die Intelligenz — in ihren linkshemisphärischen Aspekten jedenfalls — eine sekundäre Humanfunktion ist, entscheidet nach dem Verständnis der Humanstrukturologie doch erst das Maß ihrer Integration in den zentralen Persönlichkeitsbereich darüber, inwieweit sie die Lebensgestaltung eines Men-

schen in Tätigsein und Kreativität real beeinflußt. Intelligente Menschen im Sinne eines hohen I.Q. sind noch lange nicht kreative Menschen.

In einer Langzeitstudie von *Terman* (1959) an Kindern mit ungewöhnlich hohem I.Q. erwiesen sich diese als Erwachsene als »leidlich erfolgreich«, »aber kaum als kreativ«. Umgekehrt zeigte eine Untersuchung von *Mc Konnon* (1962), daß der durchschnittliche I.Q von hoch kreativen Menschen nach der Testmethode von *Termann* nicht mehr als 113 betrug (nach *Wolman* 1983).

Ein analoges Problem der Interpretation von Werten, die gewonnen wurden durch metrische Intelligenztests, das schon bald in der Geschichte der Intelligenz-Diagnostik erkannt wurde, ist deren geringer prognostischer Wert für den tatsächlichen Schulerfolg und vor allem den späteren beruflichen Erfolg. Ein hoher I.Q. besagt noch lange nicht, daß dieser Mensch seine hohe Intelligenz in erfolgreiche berufliche Tätigkeit umsetzen kann.

Dabei denke ich an eine Patientin mit einem überdurchschnittlich hohen I.Q., deren Leben aber bisher gekennzeichnet war durch ständige Abbrüche von Ausbildungen, Studiengängen, durch eine Vielzahl von ausgeübten Jobs und Tätigkeiten. Es ist ihr bisher nicht gelungen, ihr vorhandenes Intelligenz- und auch vielfältiges Kreativitäts-Potential (sie schreibt sprachlich gewandte Geschichten und hat künstlerische sowie handwerkliche Begabungen) in einer abgegrenzten, zielgerichteten Weise so umzusetzen, daß sie einen entsprechenden Beruf erlernen und ausüben könnte, mit dem sie auch ganz real ihren Lebensunterhalt bestreiten könnte. In der Therapie wurde deutlich, daß sie jegliche Realitätsanforderung in diesem Sinne als einen, eigene Identität verbietenden, Anpassungsdruck an gesellschaftliche Normen erlebt, gegen den sie sich nur mit einer Haltung totaler Verweigerung wehren kann. Dies ist bei ihr verbunden mit einem hohen destruktiven Narzißmus, der sie alle »gut funktionierenden« erfolgreichen Menschen in ihrer Umgebung verachten läßt. Bei dieser Patientin könnte man von einer destruktiven Intelligenz sprechen; darunter verstehe ich jede Form von abgespaltener Intelligenz, die sich hier darin äußert, daß der Mensch sein Intelligenzpotential nicht angemessen in seine reale Lebensgestaltung einfließen und zur Wirksamkeit kommen lassen kann.

Bei der Ausübung eines Berufes wird der Mensch mit Anforderungen konfrontiert, zu deren Bewältigung Intelligenz nur eine Dimension darstellt: Alle Berufe fordern mehr oder weniger stark, sich auch mit anderen Menschen auseinanderzusetzen, in Gruppen seine Gedanken und Vorstellungen einzubringen, sich der Kritik anderer stellen zu können.

Eine abgespaltene Intelligenz ist auch dort gegeben, wo ein Mensch zwar gute bis brillante Intelligenzleistungen vollbringt, er aber in seinen zentralen Persönlichkeitsdimensionen verarmt ist, so daß diese Leistungen häufig auch nicht mit einem echten Identitätsgefühl erlebt werden. Solche Menschen können sich oft über Erfolge nicht freuen, weil sie sie in einem tieferen Sinne nicht als zu sich gehörig betrachten können. Dies ist der Fall der Borderline-Patienten, deren klinisches Bild durch kompensatorisch hohe, manchmal brillant entwickelte sekundäre Human-Funktionen wie die Intelligenz gekennzeichnet ist, bei gleichzeitig

starken defizitären und destruktiven Anteilen im zentralen Persönlichkeitskern (vgl. *Ammon* 1976). Die abgespaltene Intelligenz kann hier zudem die Funktion haben, die unflexiblen und brüchigen Ich-Grenzen zu »stopfen«, ähnlich wie dies ein psychosomatisches Symptom tut (vgl. *Ammon* 1974).

Der Krankheitswert dieser Erscheinung wird häufig nicht erkannt, da unsere Gesellschaft die einzige Entwicklung sekundärer linkshemisphärischer Fähigkeiten und Fertigkeiten fördert und honoriert, wie *Ammon* dies auch im Rahmen seiner Kreativitätsforschung ausgeführt hat (*Ammon* 1983).

Zum manifesten Krankheitsausbruch, bei dem häufig ein passagerer Zusammenbruch von sekundären Humanfunktionen erfolgt, kommt es bei Borderline-Patienten oft in Lebenssituationen, die erhöhte Anforderungen an ihre Identität stellen, wie Trennungen aus der Familiengruppe oder von Symbiosepartnern, Abschluß einer Berufsausbildung oder eines Studiums. Da an diesem Punkt vielleicht zum ersten Mal in seinem Leben die tiefe zugrundeliegende Persönlichkeitsstörung eines Menschen und das damit verbundene Leid sichtbar und behandlungsbedürftig wird, könnte man diesen Zusammenbruch der Fassade auch als einen unbewußten Selbstheilungsversuch verstehen, dem ein unbewußter Wunsch nach Ganzwerdung und Integration bislang abgespaltener Persönlichkeitsbereiche zugrundeliegt.

In der Klinik Menterschwaige wurden des öfteren zu Beginn der Therapie drastische Intelligenzeinbrüche beobachtet. Im therapeutischen Verlauf erhöhte sich die Intelligenz wieder in dem Maße, wie sich die zentralen Humanfunktionen entwickelten und integrierten. Der Patient ist aufgefordert, über die Entwicklung seiner zentralen Humanfunktionen sich sein Intelligenzpotential wieder verfügbar zu machen, nun aber in die Gesamtpersönlichkeit integriert.

Eine defizitäre Intelligenzentwicklung beobachten wir einmal in sozialenergetisch verarmten Primärgruppen, die dem heranwachsenden Kind zuwenig Zuwendung, Fürsorge, Interesse und Förderung zukommen lassen; andererseits aber auch in Familien mit vorwiegend destruktiver Dynamik, in denen ein Klima von Unsicherheit, Bedrohung, Feindseligkeit und Chaos vorherrscht. An dieser Stelle sei verwiesen auf die Arbeit von *Rita Jost* und *Ulrike Schanné* in diesem Heft, die anhand von klinischer Testpsychologie und Therapieverlauf den Entwicklungsprozeß eines Patienten in der Dynamisch Psychiatrischen Klinik Menterschwaige aufzeigt. Dieser Patient, der eine durch Zwang überdeckte psychotische Struktur aufwies, war in seiner Kindheit einer offen brutalen, destruktiven Familiendynamik ausgesetzt gewesen, in der er in ständiger Todesangst lebte, bei gleichzeitiger Verleugnung der Brutalität im Sinne eines Wahrnehmungsverbots und ausgeprägtem Identitätsverbot. Zu Beginn der Therapie wurde bei ihm ein I.Q. festgestellt im Bereich der Lernbehinderung. Mit dem Anstieg der konstruktiven Anteile im Ich-Strukturtest nach *Ammon* (ISTA (Angst, Aggression, Narzißmus), der Erhöhung der Abgrenzungswerte, der Abnahme der Paranoia-Werte und der schizoid-autistischen Kontaktstörung entwickelte sich auch seine Intelligenz

hin zu einer gut durchschnittlichen.

Das sozialenergetische Feld der Klinik mit seinem vielfältigen Angebot, das zu kreativer Tätigkeit in lebendiger Auseinandersetzung in Gruppen auffordert, ermöglicht einen Humanstrukturaufbau, der über den zentralen Persönlichkeitsbereich auch die sekundären Humanfunktionen wie die der Intelligenz erreicht und positiv beeinflußt. Tätigkeit und Arbeit kommen dabei eine besondere gruppenbildende und Sozialenergie schaffende Funktion zu (*Ammon* 1982b), die sich strukturell auf allen Ebenen der Persönlichkeit niederschlägt. *Ammon* betont die integrierende Kraft der Arbeit auch für die Intelligenzentwicklung: »Es werden durch die Integrationskraft der Arbeit schon verselbständigte einseitige Entwicklungen einzelner Ich-Funktionen, wie etwa der Intelligenz oder der sprachlichen Artikulierungsfähigkeit vermieden, die in häufigen Fällen bei unseren Patienten kompensierend an die Stelle von Entwicklungsdefiziten bei zentralen Ich-Funktionen treten bzw. ihrer Entwicklung hemmend entgegenstehen.« (*Ammon* 1982b)

Wo die konstruktive Aggression, das adgredi, das neugierige und die Wirklichkeit und sich selbst handelnd erkennende und verändernde Herangehen an die Welt, sich positiv entwickelt, entwickelt sich auch eine konstruktive, in die Identität des Menschen integrierte Intelligenz.

On the Relationship between Intelligence Diagnosis and Personality Structure from the Viewpoint of Human-structurology

Gabriele v. Bülow (Berlin)

Diagnosis of intelligence in the form of psychometric test measurement is a significant part of start-process — and final diagnosis in Dynamic Psychiatry, particularly at the Dynamic-Psychiatric-Clinic Menterschwaige. Beyond all criticism of intelligence tests the grade and structure of intelligence represents an important part of the personality, which influences the possibilities of the concrete way of life. To get insight the possible style of life and identity of the person it is therefore important to know something about the structure and the potentiality of intelligence.

Most of the intelligence tests today are based on mental operations concerning rememberance and thinking. New developments on the often hand formulate in the following of *Piaget* a wider concept of understanding of intelligence, it is not reduced to mental acts, but connected to forms of experience and acting, with ways to act upon the world (*Howard Gardner* 1982).

The connection between intelligence and acting and experiencing the world seems to fit much better to the complex functioning of the human brain. Instead of an exact »inner image of the world« appears the understanding of an »inner coherence of the sytem«. »What an organism views as the world depends on his actions« (*Eccles* 1970).

In the model of human-structurology of *G. Ammon* the intelligence belongs to the so-called behavioristic ego as a secondary human-function. With these capabilities and behavioral modes as an expression of the personality, man gets into contact to its environment. How far, however, these functions really influence the way man is shaping life in his activity and creativity, depends on the degree of integration in the central unconscious part of personality. Intelligent men with a high I.Q. are not creative persons just because of the I.Q. and there can nothing be said about a future success in school or in his work.

Without integration there must be spoken of a split-off intelligence, even where brilliant accomplishments by intelligence prevail but do not lead to a true feeling of identity because of undeveloped personal dimensions. This is the case heavily deficient or destructive parts in the central personality core with highly developed secondary functions at the same time. These often have the function of filling the inflexible and fragile ego-boundaries. Not recognized mostly is the pathological part of those structures. Only when the person is confronted with higher claims the disturbance of the personality and the grief can be seen.

In the Dynamic-Psychiatric Clinic Menterschwaige there is found often drastical diminishing of intelligence at the beginning of therapy, which improves again in the therapeutical process to the same extent as a build-up of the human-structure could be achieved by the social-energetic field of the clinic; also the secondary human-funtions such as intelligence can be influenced positively via improving the central functions.

For the integration *Ammon* relies the force of doing work, which has an structural effect on all levels. Isolated developments of single ego-functions, which frequently compensate deficient central ego functions, will be integrated by work. With the attitude of curiosity and approaching the world by changing himself and reality and by recognizing acting and changing processes through own activity a constructive intelligence is developed which is integrated into the identity of man (*Ammon*).

Literatur

Ammon, G. (1974): Psychoanalyse und Psychosomatik (München: Piper)
— (1976): Das Borderline-Syndrom, ein neues Krankheitsbild. In: Dyn. Psychiat. (9) 317—348
— (1982a): Hirnstrukturen, Unbewußtes und Ich-Strukturologie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)
— (1982b): Arbeit und menschliche Existenz. In: ebda
— (1983): Zur Dynamik des Schöpferischen. In: Kindlers Enzyklopädie »Der Mensch«, Bd. VI (Zürich: Kindler)
Dorsch, F. (1982): Psychologisches Wörterbuch (Bern: Hans Huber)
Eccles, J.C. (1987): Gehirn und Seele (München: Piper)
Gardner, Howard (1985): Frames of Mind: Theory of Multiple Intelligences (Granada: Paladin Books)
Held, R., Hein, A. (1963): Movement-produced stimulation in the development of visually guided

behavior. In: J. Comp. Physiol. Psychol. 56, 872—876
Maturana, H., Varela, F. (1980): Autopoiesis and Cognition (Boston: D. Reichel)
Piaget, J. (1972): Psychologie der Intelligenz (Olten: Walter)
— (1973): Einführung in die genetische Erkenntnistheorie (Frankfurt a.M.: Suhrkamp)
Terman, L.M. (1959): The gifted group at mid-life (Palo Alto: Stanford University Press)
Wolman, B.B. (1982): Die kreative Kraft des Unbewußten. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)

Adresse der Autorin:
Gabriele v. Bülow
Lehr- und Forschungsinstitut für
Dynamische Psychiatrie und
Gruppendynamik
Wielandstraße 27/28
1000 Berlin 15

Der Identitätsbegriff bei Ammon — ein Vergleich mit anderen psychologischen Schulen**

Margit Schmolke (Berlin)*

Der Begriff der Identität nimmt einen zentralen Stellenwert in dem von Günter Ammon entwickelten Human-Struktur-Modell, das der Erfassung der Persönlichkeitsstruktur dient, ein. Im Gegensatz dazu bieten andere Wissenschaftler ein eindimensionales, phänomenologisches Identitätskonzept an. In dem folgenden Artikel vergleicht die Autorin die Theorie Ammons mit der von Erikson im Rahmen seiner psychoanalytischen Entwicklungstheorie und denen einiger Vertreter der Sozialpsychologie (Mead, Goffman, Krappmann). Sie stellt fest, daß genannte Autoren letztlich einem dualistischen Denken verhaftet bleiben, da Identität sich immer nur in der Interaktion zwischen Individuum und Gruppe bildet. Ammon hingegen schreibt der Gruppe eine strukturbildende Kraft beim Persönlichkeitsaufbau zu: Erst die Gruppe macht den Identitätsaufbau durch Bereitstellen eines sozialenergetischen Feldes möglich, d.h. Gruppe und Identität sind Dimensionen eines ganzheitlichen monistisch konzipierten Persönlichkeitsmodells.
Ammon unterscheidet zwischen dem primären Ich, dem alle biologischen und neurophysiologischen Funktionen des Menschen zugeordnet sind, dem zentralen Ich mit vorwiegend nonverbalen, ganzheitlichen Funktionen wie z.B. Kreativität, Aggression, Angst, Ich-Abgrenzung und Sexualität und dem sekundären Ich mit Schwerpunkt auf den bewußten, intellektuellen Fähigkeiten. Die Identität ist allen anderen Funktionen übergeordnet. Einerseits hat sie die Fähigkeit der Integration aller Funktionen, andererseits haben diese wiederum Einfluß auf die Identität.
Ammon weist der Identität sechs Dimensionen zu:
1. Die funktionelle Dimension: Die Identität als Human-Funktion kann wie alle Human-Funktionen eine konstruktive, eine destruktive und eine defizitäre Ausprägung haben.
2. Die strukturelle Dimension: Als Struktur bezeichnet Ammon die Gesamtheit aller Humanfunktionen in ihren jeweiligen Ausprägungen. Jeder Mensch hat seine besondere, individuell ausgeprägte Humanstruktur, die sich im Prozeß der Identitätsentwicklung fortwährend strukturiert und differenziert.
3. Die (gruppen-)dynamische Dimension: Identität ist nicht individualpsychologisch zu begreifen, sondern sie weist sich genetisch und dynamisch als ein interpersonelles und gruppendynamisches Geschehen aus, das sich an den Grenzen von Gruppe und Ich vollzieht.
4. Die (beziehungs-)räumliche Dimension: Sie bezeichnet den zwischenmenschlichen Raum, an dem bedeutsame Begegnungen stattfinden, die Zeichen in der Biographie eines Menschen setzen.
5. Die sozialenergetische Dimension: Bildung und Wachstum von Identität sind abhängig von der Sozialenergie. Darunter ist die psychische Energie zu verstehen, die eine Gruppe zur Verfügung stellt. Sie wirkt strukturbildend im neurophysiologischen, körperlichen, psychischen und geistigen Bereich.
6. Die prozeßhafte Dimension: Identitätsentwicklung ist ein lebenslanger Prozeß, der nicht gebunden ist an bestimmte biologisch determinierte Lebensabschnitte, sondern an Grenzsituationen, denen sich der Mensch mit seinem genuinen Bedürfnis nach Identität stellt und an denen er wächst.
Auf dem Hintergrund von Ammons Identitätskonzept beschreibt die Autorin in der folgenden Arbeit weiterhin das Konzept von Erikson im Rahmen seiner Psychoanalytischen Entwicklungstheorie und einige aus der Sozialpsychologie (Mead, Goffman, Krappmann).

Steht ein Mensch vor schwierigen Lebensaufgaben, vor der Bewältigung von Anforderungen, Krisen, wichtigen Entscheidungen — sei es im persönlichen

* Mitarbeiterin am Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der DAP, Vizepräsidentin der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (Berlin)

** Vortrag gehalten auf dem 6. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XIX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 7.—11.3.1988 in der Ludwig-Maximilians-Universität München.

Bereich, im Beruf, in der Partnerschaft, sei es in Standpunkt und Einstellung zu gesellschaftlichen Ereignissen — so wird sich immer die Frage nach der Identität des Menschen stellen. Dabei geht es nicht um bestimmte Strategien, sondern darum, wie jeder Einzelne je nach seiner gewachsenen Persönlichkeitsstruktur mit den Anforderungen umgeht bzw. umgehen kann.

Anliegen meines Vortrages ist es, den Begriff der Identität von *Günter Ammon* in seiner umfassenden Bedeutung zu beschreiben und auf die Entwicklung, Struktur und ganzheitliche Dimension der Identität einzugehen, der eine zentrale Stellung einnimmt in Therapie und Forschung. *Ammon* spricht in diesem Zusammenhang von »Identitätstherapie«.

Ich möchte sein Identitätskonzept mit dem Identitätskonzept von *Erikson* im Rahmen seiner psychoanalytischen Entwicklungstheorie sowie mit den Identitätskonzepten in der Sozialpsychologie, insbesondere bei *George Herbert Mead, Erving Goffman* und *Lothar Krappmann* vergleichen.

Die jeweiligen Grundannahmen jedes einzelnen Ansatzes sollen herausgestellt werden, auf deren Boden ihr Identitätsbegriff definiert wird, wobei versucht werden soll, diejenigen Schnittstellen zu beleuchten, an denen Gemeinsamkeiten und Unterschiede bestehen.

Der Identitätsbegriff bei Erik H. Erikson

Erikson, ein später Schüler von *Freud,* hat in Weiterentwicklung der Freudschen Theorie eine psychoanalytische Entwicklungstheorie formuliert, bei der, ebenso wie bei *Freud,* die psychosexuellen Triebkräfte das Entwicklungsgeschehen bestimmen. Das Verdienst *Erikson's* ist es, den starken Einfluß sozialer Bedingungen auf die Persönlichkeitsentwicklung herausgearbeitet zu haben. Interaktionen zwischen psychosexuellen und sozialen Faktoren prägen das Verhalten der Person in den verschiedenen Abschnitten ihres Lebenslaufes je spezifisch.

Statt nur die ödipale Dreiersituation für Fehlentwicklungen verantwortlich zu machen, bemühte sich *Erikson* um die Erforschung der Wege, auf welchen die Gesellschaft auf die Struktur der Familie einwirkt und widmete sich dem frühkindlichen Ich im organisierten sozialen Leben.

Der Mensch hat nach *Erikson* acht Entwicklungsphasen bis ins reife Erwachsenenalter zu durchlaufen. Diese Phasen — die sich eng an die Phasentheorie *Freuds* anlehnen — folgen nach einem epigenetischen, d.h. biologisch determinierten Prinzip aufeinander. In jeder Phase hat der Mensch eine je spezifische Auseinandersetzung zu führen zwischen psychodynamischer Strebung und sozialer Einordnung; er hat die sog. psycho-soziale Krise, die jedem Stadium immanent ist, zu lösen. Dabei begreift *Erikson* das Ich in einer aktiven Rolle im Vergleich zu *Freud,* bei welchem das Ich primär um Verteidigung und Abwehr besorgt ist. Der Konflikt in jeder Phase wird ausgelöst durch Forderungen und Erwartungen von Seiten der sozialen Umwelt. Je nachdem,

wie die Umwelt mit der Verarbeitung dieses Konfliktes umgeht, gelingt oder mißlingt die Lösung der Krise.

Erikson sieht in der Adoleszenz die Hauptphase der Identitätsbildung, die Periode, in der die meisten Identitätsprobleme auftreten: mit biologischen, psychischen und sozialen Veränderungen gerät das bisherige Selbstbild erneut in Fluß. Hier findet der Versuch statt, die Rollen zu festigen, wobei der Jugendliche darauf konzentriert ist, wie er im Vergleich zu seinem eigenen Selbstgefühl in den Augen anderer erscheint.

Kommt es nicht zur Bildung einer Ich-Identität, die die Identifikationsprozesse der Kindheit durch neue, altersgemäße ablöst, spricht *Erikson* von einer Identitätsdiffusion; diese hat u.a. folgende Störungen: Ein Ausweichen vor wichtigen Entscheidungen, die irreversibel erscheinen, Isolierung, ein Gefühl des inneren Vakuums, Gefahr der Auflösung der sexuellen Identität, Desintegration des Gefühls der inneren Kontinuität und Gleichheit, Unfähigkeit, von irgendeiner Tätigkeit erfüllt zu sein, Wahl einer negativen Identität (oftmals wird die am wenigsten wünschenswerte oder gefährlichste gewählt) sowie Neigung zu totalitären Regimen.

Nach *Erikson* muß das Individuum zur Bildung von Identität an einer kulturellen Einheit teilhaben, muß »wie manche andere Menschen« sein, indem es deren Maßstäbe, Ideale und Sitten teilt. Das Individuum muß gleichzeitig wie »niemand anderes« sein, indem es einen Platz unter ihnen einnimmt, den nur es alleine einnehmen kann.

Eriksons psychosoziales Konzept versucht, sowohl der Bedeutung des sozialen Systems für die individuelle Persönlichkeitsentwicklung als auch der Tatsache der Einzigartigkeit des Individuums theoretisch gerecht zu werden. Damit ebnete *Erikson* den Weg für die Anwendung des Rollenbegriffs in der Sozialpsychologie und der Entwicklungspsychologie.

Im Folgenden werde ich versuchen, die skizzierte Entwicklungstheorie *Eriksons* auf dem Hintergrund des Persönlichkeitskonzeptes von *Ammon* und seines Identitätsbegriffes, auf welchen ich später noch ausführlich eingehen werde, kritisch zusammenfassen: Das Verdienst *Eriksons* ist es, den wechselseitigen Einfluß von Individuum und Gemeinschaft von Anbeginn der menschlichen Entwicklung hervorgehoben und in sein psychoanalytisches Entwicklungskonzept einbezogen zu haben. Es gibt für *Erikson* kein soziales Vakuum, in dem menschliche Elemente sich eine Zeitlang ganz von selbst entwickeln könnten, um dann — wie es heißt — durch die Gesellschaft geformt oder »kanalisiert« zu werden (*Erikson* 1945).

Die Vermittlung zwischen dem Individuum und der Gesellschaft wird rein interaktionistisch verstanden. D.h. *Erikson's* Ansatz bleibt letztlich einem dualistischen Denken verhaftet. Interessant ist bei ihm der Stellenwert der Gruppe bei dem Prozeß der Identifikationen: Die Gruppenmitglieder werden als Vertreter und Vermittler gesellschaftlicher und kultureller Werte, Normen und Erwartungen verstanden, die an das Kind herangetragen werden, das durch Teilhabe an der »Gruppenidentität« ein Realitätsgefühl entwickelt.

Die Ich-Synthese, eine wichtige Funktion des Ichs bei *Erikson,* die die widersprüchlichen Erwartungen integriert, stellt »eine erfolgreiche Variante einer Gruppenidentität dar« (*Erikson* 1966).

Was in *Eriksons* Verständnis der Gruppe fehlt, ist die strukturbildende Kraft der Gruppe beim Persönlichkeitsaufbau, wie sie von *Ammon* in seiner Persönlichkeitstheorie herausgearbeitet wurde. Bei *Ammon* ist es gerade die Gruppe, die durch ihr Bereitstellen eines sozialenergetischen Feldes die besondere, einmalige, unverwechselbare Identität eines Menschen erst möglich macht. Gruppe und individuelle Identität sind Dimensionen eines ganzheitlichen, monistisch konzipierten Persönlichkeitsmodells.

Bei *Erikson* konzentriert sich die Auseinandersetzung um Identität auf die fünfte Phase innerhalb seines Phasenmodells, die der Adoleszenz. Die von ihm beschriebenen Störungen in dieser Phase sind jedoch Kennzeichen einer gestörten Identitätsentwicklung überhaupt und nicht einer bestimmten Entwicklungsphase vorbehalten. *Eriksons* Entwicklungsschema orientiert sich starr an biologisch vorgegebenen Lebensabschnitten, er schreibt ihr eine Allgemeingültigkeit zu, die für jedes Individuum zutrifft.

Im Unterschied dazu versteht *Ammon* Identitätsentwicklung als lebenslangen Prozeß und als Aufgabe für den Menschen, die sich in jedem Augenblick seines Lebens neu stellt. Es gibt auch nach *Ammon* Zeiten intensivierter identitätsbildender Prozesse; diese sind jedoch nicht an eine festgelegte Phase in der Biographie gebunden, sondern stehen im Zusammenhang mit Grenzsituationen, ein denen es um existentielle Veränderungsprozesse geht. Diese sind nicht nur wie bei *Erikson* von außen gegeben, sondern der Mensch sucht sie auch bewußt oder unbewußt auf aus einem genuinen Bedürfnis nach Identität heraus.

Der Identitätsbegriff in der Sozialpsychologie

Mit *George Herbert Mead* (1934) möchte ich nun einen sozialpsychologischen Theoretiker vorstellen, der einen starken Einfluß ausgeübt hat auf die Diskussion um den Identitätsbegriff im Rahmen von rollentheoretischen Ansätzen. Er entwickelte die Theorie des Symbolischen Interaktionismus.

In dieser Denkrichtung soll zwischenmenschliches Geschehen im Alltagsleben interpretierbar gemacht werden. Die theoretischen Grundannahmen sind Folgende: Für das Handeln zwischen Menschen in einer sozialen Gruppe werden Symbole — sprachlicher und nichtsprachlicher Art — verwendet, welche für alle Beteiligten die gleiche Bedeutung haben:

— Was der einzelne Mensch über seine biologische Existenz hinaus ist, ist er nur innerhalb einer sozialen Bezugsgruppe;

— die aktuell stattfindenden Handlungen zwischen Menschen sind das Ergebnis einer Kette früherer Ereignisse.

Nach *Mead* besitzt der Mensch bei Geburt noch keine Identität. Sie entsteht

im Individuum als Ergebnis seiner sozialen Beziehungen.

Mead unterscheidet zwischen nichtbewußter und bewußter Identität. Die bewußte Identität, die er mit reflexiver Intelligenz verbindet, setzt ein Nachdenken über sich selbst voraus im zwischenmenschlichen Umgang — eine notwendige Voraussetzung für Selbsterhaltung, Fortpflanzung, Erziehung, Altersversorgung etc. Demgegenüber ist die nichtbewußte Identität Ergebnis der Verinnerlichung von Verhaltensnormen einer sozialen Gruppe, welche das Verhalten des Individuums ohne sein Wissen, ohne seine reflektive Intelligenz steuert, d.h. die Lebensgestaltung basiert auf übernommenen Gewohnheiten. Um den Widerspruch zwischen sozialer Determination und selbstgesteuertem Handeln einer Person zu lösen, teilt *Mead* Identität auf in einen individuellen und einen gesellschaftlichen Anteil.

Der individuelle Aspekt, das »I«, bezeichnet die Person als ein Wesen, das in einer einmaligen Form auf soziale Situationen reagieren kann; es besitzt eine relative Freiheit und Autonomie von Gesellschaftszwängen und Rollen. Der gesellschaftliche Anteil, das »Me«, bezeichnet den Aspekt in der Person, der von Konventionen und Gewohnheiten determiniert ist; das »Me« stellt den »Repräsentanten der Gesellschaft« im einzelnen Individuum dar. »I« und »Me« beeinflussen und bedingen sich gegenseitig und stehen im dialektischen Verhältnis zueinander. Bei der Interpretation von Handlungen einer Person sind beide Aspekte der Identität zu berücksichtigen.

Identitätskrisen können nach *Mead* dann auftreten, wenn sich ein Bruch in der Kontinuität des Lebenslaufes durch äußere oder innere Einflüsse zeigt und das eigene Verhalten nicht mehr als sinnvoll zusammenhängend empfunden werden kann. Dies tritt z.B. dann ein, wenn ein Mensch in eine neue Umgebung eintritt, in der sich die sozialen Erwartungen und der soziale Umgang besonders stark vom bisherigen Lebensfeld unterscheiden.

Die beiden Pole, »Gesellschaft« und »Individuum«, die bei *Erikson* in einen wechselseitigen Austausch treten, werden von *Mead* hineingenommen in die Persönlichkeit. Die Interaktion zwischen diesen beiden Aspekten innerhalb des Individuums macht die Identität eines Menschen aus.

Erving Goffman (1963) führt die Begriffe »soziale«, »persönliche« Identität und »Ich-Identität« ein: »soziale Identität« meint den Aspekt einer Person, der gebildet wird durch die Zuschreibung bestimmter Attribute durch die umgebende soziale Gruppe (z.B. ein Stigma), während »persönliche Identität« bedeutet, wenn eine Person durch bestimmte Kennzeichen einmalig identifizierbar ist, deren Biographie eine einmalige Kombination von Daten darstellt. »Ich-Identität« bedeutet das subjektive und gefühlsmäßige Reagieren auf unterschiedliche Identitätssituationen des Individuums. Da nach *Goffman* das Individuum den Erwartungen im Hinblick auf seine soziale Identität niemals voll entsprechen kann, hat es sich mit einer »phantom normalcy«, einer Schein-Normalität zu verhalten, d.h. »als ob« es die Normen erfüllen würde.

Das Verdienst von *Goffmans* sozialpsychologischer Theorie ist es, auffälliges und abweichendes Verhalten von Personen als unbewußte oder bewußte Stra-

tegie für die Lösung ihrer Identitätsprobleme untersucht und interpretiert zu haben. Sein Anliegen ist es, das Verhalten einer von sozialen Vorurteilen betroffenen Person zu verstehen, d.h. er lenkt die Aufmerksamkeit auf Menschen, die aus dem üblichen Rahmen sozialer Erwartungen in bestimmten Gesellschaften und sozialen Gruppen herausfallen, wie Zuchthäusler, Prostituierte, Blinde, mißgebildete oder verkrüppelte Menschen.

Goffman will aufzeigen, daß nicht der »Normale« normal« ist, sondern der Stigmatisierte, und daß nicht die Identitätsprobleme des Stigmatisierten »pathologisch« sind, sondern die gegen Ambivalenz abgeschirmte Identität des »Normalen«. So untersuchte er in seinem bekannten Werk »Asyle« (1961) die institutionellen Bedingungen der Entstehung von Hospitalismusschäden u.a. in psychiatrischen Anstalten. Von ihm stammt auch der Begriff der »total institutions«.

Während *Goffman* primär die »beschädigte« Identität aufgrund der realen Situation untersucht, hat *Lothar Krappmann* (1972) den Versuch unternommen, die Idee des gelungenen Identitätsbewußtseins von *George Herbert Mead* weiter auszuführen:

Krappmann behandelt Identität nicht als ein festes Persönlichkeitsmerkmal, sondern als eine Haltung, welche von einer Person in jeder Interaktionssituation von neuem gewonnen und behauptet werden muß. Für eine erfolgreiche Interaktion muß das Individuum — wie bei *Mead* — wieder zweierlei leisten:
— zum einen eine Anpassung an die Erwartungen der anderen Beteiligten;
— zum anderen die Darstellung der eigenen Erwartungen und Bedürfnisse.

Ein zentraler theoretischer Begriff bei *Krappmann* ist die »balancierende Ich-Identität«. Das Individuum »wird zugleich aufgefordert, so zu sein wie alle und so zu sein wie niemand. Auf beiden Seiten muß das Individuum balancieren, weil es, um Interaktion nicht zu gefährden, weder der einen noch der anderen Anforderung, noch beiden voll nachgeben, noch sie gänzlich verweigern kann. (. . .) Die Besonderheit des Individuums, seine Individualität, bezieht das Individuum aus der Art, wie es balanciert« (*Krappmann* 1975).

Die vorgestellten sozialpsychologischen Konzepte erhellen zwar bestimmte Aspekte der Identitätsentwicklung in der Wechselbeziehung zwischen Individuum und Gemeinschaft, weisen jedoch m.E. folgende Mängel auf, die sich konsequenterweise aus einer rein sozialpsychologischen Betrachtungsweise ergeben müssen: Sie bleiben im wesentlichen auf der phänomenologischen Verhaltensebene stehen. Sie untersuchen nicht die vorhandenen und sich entwickelnden Persönlichkeitsstrukturen als jeweiligen Niederschlag der identitätsbildenden Prozesse. Identität ist bei ihnen eine sozial determinierte Kompromißbildung. Sie wird auf eine Funktion reduziert, die den Ausgleich zwischen individueller Freiheit und sozialen Rollenerwartungen zu leisten hat. Die kreative Identitätsleistung reduziert sich für sie auf die individuelle Lösung dieses Balanceaktes. Sie beschreiben im Grunde nur den sozialen Rahmen von Identitätsbildung, ohne inhaltlich die Qualität und die Prozesse dieses Geschehens zu analysieren. Es fehlt in ihrem Konzept das entscheidende

individuelle Moment — das genuine Identitätsbedürfnis jedes Menschen, das den Motor jeder menschlichen Entwicklung überhaupt bedeutet.

Der Identitätsbegriff bei *Ammon* im Vergleich zu den genannten Schulen hingegen geht von einem Verständnis vom Menschen aus, in dem es dessen bedeutsamstes Anliegen ist, nach eigener Identität zu ringen, durch Entwicklung im Kontakt und in Auseinandersetzung mit den anderen in der Gruppe im sozialenergetischen Feld. Identität versteht *Ammon* als den entwicklungsgeschichtlich gewachsenen Kern der Persönlichkeit. Die frühkindliche Entwicklung der Persönlichkeit ist ein störanfälliger Dialog zwischen dem Kleinkind und seiner Mutter, sowie der es umgebenden Primärgruppe. Dieser Dialog beginnt bereits in der pränatalen Phase (*Ammon* 1978).

Ammon spricht bei dieser frühen Entwicklungsphase von unbewußten Ich-Kernen, die letzten Endes die Basis jeder Identität bilden, die später in dem sozialenergetischen Gruppenfeld zwischen Mutter, umgebender Gruppe und dem Kind und im weitesten Sinne der Gesellschaft erprobt werden. Er macht deutlich, daß bereits auf pränataler Ebene die Entwicklung von Ich und Identität des Kindes entscheidend von dem Umgang und der Einstellung (bewußt und unbewußt) seiner umgebenden Gruppe abhängt: »Die Primärgruppe wird nur diejenigen Ich-Funktionen fördern können, die sie selbst konflikt- und angstfrei handhaben kann. Dieser Prozeß ist jedoch nicht einseitig zu sehen. Im Sinne einer gelingenden Symbiose ist es unabdingbar, daß auch Mutter und Primärgruppe ihrerseits dem Kind in einem Prozeß des Lernens und Veränderns gegenseitig begegnen können. (. .) Aus diesem Wechselprozeß geht die zentrale Ich-Funktion der Identität hervor« (*Ammon* 1978).

Der zentrale Aspekt einer gelingenden Identitätsentwicklung ist bei *Ammon* das angst- und schuldfreie Heraustreten aus der Symbiose zwischen Mutter und Kind und letztlich zwischen Kind und Primärgruppe. D.h. wird das Kind in seinem ersten Nein, seinen ersten eigenen Schritten, in seinem ad gredi, also seinem neugierigen Herangehen an die Welt, das genuin konstruktiv ist, unterstützt, ist der Grundstein einer konstruktiven Identität gelegt. Je nach der Qualität der Symbiose wird der Abgrenzungsschritt aus dieser Beziehung entsprechend geartet sein und entscheidend die Persönlichkeitsentwicklung des Menschen bestimmen.

Ammon betrachtet die Identität nicht individualpsychologisch, sondern sie weist sich genetisch und dynamisch grundsätzlich als ein interpersonelles und gruppendynamisches Geschehen aus, das sich an den Grenzen von Ich und Gruppe vollzieht: »An dieser Grenze vollzieht sich nicht nur die Identitätsentwicklung, sondern die Entwicklung psychischer Strukturen überhaupt. Dabei findet jede innerhalb der lebensgeschichtlich bedeutsamen Gruppen gewonnene Erfahrung ihren Niederschlag in einer Facette der gesamten Ich-Struktur. (. . .) Strukturierungsprozesse sowohl im positiven wie im negativen Sinne sind umso wirkungsvoller, je früher sie lebensgeschichtlich gesetzt werden und je stärker das interpersonelle Geschehen emotional besetzt ist« (*Ammon* 1978).

Ammon konzipierte dabei zur Erfassung der Persönlichkeitsentwicklung das Human-Struktur-Modell, wobei er zwischen drei Bereichen unterscheidet:
1. Dem primären Ich als Bereich der biologischen und neurophysiologischen Funktionen des Menschen;
2. dem zentralen Ich des Unbewußten mit vorwiegend nonverbalen, ganzheitlichen Funktionen; diesem Bereich sind zuzuordnen u.a. die Kreativität, Angst, Aggression, Ich-Abgrenzung nach innen und außen, Sexualität, Phantasie, Konzeptionelles Denken und als zentrale Kraft der Persönlichkeit die Identität;
3. dem sekundären Ich als vorwiegend bewußtem Verhaltens-Ich mit dem Schwerpunkt auf bewußten Fähigkeiten und Fertigkeiten, Verbalisierung sowie logisch-rationalem Denken.

Im Human-Struktur-Modell *Ammons* besitzt die Identität folgende Dimensionen:
1. die funktionelle Dimension
2. die strukturelle Dimension
3. die (gruppen-) dynamische Dimension
4. die (beziehungs-) räumliche Dimension
5. die sozialenergetische Dimension
6. die prozeßhafte Dimension.

1. Die funktionale Dimension der Identität

Die Identität ist die zentrale Ich- bzw. Humanfunktion des Unbewußten. Hierbei kommt der Identität als Funktion eine besondere Rolle zu: Sie ist die den anderen Humanfunktionen übergeordnete zentrale Funktion. D.h. sie hat auf der einen Seite die Fähigkeit der Integration aller Erfahrungen und Funktionen, auf der anderen Seite haben diese wiederum Einfluß auf die Identität. Sie kann (wie alle anderen Humanfunktionen) eine konstruktive, destruktive oder defizitäre Ausprägung haben.

Konstruktive Identität haben meint, auf selbstbestimmte und schöpferische Weise zu leben in Beziehung zu und mit anderen Menschen, in sich zu ruhen und das Leben aus seiner zentralen Mitte heraus im Einklang mit und in Beziehung zu der Welt des Nichtbewußten, zu seinen Träumen, Phantasien, Gefühlen. Destruktive Identität meint das Auseinanderfallen und Nichtintegriertsein von Persönlichkeitsanteilen und einen destruktiven Lebensstil. Z.B. bringt der Borderlinekranke Mensch immer wieder neue Fassaden hervor, ohne sagen zu können, wer er wirklich ist und was er sein möchte. Charakteristisch ist seine multiple Persönlichkeitsstruktur mit Pseudo-Identitäten.

Defizitäre Identität ist die kränkeste Form von allen drei Ausprägungen und bedeutet das Vorherrschen der inneren Leere, des von *Ammon* bezeichneten »Loch im Ich«. Diese Menschen sind im Vergleich zu Menschen mit destruktiver Identität nicht in der Lage, ihr Nichtwissen darüber, wer sie sind und was sie wollen, destruktiv nach außen zu agieren. Sie stellen sich völlig auf ihr

Gegenüber ein und passen sich an, ohne sich selbst zu zeigen, z.B. sind dies Menschen mit einer schweren narzißtischen Depression.

2. Die strukturelle Dimension der Identität

Mit Struktur ist die Gesamtheit aller Humanfunktionen in ihren jeweiligen Ausprägungen gemeint, wobei jeder Mensch seine besondere, individuell ausgeprägte Humanstruktur aufweist. Identitätsentwicklung ist insofern ein Prozeß fortlaufender Strukturierung und Differenzierung, wobei in einem bestimmten Lebensabschnitt einzelne Humanfunktionen im Mittelpunkt stehen können, wie z.B. die Agresssion, Angst, Erotik oder Kreativität.

3. Die (gruppen-) dynamische Dimension der Identität

Identität und Gruppe sind für *Ammon* nicht voneinander zu trennen. Er spricht von einem Grenzgeschehen zwischen Individuum und Gruppe. An dieser Grenze findet Auseinandersetzung statt und Identitätswachstum. Ein Mensch kann in Gruppen gesund, aber auch krank werden. Die Gruppe kann destruktiv seine Entwicklung verformen, reglementierend auf ihn einwirken, sie kann auch Identitätsschritte ignorieren und nichten. Eine konstruktive Gruppe zeichnet sich aus durch ihr positives und flexibles Verhältnis zum Nichtbewußten. Kann eine Gruppe sich gegenüber der Umwelt flexibel abgrenzen und sich eigene und höhere Ziele und Aufgaben setzen, gewinnt sie eine eigene Identität als Gruppe. Wichtige Voraussetzungen dafür sind Gruppengrenzen und eine zentrale Figur, die das Ziel der Gruppe vertritt und ihr damit eine Strukturierung um dieses Ziel ermöglicht.

Die Gruppenstruktur entsteht auf der Basis der Humanstrukturen der einzelnen Mitglieder, bildet aber mehr als die Summe dieser. Dieses Mehr schafft wiederum den Raum und die Freiheit zur Entwicklung jedes einzelnen. Die Struktur einer lebendigen Gruppe verändert sich fortwährend, ein lebendiger Austausch und das offene Austragen von Auseinandersetzungen sind dafür wichtige Voraussetzung.

4. Die (beziehungs-) räumliche Dimension der Identität

Diese Dimension meint den zwischenmenschlichen Raum, den Ort der Begegnung. Eine »bedeutsame Begegnung« nennt *Ammon* jene, aus der jeder Beteiligte als Veränderter heraustritt. Solche bedeutsamen Begegnungen setzen Zeichen in der Biographie eines Menschen, bewirken eine Begegnung mit sich selbst und bedeuten letztendlich wichtige Bausteine für die Identitätsentwicklung. *Martin Bubers* Worte verdeutlichen dies: »Alles echte Leben ist Begegnung. Begegnung liegt nicht in Raum und Zeit, sondern Raum und Zeit liegen in der Begegnung« (1966).

5. Die sozialenergetische Dimension der Identität

Bildung und Wachstum der Identität ist abhängig von Sozialenergie. Sozialenergie ist immer als zwischenmenschliches, gruppendynamisches Geschehen zu verstehen. *Ammon* spricht von einem »sozialenergetischen Feld« im Rahmen einer Gruppe. Dieses sozialenergetische Feld ist die Lebenseinheit, die Wachstum ermöglicht und Strukturaufbau bewirkt. Es sind nicht biologisch-mechanistische Triebe, wie es die traditionelle Psychoanalyse beschreibt, es sind auch nicht neurophysiologisch-biologische Strukturen, die das Leben bestimmen — sondern die Sozialenergie, die eine psychische Energie ist, die Menschen einander geben, wirkt eher umgekehrt: Sie ist strukturbildend im neurophysiologischen Bereich sowie im körperlichen, psychischen und geistigen Bereich:

»Sozialenergie entsteht durch Kontakt und Auseinandersetzung, durch Forderungen an Identität, durch Forderungen und Aufforderungen zum Tun, zur Tätigkeit und Aufgabe. Menschen, die nicht oder zu wenig gefordert werden, sind verlassene Menschen mit Sozialenergie-Defiziten. (. . .) Die Aufforderung, sich zu zeigen, sich auseinanderzusetzen, aus Konformität, Abhängigkeit und Anpassung herauszutreten, aktiviert den Menschen« (*Ammon* 1982).

6. Die prozeßhafte Dimension der Identität

Identität als dynamisches Geschehen ist immer wieder neu zu erringen, ein Prozeß, der nie abgeschlossen sein wird. Identität ist hier gemeint als dynamisches Entwicklungsprinzip: »Identität ist das Bleibende in einer Persönlichkeit und sie ist gleichzeitig nichts Bleibendes. Identität ist ein Prozeß, ein fortwährendes Suchen, eine fortwährende Entwicklung, die aber jeweils Spuren hinterläßt. (. . .) Identität wird nicht in einem bestimmten Augenblick oder in einer bestimmten Lebensphase endgültig gefunden, sondern sie muß immer wieder neu gefunden werden« (*Ammon* 1982).

Identität bedeutet aber auch, daß der Mensch die Zeit zu seiner eigenen gelebten Zeit macht und sie nicht in einem Gefühl endlosen Zeiterlebens vergeudet. Wesentlich ist das Erkennen der Begrenztheit der Zeit, aus dem heraus Sinnvolles, Wesentliches und Kreatives gelebt und geschaffen werden kann.

Abschließend möchte ich noch einmal auf die Kernfrage der Identität zurückkommen. Um *Ammon* zu zitieren: Zur »Identität« gehört immer die Frage: »Wer bin ich? Wer will ich sein? Was will ich tun auf dieser Welt?« (*Ammon* 1975). Diese Frage nach sich selbst ist die eigene Identitätsfrage, die ein Mensch sich selbst stellt. Sie grenzt ihn ab von anderen Menschen. Es ist die Frage nach seinem Selbstverständnis, nach seiner Selbstverwirklichung. — Die Antwort auf diese Frage ist ebenso nur existentiell zu geben: D.h. die Antwort ist die Identität, die ein Mensch annimmt und lebt in einmaliger und selbstbestimmter Gestaltung.

The concept of identity by Günter Ammon — a comparision with other psychological schools

Margit Schmolke

Every person is faced with the question of identity from the beginning of his life till death. In the present work the author describes the conception of identity developed by *Günter Ammon* within the framework of his human-structure-model. In its holistic dimension the concept is of crucial importance for therapy and scientific investigation. Furthermore the author compares *Ammons* concept of identity with that of *Erikson* and with those of some representatives of social psychology (*George Herbert Mead, Erving, Goffman, Lothar Krappmann*).

Erikson, a late scholar of *Freud,* is like his teacher of the opinion, that the development of a person is determined by the psycho-sexual drive energies but on the other hand is influenced by social conditions of the personal environment. If he does not face this task, his development of identity will be disturbed. In every phase the person has to cope in a specific way with his environment. In this sense identity is organized in the permanent interaction between the individual and the surrounding group.

The representatives of social psychology accentuate the social aspect relating to the development of identity to a larger extent than *Erikson. George Herbert Mead* (1934) developed the theory of symbolic interactionism to interprete human relations in everyday life. At his birth the human being has no identity. The identity comes into being only with the development of social relations. *Mead* distinguishes between non-conscious and conscious identity. The conscious identity concerns the self-reflection of the individual, the non-conscious identity is the result of the internalized norms of the surrounding group. On this background *Mead* divides identity into an individual part (»I«), which guarantees relative freedom from the social norms and compulsions, and a social part (»Me«), which determines the individual. »I« and »Me« have a dialectic relationship. If the interplay of both parts is disturbed, the person suffers by a crisis of identity. In distinction to *Erikson, Mead* does not consider the individual and society any longer as two opposite poles, but the interaction of the both poles within the individual creates identity.

Erving Goffman (1963) distinguishes between »social«, »personal« and »Ego-identity« of a person. Social identity, he says, consists in labeling special attributes (for example a stigma) to a person, while the personal identity means the singularity of a person because of this unique biography. The Ego-identity means the subjective and emotional reaction to a situation, in which identity is demanded. *Goffman* points out that men correspond only partially with their social identity, so that they have to take a phantom normalcy in the sense of a social adaption. Conspicious and divergent behaviour can so be interpretated as a conscious or non-conscious strategy to solve an identity-conflict.

Lothar Krappmann (1972) defines identity as the attitude of a person towards every new situation. Identity is no definite characteristic of personality, but is has to be gained new in every situation in a balancing act between the adaption to the expectations of others and the own needs.

The merit of these authors lies in their introduction of social factors in the analysis of identity, but beyond this, they have no real concepts of identity, their approaches remain on a phenomenological level. They do not examine the structure of personality as a result of identity-processes, but as a socially determined entity. They reduce identity to a function, creating a balance between the individual need for freedom and social role-expectations. Ultimately they have a dualistic thinking. In contrast to this understanding of identity, *Ammon* speaks of genuine need for identity, which is the motor of human development. Identity is the ontogenetically grown core of personality, which is formed already in the prenatal phase through the dialogue between mother and child and later through the dialogue with the surrounding group. Accordingly identity is considered by *Ammon* as an interpersonal and groupdynamic process. To investigate and comprise the development of human personality, *Ammon* concieved his model of human-structure, differentiating between three fields of personality:

1. The *primary human functions* to which all biological and neurophysiological functions of a person are ascribed.
2. The *central human functions* with the predominantly nonverbal, holistic and non-conscious functions like creativity, aggression, fear, egodemarcation and sexuality.
3. The *secondary human functions* with emphasis on the conscious intellectual capabilities.

The human-function of identity operates thereby integratively and has the following dimensions in the human-structure-model of personality

1. The *functional dimension:* The identity is the central humanfunction superior to all other functions. Like all other functions it can have a constructive, destructive or deficitary quality. To have constructive identity means to live a selfdetermined, creative life in relationship with oneself and others. To have destructive identity means the desintegration of parts of the personality (for example in the borderline-disease) and deficitary identity means the predominance of an inner vacuum, of an adaption without showing oneself.
2. The (*group-*)dynamic dimension: Identity is always a process at the border of individual and group. If it is a constructive group, identity growth and interaction can take place at this border. A group is constructive, if it has a constructive relation to its unconscious, if it has its own group-identity, if there are flexible borders and if it has the capacity of constant change.
3. The *structural dimension:* According to *Ammon* structure is the totality of all human-functions in their specific expressions. Every person has its specific, individual human-structure, which is constantly changing during the

process of identity-development.

4. The *(relational-)spatial dimension:* This is the interpersonal space, in which meaningful encounters with other persons take place, leaving marks in the biography of a person.
5. The *socialenergetic dimension:* Formation and increase of identity depend on social energy. This is a psychic energy, given by the group. It has an effect on the development of neurophysiological, physical, psychical and sensual functions of man.
6. The *process dimension:* Gaining identity is a process during the whole life of a person: »Identity is the remaining part of personality and it is at the same time nothing, that remains. Identity is a process, a never-ending search, a never-ending development, which leaves marks. (. .) Identity cannot be found finally in a specific instant or in a specific phase of life, but is has to be found anew in every moment« (*Ammon* 1982).

Literatur bei der Verfasserin

Adresse der Autorin:
Margit Schmolke
Mommsenstraße 59
1000 Berlin 12

Der kreative Prozeß und seine peri- und pränatalen Wurzeln**

Oskar Sahlberg (Berlin)*

In der vorliegenden Arbeit analysiert der Autor die Zusammenhänge zwischen der prä- und perinatalen Entwicklung des Kindes und der Kreativität des Erwachsenen.
Er geht dabei von Günter Ammon's Kreativitätskonzept aus, der den kreativen Prozeß als eine spezifische Form der Ich- und Identitätsdiffusion, einen besonderen Ich-Zustand mit geöffneten Ich-Grenzen ansieht. Im kreativen Prozeß werden neue Vorstellungsinhalte und Erfahrungen in die Persönlichkeitsstruktur integriert und in einer neuen, erweiterten Identität abgegrenzt (Ammon 1974, 1986). Sahlberg sieht im kreativen Prozeß eine Wiederholung der Erlebnisinhalte und ersten abgrenzenden Identitätsschritte in der prä- und perinatalen Mutter-Kind-Symbiose.
Auf der Grundlage von Resultaten der biologisch-physiologischen Embryo-Forschung, psychoanalytischer Interpretationen von Träumen, Phantasien und Assoziationen sowie der Auswertung von Regressionserlebnissen durch halluzinogene Drogen und spezifische Atemtechniken (Grof 1978) differenziert Sahlberg fünf Phasen der prä- und perinatalen Symbiose: die konzeptuelle Phase mit ersten, keimhaften Erlebnissen der Energie und der Verschmelzung, die embryonale Phase der beginnenden Körpererfahrungen, die fötale Phase mit beginnender Bewußtseinsentwicklung und Neugierhaltung und der lernenden Kontaktaufnahme und Reaktion auf Rhythmen und Gefühle der Mutter, die perinatale Phase, die als Abgrenzungsschritt und Verbindung mit einem neuen Energiefeld vom Neugeborenen erlebt wird und die orale Phase der Symbiose, wo die Wahrnehmung der Mutterbrust und der Rhythmus des mütterlichen Herzschlages die Erinnerungen des Säuglings an die pränatale Phase der Symbiose wachrufen. In jeder dieser Symbiosephasen können durch eine ambivalente oder ablehnende Einstellung der Mutter und Primärgruppe zum Kind Störungen und strukturelle Defekte der biologisch-psychologischen Entwicklung des Embryos auftreten, die sich in der Humanstruktur niederschlagen, als »Loch im Ich« (Ammon 1973). Jene frühen symbiotischen Erfahrungen werden im Unbewußten, in der Lebenseinstellung des Menschen gespeichert und in der weiteren postnatalen Entwicklung immer wieder reaktiviert. Dies geschieht in besonderem Maße in allen kreativen Prozessen: So stellt der therapeutische Prozeß in Sahlbergs Verständnis einen besonderen kreativen Prozeß dar, in dem durch Rückkehr in die frühkindliche Symbiose und das Wiedererleben der sozialenergetischen Mangelsituationen in der Symbiose eine nachholende Ich-Entwicklung stattfinden kann. In gleicher Weise ist auch das künstlerische Schaffen für Sahlberg eine Rückkehr in frühe symbiotische Erlebnissituationen, der Künstler kann jedoch — im Unterschied zum psychisch Kranken — durch die Sozialenergie der ihn umgebenden Lebensgruppe die erlebten Defizite sozialenergetisch »auffüllen« und durch das Kunstwerk Kommunikationsstrukturen schaffen, um sich der Gesellschaft mitzuteilen. Spiritualität schließlich stellt für Sahlberg die höchste Form der Kreativität dar, eine Regression in eine ganz frühe Phase der pränatalen Symbiose, den Zustand der Ich-Losigkeit, der Unendlichkeit, der Verschmelzung mit dem Kosmos.
Die differenzierte Analyse der prä- und perinatalen Phase der Mutter-Kind-Symbiose, so macht Sahlbergs Arbeit deutlich, trägt zu einem tieferen Verständnis kreativer Prozesse in Therapie, Kunst und Spiritualität bei.

I. Die Grundfigur des kreativen Prozesses

In dem Aufsatz »Der Dichter und das Phantasieren« sieht *Freud* das Spiel des Kindes als Vorbild und Modell des kreativen Prozesses: Das Kind »erschafft

* Dr. phil., Studienrat und freier Wissenschaftsjournalist
** Vortrag gehalten auf dem 6. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XIX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 7.—11. März 1988 in der Ludwig-Maximilians-Universität München

sich eine eigene Welt bzw. versetzt die Dinge seiner Welt in eine neue, ihm gefällige Ordnung.« *Freud* sagt, daß der Erwachsene in seiner Phantasie das gleiche tue: »Jede einzelne Phantasie ist eine Wunscherfüllung, die Korrektur der unbefriedigenden Wirklichkeit.« Als Beispiel bringt *Freud* »einen armen verwaisten Jüngling« auf dem Wege zu einem Arbeitgeber; der junge Mann phantasiert dabei, er würde die Stelle bekommen, später die Tochter des Arbeitgebers heiraten und dann selbst das Geschäft übernehmen. *Freud* sagt, hierbei habe »sich der Träumer ersetzt, was er in der glücklichen Kindheit besessen: das schützende Haus, die liebenden Eltern und ersten Objekte seiner zärtlichen Neigung.« *Freud's* Modell des kreativen Prozesses lautet dann: »Die seelische Arbeit knüpft an einen aktuellen Eindruck, einen Anlaß in der Gegenwart an, der imstande war, einen der großen Wünsche der Person zu wecken, greift von da aus auf die Erinnerung eines früheren, meist infantilen, Erlebnisses zurück, in dem jener Wunsch erfüllt war, und schafft nun eine auf die Zukunft bezogene Situation, welche sich als die Erfüllung jenes Wunsches darstellt, eben den Tagtraum oder die Phantasie, die nun die Spuren ihrer Herkunft vom Anlasse und von der Erinnerung an sich trägt. Also Vergangenes, Gegenwärtiges, Zukünftiges wie an der Schnur des durchlaufenden Wunsches aneinandergereiht.« (*Freud* 1908; vgl. *Sahlberg* 1980a und 1985a)

Im Unterschied zum Spiel des Kindes ist die Phantasie des Erwachsenen kein reales Tun, sondern ein imaginärer Akt, ein Entwurf, der dann verwirklicht werden soll. Die Biene baut ihre Wabe aus Instinkt, der Handwerker macht sich zuerst eine Vorstellung des Hauses, das er dann bauen wird (wie *Marx* sagte).

Eine detaillierte Darstellung des kreativen Prozesses gibt *Ammon.* Er sieht Kreativität als »das Vermögen, etwas Neues für sich zu entdecken und sich anzueignen.« Der kreative Prozeß werde ausgelöst »durch eine Situation, die für den Betreffenden die Qualität eines 'triggering-off'-Phänomens hat«. Beim kreativen Zustand handelt es sich »um eine besondere Form der Ich- und Identitätsdiffusion«, »welche die Grenzen der bisherigen Ich-Organisation auflöst und neue Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Vorstellungsinhalten und Bewußtseinsebenen herstellt.« »Der schöpferische Akt selbst bringt die in Bewegung geratenen Momente des kreativen Milieus und die diesen Momenten entsprechenden Ich-Zustände der Person in eine neue Einheit. Er dient daher der erneuten Abgrenzung der Person und ihrer Identität« (*Ammon* 1974a). Es werden »neue Erfahrungen« von außen und »unbekannte Möglichkeiten aus dem unbewußten Ich-Reservoir« in das Ich integriert (*Ammon* 1986). Wesentlich dabei ist, »daß jeder schöpferische Akt das Identitätsproblem neu in Szene setzt und erneut löst«, als »eine Art immer weiter ausholender Wiederholung des ersten Identitätsschritts aus der Symbiose heraus.« Grundlegend scheint mir *Ammons* These, daß »die Entwicklung einer eigenen Identität sicherlich die wichtigste schöpferische Aktivität des Menschen ist und die Basis einer kreativen Tätigkeit überhaupt.« Das Kind erwirbt die Fähigkeit, »die Situation der Symbiose wiederherzustellen« und dann eine »neue Abgrenzung«

zu vollziehen (*Ammon* 1974). Wesentlich ist, daß der Aufbau der Ich-Grenzen durch Zufuhr von »Sozialenergie« in der Primärgruppe, d.h. durch die Zuwendung der Mutter, erfolgt. Kreativität ist ein »gruppengebundenes Phänomen« (*Ammon* 1986).

II. Die peri- und pränatalen Wurzeln des kreativen Prozesses

Freuds Beispiel der kindlichen Phantasie bezieht sich auf die Ich-Struktur des Kindes im 3.—5. Lebensjahr. *Ammon* setzt die Ich-Bildung in den ersten Lebensjahren an. Er geht im übrigen davon aus, »daß sich bereits während der intrauterinen Entwicklung des Foetus ein unbewußter Ich-Kern bildet«, doch könne »von einer Ich-Grenze zu diesem Zeitpunkt noch nicht gesprochen werden«. (*Ammon* 1979, 1974 b) Meines Erachtens muß diese These differenziert werden. Die Forschungen der pränatalen Psychologie (vor allem ausgehend von *Graber* und von der von ihm gegründeten Internationalen Studiengemeinschaft für Pränatale Psychologie (ISPP), sowie von *Grof* und der transpersonalen Psychologie) haben neues Licht auf die Symbiose und auf die Schichten, in die das Ich beim kreativen Akt hinabtaucht, geworfen.

Ich möchte versuchen, aus dem mir bekannten Material mehrere Phasen der Symbiose (als Vorgang) zu unterscheiden. Zu erwähnen sind hier die Methoden der Erkenntnisgewinnung: 1. Die biologisch-physiologische Forschung (Resultate z.B. bei *Verny* 1981), 2. Interpretationen aufgrund von Träumen, Phantasien, Assoziationen mit der Technik der Psychoanalyse (vor allem Material der ISPP), 3. Erlebnisse in der Regression durch halluzinogene Drogen oder durch spezielle Atemtechniken (vor allem *Grof*).

1. Konzeptuelle Symbiose

Graber sprach von einer »Seele der Eizelle« mit der Eigenschaft der »Beharrung« und einer »Seele der Samenzelle« (mit der Eigenschaft der »Bewegung«). Bei der Befruchtung verschwindet die Samenzelle in der viel größeren Eizelle; aus der Verschmelzung beider entsteht die »Urzelle« (*Graber* 1978). *Grof* spricht von »zellulärem Bewußtsein«. Eine Versuchsperson erlebte sich als Samenzelle in rasender Suche nach dem Ei, verwandelte sich dann in das Bewußtsein der Eizelle, die in intensiver Erwartung war. Die beiden separaten Bewußtseinsteile kamen dann zusammen in ekstatischer Verschmelzung, mit einem Gefühl des Triumphes. Es folgte die Erfahrung der Embryogenese (*Grof* 1978). Ich schlage vor, von einer »konzeptuellen Symbiose« zu sprechen. Die Versuchsperson kann sich dabei als Bewußtsein, als Lichtfunke oder Seele erleben, die dem Zeugungsakt zusieht und dann in die Urzelle eingeht: aus einem Gefühl der Neugier heraus beschließt sie, die Erfahrung des Lebens zu machen (vgl. *Lowe* 1988).

Bei dieser ersten Symbiose kann ein erster Konflikt entstehen. *Meistermann-*

Seeger sagt, daß »die genetische Mitgift« der beiden Eltern mit »sich der Verschmelzung widersetzenden Unvereinbarkeiten« behaftet sein könne, einem »Nicht-Zueinander-Passen«, woraus ein »Grundmangel« entstehen könne, ein »Defekt in der Struktur« (*Meistermann-Seeger* 1987). Meines Erachtens dürfte die wichtigste Ursache eines Grundmangels die Ambivalenz der Mutter gegenüber der Schwangerschaft sein. Die erste Botschaft an die Urzelle besteht dann aus einem Nein und Ja zugleich: Du sollst nicht sein — du sollst sein. Das Nein, die Todesbotschaft, kann wie ein eisiger Schock wirken, der alle Empfindungsmöglichkeiten in einer Überreizung durchfährt, aufbläht, übermäßig zerdehnt. So entsteht eine erste Spaltung, ein Todesteil, und eine lebenslange Spannung und die Aufgabe, diesen Teil mit positiven Energien aufzufüllen.

2. Embryonale Symbiose

Die embryonale Phase dauert etwa vom 1.-4. Monat. Es gibt noch kein Bewußtsein, aber eine Körperempfindung. Sie wird vor allem bestimmt durch den Herzschlag der Mutter; es ist ein pulsierendes Dasein, getragen von rhythmischen Energien. Es entsteht eine bejahende Haltung, geöffnet für die Zufuhr von Energien, Grundlage von Rezeptivität und Hingabefähigkeit. Der mütterliche Orgasmus wird vollzogen, als intensive, kosmische Lusterfahrung.

Bei Ambivalenz bzw. Ablehnung bildet sich daneben ein negatives Proto-Ich, das sich selbst ablehnt. Unlustgefühle gegenüber dem mütterlichen Herzschlag und seinen negativen Botschaften können zu dem Versuch führen, aus dem Herzschlagrhythmus herauszukommen, in einem ersten Totstellreflex.

3. Foetale Symbiose

Etwa mit dem 5. Monat wird der Embryo bewußtseinsfähig (und damit zum Foetus). Es ereignet sich ein erstes Bewußtwerden, ein erstes Erwachen, das Gefühl »Ich bin da. Was ist das? Gerade eben war nichts da«; ein ungeheures Staunen, als Gefühl unendlicher Ausdehnung im Horchen in diese so total neue Existenz. (So jedenfalls bei Regression, wie sie *Grof* beschreibt, was natürlich heißt, daß die frühe Erfahrung von der Bewußtseinsorganisation des Erwachsenen nachvollzogen wird.)

Es folgt die allmähliche Entdeckung der Füße und Beine, Hände und Arme als Möglichkeiten der Bewegung, als Orte der Empfindung, die zum Ich gehören. Dann wird die Wand des Uterus wahrgenommen, sowie Placenta und Nabelschnur, damit die Empfindung der Berührung, durch die Reaktion der eigenen Haut darauf. Der Uterus wird erforscht. Geräusche werden registriert, Herzschlag und Darmgeräusche der Mutter, dann auch Stimmen von außen. Allmählich wird der Tagesablauf gelernt: Schlaf und Wachen mit der Mutter, ihr Aufstehen, Toilette, Essen, Arbeiten etc. — (nicht in unseren Begriffen, aber als Vorgänge). Der Foetus erlebt Lust und Unlust: Lust durch Reize

wie Geschaukeltwerden, Unlust durch Mangel an Reizen oder durch negative Reize. Der Foetus nimmt die Gefühle der Mutter wahr; ihre positive oder negative Einstellung zum Foetus erzeugt in ihm gutes oder schlechtes Befinden. Er sucht Lust, bleibt sie aus, versucht er sich selbst zu befriedigen, durch Trinken von Fruchtwasser *(Mihalovic* 1987) oder durch Selbstreizung wie Strampeln oder Hautzuckungen (was später ein nervöser Zwang werden kann, eine Reizgier, die nicht mehr zu befriedigen ist.) Die negative Einstellung der Mutter kann zu einem »Intrauterinen Hospitalismus« (*Hau* 1972) mit Resignation und pränataler Depression führen. Bei positiver Einstellung der Mutter gibt es eine erste Kommunikation über Gefühle: Gibt die Mutter gute Gefühle, reagiert der Foetus mit ebensolchen, was von der Mutter wieder gespürt wird. Der Foetus kann lernen, einen solchen Kreislauf selbst zu beginnen (vgl. die Experimente, wo die Mutter die Hand auf den Bauch legt, gute Gefühle hineingibt: der Foetus kuschelt sich in ihre Hand: *W.E. Freud* 1987). Der Vater wird wahrgenommen, durch seine Stimme, vor allem durch die Gefühlsreaktionen der Mutter auf ihn.

Der Foetus erlebt die sexuellen Erfahrungen der Mutter mit. Sie können bedrohlich sein, durch den Druck des Vaters und seines Penis (*Meistermann-Seeger* 1976) oder durch Angst der Mutter vor Sexualität. Hat die Mutter hier positive Erlebnisse, so erlebt der Foetus den Orgasmus der Mutter als ekstatische Verschmelzung, die ihm ein überaus positives Seinsgefühl vermittelt. Es kann vorkommen, daß der Foetus durch die Füße etwa die Mutter sexuell erregt, zuerst zufällig, dann lernt er, daß er sich auf diese Weise Lustgefühle verschaffen kann. Er wird tiefes Vertrauen in Sinn und Erfolg seines Handelns gewinnen.

4. Perinatale Symbiose

Am Ende der foetalen Phase wird es eng. Es entsteht der Drang nach Befreiung. Durch seine Aktivität leitet der »kompetente Foetus« die Geburt ein, die Wehen (*W.E. Freud* 1987). Er gerät nun in ein kolossales Drama: ein ungeheurer Druck, den er mit Gegendruck beantwortet (im günstigen Fall). Der Druck wird gleichsam angeeignet, als Stimulierung erfahren, im Wechsel von Hingabe und von Anspannung aller Kräfte. Hier geschieht die (nach der Zeugung) intensivste Symbiose bzw. Verschmelzungserfahrung mit daraus sich ergebendem Ichgefühl. Auch erlebt der Foetus nicht nur seine Gefühle, sondern auch die der Mutter. Es folgt die Geburt selbst als Befreiung, als Erfahrung von Raum, von Bewegungsmöglichkeit, dann das Atmen, als Anschluß an ein neues Energiefeld. Der erste Schrei ist eine Kontaktaufnahme (*Clauser* 1971). Im günstigen Fall wird die Geburt als Eigenleistung erlebt, die neue Abgrenzung als positive Selbstständigkeit. Im negativen Fall, bei starker Ambivalenz der Mutter, kann die Geburt als Ausstoßung, Abtreibung, als Fall in den Tod empfunden werden; die neue Existenzweise kann lebenslänglich die Tönung von Nichtexistenz behalten (vgl. den Begriff der »ontologischen Unsicherheit« bei *Laing* 1974).

5. Orale Symbiose

In der nachgeburtlichen Zeit wird im Stillen (verbunden mit der Wahrnehmung des mütterlichen Herzschlags, der Erinnerung an die vorgeburtliche Zeit erweckt [vgl. *Laing* 1978 über die Integration der vorgeburtlichen und der nachgeburtlichen Mutter]) eine rauschhafte Verschmelzung mit der Mutter erfahren; Nahrung und Liebe, verbunden mit Augenkontakt, werden als Kraftströme erlebt, die das Ichgefühl stärken (*Kohut* 1973).

Zusammenfassend läßt sich die Symbiose als Eintauchen in ein Energiefeld, in eine Allbeliebtheit beschreiben. In der positiv erlebten Verschmelzung vollzieht sich eine Zufuhr von Energie, wodurch das Seinsgefühl, Kraftgefühl, Ichgefühl entsteht, ein Selbstsein als abgegrenztes Wesen, eine Identität als Selbstbejahung. Diese jeweiligen Erfahrungen bzw. Erfahrungsmuster werden im Gedächtnis, im unbewußten Lebensgefühl bewahrt und können im späteren Leben immer wieder aufgesucht werden, wenn neue Reize, neue Erfahrungen ins Ich aufgenommen werden sollen.

Wenn die Symbiose sehr konflikthaft war, durch eine ambivalente Mutter (bzw. Primärgruppe), so wurden Mangelerfahrungen gemacht, die zu jeweiligen Arretierungen der Entwicklung führten, ein »Loch im Ich« (*Ammon* 1973) bewirkten; zugleich entwickelten sich als Reaktion darauf Heilungsversuche mittels Phantasien der Befriedigung — Wunschbilder, die aber statisch blieben und selbst wieder die Entwicklung behinderten (als »defizitäre oder destruktive Kreativität«).

III. Arten von Kreativität im Erwachsenenalter

1. Kreativer Lebensstil

Ammons Begriff von Kreativität zielt ab auf die kreative Persönlichkeit, die sich in einem »kreativen Lebensstil« äußert (»unabhängig von Schicht und Status«). Er ist gekennzeichnet vor allem durch freies, unkonventionelles Denken, unkonventionelle, oft bisexuelle Sexualität, besondere Intensität in zwischenmenschlichen Beziehungen, Leben in Gruppen von Gleichgesinnten, Erleben von Grenzsituationen, der Fähigkeit, der Existenz einen Sinn zu geben (*Ammon* 1986).

2. Therapie

Eine spezielle Form des kreativen Prozesses ereignet sich in der Therapie. Menschen, die durch frühe Defizite in ihrer Entwicklung gehemmt wurden, durch Mangel an Sozialenergie in der Primärgruppe, können in der Therapie ihre Kreativität entwickeln und entfalten. Im Schutze der therapeutischen Si-

tuation, die die Funktion eines »sozialen Uterus« hat, können sie in die Symbiose zurückkehren, frühe Mangelsituationen wiedererleben, wieder erleiden, und sich auch mit ihren defizitären Heilungsversuchen, den Wahngebilden, konfrontieren. Durch Zufuhr von Sozialenergie von seiten des Therapeuten bzw. der therapeutischen Gruppe, können sie sich von frühen Fixierungen lösen und eine nachholende Ich-Entwicklung, auch auf der Ebene des Körper-Ichs, erleben und flexible Ich-Grenzen aufbauen (*Ammon* 1986). Sie werden nun erst wirklich »geboren«, als sich lebendig und existent fühlende Wesen, die kontaktfähig geworden sind.

Archaische Heilungsrituale in Gruppen praktizieren die Schamanen. Sie wurden zuerst selbst von ihrer »Berufungskrankheit« — »epileptoiden Anfällen« geheilt, indem man sie symbolisch zerstückelte und dann wieder neu zusammensetzte. (*Eliade* 1982, vgl. auch *Rausch* 1988).

3. Kunst

Künstlerische Kreativität pflegt durch einen Konflikt in der kreativen Matrix vorangetrieben zu werden. Die Symbiosestruktur enthält ein negatives und ein positves Mutterbild bzw. ein negatives und ein positives Ich. Frühe Todeserfahrungen werden durch Lebens- und Lusterfahrungen überwunden, im nachholdenden Ich-Aufbau und der Wiederholung des Heraustretens aus der Symbiose. Kunstwerke wurzeln zur Hälfte immer im Vergangenen (Mnemosyne, die Göttin des Gedächtnisses, ist die Mutter der Musen), doch erschöpfen sie sich nicht in der Figur von »Loss and Reparation« (*M. Klein* 1964).

Der Künstler hat strukturelle Ähnlichkeit mit dem Psychotiker, d.h. seine kreative Matrix enthält ein »Loch im Ich« (*Ammon* 1973), er hat ein »poröses Ich«, mit einem Zwang, »fremdes Identitätsmaterial« in sich hereinzunehmen (*Wollschläger* 1983), wie auch die Phantasiegebilde, mit denen das Ich gefüllt, geheilt werden sollte. Beim Künstler sind die frühen Phantasiegebilde mit »konstruktiver Aggression« gefüllt. Es sind Kommunikationsstrukturen, die (im Unterschied zum Psychotiker) ihr Ziel erreichen. (*Sartres* »Idiot der Familie« wandelt sich zum Künstler.) Diese Strukturen wurden in Phasen des Mangels, der Leere, aus früheren positiven energetischen Erfahrungen gebildet, als Rhythmen, Bewegungsmuster, und dann festgehalten. Ein Liebesgedicht enthält im Kern die Erinnerung an eine positive Kommunikation mit der Mutter (ein Austausch von intrauterinem »Lustgezwitscher« (*Spitz* bei *Clauser* 1971). Ein Klagegesang wurzelt im frühen Erlebnis eines Mangels, der verbunden war mit der Hoffnung, ihn zu beheben. Aggressive Werke beruhen auf einstigen Erfahrungen konstruktiver Aggression. Indem der Künstler diese frühen Erlebnismuster mit der Sozialenergie seiner Gruppe neu füllt, belebt, ein Werk schafft, gelangen diese Muster erst zu ihrem eigentlichen Ziel und Zweck, zur Kommunikation.

Durch die Gestaltung, durch die Formung der Phantasie, löst sich der

Künstler aus dem symbiotischen Zustand. Das Werk ist ein neues, virtuelles Ich. (Das Werk läßt oft die Symbiose wie auch die Abgrenzung aus ihr erkennen.) Das Werk ist zugleich ein Spiegelbild der Gruppe, ein Abbild ihrer emotionalen Bewegtheit, ihrer Tendenz zur Erneuerung, Erweiterung. Das Werk ist ein Geschenk an die Gruppe, sie kann sich darin, gerade in ihren neuartigen Zügen, erkennen, mit sich kommunizieren. In den Werken von *Michelangelo* oder *Shakespeare, Goethe* oder *Beethoven* fanden die neuen gesellschaftlichen Energien ihre Darstellung.

Die Wurzel vieler großer Werke dürfte die Phantasie der Selbsterzeugung und Selbstempfängnis sein, der Wunsch, sich selbst mit anderen, besseren, oft göttlichen Eltern neu beginnen zu lassen. In den Ritualen der Schamanen ist diese Phantasie zu beobachten (vgl. auch die christliche Mythologie mit der Erzeugung durch den Heiligen Geist und der Vorstellung des göttlichen Vaters). Die Geburtserfahrung, in der doppelten Rolle von Mutter und Kind, scheint bei Künstlern von besonderer Prägkraft zu sein. Das Werk wird als Neugeburt, als Geburt eines neuen Ich durch den Akt des Selbstgebärens erlebt. (Sehr deutlich z.B. bei *Benn*; vgl. *Sahlberg* 1986).

In Einzelwerken wie auch in Gesamtwerken ist immer wieder das Muster von Tod und Wiedergeburt zu finden. Es geht um den Tod eines alten Ichs und um die Geburt eines neuen (als »Wandel der Identität«, *Burke* 1966). Das Sterben des alten Ichs kann den Tod der alten Persönlichkeit als gesellschaftlich überholter Ichstruktur bedeuten (*Janus* 1987) oder die Todeserfahrung aus den frühen Phasen. Oft enthält ein Einzelwerk oder auch mehrere nur diese erste Phase, wie etwa in *Goethes* Werther oder in vielen Werken *Kafkas*. Das alte Ich wird ausgeschieden, ausgestoßen, gleichsam abgetrieben. *Goethes* Faust beginnt dann mit einem Todeswunsch, worauf die neuen Kräfte, Sexualität und Aggression in Gestalt von Mephisto integriert werden. (Mephisto mit seinen Zügen einer Freundes- und Vaterfigur weist auf die Triangulierung, eine Grundtendenz vieler Werke.)

Ich habe einige Künstler in früheren Veröffentlichungen genauer untersucht. Bei Balzac erscheint der Wendepunkt im frühen »Buch der Mystik«. Der erste Teil, »Louis Lambert«, stellt den Ausbruch einer Psychose dar (mit tödlichem Ende); der zweite »Séraphîta«, eine tiefe Regression mit Todeserfahrungen und dann die Heilung mit der Ablösung von einer übermächtigen Mutterfigur und einer abschließenden Gottesvision. Danach entstehen die realistischen Hauptwerke *Balzacs:* Er streicht gleichsam das reale Frankreich aus und ersetzt es durch die Welt seiner Comédie humaine. Bei *Baudelaire* ist die Tod- und Wiedergeburtsphase von 1859—61, mit dem Übergang von den »Blumen des Bösen« zu den »Pariser Bildern« und den »Kleinen Gedichten in Prosa« (*Sahlberg* 1980b). Bei *Benn* vollzieht sich Analoges von 1927—34 (*Sahlberg* 1977, 1983, 1985). *Picasso* gestaltet in »Guernica« in der politischen Tragödie zugleich sein Geburtstrauma und dessen Bewältigung (*Sahlberg* 1985b). (Zu *Poe* und *Karl May* vgl. *Sahlberg* 1981 und 1984). Immer bildet eine Gruppe (Klasse) den energetischen Rahmen.

Im übrigen ist bei Künstlern zu bedenken, inwieweit die Werke Phantasien sind und bleiben, imaginäre Lösungen, die nicht ins Erleben der Körperperson integriert werden (worauf mythische Figuren wie *Hephaistos* oder *Homer* deuten). In neuerer Zeit scheint der narzißtische Aspekt des Produzierens (Widerspiegelung von Leistungszwängen) sich oft zu verselbständigen, unter Aufopferung des Lebens (von *Flaubert* bis *Arno Schmidt* und seinem »Zettels Traum«).

Der tiefe Sinn der Kunst (als »objektiver«, im Unterschied zur »subjektiven«, die in der Moderne vorherrscht, *Rajneesh* 1986) findet sich vor allem in der religiösen Architektur: Der Tempel als Uterus, als Energieleiter und -stimulator; hier versammeln sich die Menschen zum Gebet, zur Meditation, sie stellen ein energetisches Feld her, ein Buddhafeld, und öffnen ihr Ich zur »Kommunion mit dem All« (*Benn*), wie es heutige Gruppen tun, in Esalen, Findhorn, Rajneeshdham, in der Villa Volpi oder der Casa Ammon.

4. Spiritualität

Spirituelle Erfahrungen lassen sich als höchste Form menschlicher Kreativität bezeichnen, wenn man diese nicht als Produzieren, sondern als seelisches Wachstum versteht, wie es *Ammon* tut oder auch *Maslow,* der der Kreativität als Produzieren die Kreativität der »Selbstverwirklichung« gegenüberstellt; sie besteht aus »Freude am Wachstum«, in Erlebnissen des »Überflusses«, der »Glückseligkeit«. *Maslow* spricht von »Gipfelerfahrung« und verweist dabei auf das »kosmische Bewußtsein«, ein Ausdruck, mit dem *Burke* die mystischen Erfahrungen wie z.B. das Nirwanaerlebnis *Buddhas* bezeichnete (*Maslow* 1973). Einen ähnlichen Gedanken entwickelte *Graber,* der dem Künstler mit seinem Streben nach immer neuer »Ichgeburt« den Heiligen gegenüberstellt, der die »Ichbefreiung« erstrebe. Auch für *Graber* ist *Buddha* das zentrale Beispiel. *Buddha* sei den »Weg der Versenkung« gegangen, den »Weg der Regression zum einheitlichen Selbst«. Er habe dabei »alle Identifizierungen«, auch die mit dem »Körperich« aufgelöst und so die »ursprüngliche Integrität des Seelenlebens« wiedergefunden, das im »pränatalen Unbewußten« vorhandene »Selbst«, das nun bewußt geworden sei, in einem »restlosen Einswerden mit der Welt«, in einer »kosmischen Alleinheit«, die der »Inbegriff der Ruhe« sei und »höchste Glückseligkeit«. *Graber* spricht vom »Erlöschen der gesamten Regressionstendenz«, dem »Aufhören des Wiederholungszwangs«, dem »vollen Besetzungsentzug«, und dem »freien Abströmen der Energie« (*Graber* 1976, 1972).

Buddhas Versenkung läßt sich als eine letzte Rückkehr in die Symbiose verstehen, bis zum ersten Erwachen des Embryos, der sich noch nicht mit seinem Körper identifiziert hat, oder bis zum Moment bevor die Seele, das Bewußtsein, in die Urzelle eingeht. Das Erwachen, die Erleuchtung ist dann das Aufsteigen dieses frühen Zustandes ins Bewußtsein des Erwachsenen, der sich nun als Ich-los, ohne Grenzen, als unendlich und ewig empfindet. Analoge Er-

fahrungen beschreibt *Grof:* Nach der Lösung von der Persönlichkeit und dem Körperich erfolgt der »Ich-Tod« und das Erlebnis der Einheit mit der Existenz, dem Kosmos, dem Sein an sich (*Grof* 1985, 1987). Das gleiche Schema der Erfahrung zeigen viele Rituale der Schamanen und die ubiquitären Transformationsprozesse, wo auf den Tod die Wiedergeburt als Geistwesen folgt (*Metzner* 1986). Ein wesentlicher Zug dieser Erfahrung scheint darin zu bestehen, daß Tod und Zerstörung nicht mehr abgewehrt bzw. überwunden, sondern akzeptiert werden: Ende des Kampfes, der Spannung, des Dranges und der Suche; völlige Entspannung, Loslassen des Anhaftens, worauf das Erwachen erfolgt, Samadhi, Satori, ein Zustand, der im Zen-Buddhismus als der natürliche und normale bezeichnet wird, den jeder Mensch in sich habe, meist aber ohne es zu wissen, da er im Lärm der Ichstrebungen befangen ist. Von *Ammons* Denken aus könnte man diese spirituellen Erfahrungen als Aspekt des im Unbewußten lokalisierten »zentralen Ich« bezeichnen (*Ammon* 1986).

Es handelt sich um Erfahrungen, die sich dem rationalen Begreifen entziehen, doch gleichwohl unsere Neugier fesseln. Ich habe eine Reihe von Darstellungen der Erleuchtung gelesen, von westlichen Autoren wie *Huxley* und *Watts,* von östlichen wie *Ramakrishna, Ramana Maharshi, Yogananda, Sivananda, Bhagwan Shri Rajneesh.* Der interessanteste und lehrreichste dieser Texte ist derjenige von *Rajneesh* und da er auch zentrale Aspekte des kreativen Prozesses beleuchtet, möchte ich auf ihn eingehen.

Nach einigen Jahren der spirituellen Suche setzte ein Prozeß mit drei Phasen ein. Die erste dauerte ein Jahr: *Rajneesh* spürte nur noch Zweifel, Unsicherheit, Leere. Es war eine Zeit der Finsternis, der Vernichtung, des Sturzes in die Tiefe, mit einem Verlust des Körpergefühls. In der zweiten Phase, die eine Woche dauerte, verlor er allen Ehrgeiz, das Interesse an Gott oder dem Nirwana, die Buddhakrankheit war beendet, der Frager starb. *Rajneesh* kommentiert: »Der Drang zu suchen war das Hindernis.« »Das Bemühen selbst war die Schranke.« »Bemühen ist notwendig, ohne Bemühen geht nichts. Und ebenso geht nichts *nur* durch Bemühen.« Die dritte Phase dauerte eine Nacht. *Rajneesh* fühlte sich in einem Abgrund, wie eine Frau in den Wehen. Er löste sich von der Vergangenheit, der Verstand und alle Begrenzungen verschwanden. *Rajneesh* existierte nicht mehr, er war ein Nichtwesen. Jede Körperzelle war völlig entspannt, im Innern brannte ein Licht der Bewußtheit. Er spürte neue Energien aus dem Nichts, eine überwältigende Gegenwart, ein pulsierendes Leben, Wirbelstürme von Licht, Freude, Ekstase, in denen er ertrank. Er erfuhr eine andere Wirklichkeit, die wahre Wirklichkeit, sie war namenlos. Es drohte ihn im Zimmer zu ersticken, er ging ins Freie. Zum ersten Mal war er nicht allein, kein Individuum mehr, es gab keine Grenzen mehr. Eine gewaltige Kraft erhob sich in ihm. Im Garten leuchtete alles. Er setzte sich unter einen Baum. Alles beruhigte sich. Das Universum war ein einziger Segen. — Abschließend sagt er: »An jenem Tag geschah etwas, das weiterging, nicht als Dauerzustand, sondern eher als eine Unterströmung.« Später meinte er, »die Erleuchtung sei nichts Besonderes, sondern sehr alltäglich« sie bedeute, »na-

türlich zu werden« (*Joshi* 1983). *Rajneeshs* Satz »Die Existenz ist meine Mutter« läßt sich als Transformation der Symbiose ins Spirituelle verstehen.

Zum Schluß ein Blick auf die Philosophie des New Age: Sie begreift das Sein, das Universum seit dem Urknall als Entfaltung von Energie, die zugleich Bewußtsein ist, das sich im Laufe der Evolution konzentriert und höher entwickelt und in den Erfahrungen des Erwachens, der Erleuchtung zu sich selbst kommt (*Grof* 1985, 1987; *Wilber* 1987).

The Creative Process and Its Peri- and Prenatal Roots

Oskar Sahlberg (Berlin)

In his article the author analyses the connections between the pre- and perinatal development of the child and the creative process of the adult. Referring to *Günter Ammon's* concept of creativity (*Ammon* 1974, 1986) he considers the creative process as a specific form of ego- and identity diffusion, dissolving the borders of the hitherto existing ego-organisation and establishing new relationships between the conceptual contents of the ego. New experiences are thus integrated into the personality and a new, expanded identity is demarcated (*Ammon* 1986). The creative process is for *Sahlberg* a kind of repetition of the first steps of identity development in demarcation from the mother-child symbiosis.

In order to gain a deeper understanding of the creative process as a symbiotic process the author focusses on a detailed and differentiated analysis of the different stages of the ego-development in the pre- and peri-natal phase of the mother-child symbiosis. For this purpose *Sahlberg* refers to findings from the biological-physiological research of the embryonal development (*Verny* 1981), to the psychoanalytic interpretation of dreams, fantasies and associations and to experiences from regressions induced through hallucinogenic drugs or special breath techniques (*Grof* 1978).

Sahlberg distinguishes five phases of the pre- and perinatal symbiosis:

a) *The conceptual symbiosis:* It contains the experience of the unification of ovum and sperm cell, the communication between the »soul of the ovum« and the »soul of the sperm cell« (*Graber* 1978), a first experience of energy, light and development.
b) The *embryonal symbiosis* from the first to the fourth month of the embryonal development provides already a first body experience, but no consciousness. There exists an openness for the supply of energy.
c) *The fetal symbiosis* from the fifth month till the birth: Now the fetus achieves a capacity for consciousness, a first attitude of curiosity, of exploring the own body, the wall of the uterus, of learning the rhythms of the mother is developed. The feelings of the mother are registered by the fetus, leading to physiological answer reactions. If the mother conveys a negative

attitude towards the fetus, an »intrauterine hospitalism« (*Hau* 1972) can occur.

d) *The perinatal symbiosis:* The birth process is also started through the own activity of the fetus. It experiences the completed birth as liberation and connection with a new field of energy. In dependence on the attitude of the mother towards the child the latter experiences the birth either as a new step, a new demarcation or as an act of abandonment and desertion.

e) *The oral symbiosis:* The nursing of the baby at the breast of the mother together with the perception of the heartbeat of the mother recalls the child's memories of the prenatal time, the union with the mother (*Kohut* 1973).

In summary the author considers the whole process of symbiosis as immersion into an energy field, a positively experienced fusion. A new ego-feeling is developed through the energy supply. The symbiotic experiences are stored in the unconscious life attitude and re-activated in the post-natal ego-development.

The creative capacity as adult is strongly influenced by the experiences in the early symbiotic phases. Particularly the therapeutic process, which is regarded by *Sahlberg* as specific creative process, is marked by a return to the symbiosis, by the re-experiencing of early deficiency situations, in order to start a retrieval of creativity development in the course of therapy as well as the retrieval of ego-development as a whole and the formation of flexible ego-boundaries (*Ammon* 1986).

Works of art as expression of creativity are also closely related to symbiosis: they involve the re-encounter with early symbiotic experiences, early fantasy creations. The artist fills these early pre- and perinatal patterns of experience with the social energy of the surrounding group (*Ammon* 1982), creates a work which serves for communication. He thus makes a gift to the group by offering a mirror image of the group. Most authors re-experience in their creative work earlier situations of closeness to death as well as situations of birth and rebirth (*Sahlberg* 1986).

The author sees also spirituality, which is for him the supreme form of human creativity, as the return to a very early symbiotic stage, the state of egolessness, infinity, eternity and union with the cosmos (cf. *Grof* 1985, 1987).

In the understanding of the author therapy, art and spirituality are meaningful ways of communication and ego-development in contact with the early symbiotic experiences of man. Therefore the analysis of the early pre- and perinatal phases of man's symbiosis helps to gain a deeper insight into the dynamics of creativity and ego-development.

Literatur

Ammon, G. (1974a): Kreativität und Ich-Entwicklung in der Gruppe. In: *Ammon, G.* (Hrsg.) Gruppendynamik der Kreativität (Berlin: Pinel Publikationen)

— (1974b): Vorgeburtliche Phantasien und Träume im gruppenanalytischen Prozeß. In: *Graber, G.H.* (Hrsg.): Pränatale Psychologie.

— (1979): Entwurf eines dynamisch-psychiatrischen Ich-Struktur-Konzepts. In: *Ammon, G.*

(Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
— (1982): Kreativität als Grenz- und Identitätsgeschehen. In:*Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)
— (1986): Der mehrdimensionale Mensch (München: Pinel Verlag)
Burke, K. (1966): Dichtung als symbolische Handlung.
Clauser, G. (1971): Die vorgeburtliche Entstehung der Sprache als anthropologisches Problem — der Rhythmus als Organisator der menschlichen Entwicklung.
Eliade, M. (1982): Schamanismus und archaische Ekstasetechnik.
Freud, S. (1908): Der Dichter und das Phantasieren. (GW VII)
Freud, E.W. (1987): Die Zweckmäßigkeit des Begriffs der Emotionellen Besetzung (Kathexis) für die Pränatale Psychologie. In: *Fedor-Freybergh, P.G.* (Hrsg.): Pränatale und perinatale Psychologie und Medizin.
Graber, G.H. (1972): Neue Beiträge zur Lehre und Praxis der Psychotherapie.
— (1976): Psychologie des Mannes. In: *Graber, G.H.:* Gesammelte Schriften Bd. II (Berlin: Pinel-Publikationen).
— (1978): Ursprung, Zwiespalt und Einheit der Seele. In: *Graber, G.H.:* Gesammelte Schriften Bd. I (Berlin: Pinel-Publikationen)
Grof, S. (1978): Topographie des Unbewußten.
— (1985): Geburt, Tod, Transzendenz.
— (1987): Das Abenteuer der Selbstentdeckung.
Hau, Th. (1972): Peri- und pränatale Faktoren der Neurosenätiologie.
Huxley, A. (1983): Moksha (mit einem Nachwort von *O. Sahlberg*).
Janus, L. (1986): Vorgeburtliche Lebenszeit und Geburtserleben.
— (1987): Die Funktion von Phantasien des Schreckens, des Grauens und der Qual in der Psychodynamik der Bewußtseinsentwicklung der Menschheit. In: Freiburger literaturpsychologische Gespräche 7.
Joshi, V. (1983): Der Erwachte.
Klein, M. (1964): Infantile Anxiety-Situations Reflected in a Work of Art and in the Creative Impulse. In: *Klein, M.,* Contributions to Psychoanalysis 1921—45.
Kohut, H. (1973): Narzißmus
Laing, R.D. (1974) Das geteilte Selbst.
— (1978): Die Tatsachen des Lebens.
Lowe, P.G. (1988): Inner Vision.
Maharshi, Shri R. (1944): Erwachen. In: *Zimmer, H.:* Der Weg zum Selbst.
Maslow, A. (1973): Psychologie des Seins.
Meistermann-Seeger, E. (1976): Gestörte Familien.
— Pränatale Existenz in der Kurztherapie, die Fokaltraining heißt. In: *Fedor-Freibergh* (Hrsg.)
Metzner, R. (1986): Opening to Inner Light.
Milakovic, I. (1987): Die Theorie einer pränatalen libidinösen Phase: 20 Jahre danach. In: Fedor-Freibergh (Hrsg.)
Rajneesh, Bhagwan Shri (1986): Kunst kommt nicht von Können.
Rausch, H. (1988): Die »epileptische Reaktion« als Extrembeispiel eines psychosomatischen Geschehens. Prä- und perinatale Aspekte. In: *Schusser, G./Hatzmann, W.,* (Hrsg.): Das Leben vor und während der Geburt.
Sahlberg, O. (1977): Gottfried Benns Phantasiewelt — »Wo Lust und Leiche winkt«.
— (1980a): Die Wechselwirkungen zwischen Gesellschaft und Psyche als Kern von Freuds Literaturtheorie. In: lendemains 18.
— (1980b): Baudelaire und seine Muse auf dem Weg zur Revolution.
— (1981): M. Bonapartes Poe-Studie aus heutiger Sicht. In: *Bonaparte, M.:* Edgar Poe.
— (1983): Benns Psychotherapie bei Hitler. In: Literaturpsychologische Studien (Hrsg. Schönau, W.).
— (1984): Therapeut Kara Ben Nemsi. In: Karl May (Hrsg. *Eggebrecht, H.)*
— (1985a): Die Selbsterschaffung des Genies. In: Freiburger literaturpsychologische Gespräche 4.
— (1985b): Picasso Guernica: Dionysos und die Sphinx. In: Freiburger literaturpsychologische Gespräche 4.
— (1985c): G. Benn — der Dichter als Psychologe. In: text + kritik 44.
— (1986): Benns Ekstasen. In: Die Aktualität Gottfried Benns (Evangelische Akademie Iserlohn).
Sivanada, Shiri (1985): Biography of a Modern Sage.

Verny, Th. (1981): Das Seelenleben des Ungeborenen.
Watts, A. (1958): This is it.
Wilber, K. (1987): Halbzeit der Evolution.
Wollschläger, H. (1983): Joyce pro toto oder Tiefenmuster der Sprache. In: Der Rabe 2.
Yogananda, P. (1950) Autobiography of a Yogi.

Adresse des Autors:
Dr. phil. Oskar Sahlberg
Sophie-Charlotte-Straße 49
1000 Berlin 19

The Patient's Rights in Psychiatry**

Amnon Carmi (Haifa)*

In dieser Arbeit gibt der Autor einen Überblick über den Stand der Gesetzgebung im Bereich der Psychiatrie in verschiedenen Ländern und beschreibt neuere Tendenzen. Er konzentriert sich dabei auf folgende Punkte: 1. Grundrechte, 2. Aufnahme und Therapie, 3. Beschwerdemöglichkeiten. Anhand seiner vergleichenden Untersuchung kommt der Autor zu folgenden Ergebnissen: Die Grundrechte des Patienten, z.B. Bewegungs- und Informationsfreiheit, das Recht auf freie Kommunikation wurden verbessert, die Zwangseinweisung wird an strengere Richtlinien gebunden, die Rechtmäßigkeit kann durch unabhängige Institutionen überprüft werden, in der Therapie werden ambulante und offene Einrichtungen bevorzugt, die Psychiatrie soll mehr in das allgemeine Gesundheitssystem integriert werden. Das Recht des Patienten, Beschwerde einzulegen und seine Entlassung zu erreichen, ist nur in einigen Ländern, z.B. Großbritannien befriedigend gelöst. Trotz einiger Verbesserungen, die in der letzten Zeit, vor allem durch Druck von Seiten der Öffentlichkeit, erreicht werden konnten, fordert der Autor rasche und umfassende Maßnahmen von Seiten der Gesetzgebung, um eine wirkliche Gleichstellung des psychiatrischen Patienten gegenüber dem »gesunden Bürger« zu erreichen. An der Erreichung dieses Zieles wird sich jede Gesellschaft messen lassen müssen.

The Need for Change

For at least 500 years, the evolution of individual autonomy has been a major theme in Western civilization. Psychiatry in the last 100 years, has had an ambivalent relationship with the quest for autonomy. During the last generation, there has been an enormously increased emphasis upon the rights and prerogatives of the individual. This movement is exemplified by the conflict between the law and psychiatry concerning the rights of individuals whose capacity for self-determination may be seriously impaired by mental illness.

Law is an integral part of human civilization and derives from the feelings, conceptions, needs and wishes which prevail in a given society. The liberty we enjoy, as well as the necessary limits on it, are regulated by laws. The nature of a society is reflected, inter alia, by the way in which the laws of that society regard the less privileged. Society has known insanity from ancient days. Until very recently, most of the accepted norms with regard to the mentally ill people disregarded and denied their basic rights, due to fear and ignorance.

The present survey reviews some of the modern trends in the legislation of various countries. Much has been achieved in this field during the last century. Much more has to be done in order to establish and secure the rights of the mentally ill people.

* Professor Judge; Richter am District Court of Haifa, Präsident der Society for Medicine and Law in Israel, Vize-Präsident der World Association of Medical Law, Präsident des Israelischen Zweiges der WADP

** Vortrag gehalten auf dem 6. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XIX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 7.—11. März 1988, Ludwig-Maximilians-Universität München

Legislation

The history of the modern legislation in the developed countries shows how slowly but consistently special rights had been established for special groups of people, like the disabled and the handicapped. Within this frame, laws concerning the mentally ill sprang up, but they were mainly dealing with compulsory admission to psychiatric hospitals.

In the United Kingdom there has been no noticeable trend in legislation strengthening' the rights of special groups.

In the Netherlands, the rights of psychiatric patients committed to hospital received much attention in the 1960s, which in 1970 resulted in a bill on special admissions to psychiatric hospitals (Parlamentary document, 11 270). This was later amended to include certain rights of voluntary patient, and replaced the 1884 Lunacy Act. Unfortunately, it seems that there was no real movement towards more specific legislation.

In Austria, during the last decade, care of the mentally ill has assumed added prominence in the public consciousness. The following tenets may be discerned: less inpatient treatment of the mentally ill, and more treatment in outpatient department, less treatment in institutions and more care in other establishments. Last but not least: More freedom of movement and freedom of decision for the mentally ill, even in closed wards; less officially regulated use of force, and more freedom of will and collaboration.

In Finland, the Mental Health Act became valid in 1978, thus improving the legal status of the mentally ill. The cooperation between the various sectors of health care and social welfare brought about the development of the structure of mental health work and its functioning. The Finish Public Health Act opened up the possibility of making mental health services part of primary health care, and emphasized the importance of coordinating hospital and ambulatory care in order to safeguard the continuity of patient treatment.

In the American psychiatric practice, three phases might be noticed: The Custodial period (1870—1930), the Therapeutic period (1930—1950), and the Health Systems period (since 1950).

In France, specific legislation on mentally ill was amended only slightly since 1838. However, the law of 1981 guarantees information, freedom of movement and communication and assistance in obtaining a discharge. Both compulsory and voluntary patients can address themselves to a judge.

In Belgium, the status of mental patients was regulated by the law of 1850. The purpose of this law was threefold:

a) to protect the population from hazards that might be caused by mental patients not kept in custody;
b) to guarantee the liberty of the individual by preventing internment on the ground of alleged insanity;
c) to provide the necessary treatment to those who need it badly.

The desire to protect society against the actions of patients lay in the first pla-

ce. In 1982 a new bill was tabled. Its fundamental purpose was to protect the mentally sick against society, the protection of society against the mentally sick no longer being the prime concern. While the law of 1850 stipulated that the physician should ultimately decide on the internment of a mental patient, under the 1982 bill, that decision would now be taken by the judiciary. The 1982 bill was based on the draft recommendation of the Committee of Ministers of the Council of Europe.

Recently, there is a drive towards change resulting from the cumulative efforts of United Nations bodies, European governmental organizations, and active pressure groups, which mobilize public interest. Generally, such tendency does not involve comprehensive treatment of the whole matter, but is limited to the prescription of outpatient care and care in open institutions.

Protection of Rights

By the mid-20th-century a large number of people were involuntary confined in mental institutions. But due to the fact that the treatment methodologies were limited, and due to the inadequate financial resources and certain discriminatory commitment procedures, the hospital maintained a bad reputation and generated public call for change.

Mental patients, following the path of other minorities, increasingly sought legal protection of their rights. Legislative reforms and court decisions accelerated the release of patients from mental institutions, tightened the procedures for admissions or commitments and enunciated patients' rights by settling minimum standards of care and other remedies.

The modern society is involved in a profound reshaping of its attitudes and establishing laws regarding psychiatry in general and mental patients in particular. This tendency is not shared by all societies. For instance, in Sweden the health care policy is to eliminate regulations whereby persons with a particular disability or illness are specially treated. According to this policy, although every disability or illness requires its own therapy, the requisite medical care must be provided for within the framework of general health legislation.

It is difficult to predict the shape and direction of future change, but it does seem inevitable that the general trend toward legal regulation and political control of health systems will be felt quite strongly in psychiatry. Complete application of modern psychiatric progress in the treatment of the mentally ill presupposes not only the existence of suitable health institutions and trained personnel, but also the right legislative framework to ensure the personal rights of the mentally ill, and to see that they receive proper treatment under the law.

Admission and Treatment

In the past, the laws on the mentally ill were especially concerned with com-

pulsory admission to a psychiatric hospital. These laws allowed also for compulsory treatment, sometimes under certain conditions. A new trend in this legislation is developing. Especially in newer laws, the rights of the mental patient are guaranteed, and there is a growing tendency towards treating patients on an outpatient basis and in open institutions.

In Iceland a draft (1980) of a Health (Mental Services) Bill proposed to make it more difficult to commit patients to mental hospitals, and established procedural safegrounds. In Malta, a person may only be detained against his will if he is suffering from mental disorder of a kind that renders him a danger to self or others. The Mental Health Act 1976 provides the requirement and procedure in case of compulsory admission to a psychiatric hospital, his duration of detention in case of admission or for observation, and in cases of emergency, his right of appeal.

In Poland, the 1952 regulation states that mental patients can be institutionalized if they are dangerous to themselves or to society. The courts can order commitment of persons who are suspected of mental disorder or have committed an offence. Patients may be admitted to a mental hospital when requested by their family, but only on submission of a medical certificate showing the need for treatment.

In the Federal Republic of Germany, legislation on mental patients is in the hands of the »Länder« (States). In most of these laws, compulsory confinement of mental patients is possible. In Greece, under the law of 1912, institutionalization of mental patients is allowed if they are a danger to others. In the Netherlands, a new law on the institutionalization of mental patients lays down the rights of the patient. For enforced treatment a care plan is legally required, to which the patient — or if he is not competent to express his will, his legal representative may give or withhold consent.

Romania (1958) permits compulsory commitment to a mental hospital in dangerous cases, as judicially defined. In Denmark (1983), compulsory hospitalization can be imposed on psychiatric patients who are dangerous to themselves or those around them. Law No. 180 (1978) in Italy permits compulsory treatment of psychiatric patients, but compulsory institutionalization in a medical hospital is not allowed. In Hungary, compulsory confinement in a psychiatric hospital is regulated in the Law on Health (1972). In Spain it is regulated in a Decree of July 1931.

Compulsory hospitalization is still accepted by most legislations, but more attention is given to the rights and the needs of patients who are admitted to hospitals against their will. Doctors are asked or allowed to hold these patients and treat them even without their consent, but special committees of judicial agencies are authorized to check the legal validity of such procedures as well as the necessary length of such hospitalization.

Complaint

There is no need to indicate or emphasize the importance of the patient's rights to complain. Each patient should be entitled to bring his case to an impartial reviewing body and that this right be carried into practice in a reasonable way.

In the United Kingdom, for instance, mentally ill patients have the right to appeal to Mental Health Review Tribunals periodically in order to be discharged. Patients detained for assessment are able to appeal to a Tribunal within 14 days of their detention. Patients who do not exercise their right of application to a Tribunal in the first six months must have their case referred by a hospital manager. Moreover, a Mental Health Act Commission has the power to visit and interview detained patients, to ensure patients are informed of their rights to examine the lawfulness of detention and to investigate complaints. Similar control committees function in Norway to assure that existing rules are followed.

Future Legislation

In the United States of America, about 75 per cent of all treatment was conducted in hospital forty years ago, whereas today outpatient treatment accounts for 75%. In an historical review a clear movement of emphasis can be perceived from the detention aspect towards treatment.

We tried to review in the present survey the new laws concerning the admission of mentally ill persons to psychiatric institutions, the ambulatory treatment, and the rights of the patient to free communication and movement and to complain.

The system of rights of the ordinary »healthy« citizen comprises many more privileges. There is no reason why mentally ill people should not enjoy these privileges too. As such rights have not been guaranted to the mental ill persons for hundreds and thousands of years, the modern State is bound to do its utmost for their formation and effectuation, as soon as possible, as comprehensively as possible, by way of legislation.

The metally ill, more than other members of our society is in need of these rights, due to his weakness. The nature of each society will be reflected in the way it lends a hand and extends its help and secures the rights of the mentally ill people through proper legislation.

Die Rechte des Patienten in der Psychiatrie

Judge Amnon Carmi (Haifa)

Der Autor gibt in der vorliegenden Arbeit einen Überblick über die Ent-

wicklung und den Stand der Rechtsprechung im Bereich der Psychiatrie in verschiedenen westlichen und sozialistischen Ländern. Gerade während der letzten Generation standen die Rechte des Individuums und seine Autonomie immer mehr im Vordergrund des Interesses. Dies verschärft zwangsläufig den Konflikt zwischen der Rechtsprechung und der Psychiatrie bei Patienten, deren Fähigkeit zur Selbstbestimmung durch ihre Krankheit vermindert ist.

Eine Gesellschaft läßt sich unter anderem auch dadurch charakterisieren, inwieweit sie die errungenen Rechte und Freiheiten des Individuums auch den weniger privilegierten Mitgliedern zugesteht. Furcht und Unkenntnis sind für den Autor der Grund dafür, daß bis heute bei den psychisch schwer kranken Menschen ihre Grundrechte mißachtet und verweigert werden.

Die hohe Zahl der zwangsuntergebrachten Patienten, begrenzte Behandlungsmethodiken, ungenügende finanzielle Ausstattung, diskriminierende Aufnahmeprozeduren führte seit Mitte dieses Jahrhunderts dazu, daß das Ansehen der Psychiatrie sank, es mehrten sich in der Öffentlichkeit die Stimmen, die Veränderungen forderten. Es entstanden Gesetzesformen, die die Entlassungen aus den Anstalten beschleunigten, die Aufnahme regelten, die Rechte für die Patienten festlegten sowie einen Mindeststandard für die Behandlung und Pflege sicherten. In den meisten Ländern wurden so spezielle Gesetze für den Bereich der Psychiatrie und für psychiatrische Patienten erlassen. Eine Ausnahme bildet Schweden, das spezielle Bestimmungen für bestimmte Gruppen von Kranken abschaffte, vielmehr sollte die medizinische Behandlung für alle Patienten innerhalb des Rahmens der allgemeinen Gesundheitsgesetzgebung erfolgen.

Ein Blick auf die Geschichte der Gesetzgebung in den hochentwickelten Ländern zeigt, daß nach und nach spezielle Rechte für bestimmte Gruppen wie z.B. Behinderte eingeführt wurden. In diesem Rahmen entstanden auch Gesetze für psychisch Kranke, die sich aber im wesentlichen auf die Regelung der Zwangseinweisung beschränkten, maßgeblich ist in der Regel der Aspekt der Selbst- und/oder Fremdgefährdung. In neueren Gesetzen werden jedoch die Rechte des Patienten garantiert, unabhängige Kommissionen können die Rechtmäßigkeit der Maßnahmen überprüfen. In den Niederlanden wurde schon 1970 ein Gesetz verabschiedet, das die Aufnahme in ein psychiatrisches Krankenhaus regelt, spätere Zusätze räumten dem Patienten bestimmte Rechte ein. Im Falle der Zwangseinweisung muß der Patient oder sein gesetzlicher Vertreter die Zustimmung zur Behandlung geben. In Polen können Gerichte oder Familienangehörige eine Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus veranlassen, es muß jedoch ein medizinisches Gutachten vorgelegt werden, das die Behandlungsbedürftigkeit ausweist. In Österreich setzte sich in den letzten Jahren ein Trend zu einer verstärkten Behandlung innerhalb ambulanter Einrichtungen durch. Dem Patienten wurden mehr Bewegungs- und Entscheidungsfreiheit auch innerhalb geschlossener Stationen eingeräumt. In Finnland wurde 1978 durch ein Gesetz der rechtliche Status des psychisch kranken Patienten verbessert. Die Institutionen für psychisch Kranke wurden

mehr in das allgemeine Gesundheitssystem mit seinen ambulanten Einrichtungen eingebunden, was die Kontinuität der Behandlung sichert. In Frankreich wurde 1981 das alte Gesetz von 1838 abgelöst. Damit werden jetzt dem Patienten Information, Kommunikationsfreiheit und Beistand garantiert, um eine Entlassung zu erreichen. Sowohl der freiwillig eingewiesene Patient als auch der Zwangseingewiesene kann sich an einen Richter wenden. In Belgien war in der Gesetzgebung lange Zeit der Gedanke des Schutzes der Allgemeinheit vor dem psychisch Kranken vorherrschend. Erst in einem neuen Gesetz 1982, das sich an den Richtlinien des Ministerrats der Europäischen Gemeinschaft orientierte, war der Schutz des Patienten vor der Gesellschaft das wesentliche Anliegen. Die Entscheidung über eine stationäre Unterbringung lag nun nicht mehr allein beim Arzt, sondern wurde von einem Richter gefällt.

Es lassen sich insgesamt in den meisten Ländern Veränderungstendenzen der Gesetzgebung feststellen: Die Zwangseinweisung wird an strengere Richtlinien gebunden, ambulante und offene Einrichtungen werden bevorzugt, die Grundrechte des Patienten wie z.B. Bewegungs- und Informationsfreiheit, das Recht auf freie Kommunikation wurden verbessert. Diese Veränderungen sind in jüngster Zeit nicht zuletzt durch aktive Interessengruppen, durch Organe der Vereinten Nationen etc. erreicht worden, die die Öffentlichkeit mobilisieren konnten. Der Autor betont jedoch, daß die Behandlungsmethodik selbst davon weitgehend unberührt blieb, eine die gesamte Problematik umfassende Veränderung steht noch aus.

Der Autor ist der Auffassung, daß der Trend zu immer größerer gesetzlicher Regelung und politischer Kontrolle starke Auswirkungen in der Psychiatrie haben wird. Ein Fortschritt in der Behandlungsmethodik für psychisch Kranke hängt somit nicht nur von geeigneten Einrichtungen und ausgebildetem Personal, sondern auch von geeigneten gesetzlichen Rahmenbedingungen ab, die die persönlichen Rechte der Kranken wahren und eine geeignete Behandlung im Rahmen der Gesetze sichern.

Als einen besonders wichtigen Punkt hebt der Autor das Recht des Patienten hervor, Beschwerde bei einer unabhängigen Stelle einzulegen. Dies sollte in einer angemessenen Weise in der Praxis durchgeführt werden. Als positives Beispiel führt er Großbritannien an. Psychiatrische Patienten haben das Recht, regelmäßig das »Mental Health Review Tribunal« anzurufen, um ihre Entlassung zu erreichen. Eine andere unabhängige Kommission hat das Recht, jederzeit internierte Patienten zu besuchen und zu interviewen, Beschwerden entgegenzunehmen und ihn über seine Rechte aufzuklären.

Obwohl in den letzten Jahren zweifellos einige Verbesserungen im rechtlichen Status des Patienten zu verzeichnen sind, fordert der Autor, daß der Staat auf dem Wege der Gesetzgebung sein Äußerstes tun müßte, um so schnell und so umfassend wie möglich eine wirkliche Gleichstellung des psychiatrischen Patienten gegenüber dem »gesunden« Bürger in seinen Rechten, die ihm jahrhundertelang versagt wurden, zu gewährleisten. Gerade die psychisch Kranken, die schwächsten Mitglieder unserer Gesellschaft, sind auf diese ange-

wiesen. An der Erreichung dieses Zieles wird sich jede Gesellschaft messen lassen müssen.

Literature at the author

Author's address:
Prof. Judge Amnon Carmi
International Society for
Medicine and Law in Israel
P.O.Box 6451
Haifa 31063, Israel

The Psychodynamic Origin of Chronic Post-traumatic Stress Disorder in American Vietnam Veterans — An Ongoing Saga**

Duane Sherwin (Poulsbo/Washington)*

Der Vietnam-Krieg hinterließ bei den Beteiligten Konflikte und Traumata, die vor allem auf der psychologischen und psychiatrischen Ebene kaum erforscht worden sind, zumal sie lange Zeit in der amerikanischen Gesellschaft verdrängt wurden. In den letzten Jahren hat sich die amerikanische Psychiatrie mit diesen Problemen auseinandergesetzt, indem sie die Vielfalt der Symptome, unter denen die Vietnam-Veteranen leiden, zu einer psychiatrischen diagnostischen Kategorie zusammenfaßte, die Post-Traumatische Streß-Erkrankung. Dagegen wendet sich der Autor, weil der phänomenologische Begriff nicht in der Lage ist, das hinter den Symptomen liegende real erfahrene psychische Leid und die Dehumanisierung durch die Art der Kriegsführung adäquat zu erfassen. Die Beschäftigung mit der Psychodynamik der Vietnam-Veteranen und ihrer psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten ist deshalb so dringend, weil eine große Zahl von Menschen von ihnen betroffen ist: eine halbe Million Amerikaner sind im Vietnam-Krieg eingesetzt worden, 25% aller Obdachlosen sind Vietnam-Veteranen, 75 000 der Vietnam-Heimkehrer haben Selbstmord begangen. Die Kriegsteilnehmer leiden nach wie vor an tiefer Depression, Angstzuständen, Alpträumen, Agoraphobie, Kontaktvermeidung, Tendenzen zur totalen sozialen Isolierung sowie unter massiven psychosomatischen Reaktionen wie chronische Atemwegserkrankungen, Gastritis, Tachykardien, Colitis, chronische Diarrhoe und Kopfschmerzen.
Im psychodynamischen Verständnis des Autors sind die Symptome Ausdruck der Zerstörung der Homöostase zwischen Ich, Es und Über-Ich: durch die unstrukturierte Guerillakriegssituation und die unklaren politischen Ziele des Krieges kam es zu einer Auflösung der Ich-Grenzen und globaler Angst bis hin zu psychotischen Reaktionen. Diese Dynamik wurde noch intensiviert durch einen »doppelten Kulturschock«: die Soldaten kamen als Angehörige der gruppenorientierten und friedliebenden Hippie-Generation plötzlich und alleingelassen in eine brutale Kriegssituation, wo durch häufigen Wechsel der Truppeneinheit sich keine Gruppenzugehörikeit entwickeln konnte. Nach der Rückkehr stießen sie ohne jede psychologische Betreuung auf Ablehnung und Desinteresse für ihr Leid. Das tief gestörte Vertrauen in andere Menschen und gesellschaftliche Zusammenhänge und Werte macht eine Therapie der Vietnam-Veteranen außerordentlich schwierig: nur eine langfristige Psychotherapie kann einen allmählichen Wiederaufbau der zerstörten Ich-Struktur leisten.

During the 1960's I was studying medicine at the University of Tuebingen and far removed from my country's involvement in the Vietnam War, learning of it primarily through the European press. After my return to the United States, in my psychiatric training and later as a psychiatrist, I was astonished. It became apparent to me that although there had been the Shell Shock of WW I, the Battle Fatigue of WW II, and the Operational Exhaustion of the Korean Conflict, a greater number of young men and women had been irreversibly damaged by the Vietnam war as never before in the wars of the 20th Century. Tragically, 25% of our nation's homeless are Vietnam veterans. 75,000 Vietnam veterans have comitted suicide since the end of the war, whereas »just« 46,616 died in combat. 500,000 of the 2.7 million Americans

* M.D., Ph.D., Medical Director of the Aarhus Neuropsychiatric Clinic in Poulsbo/USA
** Vortrag gehalten auf dem 6. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XIX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 7.—11. März 1988 in der Ludwig-Maximilians-Universität München

who served in Vietnam have some degree of stress syndrome and they have a 86% higher suicide rate than nonveterans. A vast majority are divorced and have been unable to establish close, personal relationships. Vietnam veterans with heavy-combat experience have an arrest rate 23% higher than noncombatants or nonveterans but they were less likely to have had a history of juvenile incarceration. Although there is a higher percentage of Vietnam veterans who have been in conflict with society, the majority with chronic Post-traumatic Stress Disorder have withdrawn completely from society and are living in the wooded, mountainous regions of the nation, using the skills learned in the jungles of Southeast Asia to survive. Those who remain in urban areas drift from job to job and choose solitary work such as janitorial yard work, or night security positions so as to avoid interacting with others. One of my patients, a few classes short of his university degree when he was drafted, is unemployable and had twenty-seven menial jobs in a two year period due to conflicts with authority and his overwhelming anxiety. Unfortunately, many are not receiving benefits avaible to them through welfare or the Veterans' Administration because they cannot interact with the bureaucracy to make application for assistance. The Vietnam veteran feels deceived and betrayed by the federal government and the Veterans' Administration represents the government. Street-front drop-in clinics were established in 1980 when Congress, recognizing that many veterans were not seeking help from the Veterans Administration, provided funds for an Outreach Program. Clinics were established to provide counseling and referral for other benefits. I do not believe their impact was great, although they assisted many street people who were veterans, in applying for benefits. There are many dedicated people working through programs such as the Disabled American Veterans Association who are also viewed favorably by the veterans. Many of the DAV personnel are disabled veterans themselves and assist with the voluminous paper war which must be waged to establish that one is eligible for benefits. The Vietnam veterans, even 15 to 20 years later, are suffering greatly and the devastating circumstances in which they find themselves perpetuate and exacerbate this suffering. The mind-body dichotomy discussed by *Descartes* does not address the greater existence of man and suffering thereby cannot be simplified. One of the major goals of medicine is to relieve suffering and not simply to address symptoms. Chronic Post-traumatic Stress Disorder in Vietnam veterans is pandemic. Although that war officially ended in 1973 it was not until approximately 1980 that there was a major break-through in the official recognition and diagnoses of these veterans when the American Psychiatric Association categorized Post-traumatic Stress Disorder as a specific illness. It should not have been necessary to make dehumanizing diagnoses or lables to identify the suffering, nevertheless, it was the beginning of the categorization of the suffering of the Vietnam veteran.

The diagnostic category of Post-traumatic Stress Disorders from the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Third Edition, Revised, inclu-

des the following criteria:

1. The existence of a recognizable stressor which would evoke significant symptoms of distress in almost anyone.
2. The traumatic event is persistently reexperienced in at least one of the following ways:
   a. Recurrent and intrusive, distressing recollections of the trauma
   b. Recurrent distressing dreams of the trauma
   c. Sudden acting or feeling as if the traumatic event (s) were reoccurring because of an association with environmental or ideational stimulus (i), including a sense of reliving the experience, illusions, hallucinations and dissociative episodes (flashbacks), even those that occur upon awakening or when intoxicated can be interpreted as schizophreniform reactions.
   d. Intense distress at exposure to events that symbolize or resemble an aspect of the traumatic event, including anniversaries of the trauma.
3. Numbing of responsiveness to or reduced involvement with the external world, persistent avoidance of stimuli associated with the trauma as indicated by at least three of the following:
   a. Efforts to avoid thoughts or feelings associated with the trauma
   b. Efforts to avoid activities or situations that arouse recollections of the trauma
   c. Inability to recall an important aspect of the trauma (psychogenic amnesia)
   d. Markedly diminished interest in significant activities
   e. Feelings of detachment, alienation, or estrangement from others
   f. Constricted, restricted range of affect, i.e. unable to have loving feelings and establish intimacy
   g. A sense of a foreshortened future, i.e. does not expect to have a career, marriage, children or a long life
4. Persistent symptoms of increased arousal not present before the trauma as indicated by at least two of the following:
   a. Sleep disturbance, i.e. difficulty falling or staying asleep
   b. Hypervigilance and exaggerated startle response to stimuli
   c. Guilt about surviving when others have not, or about behavior require for survival
   d. Memory impairment or difficulty concentrating
   e. Avoidance of activities that arouse recollections of the traumatic event
   f. Intensification of symptoms, i.e. physiological reactivity by exposure to events, objects, ideas, that symbolize or resemble an aspect of the traumatic event

In keeping with the theme of this Congress, I should like to highlight the suffering of these Vietnam veterans which raise them far beyond dehumanizing simplistic reductionist patterns of categorization which utilizes the crite-

ria of the DSM-IIIR embodied through it's axes for categorizing. There is a tendency to denigrate the existence of the stress disorder of Vietnam veterans by using the Axis II diagnoses of developmental or personality disorders, thereby discrediting the Axis I diagnoses and denying the reality of the conflictual Vietnam war. In the U.S. Axis II diagnoses have a negative connotation and imply weakness. The Axis II diagnoses are also pre-existing conditions which, if utilized, preclude the veteran from receiving service connected benefits for mental illness.

A random sampling of 25 Vietnam veterans taken from the files of the Aarhus Neuropsychiatric Clinic in Poulsbo, Washington, U.S.A., who are all suffering from chronic Post-traumatic Stress Disorder, indicates a gradual decline in general health over the past fifteen to twenty years. Their average age is 40. Although a disproportionate number of black soldiers fought in Vietnam, all of our patients (23 men and 2 women) are middle-class whites, with the exception of one American Indian female. None of these patients had serious premorbid psychopathology. The majority came from intact families with dominant, controlling fathers who were patriotic veterans of WW II and idealized mothers. Most had been successful, happy, non-dominating leaders before Vietnam and had pursued higher education, but have been unable to complete their scholastic goals since then. Several did complete further education, but with the majority of the rest, who are intellectually capable of assuming leadership roles, they cannot function up to their potential due to their stress disorder symtomatology.

Most of our group did not want to serve in the military, but once in Vietnam they tended to be exemplary soldiers who had an almost selfless dedication to their peers. Only one received a dishonorable discharge for discipline problems due to stress but this was later reversed. 80% were wounded in combat and suffered the loss of friends. Two were sent home with self-inflicted gunshot wounds. Many were higly decorated and most had been often in the heat of battle, surrounded by the enemy and/or separated from their units. All witnessed atrocities such as torture, mutilation, or severe mistreatment of the military or civilians. Surprisingly, most would like to revisit Vietnam. All struggled to control the uncontrollable in the military. Most of them left behind Vietnamese who had befriended them, girlfriends, and in several cases children they had fathered. Obviously feelings of helplessness, guilt, despair and ambivalence are paramount.

All of these veterans went into the war whole and have been suffering and dysfunctional since their return. Fifteen of the twenty-five (60%) have demonstrated signs of schizophreniform reactions since their discharge. 40% are permanently unemployable, 80% were wounded and have some physical impairment. All have chosen this wooded, mountainous region as their home and for the most part are living in isolated, forest settings. We live on an inlet of the Pacific Ocean and all of the males have escape fantasies of sailing away in a boat to escape societal pressures and authority.

All suffer from the characteristic symptoms of Post-traumatic Stress Disorder. Many of them are never free of intrusive, distressing memories of the war. All of our sample of veterans have distressing dreams of direct scenes out of their war experience, projected dreams of symbolism that date back to Vietnam, dreams of being attacked and shot, dreams of loved ones leaving them, and dreams of walking on a lunar-like surface where everything has been devastated . . . a symbol of their own isolation in an unfriendly world. Most of them have awakened screaming from nightmares and a number of them have awakened in the process of strangling their wives.

Even fifteen years after the following events can reawaken painful memories: the sounds of helicopters, the smell of oriental cooking, fire crackers being fired off, the crackle of movie theatre popcorn which sounds like distant small arms fire, the pinging of hot water radiators, seeing police or the military in uniform, interacting with authority figures and seeing some Vietnamese who have immigrated to this area. Most of them cannot watch news or violent programs on television and with their universal agoraphobia they do not go out to the movies or other programs.

In their persistent attempts to avoid stimuli associated with the trauma, they isolate themselves. They do not feel a part of society anymore. They feel disenfranchised, out of step and detached from life. They have decreased interest in significant activities due to depression. Although they have maintained the idealism of the enlightened 60's the stressors of their present existence precludes them from experiencing peace, love and joy. They feel unable to have loving feelings. There has been great family disruption among parents and siblings. Most have been divorced and the marriages that have survived are fraught with problems. Loved ones become weary of the obsessive-compulsive rumination of symptomatology. Spouses become stressed themselves dealing with financial hardship, pathological jealousy, social isolation, increased irritability, paranoia, and the tension of everyday dealing with the instability and psychiatric disturbances of the veteran. Most veterans have chronic sleep difficulties, are irritable and have outbursts of anger when they fear they may kill someone. Unfortunately, most of the veterans have weapons in their homes. They are always poised for fight or flight which is so physiologically destructive to them. They are hypervigilant and rarely relaxed. Many have such difficulty concentrating that although they are of higher intelligence they appear to be mentally slow and also find it difficult to manage their own affairs.

The basic psychodynamic problem of our sampling of veterans was that of sending healthy, egosyntonically well-developed young men and women who were involved in the American peace movement into a vague, purposeless war where there was a lack of direction and ideals , having all controls taken away and subjecting them to conditions of war which were particularly dehumanizing. This sent them into a pattern of non-recoverability (chronic illness).

The psychodynamics of the diagnostic wheel of Post-traumatic Stress Disorder is that P.T.S.D. causes an exacerbation of bipolar disorder symptomatolo-

gy and agoraphobia with anxiety and panic attacks precipitating an exacerbation of »pain« and the production of new pain causing a secondary affective disorder which fuel all the others. All of my patients suffer from the following complex of symptoms: They are in a constant state of P.T.S.D. When attempting to break out of the restrictions of the physical symptoms there is a mobilization of affect with a speeding-up of their metabolism characterized by being pressured, having increased irritability, increased sleep difficulties, anguish and frustration which mimics mania at times. Since society cannot give them the controls needed for their own physiological needs they fall into depression. One can treat the symptoms but not their anguish. Biological treatment of mania and depression is often rejected by the veteran but lithium has been used successfully to help stabilize these symptoms of bipolar disorder which was not pre-existing. The exacerbation of bipolar symptomatology precipitates vegetative nervous system dysfunction exemplified by agoraphobia with panic attacks from which they all suffer. There is a constant »arousal state« with release of adrenalin in the »fight or flight« phenomena. The autonomic nervous system secondarily connected to the longer fibers of the central nervous system sends impulses to our muscles and mucus membranes and there is a dysequilibrium of these systems causing spasms and dysfunction of the mucocutaneous juncture. There is an »inflammatory band« which extends from the head with many suffering from chronic upper respiratory infections and sinusitis, chancre sores, and bronchitis. Further along the tract there is the omnipresent gastritis with nausea and vomiting, continuing to the colon with colitis, chronic diarrhea and ending with hemorrhoids. Most of my patients suffer from chronic headaches. Most have episodic tachycardia with the expectation that they will die early of heart disease; symbolically it is as if they have »been shot through the heart.« »I have no heart since Vietnam.« These is also, in most, chronic pain of the neck and back, even without injuries, due to the tension they constantly experience. Many suffer from labile hypertension and many believe they are going to die of cancer which might be related to their probably exposure to Agent Orange, a herbicide, or »not wanting to be part of this world.« The symptoms of agoraphobia with anxiety and panic attacks causes an exacerbation of chronic pain and causes new pain which precipitates a seconda-

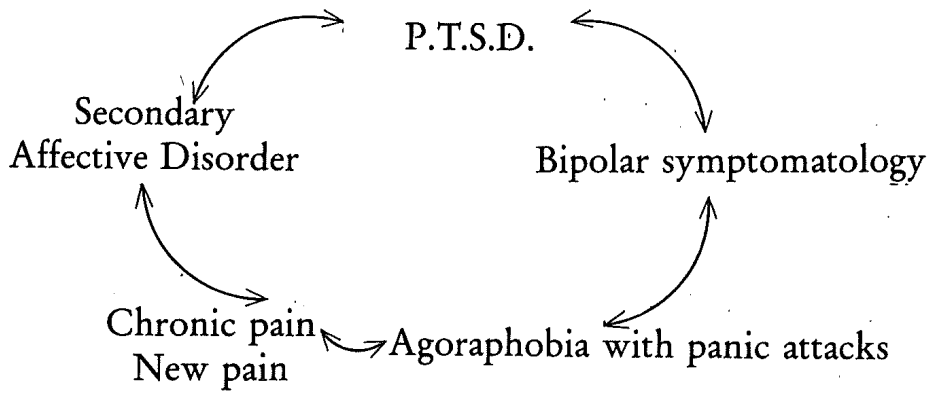


Fig. 1: The circle of Post-Traumatic Stress Disorder

ry affective disorder and the wheel is back to Post-traumatic Stress Disorder.

The above symptom complexes are always present and difficult to treat. Symptoms of obsessive-compulsive rumination, a spin-off of these disorders, take on the character of scrupulosity and are treated the same. This is especially true with veterans of the Roman Catholic faith.

Although much has been written about the drug use of Vietnam veterans, among my patients it is not a significant problem. Pot was used in Vietnam to cope with stress ans 50% of them have used it periodically for stress, nausea, and chronic pain. As they have matured they use it less because it is illegal and we can prescribe medications which are more effective in treating their symptoms. Many are fathers and would not wish to set a bad example for their children.

In order to explore the plight of the Vietnam veteran one must understand the climate of the 60's generation (defined as the population between the ages of 10 and 30 years from 1960 to 1970). This was the »hippie generation«, the age of Aquarius, the love age, indicating the combination of total feeling and thinking, one with all. These young people were humanistic and devoted to the ideal of international peace. They were anti-establishment and dedicated to throwing off the chains of the contrivances of rigid hierarchically determined behaviors of the 40's generation who were maintaining the defense of the USA and the free world against enemies, real or imagined. This was the first generation to strongly oppose the values of their parents. They were anti-war and resisted the draft by burning their draft cards on T.V. and seeking asylum outside the country. Those who were drafted, including the majority of our patients, were pressured by patriotic parents to do what was right and noble for one's country.

What were the specific characteristics of the Vietnam war which made it more devastating to the individual than previous wars? The average of the Vietnam veteran was 19, compared to 26 years in WW II. Until the lottery system was initiated, it was an army of the poor and disadvantaged, who had no college deferment. They were forced by conscription to participate in a war which was politically and socially controversial, a war which was ineffectively fought without full-scale support of the government. There was constant loss of territory and death of friends. It was a dehumanizing guerilla-type war where women, children, and the elderly were in the war zone. Many civilians, including children, doubled as gueriallas and it was unconscionable for the young soldiers to kill women and children. They were trained and sent off individually instead of as a unit on commercial aircraft. They served 12 to 13 months in Vietnam, changing units often, so there was no esprit de corps, and their purpose was to survive their tour of duty and not to win a war. The soldiers returned alone from the battle field without psychological debriefing to the universal criticism of the nation for which they were fighting. One of my patients went from fighting in the jungle to his parents' living room in 18 hours. The veteran returned from Vietnam to a hostile society and to loved ones who could not understand what they had experienced. There were no

welcoming parties or victory parades. Their feelings of estrangement and ambivalence increased in addition to their feelings of betrayal by the government.

The American Revolution of the 60's youth was against the nation's elders who brought us into a war that should not have been fought in the first place. The Vietnam verterans, a phenomenon of the 60's with group attitudes of love and peace, were plunged as warriors into conflicts which were unresolvable.

There has been a recognition of the Post-traumatic Stress Disorder diagnosis for some years in the U.S.A. and there have been a constantly increasing number of patients who have been demonstrating the symptoms of delayed stress. American society did not tolerate or handle the problem of the Vietnam veteran very well. Only in the last years has there been a change of attitude which recognizes the veteran as a victim of the war. As public hostility decreased, the veterans' feeling of betrayal decreased, but the suspicion toward government and society's norms continue. As the veteran is being »laundered back into society« they come into contact with symbols which represent meaningful connections to past events in Vietnam which results in further conflicts, isolation and despair. Most veterans cannot even tolerate interfacing with authority.

The specific stressor that produces this disorder (in my medical judgement this disorder appears to be irreversible) is that these men had good ego-funtioning with ego-syntonic patterns of behavior which did not infringe upon the ego-behaviors of others. A defensive manner in which society has dealt with these veterans is to imply that »they must have always been psychiatrically ill« but then they would not have been taken into the military in the first place. These veterans were leaders without being tyrants. They were not psychopaths trying to dominate others. They were group-oriented but were from intact families with patriotic fathers as the guiding force. A conflict arose with the patriotism of society and family as opposed to the group's anti-war peace movement which was prevalent among young people at the time.

The unemployment and financial problems that are going on world-wide have made the gap bigger between the children of the 60's (hippies & Vietnam veterans) compared with the children of the 70's (the Yuppies: Young Urban Professionals) who have never experienced war and do not care. They are an example of childhood narcisism who are dedicated to a life of materialism and comfort. This group has been described as D.I.N.K.S. which translates a Double Income, No Kids. The 70's generation which is hedonistic and present-oriented have blocked the future of the 60's generation. The psycho-dynamics of chronic PTSD have demonstrated no matter how strong, stable or normal a person might be, with sufficient stress (stressors) he will develop a war neurosis (PTSD) (*Grinker* and *Spiegel*). The publication of the relationship of stress-producing events to qualities of ego identity and personality integration explains and demonstrates why all Vietnam veterans with PTSD feel guilty, mistrustful, isolated and have problems with intimacy and a sence of futility.

The elements of the stress-producing events in Vietnam have been discussed. We do not see weak personality structures that were unable to tolerate much stress, we do not see the desires for secondary gains and we do not see emotional conflicts present at the time of the traumatic events as *Keiser* did in 1968. But there has been poor psychiatric treatment and poor emotional support for the Vietnam veteran and his family.

However, the Freudian psychodynamic theory still holds true inasmuch as this traumatic stress disorder has developed because the stress has produced a disruption of the homeostatic equilibrium between and among the ego, id, and superego. During combat situations fight, flight or problem solving works, but in Vietnam the ego disruption thru the inability (by the nature of the war) to fight, flee or problem solve caused immediate and total medical symptoms and set a pattern of anxiety remaining after the events had long passed to cause ego regression with continual disruption of ego boundaries and psychosis. This dysequilibrium continues as one perpetually has a reawakening of the traumatic event with associations of an environmental and ideational stimuli, hence its chronicity.

Vietnam rap groups or group therapy approaches to treatment have not been successful and in many cases have been destructive with reawakening of the traumatic events.

The prisoners of war in North Korea became schizophrenic as the only ego-syntonic (as far as coping) way of dealing with brainwashing and classical conditioning. Schizophrenia was a succesful way to cope. This did not happen in Vietnam veterans on a large scale.

Treatment

The first element of treatment is the recognition or diagnosis of Post-traumatic Stress Disorder because then closure can begin. Closure also involves assisting the disabled veteran to secure benefits so that he/she can begin long term supportive medical psychotherapy. Supportive psychotherapy is indicated to resolve issues of guilt and low self-esteem, to help the patient develop successful coping skills, to give encouragement. Neuropsychopharmacological treatment is successful. Symptoms including anxiety, depression, sleep disturbances, agitation at times need treatment, as well as treatment of the omnipresent somatic complaints. Hypnotherapy, narcotherapy, and supportive dream analysis have been used with some success. Psychoanalytical uncovering therapy can at times, prior to closure, be profitable if the primary focus is only before Vietnam and is used to reinforce the patient's natural coping mechanism. Group and family therapy is also indicated.

Since the majority of veterans with P.T.S.D. are completely disabled and not functioning it is important to facilitate closure. Experience shows that disability, either mental or physical, of over two years tends to become permanent.

Between the end of the Vietnam war in 1973 and the recognition of PTSD in 1980 there were at least seven years in which many veterans floundered. It has also taken a number of years to go through the bureaucracy, documenting the illness so that compensation is forthcoming. Closure, in a sense, is the beginning of therapy as it brings to an end the stressful process of having to »prove oneself disabled.«

Closure can involve assisting the veteran in securing benefits to maintain an adequate lifestyle until he recovers. After resolution of the closure issue, one can realistically begin work on the multi-dimensionality of these patient's Sein and Dasein. Also, with treatment of the feelings of alienation and experiencing life earlier, usually adversarial manner no longer being a problem, they will hopefully be able to participate in life.

Die psychodynamischen Wurzeln der chronischen Post-traumatischen Stress-Störung bei amerikanischen Vietnam-Veteranen — eine fortdauernde Heldengeschichte

Duane Sherwin (Poulsbo/Washington)

Der Autor beschäftigt sich mit dem schweren Leiden von Menschen, die am Desaster des Vietnam-Krieges teilgenommen haben. Dieses Leiden bildet eine eigene Kategorie und wird als Post-Traumatische Streß-Erkrankung bezeichnet. Es hat einen langen Kampf gekostet, diesem Krankheitsbild Geltung in der Öffentlichkeit zu verschaffen und zu erreichen, daß diese »Vietnam-Veteranen« durch öffentliche Mittel unterstützt werden.

Dieses Leiden ist geprägt durch überflutende Angst bis hin zu panischen Attacken, massive Autoritätskonflikte bis hin zur Unfähigkeit, Autoritäten überhaupt begegnen zu können, Vermeidung des Kontaktes zu anderen Menschen, Nichtseßhaftigkeit (sie leben z.T. zurückgezogen isoliert in Waldregionen), permanenter Arbeitsplatzwechsel, Agoraphobie, schwere Schlafstörungen. Der Autor wehrt sich gegen eine psychiatrische Kategorisierung dieser Menschen und zeigt durch eine vergleichende Untersuchung ihr Befinden vor und nach der Teilnahme am Vietnamkrieg, der so sinnlos war wie sonst etwas. Es läßt sich keine prämorbide Persönlichkeitsstruktur und auch keine auffällige prämorbide Psychopathologie finden.

Erschütternd sind auch die Träume, von denen sie verfolgt werden: Träume, in denen sie nach wie vor angegriffen und beschossen werden; Träume, in denen sie von geliebten Menschen verlassen werden und Träume, in denen sie in mondähnlich verwüsteten Landschaften herumwandern: alles Träume, die der Autor als Symbol ihrer eigenen Isolation in einer unfreundlichen Welt begreift. Und diese Welt ist ihnen unfreundlich begegnet im doppelten Sinne: sie wurden schon während des Krieges von der Regierung im Stich gelassen (selten geriet ein Krieg so außer Kontrolle wie dieser) und sie kamen in eine feind-

liche Umwelt, als sie aus dem Kriege zurückkehrten. Sowohl während als auch nach dem Kriege gingen sie ihrer Gruppenzusammenhänge verlustig und so ist es kein Wunder, daß sie mit Phantasien beschäftigt sind, auf Schiffen das Land möglichst schnell wieder zu verlassen, um gesellschaftlichem Druck und Autoriäten auszuweichen. Sie fühlen sich nicht mehr als Teil einer Gesellschaft und sie fühlen sich z.T. auch nicht mehr als lebende, gefühlsbetonte Menschen. Es ist, als hätte man ihnen das Herz aus dem Leibe geschossen: »I have no heart since Vietnam«.

Da sie zudem meist hyperwach sind und sich nur schwer entspannen können, was sehr viel zu einem symptomatologischen Teufelskreis beiträgt, ist es nicht verwunderlich, daß sie therapeutisch nur sehr, sehr schwer erreichbar sind. Ein therapeutischer Prozeß erfordert Vertrauen, und dies Vertrauen ist bei den Vietnam-Veteranen bis in die Grundfesten erschüttert. So plädiert der Autor erst einmal für eine geschlossene Unterbringung, unterstützt durch neuropharmakologische Therapie, um erst einen Grundstock an Beziehungsfähigkeit wieder aufzubauen; im weiteren Verlauf dann verbunden mit analytischer Therapie, Familientherapie und dem ganzen Spektrum mehrdimensionaler Arbeit.

Über all dem darf jedoch nicht vergessen werden, daß die Konsequenzen dieser Erfahrungen und aus diesem Leid nur heißen kann: eine friedvolle Welt zu schaffen. Der Mensch kann sich ändern. Die Welt bedarf einer Welle von Humanismus und Liebe, um zu überleben und weiteres Leid zu verhindern.

Literature at the author·

Address of the author:
Duane Sherwin, M.D., Ph.D.
Medical Director of the
Aarhus Neuropsychiatric Clinic
in Poulsbo
P.O.B. 1597
Poulsbo, Washington 98370, USA

Nachrichten

Nachlese zum 6. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XIX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanlyse (DAP) vom 7.-11. März 1988 in der Ludwig-Maximilians-Universität München

Der 6. Weltkongreß im Spiegel der Presse

Aus der Zeitschrift der Ungarischen Psychiatrischen Gesellschaft ›Psychiatria Hungarica‹, Heft 2, Juni 1988: Schizophrenie und Psychosomatik. Strukturelle und prozeßhafte menschliche Dimensionen, Behandlungstechnik und Forschungskonzeptionen in der Dynamischen Psychiatrie.
Über den 6. Weltkongreß der WADP vom 7.—11. März in München

Die Jahreskongresse der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) werden gleichzeitig mit den alljährlichen Internationalen Symposien der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) veranstaltet. Die Weltkongresse sind ursprünglich aus der Tradition dieser Symposien erwachsen. In diesem Jahr fand das 19. Symposium seit 1969 statt. Das Internationale Symposium und der 6. Weltkongreß wählten sich diesmal einen Themenkreis, der sich mit der aktuellen Thematik der Zusammenhänge zwischen Psychosomatik und Schizophrenie beschäftigte. *Günter Ammon*, Präsident der WADP, errichtete für die Dynamische Psychiatrie und Psychotherapie in den zurückliegenden zwei Jahrzehnten ein umfangreiches und komplexes theoretisches Bauwerk; diese Theorie ist eines der umfassendsten Systeme, die es in der Psychiatrie überhaupt gibt. Sie entwickelte sich auf der Basis der Psychoanalyse, vereint aber auch die Methoden und Kenntnisse der Gruppendynamik und Gruppentherapie, die Aspekte der prägenitalen Persönlichkeitsschädigungen und der Identitätstheorie in sich und integriert darüber hinaus die Dimensionen der auf den Menschen bezogenen biologischen (darunter biologisch-psychiatrischen) Forschungen. Das so entstandene Menschenbild ist (wie es auch im Titel des jüngsten Studienbandes von *Ammon* zum Ausdruck kommt) mehrdimensional, holistisch. *Ammon* bezeichnet sein Konzept als »Behandlungswissenschaft«, um damit zu betonen, daß das primäre Ziel die Heilung der psychischen Störungen ist und alle Theorien bzw. Anschauungsfragen diesem Ziel dienen müssen. Auf dem 6. Weltkongreß sollte die bisherige Entwicklung überblickt werden; im Gegensatz zu den früheren Jahren, als jeder Kongreß einen neuen Aspekt, ein neues theoretisches Element brachte, ging es jetzt mehr um einen allgemeinen, integrativen Überblick. Besonders die Konzeption der Sozialenergie bot die Möglichkeit, an die

Probleme der Krankheitsauffassung und der Therapie auf neue Weise heranzugehen und dabei auch die Rezeption anderer Schulen und Ideenströmungen zu ermöglichen. Diese Anknüpfungspunkte gerieten jetzt auf diesem Kongreß gewissermaßen ins Scheinwerferlicht, waren doch nicht nur wie auch schon in den früheren Jahren verschiedene — aus Indien und Westeuropa stammende — Meditationsströmungen präsent (und führten den Interessenten Übungen vor) und hat nicht nur der israelische Psychiater *Friedrich Rothschild* von seinen parapsychologischen Forschungen berichtet — es waren auch der berühmte deutsche Physiker *Manfred Baron von Ardenne* aus der DDR und der Neurobiologe und Nobelpreisträger Sir *John Eccles* dabei. *Von Ardenne* stellte seine Forschungen zur Krebstherapie vor: Mit einer spezifischen Methode von Sauerstoffzufuhr revitalisiert er den Organismus und das angegriffene Organ und erreicht damit sehr gute therapeutische Ergebnisse. Das Konzept der Therapie steht der *Ammon*schen Auffassung von der Sozialenergie in vielem sehr nahe. *Eccles* trug sein psychologisches Modell des Verhältnisses von Psyche und Gehirn vor, seine Ansichten stehen in großem Einklang mit denen *Ammons*, da auch er die Meinung vertritt, die Persönlichkeit, die Psyche könne nicht auf die biologischen Vorgänge des Nervensystems reduziert werden, die psychische Struktur entstehe vielmehr im Laufe der Persönlichkeitsentwicklung und der Lebensgeschichte. *Eccles'* Theorie nennt man auch interaktionistisch, da die Psyche nach seiner Auffassung aus der Wechselwirkung der biologischen und der gesellschaftlichen Sphäre entsteht. Dies besagt im wesentlichen auch *Ammons* Persönlichkeitstherorie, seine Krankheitstheorie wird mit dem Attribut »humanstrukturell« gekennzeichnet, und diese Bezeichnung trägt auch eine der vor einigen Jahren eingeführten therapeutischen Methoden seiner Schule, die sog. Humanstrukturelle Tanztherapie. Auch diese Methode wurde in mehreren Vorträgen und Videovorführungen erörtert und an dem bei den Weltkongressen bereits traditionellen klinischen Nachkongreßtag in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik im Münchner Vorort Menterschwaige auch in der Praxis vorgeführt. An diesem Nachkongreßtag gab es eine gemeinsame Großgruppe unter Beteiligung der ausländischen Kongreßteilnehmer und der Patienten der Klinik, eine gruppentherapeutische Vorführung mittels One-Way-Vision-Spiegel und eine Vorstellung der therapeutischen Theatergruppe.

Der Weltkongreß fand dieses Jahr im Zentralgebäude der Münchner Ludwig-Maximilians-Universität statt. Die Arbeit des Kongresses war — wie von den früheren Kongressen bereits gewohnt — ausgezeichnet organisiert; der Austragungsort diente zugleich als Ausstellungsplatz für die Gemälde der Patienten der Klinik und des Münchner DAP-Instituts sowie eine Foto-Dokumentation über die Tätigkeit und die verschiedenen Aktivitäten der DAP auf dem Gebiet der Ausbildung, der Kindertherapie bzw. des Psychoanalytischen Kindergartens. Die Vorträge und Diskussionen wurden auf Tonband und auf Video festgehalten, und die Teilnehmer konnten die Kassetten gleich kaufen. Die Hauptreferate wurden in englische und russische Sprache simultan übersetzt. Wie bereits üblich, trat am Vortag des Kongresses das Präsidium (der

Executive Council) und der Vorstand (Board of Governors) der WADP zusammen.

Ein bedeutendes Ereignis des diesjährigen Kongresses war, daß daran zum erstenmal eine offizielle Delegation aus der Sowjetunion teilnahm. *Ammon,* die DAP und die WADP unterhalten sehr gute Beziehungen zu sowjetischen Fachleuten, *Ammon* selbst war bereits mehrmals in der UdSSR. Diesmal waren Professor *Kabanov* und der Referent für Psychiatrie aus dem Allunions-Ministerium für Gesundheitswesen zusammen mit mehreren anderen Fachleuten zugegen. Es waren auch zahlreiche polnische Fachleute anwesend. Aus Ungarn kam eine 12köpfige Delegation zum Kongreß. Ihre Vorträge waren thematisch sehr breit gefächert: sie reichten von kinder-psychotherapeutischen Fallstudien und Referaten über Familientherapie und komplexe psychotherapeutiche Schizophreniebehandlung bis zur Darlegung der auch die biologische Psychiatrie betonenden multidimensionalen Anschauung. Junge Psychiater aus Pécs (*Sándor Fekete* und *Gábor Kelemen)* untersuchten in ihrem Referat Probleme der Psychose, der psychosomatichen Erkrankungen und des Suizids anhand des Lebensweges historischer Persönlichkeiten aus der ungarischen Geschichte. Die ungarischen Beiträge fanden gute Resonanz.

Thematisch sollte an dieser Stelle *Ammons* Grundreferat hervorgehoben werden, in dem er die Schizophrenie und die psychosomatischen Krankheiten in ihrem Zusammenhang, als archaische Ich-Krankheiten erörterte. Er wies auf die Gleichheiten und Differenzen zwischen den beiden großen Syndromgruppen hin, unter besonderer Berücksichtigung der therapeutichen Bedeutung derselben. Ein aktueller Vortrag befaßte sich mit den psychiatrischen Bezügen von AIDS (*Nicolas Destounis),* und ein amerikanischer Psychiater (*Duane Sherwin*) vermittelte anhand der therapeutischen Erfahrungen mit Vietnam-Veteranen einen sehr guten Überblick über die posttraumatischen Stresserkrankungen; polnische Fachleute hielten mehrere Vorträge über Familientherapie, es gab ein Round-Table-Gespräch zum Thema Psychiatrie, Recht und Ethik, das von *Judge Amnon Carmi* aus Israel arrangiert wurde und an dem auch ein afghanischer Arzt teilnahm, und mehrere Referenten berichteten über die Experimente in der Klinik in Menterschwaige mit dem Autokinetischen Lichttest als Persönlichkeitstest und dem an der Klinik erarbeiteten ich-strukturellen diagnostischen Fragebogen. Es gab Vorträge über die pränatale Psychologie, über die indonesische tantrische Tanztherapie (*Hallym Calehr,* Jakarta) und über den brasilianischen Candomblé-Kult (*Renato Berger*), die Moskauer Psychologin *Julia Nekrasowa* zeigte einen Film über die Wiederherstellung unterbrochener Kommunikation bei Stotterern usw. Die thematische Palette war also äußerst breit. Die Teilnehmer kamen aus 18 Ländern; die Zahl der Ausländer betrug etwa 60, die der Deutschen mehrere hundert.

Die Atmosphäre des Kongresses war hervorragend, besonders die ausländischen Gäste wurden mit großer Aufmerksamkeit betreut. Es gab mehrere Gelegenheiten zu Begegnungen: die meisten Ausländer nahmen außer den offiziellen Konferenzen der WADP auch an den Pressekonferenzen in den Mit-

tagspausen teil. Es gab auch Diskussionskreise, in denen die Teilnehmer im Rahmen von Kleingruppen die Vorträge des betreffenden Tages erörtern konnten. Die gute Stimmung und die Aktivität der jungen Teilnehmer sind auch schon deshalb erwähnenswert, da der sonderbare, vor etwa zwei Jahren mit groß angelegten Hausdurchsuchungen eingeleitete Feldzug der städtischen Behörden, gegen den die Klinik immer noch prozessiert, bis heute anhält. Die Klinik, die sich durch einen progressiven Geist auszeichnet und die ein humanes und intensives therapeutisches System betreibt, wird seit dieser Zeit mit wiederholten Revisionen belästigt, ja die Behörden versuchen auch, ihre Tätigkeit einzuschränken. Nachdem gegen die Klinik keine konkrete, greifbare Anschuldigung vorliegt, liegt die Vermutung nahe, daß die moderne, von der traditionellen psychiatrischen Versorgung so abweichende Anstalt den Gesundheitsbehörden ein Dorn im Auge ist, die nun zeigen wollen, daß sie die Stärkeren sind.

Ich habe mich auf dem Kongreß sehr wohl gefühlt und nahm, zusammen mit Professor *János Szilárd,* auch an sämtlichen internen Programmen teil, wo wir mit besonderer Aufmerksamkeit und Liebenswürdigkeit aufgenommen wurden. Dafür gebührt *Günter Ammon* und allen Kollegen von der DAP und der Klinik Menterschwaige unser aufrichtiger Dank.

Dr. med. *Béla Buda* (Budapest)

Ganzheitliche Medizin
Die Psyche als Steuermann des Gehirns

Prof. Dr. Dr. Sir *John Eccles,* der berühmte Hirnforscher und Nobelpreisträger, sah sich kürzlich in seiner Überzeugung bestätigt, daß »alles Geschehen psychosomatisch ist, weil ja vom Willen das Gehirn dazu gebracht wird, in Aktion zu treten, um Handlungen auszuführen«. Das bedeutet, die Psyche ist der Steuermann des Gehirns und aller körperlichen Vorgänge — *Eccles* spricht in einem Vergleich vom Gehirn als »Computer mit Hard- und Software« und der Psyche als »Programmierer«. Auf dem 6. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, der am 12. März in München zu Ende ging, sah *Eccles,* in Übereinstimmung mit dem Präsidenten der WADP und Leiters des Kongresses, Dr. med. *Günter Ammon,* die Psyche bzw. das »bewußte Selbst« als das Übergeordnete an und nicht das Biologische.

Über 120 Wissenschaftler aus 19 Ländern, darunter erstmals eine Delegation aus der Sowjetunion, waren vor 400 Kongreßteilnehmern zusammengekommen, um über die Zusammenhänge von Schizophrenie und Psychosomatik zu diskutieren. Die Symptome beider Krankheitsbilder sind Ausdruck einer tieferliegenden Persönlichkeitsstörung, deren Therapie es nötig macht, den Menschen in seinem Leiden ganzheitlich zu verstehen und anzunehmen, damit er die unentwickelt gebliebenen Persönlichkeitsbereiche nachholend entwickeln und ausbilden kann.

Aus der Sicht *Günter Ammons*, der gerade seinen 70. Geburtstag feiert, sind Krankheit und Therapie ein den ganzen Menschen in seinen vielen Dimensionen betreffendes Geschehen, das in Beziehung zum vergangenem und gegenwärtigem sozialenergetischen Umfeld steht. Das bedeutet, den Menschen nicht nur in seiner Krankheit zu sehen, sondern seine gesunden Seiten wahrzunehmen und sich therapeutisch mit ihnen zu verbünden.

Dieser Ansatz in der Dynamischen Psychiatrie, den auch Prof. *Rainer Pelka* (München) und Dr. *Ronald Grossarth-Maticek* (London) mit ihren Studien zum Ausbruch von Krebs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen belegten, zeigt, wie wichtig die psychische Energie, die sich Menschen gegenseitig im Kontakt geben, für einen therapeutischen Prozeß ebenso wie für das »normale« Zusammenleben ist.

(*Kurskontakte, Das Forum für ganzheitliche Bildung und Kultur,* Mai/Juni 1988, Nr. 2)

10 Avrham Shapira Street
42317 Netanya, Israel
27. April 1988

Herrn
Dr. Günter Ammon
Wielandstraße 27/28
1000 Berlin 15

Sehr geehrter und lieber Herr Dr. Ammon,

Nach meiner Rückkehr nach Israel stehe ich noch immer unter dem tiefen Eindruck des Kongresses in München, der wertvollen Erfahrungen, die ich gewann, und der warmen menschlichen Beziehungen, die sich zwischen uns beiden und auch mit Ihren Mitarbeitern, insbesonders Fr. Berger und Fr. Burbiel, entwickelten.

Der Kongreß war in der Tat ein Ereignis von nachhaltiger Wirkung. Er zeichnete sich aus durch das Niveau der Referate, der Referenten und der Zuhörer, die aus allen Weltteilen kamen, durch die angenehme Atmosphäre, und durch die wertvollen theoretischen und praktischen Erfahrungen, die er den Teilnehmern vermittelte. Ich war besonders beeindruckt von der hohen Achtung, die Ihnen von allen Teilnehmern entgegengebracht wurde, von den von Ihnen entwickelten Theorien und der besonders menschlichen Art der Behandlung, die Sie Ihren Patienten zuteil werden lassen.

Gerade heute, da sich so viele nur von engen persönlichen Interessen leiten lassen, ist die Entwicklung dieser menschenfreundlichen Einstellung besonders wichtig, wie dies in der Bibel gesagt wird: »Liebe Deinen Nächsten wie Dich selbst« (Lev. 19), und diese Liebe bringt den Menschen näher zur Liebe Gottes (wie ich in meinen Darlegungen ausführte).

Ich wünsche Ihnen und Ihren Mitarbeitern viel Erfolg in Ihrer wertvollen Arbeit. Bitte übermitteln Sie meine guten Wünsche auch an Fr. Berger, Fr. Burbiel und Herrn Fabian, sowie den anderen Mitarbeitern, an deren Namen ich mich im Moment nicht erinnere.

Mit aufrichtiger Hochschätzung, Ihr
Rabbiner Jitzschak Shapira

Professor Dr. med. Modest M. Kabanov,
Direktor des Psychoneurologischen Instituts W.M. Bechterew
Leningrad

Sehr geehrter Doktor Ammon!

Mit großem Vergnügen erinnere ich mich an die Tage, die wir mit Ihnen zusammen verbracht haben, besonders an die wunderbare Veranstaltung des Kongresses und das inhaltsvolle Wissenschafts- und Kulturprogramm.
Ihre Gastfreundlichkeit und warmes Verhalten zu allen Kongreßteilnehmern fallen uns besonders ein. Denkwürdig sind auch der Besuch der berühmten Münchener Oper, des Schlosses Neuschwanstein und anderer Gedenkstätten.
Die Atmosphäre auf dem Symposium war warm und freundlich, die Diskussionen trugen den Charakter eines Dialoges, der auf die Verbesserung unseres gegenseitigen Verständnisses gerichtet war, obwohl es auch einige Unterschiede in der Theorie gibt. Ich hoffe auf die Fortsetzung dieses Dialoges in Leningrad im Jahre 1989
Meine besten Wünsche — Frau M. Berger, Dr. R. Schmidts, Frau I. Burbiel, Dr. B. Richarz und vielen anderen, die unseren Aufenthalt auf dem Kongreß so angenehm, und den Kongreß selbst so gedeihlich gemacht haben.
Wir hoffen, die Information über den Kongreß in München in der »S.S. Korsakow-Zeitschrift für Neuropathologie und Psychiatrie«, die in Moskau herausgegeben wird, zu veröffentlichen.
Herzliche Grüße übermitteln an Sie und Ihre Kollegen Dr. A. Tschurkin und Dr. E. Zubkov, die auch, wie ich selbst, die besten Eindrücke von dem Aufenthalt in München haben.

Ihr ergebener
Prof. M. Kabanov
Institutsdirektor

Wissenswertes über die DAP/WADP-Kongresse von 1969—1988: Statistische Daten

Insgesamt nahmen an den 19 Internationalen Symposien der DAP/6 Weltkongressen der WADP, deren wissenschaftliche Leitung Dr. *Ammon* innehatte, von 1969—1988 ca. 5.600 Menschen teil, davon waren 1.260 Referenten und von diesen wiederum 500 Schüler und Mitarbeiter von Dr. *Ammon.*

Feier des 70. Geburtstages von Günter Ammon in Berlin und München

Am 9. Mai fanden in den festlich geschmückten Räumen des Berliner LFI und am 11. Mai in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige die Festlichkeiten zu Ehren des 70. Geburtstages von *Günter Ammon* statt. Einige hundert Gäste, wissenschaftliche Freunde, politische Vertreter und Freunde, Mitarbeiter, Schüler, Patienten und nicht zuletzt die Kinder aus den psychoanalytischen Kindergärten der DGG machten deutlich, daß die Arbeit der Dynamischen Psychiatrie, die *Günter Ammon* aufgebaut und weiterentwickelt hat, weiterlebt und ihren Weg weitergeht. Es war auch eine besondere Freude für *Ammon*, daß eine ganze Reihe ehemaliger Weggefährten zu seinem Geburtstag gekommen waren. An der Münchner Feierlichkeit nahmen auch das Team der Klinik, viele Patienten, Mitglieder der therapeutischen Wohngemeinschaften, Vertreter der Hochschulgruppen, die Mitarbeiter des Instituts, Therapeuten aus den freien Praxen und auch ehemalige Patienten aus der Klinik teil. Da gerade in München gegen die Arbeit der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige die stärksten Angriffe und Verleumdungen stattfinden, demonstrierte der voll gefüllte Speisesaal in der Klinik anläßlich des Geburtstages, daß wir uns in unserer Arbeit nicht unterkriegen lassen.

Die geistvolle Atmosphäre und freundschaftliche Feierstimmung entwickelte sich dadurch, daß alle Beteiligten ihre innere Verbundenheit mit *Ammon* auf ganz persönliche Weise zum Ausdruck brachten. Als langjährige Mitarbeiterin und Schülerin von *Ammon* würdigte Dipl. Psych. *Ilse Burbiel*, Leiterin der Psychologisch-Diagnostischen Abteilung der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige und Pressereferentin des Executive Council der WADP in ihrer sehr bewegenden Eröffnungsansprache das gesamte Lebenswerk von *Ammon* in all seinen Dimensionen. In ihrem geschichtlichen Rückblick führte sie aus, daß für *Ammon* stets die Begegnung mit anderen Menschen von zentraler Bedeutung war. Von Anfang an ging es ihm darum, den Menschen als Ganzes zu sehen im Spannungsfeld von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft, in Auseinandersetzung mit dem Du und der Gruppe, »um die Seelenlandschaft zum Leben zu erwecken . . . Das heißt nichts anderes als getrennte psychische, körperliche und geistige Dimensionen wieder zu verbinden, so daß sie miteinander in eine energetische, pulsierende, schöpferische Schwingung geraten.« Die Arbeit von *Ammon* erwies sich als Hoffnung vor allem für die vielen Patienten, die schon gar nicht mehr auf Gesundung zu hoffen wagten. Aus diesem Grunde ist gerade die Klinik das Herzstück der von ihm entwickelten Dynamischen Psychiatrie. Als Ausdruck der geschichtlich gewachsenen Beziehungen und der tiefen Dankbarkeit überreichte Frau *Burbiel* als Geschenk der Mitarbeiter des Berliner und des Münchner Lehr- und Forschungsinstitutes (LFI) *Ammon* das neu erschienene Buch, in dem sei-

ne wichtigsten Kongreßvorträge von 1969—1988 gesammelt sind.

Die persönliche Verbundenheit unterstrich auch Dr. *Edward Dehné* (Carson-City, Nevada), Vice-President der WADP, Chairman des Amerikanischen Zweiges, Executive Vice-President der Continuing Medical Education der International Health Society: ». . . this is a very great moment in my lifetime, to be here with you. . . and I think, that we speak of human friendship, you have created in Berlin and in West-Germany«. Er erinnerte daran, daß *Ammon* auch in Amerika viele Freunde hat und überbrachte die Grüße des American College of Physicians, des American College of Preventive Medicine, der World Association for Social Psychiatry (WASP) und der International Health Society. In Würdigung des Lebenswerkes von *Ammon* hob er hervor: »Only through your background and your knowledge and your experience with many, many suffering people you were able to create a system such as you have in the World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) and the German Academy for Psychoanalysis (DAP)«. Dr. *Dehné* richtete aber seine Aufmerksamkeit auch nach vorne auf weitere anstehende Aufgaben wie z.B. den kommenden 7. Weltkongreß der WADP, der zum Thema Borderline-Syndrom in Berlin stattfinden soll und versprach seine Unterstützung für die Aufgabe, *Ammons* Erfahrungen und Wissen einer noch viel breiteren Bevölkerungsschicht zugänglich zu machen.

Diese geistig-seelische Unterstützung, die *Ammon* in einer Zeit benötigt, in der er durch Verleumdungen und Attacken daran gehindert werden soll, seinen Weg weiterzugehen, sicherte auch *Erwin Eßl* zu, Vorsitzender der Bayerischen Gesellschaft zur Förderung der Beziehungen zwischen der BRD und der UdSSR und Vorsitzender des Wirtschaftsbeirates der SPD in Bayern. »Da Sie zur Zeit seelisch sehr belastet sind, dürfen Sie trotzdem das Vertrauen in sich selbst nicht verlieren. . . Das Leben hat an Sie große Forderungen gestellt und Sie haben wichtige neue medizinische Aktivitäten und Akzente durchgesetzt. . . Wir wollen alles, was in unseren Kräften steht, tun, um Ihnen, aber auch den Patienten zu helfen, aus dieser bösen Situation wieder auf einen geraden, sicheren und vertrauensvollen Weg zu kommen«.

Trotz aller Anfeindungen wie v.a. von der Münchner Gesundheitsbürokratie gibt es auch immer wieder Zeichen freundlicher, positiver Resonanz auf *Ammon*'s Werk auch von Seiten der Politiker. Dies zeigen nicht nur die schriftlichen Grußbotschaften von Dr. *Thomas Goppel,* Staatssekretär im Bayerischen Staatsministerium; *Klaus Warnecke,* SPD-Abgeordneter im Bayerischen Landtag und *Horst Dohm,* Bezirksbürgermeister von Berlin-Wilmersdorf; auch die Bezirksstadträtin für Gesundheit von Berlin-Charlottenburg, Frau *Schwarzenau* dankte in ihrer Rede *Ammon* für sein nationales und internationales Wirken in der Psychiatrie. Sie erinnerte daran, daß er schon vor der Psychiatrie-Enquête Anfang der 70'er Jahre darauf hingewiesen hat, wie notwendig Reformen in der Psychiatrie sind. Seine Ansätze sind auch heute wieder hochaktuell, da erneut eine Neugliederung der psychiatrischen Versorgung diskutiert wird, obwohl vieles von dem, was damals gefordert wurde,

bisher noch nicht in die Realität umgesetzt worden ist. Sie fühlt sich *Ammon* auch deshalb verbunden, weil er oft gegen Wände gelaufen ist, was sie aus ihrer alltäglichen politischen Arbeit auch sehr gut kennt. »Manchmal denke ich, wir schaffen es nie, aber wenn ich dann einen 70jährigen Menschen angucke, der so viel geschafft hat wie Sie, dann macht mir das Mut weiterzumachen, und ich wünsche mir heute, daß Sie noch weiter da sind, noch weiter Mut machen, damit die notwendigen Veränderungen in der Psychiatrie möglich werden.«

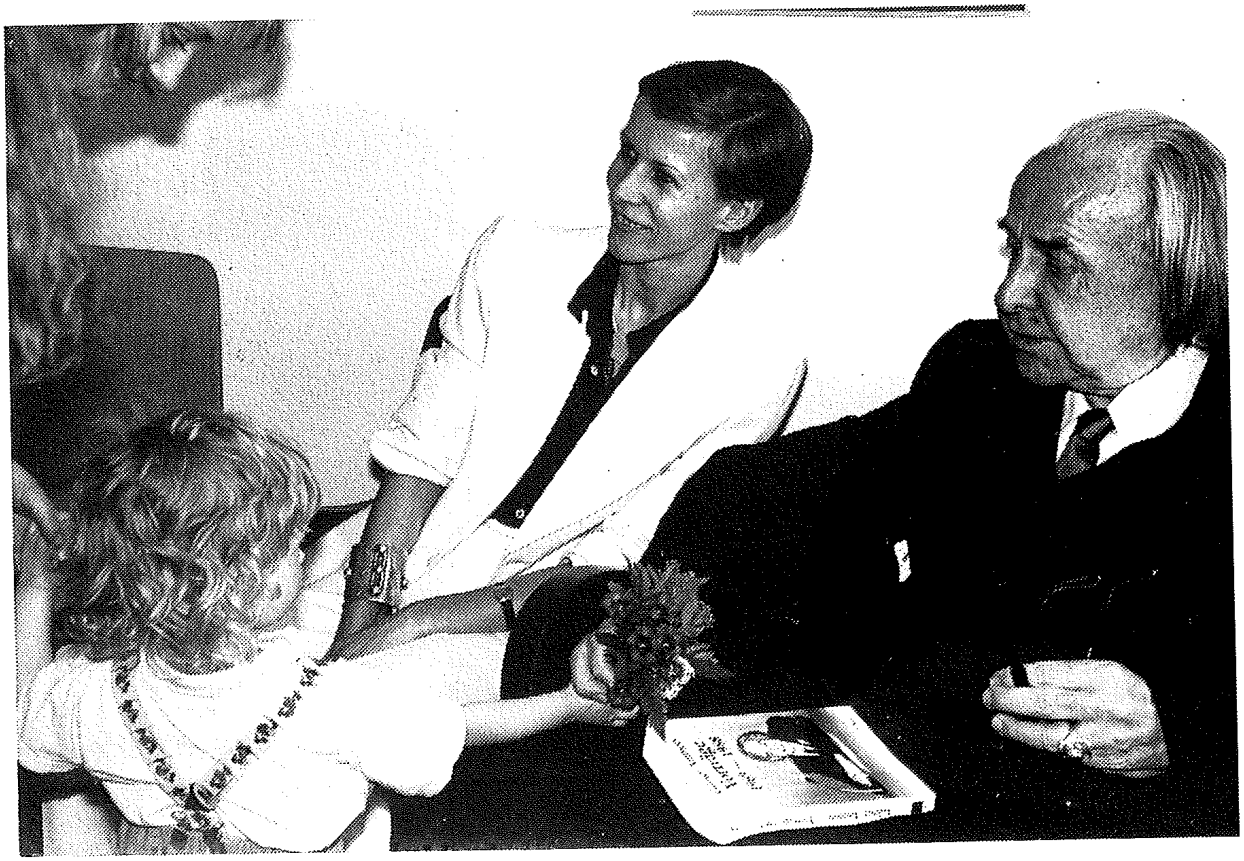
Sich für leidende Menschen einzusetzen, den Kampf für eine humane Psychiatrie zu kämpfen, macht es notwendig, sich mit Gruppierungen zu verbünden, die sich für ähnliche Ziele einsetzen. Dies betonte *Dietmar Radke,* stellvertretender Geschäftsführer des DPWV-Landesverbands Bayern, der seiner Freude darüber Ausdruck gab, daß *Ammon* mit seinem Ansatz der Dynamischen Psychiatrie sich dem DPWV angeschlossen hat, einem Wohlfahrtsverband, von dem in den letzten 30 Jahren wichtige Innovationen im sozialen und Gesundheitsbereich ausgegangen sind. »Wir haben es anerkennend mitverfolgt, daß Sie und Ihre Mitarbeiter Wege gefunden haben, psychisch kranke Menschen aus ihren vielschichtigen Problemen herauszuführen; daß es Ihnen gelungen ist, in vielen Fällen die sog. Drehtürpsychiatrie zu überwinden und zu durchbrechen.«

Dieses gemeinsame Bemühen mit dem Ziel, sich für Unterdrückte und Ausgeschlossene einzusetzen, betonte auch der langjährige Freund von *Ammon,* Amtsrat *Hans-Joachim Meyer,* Vizepräsident der Union der Widerstandskämpfer und Verfolgtenverbände, der in seiner Rede die gemeinsame Jugendzeit lebendig werden ließ. Auch den Schriftsteller und Anthropologen *Renato Berger* aus Zürich verbindet eine sehr lange Freundschaft mit *Ammon* und ein gemeinsames Interesse an alten Kulturen, Religionen und Kulttänzen. Er unterstrich in seiner frei gehaltenen Rede, daß es kaum zu verstehen ist, daß *Ammon*'s Werk in der Öffentlichkeit hierzulande nicht entsprechend gewürdigt wird, betonte aber gleichzeitig, daß es das Los vieler Reformatoren gewesen sei, bekämpft und negiert zu werden.

In den letzten Jahren beschäftigte sich *Ammon* sehr intensiv mit der religiösen und spirituellen Dimension des Menschen, die jenseits des logisch-analytischen Denkens eine tiefe Begegnung mit sich selbst ermöglicht. In diesem Sinne sprach Prof. *Halym Calehr,* Präsident des International Acupuncture Psychosomatic Center Indonesia und Chairman des Indonesischen Zweiges der WADP seine Hoffnung aus, daß Menschen mit unterschiedlichen Religionen freundschaftlich zusammen arbeiten und forschen. Prof. *Rainer Pelka,* München, drückte seine Achtung darüber aus, daß *Ammon* mit seinen 70 Lebensjahren sich nicht in Weisheit zur Ruhe setzt, sondern mitten im Prozeß aktiv ist, und an der Entwicklung weiterarbeitet. »Wenn ich heilen und therapieren will, muß ich es tun, indem ich in erster Linie die Persönlichkeit des Menschen stärke, in dem, was vorhanden ist, damit er lernt, mit den Störungen, die auf ihn zukommen, besser fertig zu werden. Das ist eine durchaus



Das Geburtstagskind mit seiner alten und treuen Mitarbeiterin Galina Rave (Berlin), die über 8 Jahre an der Seite von Dr. Ammon gearbeitet und den Pinel-Verlag aufgebaut hat.



Der jüngste Gratulant



Dipl. Psych. Ilse Burbiel (München), Leiterin der Psychologisch-Diagnostischen Abteilung der Klinik Menterschwaige bei ihrer Ansprache.
Im Hintergrund ein Wandgemälde der Klinikpatienten. V.l.n.r.: Dipl. Psych. Volker Peschke, Frau Göring, Oberarzt Ulrich Köppen, Dr. Jan Hermans (Chairman des niederländischen WADP-Zweiges), Dr. Bernhard Richarz, Dr. Gertraud Reitz, Mojka Hafner (Ljubljana), Sabine Stichel, Frau Pelka mit Sohn (schräg hinter ihr), Prof. Reiner Pelka (München)



Gäste bei der Geburtstagsfeier in der Klinik Menterschwaige: ganz links Oberschwester Lenz, dann Chefarzt Dr. Rolf Schmidts und neben Dr. Ammon (von hinten) Dr. Wolfgang Schmidbauer (München)



Dr. Rolf Schmidts bei seiner Ansprache; daneben Dipl. Psych. Marie Wedell, Dipl. Psych. Gerhard Wolfrum; sitzend: Dr. Alfred Doldinger (Freiburg)



Gratulanten bei der Geburtstagsfeier in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige



Auf dem Höhepunkt der Feier in einem altrussischen Restaurant in Berlin





Dipl. Psych. Bernard Stritih (Ljubljana), Chairman des jugoslawischen Zweiges der WADP, überreicht Dr. Ammon seine Geschenke



Die Psychologen und Psychoanalytiker Wilfried Vogelbusch (Berlin) Ingo Hartmann (Düsseldorf) und Margit Schmolke (Berlin)



Erwin Eßl (München), Präsident der Bayerischen Gesellschaft zur Förderung der Beziehungen zwischen der BRD und der UdSSR, bei seiner Ansprache; links von ihm Psychoanalytikerin Maria Berger, dann Dr. Ammon und Dipl. Psych. und Psychoanalytikerin Ilse Burbiel



Dietmar Radke, (München) stellvertretender Geschäftsführer des DPWV-Landesverband Bayern — bei seiner Ansprache. Im Hintergrund ein Wandgemälde der Klinikpatienten.



Dipl. Psych. Ilse Burbiel im Gespräch mit alten Schülern: (v.l.:) Everhardt Jungeblodt (Köln), Ursula Schmidt (Hamburg), Wilfried Vogelbusch (Berlin). Im Hintergrund Hans-Joachim Mayer (Frankfurt), Vize-Präsident der Union der Widerstandskämpfer und Verfolgtenverbände (UDWV)



Gratulation des Berliner Psychoanalytischen Kindergartens mit Eltern und Mitarbeitern

Geburtstagsansprache zu Günter Ammon's 70. Geburtstag im Berliner LFI von Ilse Burbiel, Dipl. Psych., Leiterin der psychologisch-diagnostischen Abteilung der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige

Lieber Ammon, sehr verehrte Damen und Herren!

Es ist mir eine sehr große Ehre, und macht mich auch sehr glücklich, hier stellvertretend für sie alle, die im Umfeld von Dr. *Ammon* leben, arbeiten und denken, eine Rede zum Geburtstag unseres verehrten und gelieben *Ammon* zu halten, unserem Präsidenten und Freund, unserem Lehrer, dem Entwickler und Schöpfer einer Menschen- und Lebensauffassung, die in der Schule und in der Bewegung der humanistischen Dynamischen Psychiatrie gefaßt ist. In diesen Räumen des Berliner Institutes, das *Ammon* seit Beginn und seit seiner Entstehung geleitet hat, hatte vor 20 Jahren die Bewegung ihren Ursprung, als Dr. *Ammon* nach seiner 10jährigen Tätigkeit in Lehre, Forschung und Behandlung in der *Menninger*-Foundation in Topeka (USA) in seine Heimatstadt zurückkehrte. Seine Rückkehr war dringlich notwendig geworden, notwendig insbesondere für die vielen Patienten, die auf Gesundung gar nicht mehr zu hoffen wagten, da sie sowohl von der Wissenschaft der Psychiatrie wie auch von der Wissenschaft der Psychoanalyse als nicht behandelbar angesehen wurden. Die sogenannt schizophren und psychotisch leidenden Menschen, die auf eine verstehende Resonanz ihres magischen, mythischen und bildhaften Denkens, Fühlens und ihrer Wahrnehmungswelt, in der die lineare Uhrzeit aufgehoben ist, angewiesen sind, ebenso wie die psychosomatisch kranken Menschen und die Borderline-Kranken. Sie alle bedürfen eines Verständnisses ihrer Persönlichkeit. Dieses tiefe Verständnis fand seinen Niederschlag in der ausformulierten Theorie und Behandlungsmethodik, geprägt durch wichtige Begegnungen mit *Ammons* Lehrern in der ärztlichen Heilkunst, in der Psychoanalyse wie z. B. *I. H. Schultz, Carl Müller-Braunschweig, Isaac Ramsey* und *Karl Menninger* in den USA. Dieses Verständnis ist geprägt auch durch das Interesse und die Beschäftigung mit den verschiedensten Äußerungsformen des Menschen in der Archäologie, Philosophie, Psychologie, Anthropologie und Geschichte und insbesondere aber geprägt durch die tägliche Begegnung mit dem ratsuchenden Patienten selbst.

Dieses Verständnis, das *Ammon* im Laufe seiner mehr als 40jährigen Erfahrung als Psychiater, Psychoanalytiker, Psychotherapeut, Gruppendynamiker und Menschenforscher in den verschiedensten Institutionen der Behandlungskette der Dynamischen Psychiatrie, in seiner Arbeit in den verschiedenen Fachgesellschaften, in der Lehr- und Ausbildungssituation, um nur einen Teil seines Wirkungsfeldes zu nennen, entwickelt hat, diese Lehre veräußerlicht und ihr Gestalt gegeben hat, ist ein Verständnis, das den Menschen ganzheitlich sieht in einem Spannungsfeld von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft, in Auseinandersetzung mit dem Du und der Gruppe, wobei es gilt, ihn in seinen vielseitigen Möglichkeiten und Dimensionen zu entwickeln, das Gesunde des Menschen zu stärken und zum Wachsen zu bringen, damit der kran-

ke Teil im Menschen bereit ist, den Therapeuten und andere Menschen in die — wenn ich das mal poetisch ausdrücke — einsame Seelenlandschaft hineinzulassen, um dort mit der gesunden eigenen und der zwischenmenschlichen Kraft, die *Ammon* als die sozialenergetische Kraft formuliert hat, diese Seelenlandschaft zum Leben zu erwecken und sie zum Du, zum erfüllten Tätigsein, zum Schönen und Sinngebenden, zu übergeordneten Zielen und Aufgaben zu öffnen. Getrenntes, d.h. getrennte psychische, körperliche und geistige Dimensionen, die nicht miteinander schwingen; Getrennsein zum anderen Menschen, wo keine Schwingungen mehr möglich sind; Getrenntsein von der Natur; dieses Getrenntsein wieder zu verbinden, so daß sie miteinander in eine energetische, pulsierende, schöpferische Schwingung geraten, bedarf Menschen, die Integrationskraft in sich tragen, die sie anderen zur Verfügung stellen. Solche Menschen braucht nicht nur die Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, sondern alle Wissenschaften, die sich um eine Humanisierung und Weiterentwicklung der menschlichen Existenz bemühen. Sie alle brauchen Persönlichkeiten, die gemeinsam mit Gruppen, die sie um sich schaffen, als Keimzellen wirken, um eine solche Verbindung von Getrenntem zu ermöglichen.

Eine dieser hervorragenden Persönlichkeiten, die uneigennützig und aus einer inneren Notwendigkeit heraus im Rahmen ihrer spezifischen fachlichen Verwurzelung sich dies zur Lebensaufgabe gemacht hat, ist Dr. *Ammon,* dessen Geburtstag wir heute gemeinsam feiern.

Den Menschen *Ammon* und sein Werk in einer einzigen Würdigung zu fassen, ist nicht möglich. Die Spanne von 70 Jahren intensivsten Lebens und Schaffens, die Intensität dieser Lebensspanne, die er in sich birgt, wird dann wirklich fassbar und spürbar, wenn man ihm selbst begegnet. So widerstrebt es mir, hier eine Biographie von *Ammons* Leben und seiner Lehre zu geben. Sie ergäbe nur eine chronologische Aufzählung von Einzelereignissen, die, werden sie nicht als ein Gesamtes in ein Feld von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft einbezogen, nur ein Versuch wäre, *Ammon* als Menchen und sein Wirken zu ordnen, zu systematisieren und die chronologische Zeit der Jahreszahlen als lineare Richtschnur zu Hilfe zu nehmen. Dies wäre auch *Ammon*'s Wesen, Bewußtsein, Lebensstil und wissenschaftlichem Werk fremd.

Ammon, der sich Zeit seines Lebens gegen jede Form von Systematisierung, eindimensionaler und linearer Betrachtung von Lebensgeschichten gewehrt hat, ist ein Denken, wonach aus einem Ereignis das andere folgt und darauf zurückführbar wäre, fremd und könnte nie das fassen, was *Ammon* so wichtig ist: die lebendige Zeit, die in jedem Augenblick im Dialog, in der bedeutsamen Begegnung sich aufspannt und in der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft des Menschen gleichsam eine Einheit wird. So will ich auch in meiner Rede nicht systematisieren, keine Vollständigkeit versuchen, sondern in einen inneren Dialog mit dir treten.

Wenn man *Ammon* begegnet, wenn man ihm zuhört, wenn er lehrt, seinen Lebensstil in eigener Zeit, in der die metrischen Zeiträume und die Begrenzt-

heit eines linearen Tagesablaufs nicht aufzutauchen wagen, erlebt, dann fließt alles in eins: Vergangenheit und Gegenwart, in der die Zukunft impliziert ist, die auch jeden Moment neu angepackt wird, denn viel ist noch zu tun und zu entwickeln. Wenn man ihm so, heute und morgen, begegnet, dann gibt es keine biologische Zeit von 70 Jahren. Man spürt die wesentliche Zeit in ihm, das tatkräftige Vorwärtsschreiten, den konzeptionell Planenden, gleichzeitig verbunden mit einer Liebe zum Detail, zur Winzigkeit, die aber Wesentlichkeit in sich hat; den konsequent Handelnden, die große Ernsthaftigkeit und das gleichzeitig Spielerische und Humorvolle, aber auch das Leid, das er auf seinem Weg, so wie er ihn gegangen ist, hat erleiden müssen. In einem Beitrag, den er an die Jugend gerichtet hat, schreibt er: »Auf meinem Weg durch zwei Kontinente habe ich immer wieder erfahren, daß mein wahrer Lehrmeister Leid, Entbehrung, Enttäuschung bis hin zu Bedrohung und neuerlicher Verfolgung war. Hier konnte ich mich am stärksten spüren, entwickeln und, glaube ich, auch schöpferisch werden. Bei den vielen Leidenden, denen ich in den darauffolgenden Jahrzehnten begegnete, war die suchtartige Suche nach Lust und Glück die Wurzel ihres Unglücks, ihrer Einsamkeit, inneren Leere, Verzweiflung und letztlich auch ihrer Angst.«

Im Hedonismus, Pragmatismus und Utilitarismus hörte der Mensch auf, nach dem Wesen der Dinge zu fragen. In den gängigen Sozialwissenschaften wurde der Mensch mit allen Mitteln analysiert. Aber gerade die Frage, wer der Mensch sei, wurde selten gestellt. Und gerade diese Frage hatte und hat *Ammon* immer im Herzen, wenn er fragend Neues entwickelt, wobei der Mensch für ihn die einzige Richtschnur dafür ist, was wahr ist, unabhängig davon, in welcher gesellschaftlichen Umwelt er lebt. *Ammon* hat seine ganze Arbeit immer am Menschen orientiert, der ihm den Stellenwert und die Praxisrelevanz seiner wissenschaftlichen Konzeption korrigiert und erweitert. Der Mensch selbst war und ist für Ammon die Schule, in der er seine Wissenschaft entwickelt hat.

So hat Dr. *Ammon* nach seiner Rückkehr aus den USA, wohin er als ursprünglich freudianischer Psychoanalytiker gegangen war, um nach neuen Wegen der Behandlung schwerstpsychischer Erkrankungen wie schizophren und psychotisch leidender Menschen zu suchen, diese Erfahrungen in der Psychosentherapie, in der Gruppenpsychotherapie und Mileutherapie, die sich als geeignete Möglichkeiten der Behandlung herausstellten, in die Deutsche Psychiatrie eingebracht und diese praktisch um die Psychosentherapie bereichert. Mit dem Aufbau einer Dynamischen Psychiatrie in der Bundesrepublik sollte sofort begonnen werden. Es war die Zeit, in der nach ersten Veröffentlichungen von *Ammon* schon vor seiner 10jährigen Zeit, in Amerika, wozu z.B. auch seine Blutphysiologischen Forschungen besonders über Tiefkühlung, Bluttransfusion, Syphilis und Blutkonservierung gehören, grundlegende Arbeiten erschienen wie »Gruppendynamik der Aggression«, »Gruppendynamik der Kreativität« und »Dynamische Psychiatrie«, in dem eine Psychiatriereform für die Deutsche Psychiatrie entwickelt wurde; diese ersten Werke soll-

ten die Aufmerksamkeit von Psychiatern, Analytikern, Psychologen und Wissenschaftlern im In- und Ausland mobilisieren. Es war auch die Zeit, in der organisatorische Strukturen gelegt werden mußten, die der Arbeit in Therapie, Prophylaxe und Ausbildung das notwendige Feld bereiten sollten, wie z.B. die Gründung der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG), der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), die ersten Internationalen Kongresse in Paestum und Stelzerreut, die Gründung des ersten Institutes, hier in Berlin, die Gründung weiterer und folgender Institute und als wichtiger Kristallisationspunkt die Geburt der Internationalen Zeitschrift Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry, die von *Ammon* 1968 aus der Taufe gehoben wurde und als deren Herausgeber er seitdem dient. Die Zeitschrift, die in diesem Jahr ihr zwanzigjähriges Jubiläum feiern kann, und die *Ammon* so viel zu verdanken hat, ist lebendige Geschichte und macht die wissenschaftliche, therapeutische und organisatorische Entwicklung einer Schule dem Leser transparent. Alles wird offen dargelegt und zur Diskussion gestellt, denn Transparenz und Öffentlichkeit ist *Ammon*'s grundlegendes Prinzip. Es folgen in den weiteren Jahren mehr als 400 Veröffentlichungen und mehr als 20 Bücher, teilweise in mehrere Sprachen übersetzt, die *Ammon* geschrieben und herausgegeben hat. Es galt zunächst das grundlegende Handwerkszeug der Dynamischen Psychiatrie dem Leser zu vermitteln: Gruppendynamik und Gruppenpsychotherapie, Schizophrenie- und Psychosentherapie, psychosomatische Forschung und das von *Ammon* als eigenständig formulierte Krankheitsbild, das »Borderline Syndrom«; damit einhergehend die Entwicklung des Humanstrukturmodells, das sich in der Folgezeit gerade für die Forschung und Weiterentwicklung der praktisch-therapeutischen und theoretischen Arbeit als so fruchtbar herausstellen sollte.

Die Krankheitsbilder hat *Ammon* immer schon auf einem gleitenden Spektrum angesiedelt, gruppendynamisch, psychogenetisch, psychodynamisch formuliert und als mehrdimensionales, ganzheitliches Geschehen betrachtet. Heute spricht er, wie jüngst auf dem letzten Weltkongreß in München, von einem unitären Krankheits- und Gesundheitsverständnis, das vor dem Hintergrund eines strukturell und sozialenergetisch formulierten Entwicklungsverständnisses eine veränderbare individuelle Persönlichkeitsdiagnose und Behandlung erfährt. Als diese wichtigsten grundlegenden Theoriepfeiler formuliert und veröffentlicht waren — in diesem Rahmen sind besonders die beiden Handbücher der Dynamischen Psychiatrie zu erwähnen, die *Ammon* herausgegeben hat — konnte *Ammon* seinen ganzheitlichen Denkansatz,. den er zeitlebens hatte, in den verschiedensten menschlichen Dimensionen weiterverfolgen und ausdifferenzieren, wie die Androgynität des Menschen, seine Körperlichkeit, Arbeit und Tätigsein, Zeit- und Zeiterleben, Tod und Sterben, Religiosität, Frieden und Aggression, nicht zu vergessen in letzter Zeit die Spiritualität, um nur einige hier zu nennen.. Tief im ganzheitlichen Denken verwurzelt sieht *Ammon* die Überwindung eines jeglichen Dualismus als seine Aufgabe an, gleich ob es sich um Dualismus von krank und gesund, Mann und

Frau, gut und böse handelt. Dualismen haben keine Spannkraft, da die Verbindung zwischen den beiden Polen durchtrennt ist. Dualität bedeutet Nichtentwicklung, Nichtbegegnung, tote Zeit, wie sie heute noch viele kranke Menschen in psychiatrischen Kliniken erleben müssen, wo der Pol des Kranken nicht mit dem Pol des Gesunden und Schöpferischen verbunden wird, was *Ammon* so bedeutsam ist und was seine Wissenschaft zu einer zutiefst menschlichen Wissenschaft macht. Er setzt dem Kranken das Gesunde entgegen, der destruktiven Aggression die ursprünglich konstruktive Entwicklungsmöglichkeit, dem Psychischen das Körperliche und wesentlich das Geistige. Dies hat *Ammon* so entwickelt, weil er selbst in seinem Wesen aus einer inneren Polarität heraus lebt, einer Polarität von Tradition und möglicher Utopie, einer Polarität von Ich und Du und Gruppe, von Vergangenem und Zukünftigem — dem Möglichen, das in jedem Menschen ruht. Diese Polarität, die auch sein dialektisches Denken bestimmt und seine Dialektik im Leben ausmacht, ist in sich kein Widerspruch, sondern birgt in sich das synergistische Prinzip, das Aufeinanderbezogensein, wo zwischen dem einen und dem anderen, zwischen Vergangenheit und dem Zukünftigen ein Spannungsfeld besteht, aus dem heraus in der Gegenwart das Schöpferische, die bedeutsame Begegnung möglich ist.

In einer Gesellschaft, in der Schematisierung, Bürokratisierung und Dualismen ihre Blüte haben, muß ein solcher Denk-, Arbeits- und Lebensstil, muß eine solche Persönlichkeit Ärgernis sein. Ein Ärgernis, das an den Grundfesten des Selbstverständlichen, an den Grundfesten der Bequemlichkeit und des Verharrungsbedürfnisses, an den Wurzeln der eigenen Unsicherheit und Angst rüttelt. Seit nahezu 3 Jahren geschehen deshalb in Bayern von Seiten des Leiters der Gesundheitsbehörde, der sich natürlich am meisten durch ihn, und das was er macht, angegriffen fühlt, tiefgehende Angriffe gegen *Ammon* und sein Werk. Der Weg, zu dem sich *Ammon* entschlossen hat, ist nicht leicht. Aber er hätte auch keinen anderen Weg gehen könen, auch wenn er selbst oft daran zweifelt. Er ist, wie er ist. Er muß immer wieder das Spannungsfeld aufbauen, um das, was ihm so sehr am Herzen liegt, was scheinbar so unverstehbar ist, die Denk- und Gefühlswelt der schizophrenen und psychotisch reagierenden Menschen zu übersetzen und verstehbar zu machen.

Ammon wird seine Arbeit konsequent weiterverfolgen, fragend, Neues entdeckend, diskutierend, differenzierend, überprüfend und zur öffentlichen Diskussion stellend, mit der Absicht, an dem wissenschaftlichen Gebäude weiterzubauen. Er will, daß sich der Mensch darin wiederentdecken kann und sich zuhause fühlt, ohne sich darin einzurichten, denn das Theoriegebäude soll — und so ist der Mensch — nie abgeschlossen sein.

Ihm als dem Architekten für die weiteren Projekte Schaffensgeist und Kraft zu wünschen ist nicht notwendig, denn den hat *Ammon.* Uns bleibt heute bescheiden unseren Dank an Dr. *Ammon* auszusprechen, Dank für die Lebenszeit, die Du uns gegeben hast, Dank für Deinen unerschütterlichen Optimismus, Dank für das, was Du uns vorgegangen bist und weiter vorgehst, Dank

insbesondere dafür, daß wir teilhaben dürfen, mit Dir zusammen sein können und gemeinsam in Deinem Spannungsfeld Schöpferisches erleben und selbst dabei schöpferisch werden können..

Ich möchte hier für uns alle offiziell das Geschenk überreichen, zu dem wir — die Schüler und Mitarbeiter — eigentlich nur den formalen Rahmen beigetragen haben; das Wesentliche, was innen drin ist, hast Du ja geschaffen, ein Werk von 20 Jahren, Vorträge, die Du auf den internationalen Kongressen gehalten hast, und das Spannende und Schöne ist, daß es heute zu Deinem Geburtstag herauskommen konnte, fertig geworden ist. Es umspannt die ganze Lebensarbeit von *Ammon,* wie ich sie auch in der kurzen Geburtstagsrede hier versucht habe zu zeigen; das nichtlineare Wachstum der Theorie und der Behandlung nach hartem Ringen Schritt für Schritt hin zu einem immer weiterreichendem Paradigmenwechsel in Deiner Arbeit. Ich freue mich, daß wir Dir hier diesen Rahmen Deiner Arbeit überreichen können.

Pressespiegel zu Günter Ammons 70. Geburtstag

Günter Ammon zum 70. Geburtstag

Am 9. Mai feiert der Berliner Psychiater, Psychoanalytiker und Humanist Dr. med. *Günter Ammon* seinen 70. Geburtstag. Er ist international bekannt geworden als Begründer der humanistischen Dynamischen Psychiatrie und durch die Entwicklung seines Konzeptes der Humanstrukturologie. Damit setzte er neue Maßstäbe für Erforschung und Behandlung der Psychosen, aber auch anderer schwerer psychischer Erkrankungen. Zugleich setzte er neue Maßstäbe für ein Verständnis des Menschen und seiner Entwicklungsmöglichkeiten generell.

Günter Ammon studierte Medizin, Psychologie, Philosophie, Anthropologie und Ärchäologie in Berlin, Heidelberg und Greifswald. In den Jahren 1950—54 arbeitete er in der Blut- und Bluttransfusionsforschung. Er machte seine Lehranalyse bei Dr. *Carl Müller-Braunschweig* in Berlin; bei *I.H. Schultz* lernte er Autogenes Training und Hypnose. Nach Abschluß seiner psychoanalytischen Ausbildung 1956 führte ihn sein großes Interesse an der Erforschung und Behandlung der Schizophrenie an die Menninger Foundation in Topeka/USA, wo er bis 1965 als Psychiater, Psychoanalytiker und Dozent tätig war.

Nach seiner Rückkehr aus den USA führte *Ammon* die psychoanalytische Gruppentherapie und die Mileutherapie ein. 1969 gründete er die Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft (DGG) und später die Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP). Vom Beginn seiner Tätigkeit in der Bundesrepublik an forderte er vehement eine Reform der sogenannten »Drehtür-

psychiatrie« hin zu einer humanistischen Dynamischen Psychiatrie, die den ganzen Menschen behandelt. Verwirklicht wurde dieses Modell in der Klinik für Dynamische Psychiatrie Menterschwaige in München, wo *Ammon* seit 1979 als Chefkonsiliarius tätig ist.

Insgesamt vollzog *Ammon* einen Paradigmenwechsel in der Psychiatrie. Zentraler Punkt ist dabei die Aufgabe des kategorialen und kausalen Denkens der psychiatrischen Krankheitslehre zugunsten eines ganzheitlichen mehrdimensionalen Verständnisses des Menschen. *Ammons* Kompromißlosigkeit, wenn es um das Wohl des kranken Menschen geht, hat ihm dabei nicht nur Freunde eingebracht. Der 70. Geburtstag des Inaugurators der humanistischen Dynamischen Psychiatrie steht daher auch im Zeichen heftiger gesellschaftlicher und fachlicher Auseinandersetzungen um eine zukünftige Psychiatrie in der Bundesrepublik. *Gabriele Seidler*

(*Berliner Ärzteblatt* H. 9, 2. Mai 1988)

Günter Ammon 70 Jahre

Der Begründer der Dynamischen Psychiatrie, Dr. med. *Günter Ammon,* begeht morgen in Berlin seinen 70. Geburtstag. Die Ende der sechziger Jahre entstandene Dynamische Psychiatrie ist eine ganzheitliche, gruppentherapeutisch ausgerichtete Form der Psychoanalyse. Sie hat unter der Ärzteschaft und an mehreren Kliniken weltweit Anhänger gefunden, begegnet aber hierzulande in der schulmedizinischen Psychotherapie heftiger Kritik.

Ammon, Mitglied und Ehrenmitglied zahlreicher internationaler Fachvereinigungen, untermauerte die Theorie der Dynamischen Psychiatrie mit rund 300 eigenen Veröffentlichungen.

(*Tagesspiegel,* 8.5.1988)

Günter Ammon wird 70

Der Berliner Psychiater und Psychoanalytiker *Günter Ammon* — Präsident der von ihm 1969 gegründeten Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) — feiert am Montag seinen 70. Geburtstag. *Ammon* ist Begründer der humanistisch orientierten Dynamischen Psychiatrie, einem reformerischen Ansatz zur Behandlung von schweren psychischen Störungen.

(*Berliner Morgenpost,* 8.5.1988)

Weggefährten
Mehrdimensional

Der Begründer der Humanistischen Dynamischen Psychiatrie, Dr. *Günter Ammon,* wurde am 9. Mai 70 Jahre alt. Hinter dieser Bezeichnung verbirgt

sich ein Konzept, das auch schon als »Psychiatrie des New Age« bezeichnet wurde. *Ammon,* der überdies der Präsident des Weltverbandes der Dynamischen Psychiatrie ist, hat für das psychiatrische Weltbild einen Paradigmenwechsel vollzogen. Wesentliche Bestandteile dieser neuen Psychiatrie sind die Auffassung des Patienten als eines ganzheitlichen und mehrdimensionalen Menschen, dessen gesunde und kranke Anteile in einem zusammenhängenden Verständnis erfaßt, bewertet und bearbeitet werden. *Ammons* »Gesundheitsdiagnose« versucht den leidenden Menschen in der Gesamtheit seiner noch nicht verwirklichten Möglichkeiten zu erkennen. Der spirituelle Anteil im Wesen des Menschen ist ein weiterer Angelpunkt dieser neuen Betrachtungsweise ebenso wie Kommunikationsmodelle, die von energetischen Abläufen jenseits von Sprache ausgehen. Und selbst so »esoterische« Vorstellungen wie die der Androgynität finden in *Ammons* Konzept ihren Platz.
(*esotera,* Juni 1988)

Psychoanalytiker Günter Ammon wird am 9. Mai 70 Jahre alt

Berlin (lbn) — Der Berliner Psychiater und Psychoanalytiker *Günter Ammon* feiert am 9. Mai seinen 70. Geburtstag. *Ammon* ist Begründer der humanistisch orirentierten Dynamischen Psychiatrie, einem neuen reformerischen Ansatz zur Behandlung von schweren psychischen Störungen. Sein Konzept wird in der Klinik für Dynamische Psychiatrie in Menterschwaige bei München praktiziert, die er als »Chefkonsiliarius« seit 1979 berät, und wurde von einigen Kliniken des westlichen und östlichen Auslandes übernommen.

Der Facharzt für Psychiatrie und Neurologie wurde 1918 in Berlin geboren. Er studierte Medizin, Psychologie, Philosophie, Anthropologie und Archäologie in Berlin, Heidelberg und Greifswald. Von 1956 bis 1965 war er in den USA als Psychiater und Dozent tätig. Nach seiner Rückkehr gründete er 1969 die Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP), deren Präsident er nach wie vor ist.

Mit seiner Theorie der Aggression als einer konstruktiven »Grundfunktion« des Menschen kehrte er der freundianischen Triebtheorie den Rücken. Sein wissenschaftliches Werk ist allerdings nicht unumstritten und steht in gesellschaftlichen und fachlichen Auseinandersetzungen mit anderen Psychotherapie- und Psychiatrieschulen.
(*dpa — Landesdienst Berlin,* 6.5.1988)

Der Reformator der Psychiatrie
Dr. med. Günter Ammon wird 70 Jahre alt

Am 9. Mai 1988 feiert der Berliner Psychiater, Psychoanalytiker und Huma-

nist, Dr. med. *Günter Ammon,* seinen 70. Geburtstag. Er ist international bekannt geworden als Begründer der Humanistischen Dynamischen Psychiatrie und durch die Entwicklung seines Konzeptes der Humanstrukturologie. Damit setzte er neue Maßstäbe für Erforschung und Behandlung der Psychosen — vor allem der Schizophrenie, aber auch anderer schwerer psychischer Erkrankungen, wie dem Borderline-Syndrom, der Depression, der Psychosomatik u.a. Aber er setzt auch neue Maßstäbe für ein Verständnis des Menschen und seiner Entwicklungsmöglichkeiten generell.

Günter Ammon wurde am 9. Mai 1918 in Berlin geboren. Er ist Präsident der World Association for Dynamic Psychiatry WADP und Präsident der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V. Er ist Mitglied und Ehrenmitglied in zahlreichen nationalen und internationalen Fachverbänden. 1986 wurde er aufgrund seiner großen Verdienste um die Forschung und Ausbildung innerhalb der Psychotherapie und seiner herausragenden Leistungen in der Prävention und Behandlung psychischer Erkrankungen zum »Fellow and Diplomate« des American Board of Medical Psychotherapists ernannt. 1988 erhielt er die Auszeichnung der International Health Society für außergewöhnliche Leistungen auf dem Gebiet der Theoriearbeit, Praxis und Ausbildung und der internationalen Zusammenarbeit.

Günter Ammon ist Arzt für Psychiatrie und Neurologie, Lehr- und Kontrollanalytiker; er studierte Medizin, Psychologie, Philosophie, Antrhopologie und Archäologie in Berlin, Heidelberg und Greifswald. In den Jahren 1950-54 arbeitete er in der Blut- und Bluttransfusionsforschung, was zu einer Reihe von naturwissenschaftlich-experimentellen Veröffentlichungen führte.

Er machte seine Lehranalyse bei Dr. *Carl Müller-Braunschweig* in Berlin; bei *J.H. Schultz* lernte er Autogenes Training und Hypnose. Nach Abschluß seiner psychoanalytischen Ausbildung 1956 führte ihn sein großes Interesse an der Erforschung und Behandlung der Schizophrenie an die Menninger Foundation in Topeka/USA, wo er bis 1965 als Psychiater, Psychoanalytiker und Dozent tätig war. Er führte auch umfangreiche Feldstudien bei den Lacandon-Mayas in Mittelamerika durch.

Nach seiner Rückkehr aus den Vereinigten Staaten führte *Ammon* — aus der Notwendigkeit heraus, bei schweren psychischen Krankheiten das Behandlungsspektrum zu erweitern — die psychoanalytische Gruppentherapie und die Milieutherapie ein. Um die Ausbildung und Forschung im Rahmen der analytischen Gruppentherapiea zu gewährleisten, gründete *Ammon* 1969 die Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft (DGG) und als dies zum Bruch mit der freudianischen DPV führte, die Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP). Mit der Entwicklung seiner Theorie der Aggression als einer primär konstruktiven Funktion des Menschen, kehrte er der freudianischen Triebtheorie auch inhaltlich den Rücken. Die Aggressionstheorie wurde zum ersten Baustein des heutigen mehrdimensionalen Persönlichkeitsmodells der Dynamischen Psychiatrie, der Humanstrukturologie, dessen persönlichkeitsstrukturierende Entwicklung in engem Gruppenbezug steht.

Meilensteine in seinem Hunderte von Arbeiten umfassenden wissenschaftlichen Werk sind neben der Aggressionstheorie die Formulierung des Borderline-Syndroms als einem eigenständigen Krankheitsbild, Forschungen über Schizophrenie, Gruppendynamik, Kreativität und Psychosomatik, die Positivdefinition des Unbewußten, das Sozialenergiekonzept, die Arbeit über die Androgynität des Menschen, um nur einige wenige zu nennen. Außerdem hat *Ammon* mehr als 20 Bücher veröffentlicht und herausgegeben, die teilweise in bis zu 12 Sprachen übersetzt wurden. U.a. über Schizophrenie, Borderline-Syndrom, sein grundlegendes Werk über Dynamische Psychiatrie (Luchterhand/Kindler), Psychotherapie der Psychosen, Psychoanalyse und Psychosomatik, Gruppenpsychotherapie, Gruppendynamik der Aggression und Kreativität, Kindesmißhandlung, die Mehrdimensionalität des Menschen und das zweibändige Handbuch der Dynamischen Psychiatrie.

Auf zahlreichen wissenschaftlichen Reisen in alle Erdteile lehrte er an internationalen Universitäten, auf Kongressen, in Seminaren und Vorträgen Dynamische Psychiatrie.

Von Beginn seiner Tätigkeit in der Bundesrepublik forderte *Ammon* vehement eine Reform der psychiatrischen Kliniken und der dort praktizierten pharmakologisch orientierten Symptombehandlung. Diese Forderung nach Veränderung der sogenannten »Drehtürpsychiatrie« hin zu einer humanistischen Dynamischen Psychiatrie, die den ganzen Menschen und nicht isoliert seine Krankheitssymptome behandelt, wurde in der Modellklinik für Dynamische Psychiatrie Menterschwaige in München verwirklicht, wo *Ammon* seit 1979 als Chefkonsiliarius tätig ist.

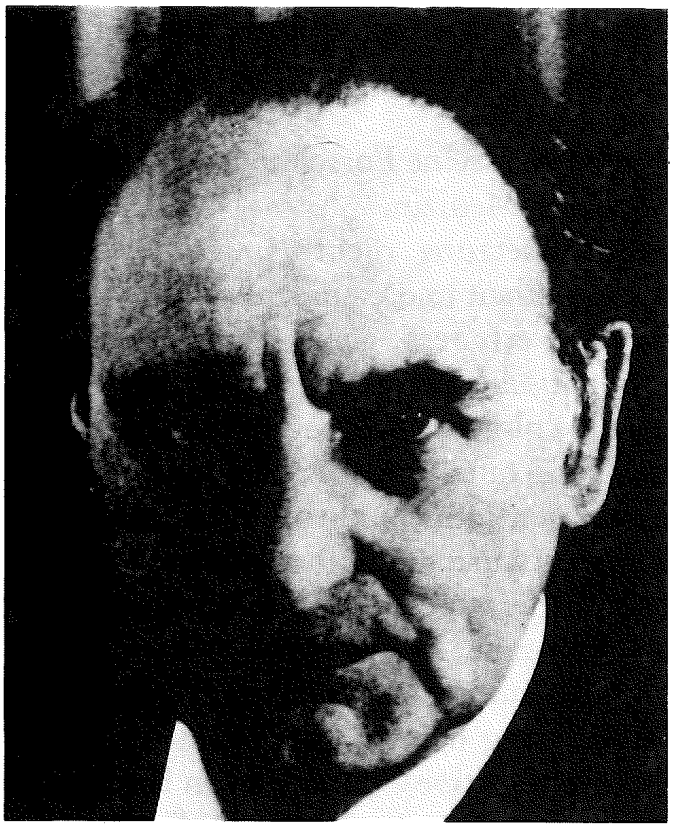
Insgesamt gesehen vollzog *Ammon* einen Paradigmenwechsel in der Psychiatrie. Zentraler Punkt dabei ist das Aufgeben des kategorialen und kausalen Denkens der psychiatrischen Krankheitslehre zugunsten eines ganzheitlichen mehrdimensionalen Verständnisses des Menschen, in dem seine kranken und gesunden Anteile gesehen werden und jeder Patient eine individuelle Diagnose und ein entsprechend individuelles Behandlungsprogramm erhält. So stellte *Ammon* auf dem letzten Weltkongreß in München — er führte als wissenschaftlicher Leiter insgesamt 19 Internationale Symposien und 6 Weltkongresse durch — die strukturelle Verwobenheit der Krankheitsbilder Schizophrenie und Psychosomatik dar. Dieser Paradigmenwechsel hat praktische Konsequenzen für das System der psychiatrischen Versorgung im Dienste des Patienten.

Ammon's Kompromißlosigkeit, wenn es um das Wohl des kranken Menschen geht, hat ihm dabei nicht nur Freunde, sondern auch Verleumdungen und Diffamierungen eingebracht — ein kompromißloser Weg, auf dem er viel erreicht hat, der aber auch leidvoll war.

Der 70. Geburtstag des Inaugurators und Promotors der humanistischen Dynamischen Psychiatrie steht daher auch im Zeichen heftiger gesellschaftlicher und fachlicher Auseinandersetzungen um eine zukünftige Psychiatrie in der BRD.

(*raum & zeit*, Juni 1988, Nr. 34)

Auch in der Zeitschrift »Mensch — Natur — Gesellschaft« aus dem Solaris-Verlag, Innsbruck erscheint im Juni eine ausführliche Würdigung der Arbeit *Günter Ammons* anläßlich seines 70. Geburtstages, die uns jedoch zum Redaktionsschluß noch nicht vorlag.



(Das Foto entnahmen wir mit freundlicher Genehmigung des Piper-Verlages dem Buch: Heinrich Schipperges, Homo patiens, München 1985)

Zum 70. Geburtstag von Heinrich Schipperges

Am 17. März 1988 vollendete der Psychiater, Medizinhistoriker und Philosoph Prof. Dr. med. Dr. phil. Dr. med. h.c. *Heinrich Schipperges,* bekannt geworden als bedeutender Paracelsus-Forscher und Vertreter einer ganzheitlichen Heilkunst, sein 70. Lebensjahr.

Heinrich Schipperges studierte nach Kriegsende ab 1946 Medizin sowie parallel dazu Philosophie in Düsseldorf und Bonn und promovierte anschließend an die Examina 1951 in der Medizin und 1952 in der Philosophie. Nach seiner ärztlichen Weiterbildung bei Prof. *Martini* in Bonn, danach an der Neurologischen Klinik in Zürich bei Prof. *Krayenbühl* und schließlich in der psychiatrischen Klinik bei Prof. *Manfred Bleuler* erwarb er seine Anerkenntnis als Arzt für Neurologie und Psychiatrie.

Gleichzeitig ging er seinem ersten Interessenschwerpunkt, der medizinischen Mediaevistik und Arabistik, in Gestalt eines Studiums der Arabistik und Islamwissenschaften am Orientalischen Seminar in Bonn nach, wo er sich 1959 mit einer bedeutenden Arbeit über die »Rezeption und Assimilation der arabischen Medizin durch das lateinische Mittelalter« habilitierte. Aus dieser

Zeit resultiert auch die bis heute andauernde Beschäftigung mit Werk und Person der *Hildegard von Bingen.* Ebenfalls 1959 nahm er einen Lehrauftrag für »Geschichte der Medizin« in Bonn an sowie einen zweiten Lehrauftrag für »Kulturgeschichte des arabischen Mittelalters« an der Universität Kiel. 1961 wurde er zum Direktor des neugegründeten Institutes für Medizingeschichte an der Universität Heidelberg berufen, das er bis zu seiner Emeritierung 1986 zu einem der angesehensten Universitätsinstitute dieses Fachgebiets entwickelte.

Seit den sechziger Jahren konzentrieren sich seine Forschungen auf anthropologische und philosophische Aspekte der Medizin.

In den Mittelpunkt dieser Auseinandersetzung rückt *Paracelsus,* dessen Grundverständnis der Bedeutung von Krankheit und Gebrechlichkeit — nämlich den Menschen immer wieder daran zu erinnern, daß er ein der Hilfe bedürftiges Geschöpf ist und auf die solidarische Beziehung zu anderen Menschen angewiesen — leitmotivisch für seine philosphisch begründete medizinische Anthropologie wird. Die Beschäftigung mit *Paracelsus,* aber auch mit *Novalis* und *Nietzsche* erreichte ihren bisherigen Höhepunkt in dem umfangreichen Werk »Kosmos anthropos«, den »Entwürfen zu einer Philosophie des Leibes« (1981). Im Anschluß an *Nietzsche,* der vom menschlichen Leib als einem Urphänomen fasziniert war und ihn zum Ausgangspunkt allen Philosophierens machte, hebt *Schipperges* die Bedeutung gerade des kranken Leibes für Erkenntnis und menschliche Entwicklung hervor: »Bei allem negativen Erlebnis von Leiden überwiegt letztlich der positive Charakter von Kranksein als einem Stimulans zum Leben und als einer Transfiguration in die Philosophie. Die Kranken sind menschlicher... Krankwerden dient immer wieder neu als ein Übergang zu 'neuer Gesundheit', zu einer 'zweiten', der 'großen Gesundheit', die man... immer wieder neu erwerben muß.«

Krankheit und Gesundheit sind *Schipperges* keine Gegensätze, sondern Grunderfahrungen des Menschen. In einer noch zu entwickelnden, zukünftigen humanistischen, patienten- statt technikorientierten Medizin, so fordert er, muß wieder die subjektive Befindlichkeit des Patienten anstelle der Befunde im Mittelpunkt stehen.

In einer Reihe von vieldiskutierten Büchern wie »Die Medizin in der Welt von morgen« (1976), »Wege zu neuer Heilkunst« (1978), »Der Arzt von morgen« (1982) sowie »Homo patiens. Zur Geschichte des kranken Menschen« (1985), mit dem er sein Konzept einer integralen Medizin in jahrtausendealten historischen Traditionen verwurzlen kann, leistet er nicht nur eine fundierte Kritik der immer weniger effizient werdenden Apparatemedizin, sondern entwirft auch eine neue Heilkultur, der es nicht mehr nur um bloße Instandsetzung geht, sondern um Prävention und Heilung im Sinne von Ganzwerdung.

In diesem humanistischen Anliegen fühlen wir uns *Heinrich Schipperges* tief verbunden.

Ankündigungen/Announcements

XIVth International Symposium of the Fulton Society
on
The Neurobiology of Brain Implants to be held in New Dehli, October 1989
Along with the XIVth World Congress of Neurology
For further information please write to:
Prof. Dr. Victor Soriano
Calle Buenos Aires 363
Montevideo-Uruguay

6th International Symposium of the Psychotherapists of Socialist countries

The central theme will be brief psychotherapy and short term techniques in individual, group, family, art and telephone psychotherapy. The subtheme will be organisational models for psychotherapy, psychosocial interventions and rehabilitation.

Place: National Palace of Culture (NDK) in Sofia

Time: October 28.—29. 1988

Congress Secretariat: MD Alexander Marinov, G: Sofiiski str. N 1, MA-Department of Psychiatry, Sofia 1431, Bulgaria

12th Congress of the World Association for Social Psychiatry

The scientific programme aims at academic excellence and direct relevance to contemporary problems in both clinical psychiatry and paramedial psychiatry throughout all countries. A small medical and technical exhibition has been organized.

6.—10. November, London

Congress Secretariat: Conference Associates WASP, 27 A Medway Street, London SW1P 2BD, United Kingdom, Telephone: 01-222 9493. Congress fees: before 5 August 1988: £ 300, after 5. August: £ 375.

15th Congress of the IASP (International Association for Suicide Prevention and Chrisis Intervention)

June 11—14. 1989, Brussels, Belgium

Subject: Suicide and Aggression with Special Emphasis on Legal and Criminological Aspects.
Professional Congress Organizer: Director D. Shanni, rue Velain XIV 17 A, B-1050 Bruxelles, Belgium

16th Annual Meeting of the German Association of the Suicide Prevention

September 30 — October 2, 1988, Regensburg, District Hospital. For further information please contact: Dr. R. Welz, c/o Roderer Publishing House, Unterislinger Weg 4, D-8400 Regensburg, Germany

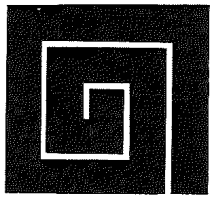
24. Deutscher Soziologentag, 11. Österreichischer Soziologentag, 8. Kongreß der Schweizerischen Gesellschaft für Soziologie

Gemeinsamer Kongreß der deutschen, österreichischen und schweizerischen Gesellschaft für Soziologie.
Der gemeinsame Kongreß steht unter dem Titel »Kultur und Gesellschaft«. Die bewußt weit gefaßte Thematik erlaubt es, sowohl Grundfragen der Disziplin als auch aktuelle Probleme der gesellschaftlichen und kulturellen Entwicklung in den drei Ländern anzugehen. Wo immer möglich, wird dabei eine vergleichende Perspektive angestrebt. Sie soll die Gemeinsamkeiten der soziologischen Forschung als auch die unterschiedliche Rolle der Soziologie zum Ausdruck bringen.
Zürich, 4.—7. Oktober 1988.
Anmeldung: »Kultur und Gesellschaft«, Postfach 8744, Ch-8050 Zürich, Tel. 01/3 12 69 64

Wir möchten hinweisen auf:

73. Gruppendynamische Tagung vom 30. August — 9. September 1988

mit Selbsterfahrung, Vorträgen, Tanz, Meditation, Tempelführung, Ausflug nach Capri im Tagungszentrum der DAP in Paestum (bei Salerno/Süditalien)
Gesamtleitung: Dr. med. **Günter Ammon**



Auskunft und Anmeldung:
Lehr- und Forschungsinstitute der Deutschen Akademie für Psychoanalyse
Wielandstraße 27/28, 1000 Berlin 15, Tel. (030) 8 81 80 59 / 8 81 80 50
Klenzestraße 55, 8000 München 5, Tel. (089) 2 01 15 86 / 2 01 15 87

Im nächsten Heft erscheint . . .

Edward J. Dehné (Carson City)
Promises in Solving some Comprehensive Health Problems in year 2000
Nicholas Destounis (Lebanon)
Psychological Aspects of In Vitro Fertilization Participants
Alexander A. Tschurkin (Moscow)
Organisation der Psychotherapeutischen Hilfe in der UdSSR
Maria Orwid (Krakow)
Psychodynamic and Systemic Approach to Family Therapy
Janos Füredi (Budapest)
Family Therapy with Schizophrenics
Julia Nekrasowa (Moscow)
Wiederherstellung einer gestörten Kommunikation — am Beispiel einer Logoneurose
Ingeborg Urspruch (München)
Zur Gruppendynamik der Schwangerschaft
Jacek Bomba (Krakow)
Research Programmes on Adolescent Depression
Gertaud Reitz (München)
Die Bedeutung der Humanstrukturellen Tanztherapie für die Entwicklung der Liebesfähigkeit
Yizchak Shapira (Nathanya)
Die jüdische Einstellung zu den physiologischen und psychologischen Bedürfnissen des Menschen
Evgeny Zubkov (Leningrad)
Rehabilitation der älteren Kranken mit psychischen Störungen
Marius Erdreich (Haifa)
Selective Pharmacology and Psychotherapy in Compulsive Eating Disorders
Luciano Rispoli (Napoli)
Schizophrenia and Concepts of Split in the Corporal Self in a Clinical Model of Body-Character Psychotherapy
Charles L. Sheridan (Kansas City)
Technological Versus Psychodynamic Treatment of Impaired Stress Management
Renato Berger (Zürich)
Feuerkulte in Afrika und Indien
Helmut Volger (Berlin)
Paradigmenwechsel in der internationalen Politik — die Rolle der UNO im Gruppengeflecht internationaler Beziehungen

— Änderungen vorbehalten / Changes reserved —

Impressum

Verlag, Sitz und Geschäftsstelle/Publishing House, seat and office:
»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH München, Klenzestraße 55, 8000 München 5, Tel. (0 89) 2 01 15 86.
Gesellschafter des Verlages (mit Einlagen über 5% des Stammkapitals): Dr. med. Günter Ammon, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychoanalyse, Psychotherapie, Meierottostraße 1, 1000 Berlin 15 (20%)
Geschäftsführer des Verlages: Anna Scharnagl, Betriebswirtin, Pariser Straße 34, 8000 München 80
Druck: Alfa-Druck, Buch- und Offsetdruckerei, Levinstraße 9a, 3400 Göttingen.
Herausgeber/Editor: Dr. med. Günter Ammon, Meierottostraße 1, 1000 Berlin 15 (verantwortlich für den wissenschaftlichen Teil).
Buchbesprechungen/Book reviews: Dr. phil. Helmut Volger, Ludwigkirchstraße 2, 1000 Berlin 15, cand. phil. Elisabeth Danehl-Teichmann
Nachrichtenteil/News: Verantwortlich sind Dipl.-Psych. Ilse Burbiel, Presse- und Informationsreferentin im Executive Council der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, Karl-Theodor-Str. 73, 8000 München 40; R.A. Thomas Hessel, Justitiar und Schatzmeister im Executive Council der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, Arcisstraße 59, 8000 München 40.
Anzeigen/Advertising Manager: Petra Hieber, Karl-Theodor-Str. 73, 8000 München 40 (verantwortlich).
Abonnentenabteilung/Subscription management: Michael Birk, Klenzestraße 55, 8000 München 5.
Manuskripte nehmen entgegen/manuscripts should be sent to:
Hauptschriftleitung Dr. med. Günter Ammon, Wielandstraße 27/28, 1000 Berlin 15.

Anschrift der Redaktion/Address of the editorial staff:
Wielandstraße 27/28, 1000 Berlin 15

Weitere Mitglieder der Redaktion/Members of the editorial staff:
Maria Berger, Dipl. Soz. Jürgen Blechschmidt, Dipl.-Psych. Ilse Burbiel, Dipl.-Psych. Gabriele von Bülow, Elisabeth Danehl-Teichmann, Dipl.-Psych. Daniel Hermelink, Dipl.-Psych. Gerhard Menzel, Dipl.-Psych. Volker Peschke, Dr. med. Bernhard Richarz, Dr. med. Paul Schmalisch, Dr. med. Rolf Schmidts, Margit Schmolke, Dr. phil. Barbara Töpper, Dr. phil. Helmut Volger, Dipl.-Psych. Gerhard Wolfrum.

Die veröffentlichten Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wider. 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 25 Sonderdrucke seines Artikels. Weitere Sonderdrucke können auf eigene Rechung 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 25 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 means without written permission from the publisher.

Dynamic Psychiatry is published bi-monthly. Annual subscription rate $ 48,— per individual copy $ 9,—. 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 Postgiro München 16 888-802.

Verlag, Sitz und Geschäftsstelle/Publishing House, seat and office:
Pinel-Verlags GmbH München, Klenzestraße 55, 8000 München 5, Tel. (089) 2 01 15 86.

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

Abonnentenabteilung/subscription management:
Petra Hieber, Klenzestraße 55, 8000 München 5.

Druck/Print: Druckerei Ahlbrecht, D-3400 Göttingen