ISSN 0012-740 X

Dynamische Psychiatrie

Herausgegeben von Günter Ammon

Dynamic Psychiatry

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse

IN MEMORIAM GÜNTER AMMON

Dynamische Psychiatrie
Zur Psychodynamik und Gruppendynamik der Aggression
Kreativität und Ich-Entwicklung in der Gruppe
Die Psychodynamik der Psychosen, der Symbiosekomplex und das Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten
Ich-strukturelle und gruppendynamische Aspekte bei der Entstehung der Schizophrenie und deren Behandlungsmethodik
Psychosomatic Illness as a Result of a Deficit in Ego-Structure under Consideration of the Genetic, Dynamic, Structural and Group Dynamic Point of View
Das Borderline-Syndrom, eine humanstrukturelle Erkrankung: Zur Weiterentwicklung der Ergebnisse des DAP-Borderline-Symposiums 1976
Neurose und Schizophrenie – Theoretische und klinische Erfahrungen und Konsequenzen
Theoretical Aspects of Milieu Therapy
Ich-strukturelle Gruppenpsychotherapie
The Therapeutic Concept of the Dynamic Psychiatric Hospital Menterschwaige
Humanstruktureller Tanz – Heilkunst und Selbsterfahrung
Psychoanalytische Gruppendynamik
Dynamic Human Structural Psychiatry Today
Identität – ein Geschehen an der Grenze von Raum und Zeit. Zum Prinzip der Sozialenergie
Das Prinzip der Sozialenergie im holistischen Denken der Dynamischen Psychiatrie
Androgynität und ganzheitliches Menschenbild
Der mehrdimensionale Mensch
Nachrichten

28. Jahrgang
3.–6. Heft 1995

152/155

»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH München

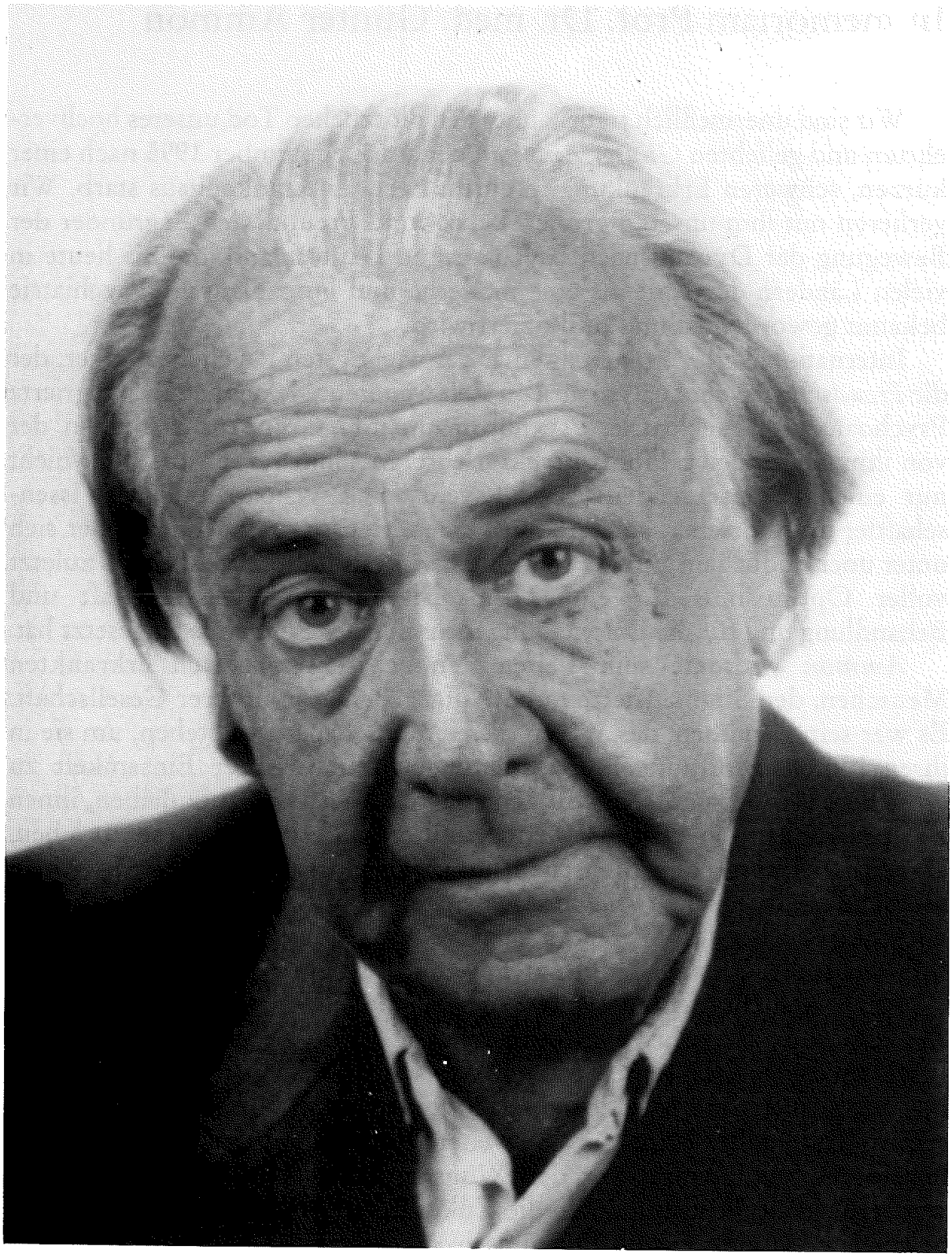
Dynamische Psychiatrie / *Dynamic Psychiatry*
Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse
Organ der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), der
World Association for Dynamic Psychiatry WADP, der
Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG), der
Deutschen Gesellschaft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

28. Jahrgang, 3.-6. Heft 1995, Nr. 152–155

Herausgegeben von Günter Ammon †
unter Mitarbeit von
F. Antonelli, Rom – L. Bellak, New York – B. Buda, Budapest – I. Burbiel, München – A. Carmi, Haifa – R. Ekstein, Los Angeles – Th. Freeman, Antrim – A. Garma, Buenos Aires – F. Hansen, Oslo – I. Jakab, Pittsburgh – M.M. Kabanow, St. Petersburg – M. Knobel, Campinas – A. Lambertino, Parma – U. Mahlendorf, Santa Barbara – A. Mercurio, Rom – L. Miller de Paiva, Sao Paulo – K. Okonogi, Tokio – M. Orwid, Krakau – J.F. Pawlik, Warschau – V.S. Rotenberg, Tel Aviv – D. Shaskan, Los Angeles – J.B.P. Sinha, Patna – Y. Tokuda, Tokio – T. Yamaguchi, Tokio – Wu Zheng-Yi, Shantou

Inhalt/Contens

In memoriam Günter Ammon 133
Dynamische Psychiatrie 151
Dynamic Psychiatry 160
Zur Psychodynamik und Gruppendynamik der Aggression 165
Aggression in Psychodynamics and Group Dynamics 176
Kreativität und Ich-Entwicklung in der Gruppe 178
Creativity and Ego-Development in the Group 199
Die Psychodynamik der Psychosen, der Symbiosekomplex und das Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten 203
The Psychodynamics of the Psychoses, the Symbiosis-Complex and the Spectrum of the Archaic Ego-Illnesses 217
Ich-strukturelle und gruppendynamische Aspekte bei der Entstehung der Schizophrenie und deren Behandlungsmethodik 220
Ego-structural and Groupdynamic Aspects Causing Schizophrenia – Methods for its Treatment 238
Psychosomatic Illness as a Result of a Deficit in Ego-structure under Consideration of the Genetic, Dynamic, Structural and Group Dynamic Point of View 241
Die psychosomatische Erkrankung als Ergebnis eines Ich-strukturellen Defizits unter Berücksichtigung des genetischen, dynamischen, strukturellen und gruppendynamischen Gesichtspunktes 248
Das Borderline-Syndrom, eine humanstrukturelle Erkrankung: Zur Weiterentwicklung der Ergebnisse des DAP-Borderline-Symposiums 1976 251
The Borderline-Syndrome – A Humanstructural Illness: On the Further Development of the Results of the DAP-Symposium 1976 262
Neurose und Schizophrenie – Theoretische und klinische Erfahrungen und Konsequenzen 265
Neurosis and Schizophrenia – Theoretical and Clinical Experiences and Consequences 277
Theoretical Aspects of Milieu Therapy 282
Theoretische Aspekte der Mileutherapie 305
Ich-strukturelle Gruppenpsychotherapie 312
Ego-structuring Group Psychotherapy 319
The Therapeutic Concept of the Dynamic-Psychiatric Hospital Menterschwaige 320
Das therapeutische Konzept der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige 321
Humanstrukturelle Tanz – Heilkunst und Selbsterfahrung 323
Human-structural Dance – Art of Healing and Self-Experience 337
Psychoanalytische Gruppendynamik 342
Psychoanalytical Group Dynamics 357
Dynamic Human Structural Psychiatry Today 362
Dynamische humanstrukturelle Psychiatrie heute 370
Identität – ein Geschehen an der Grenze von Raum und Zeit. Zum Prinzip der Sozialenergie 375
Identity and Social Energy 386
Das Prinzip der Sozialenergie im holistischen Denken der Dynamischen Psychiatrie 388
The Principle of Social Energy in the Holistic Thought of Dynamic Psychiatry 400
Androgynität und ganzheitliches Menschenbild 403
Androgynity and Holistic Conception of Personality 412
Der mehrdimensionale Mensch 416
The Multidimensional Man 425
Nachrichten/News 427



Prof. Dr. med. Günter Ammon

* 9. 5. 1918 Berlin † 3. 9. 1995

In memoriam Prof. Dr. med. Günter Ammon

Wir sind unermeßlich traurig über den plötzlichen Tod unseres hochverehrten und geliebten *Günter Ammon*, der am 3. September 1995 nach einer kurzen, schweren Erkrankung in einem Berliner Krankenhaus starb. Wir verlieren mit ihm unseren großen Lehrer und Freund, den Begründer der Bewegung der Dynamischen Psychiatrie in Deutschland, die bis heute in vielen Ländern der Erde als eine moderne und humanistische Psychiatrie bekannt geworden ist und praktiziert wird.

International gilt *Ammon* als einer der wichtigsten Psychoanalytiker, der die *Freud*sche Psychoanalyse unserer Zeit weiterentwickelt hat. Er integrierte Psychoanalyse, Psychiatrie, Psychosomatik und Gruppendynamik in der von ihm begründeten Humanstrukturlehre. Mit ihm verliert die Welt nicht nur einen herausragenden Arzt, Psychiater, Psychoanalytiker, Wissenschaftler und Forscher, sondern auch einen Menschen und Lehrer, der sich unter unermüdlichem Einsatz seiner Arbeitskraft und Lebenszeit bis zuletzt voller Optimismus für eine Humanisierung von Wissenschaft und Behandlung und für die Entwicklung menschlicher Potentiale eingesetzt hat.

Ammon widmete sein Leben den schwer psychisch erkrankten Menschen, den Stigmatisierten und Aufgegebenen in unserer Gesellschaft. Es war sein Bemühen, das Wesen dieser Menschen zu verstehen, um sie in ihren Nöten, Hoffnungen, Befürchtungen und in ihrer Einsamkeit zu erreichen, ihr Getrenntsein von den anderen Menschen aufzuheben, ihnen zu ermöglichen, eine eigene Identität zu entwickeln und diese zu leben. Dabei hat *Ammon* den Menschen immer als ein ganzheitliches, in seinen seelischen, körperlichen und geistigen Seiten mehrdimensionales, nach Entwicklung strebendes Wesen gesehen. Entwicklung begriff er als einen fortwährenden Prozeß, der von der Geburt bis zum Tode reicht.

Am 8. Mai 1994, einen Tag vor seinem 76. Geburtstag, heiratete *Günter Ammon* seine langjährige Lebensgefährtin *Maria Berger* auf Capri, der Insel, auf der er nach seinem letzten Wunsch auf dem akatholischen Friedhof hoch über dem Meer beigesetzt werden wird. *Ammon* blieb bis zu seinem Tode voller Pläne für eine weitere Entfaltung in seinem Leben und in seiner Arbeit, getragen von dem Wunsch, seinen Schülern und Freunden weiterführende Strukturen für die Zukunft zu hinterlassen. So plante er beispielsweise eine zweite Dynamisch-Psychiatrische Klinik in Deutschland und einen ersten Lehrstuhl für Dynamische Psychiatrie an der St. Petersburger Universität. Bis zuletzt arbeitete er an der Weiterentwicklung seines Verständnisses der »Unerreichten«, d.h. der schwererkrankten Borderline-Patienten, denen er seine Habilitationsschrift widmete.

Ammon starb so, wie er als Mensch, an wichtige Identitätsgrenzen seines Lebens gekommen, stets gehandelt hat. Er entschied sich für eine risikoreiche Operation. Er entschied sich damit für das Prinzip Hoffnung, ein Prinzip, für das er sein Leben lang gearbeitet hat.

Günter Ammon wurde am 9. Mai 1918 in Berlin geboren. Nach dem Studium von Medizin, Psychologie, Philosophie, Anthropologie und Archäologie in Berlin (Humboldt-Universität), Greifswald und Heidelberg, arbeitete er zunächst in der Bluttransfusionsforschung. Zusammen mit *Heim* und *Leichner* forschte er experimentell über die Möglichkeiten einer Tiefkühlung des Blutes. 1949 promovierte er mit »summa cum laude« an der Freien Universität Berlin über Transfusionssyphilis und deren Verhütung. Am Zweiten Weltkrieg nahm er als Feldunterarzt im medizinischen Dienst auf Hauptverbandsplätzen teil. Von 1950 bis 1952 studierte er bei Professor *I.H. Schultz* das Autogene Training und absolvierte daran anschließend bis 1956 seine psychoanalytische *Freud*ianische Grundausbildung am Berliner Psychoanalytischen Institut der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (DPV) bei *Carl Müller-Braunschweig.* Sein Interesse an der Erforschung und Behandlung der Schizophrenie führte ihn 1956 an die Menninger Foundation in Topeka/USA, wo er in Zusammenarbeit mit *Karl* und *William Menninger* insbesondere die Gruppenpsychotherapie und Milieutherapie für die Behandlung von psychotisch erkrankten Patienten weiterentwickelte. Außerdem leitete er gruppendynamische Lehrgruppen an der Menninger School of Psychiatry und war langjähriger Consultant für die psychiatrischen State Hospitals im Bundesstaat Kansas. In dieser Zeit absolvierte er seine zweite Lehranalyse am Topeka Psychoanalytic Institute bei *Ishak Ramzy,* einem Schüler von *Anna Freud.*

Nach seiner Rückkehr in die Bundesrepublik Deutschland 1965 gründete er 1968 als psychoanalytische Ausbildungsstätte das Berliner Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik, sowie 1969 die Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft (DGG) und die Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP), deren langjähriger Präsident er war. Er heiratete *Gisela Ammon,* mit der zusammen er eine psychoanalytische bzw. Dynamisch-Psychiatrische Pädagogik entwickelte und den ersten psychoanalytischen Kindergarten in Berlin aufbaute. Seitdem waren die psychoanalytischen Kindergärten in das gesamte Spektrum dynamisch-psychiatrischer Arbeit als ein Forschungs- und Ausbildungsfeld insbesondere zum Studium der Entwicklung frühkindlicher gruppendynamischer Beziehungsmuster mit dem Ziel, psychischen Störungen vorzubeugen, integriert. In dieser Pionierzeit begründete er weitere Therapie- und Ausbildungszentren in ganz Deutschland und als Herzstück seiner therapeutischen Konzeption die Dynamisch-Psychiatrische Klinik Menterschwaige in München 1979, deren Chefkonsiliarius er bis zu seinem Tode blieb.

Als am 14. Dezember 1969 in den damaligen Räumen des Berliner Lehr- und Forschungsinstitutes von 13 Gründungsmitgliedern die Deutsche Akademie für Psychoanalyse aus der Taufe gehoben wurde, schrieb *Günter Ammon* in dem Gründungsaufruf u.a.: »Die Deutsche Akademie für Psychoanalyse wurde gegründet, weil wir meinen, es sei an der Zeit, psychoanalytische Arbeit in Vereinigungen zu organisieren, welche in der Lage

sind, sich selbst zu analysieren und nicht im Gewande der Vereinsbürokratie die viktorianische Entstehungssituation der Psychoanalyse perpetuieren und damit die Fortentwicklung unserer Wissenschaft verhindern. Ich rufe Sie auf, mit uns die von *Freud* begründete Wissenschaft der Psychoanalyse aus ihren Vereinsfesseln zu befreien und als lebendige Wissenschaft weiterzuentwickeln«.

Das ist *Ammon* gelungen. Er hat die von ihm weiterentwickelte Wissenschaft der Dynamischen Psychiatrie, der späteren Humanstrukturologie, lebendig gehalten durch seine wissenschaftliche Intuition, durch seinen Mut, Arretierungen aufzulösen, und durch seine eigene große Lebendigkeit als Mensch. Seine Ziele hat *Ammon* nie aus dem Auge gelassen und diese in unermüdlicher Schaffenskraft, überzeugt von der Notwendigkeit seines Tuns, umgesetzt. Es ist erstaunlich, mit welcher Konsequenz und inneren Folgerichtigkeit *Ammon* nach und nach die grundlegenden Konzeptionen seiner wissenschaftlichen Schule herausschälte und dies nicht in einer »linear fortschreitenden Entwicklung«, sondern in einem »beständigen Oszillieren zwischen Theorie und Praxis« auf immer neuen Integrationsstufen. »Das Bild, das sich dabei aufdrängt«, so schreiben *Christian Aichner* und *Maria Berger* in der Einleitung zu dem Buch »Vorträge«, »ist das Bild einer Spirale, womit das Labyrinth als uraltes Sinnbild des Unbewußten und Emblem der Dynamischen Psychiatrie noch in einem weiteren Sinn zum Symbol der ganzen Bewegung wird«.

Wenn man sich sukzessiv im Sinne eines kontinuierlichen Paradigmenwechsel von wissenschaftlichen Dogmen der eigenen Fachdisziplin löst, braucht es Mut zur eigenen Kreativität und Identität, um an alten äußeren, aber auch inneren Denkstrukturen zu rütteln und Neustrukturierungen vorzunehmen. *Ammon* hat es sich dabei nie leicht gemacht, immer auch fragend, zögernd mit seinen Freunden und Mitarbeitern diskutierend, Konzepte wieder verwerfend, um Neues später verändert wiederzubeleben. Er hat seine Gedanken auf den Symposien der DAP und später auch den Weltkongressen der WADP der Öffentlichkeit zur Diskussion gestellt. Dabei blieb *Ammon* der Psychoanalyse, seiner alten wissenschaftlichen Heimat, in den Grundzügen stets treu. Die Arbeit mit dem Unbewußten, das Konzept von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand und die zentralen begrifflichen Konzepte *Freuds* hat er beibehalten. Diese Konzepte hat er allerdings schrittweise mit neuen Inhalten gefüllt. Den wissenschaftlichen Lebensweg von *Ammon* könnte man, unter diesem Aspekt betrachtet, als einen Weg vom Dogma zur Dynamik bezeichnen. Dieser Weg bedeutete mehr als nur eine neue Orientierung in der Theorie. »Er bedeutet neue Hoffnung für all die Menschen, die von unserer Gesellschaft geflissentlich ignoriert und von der Wissenschaft als unbehandelbar abgestempelt, jahrhundertelang zu einem menschenunwürdigen Leben verurteilt waren« (*Aichner, Berger* 1988).

Dieser Weg vom Dogma zu einem dynamischen Denken innerhalb wissenschaftlicher Theorienbildung und therapeutischer Konzepte begann im eigentlichen Sinne bereits in *Ammons* voramerikanischer Berliner Zeit

mit der Behandlung der Juanita, einer psychotischen Patientin. In seiner Amerikazeit setzte sich diese Entwicklung in der Auseinandersetzung mit der Ich-Psychologie, Objektpsychologie und der Systemlehre fort und konzentrierte sich in der ersten Zeit von *Ammons* Reimmigration nach Berlin auf die Einführung der Gruppenspychotherapie als eines für die Behandlung früh gestörter Menschen unverzichtbaren Behandlungsansatzes. Dieser Behandlungsansatz war so wichtig, daß sich nicht nur die ersten wissenschaftlichen Symposien in Paestum und Stelzerreut mit diesem Themenkreis beschäftigten, sondern daß *Ammon* darüberhinaus 1969 dafür mit der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft einen eigenen institutionalisierten Rahmen schuf für die Lehre und Forschung auf dem Gebiet der Gruppenpsychotherapie auf der Grundlage der Psychoanalyse und der Gruppendynamik.

Als erste entscheidende Loslösung der zum Dogma geronnenen *Freud*schen Theorie des Aggressionstriebes unternahm *Ammon* die Neuformulierung des Aggressionskonzeptes. Er nahm eine primär konstruktive Aggression des Menschen an, die sich lebensgeschichtlich durch spezifische Gruppendynamiken erst zu dem entwickelt, was gemeinhin unter Aggression im Sinne einer zerstörerischen Kraft verstanden wird. Diese Entwicklung entsprach *Ammons* positivem Menschenbild und war kohärent mit seinem Glauben an die Entwickelbarkeit des Menschen im Sinne einer Kreativierung bzw. Rekreativierung, wenn es darum geht, den Menschen aus dem erstarrten Gefängnis seiner arretierten Seele zu befreien. Bahnbrechend für diese Phase der Wissenschaftsentwicklung waren daher auch die Veröffentlichungen der beiden Bücher über Aggression und Kreativität im Pinel-Verlag, welche in mehrere Sprachen übersetzt wurden, die bei Hoffmann & Campe erschienenen Reader über »Gruppenpsychotherapie« und »Analytische Gruppendynamik«, der im Luchterhand-Verlag erschienene Band über »Dynamische Psychiatrie« und die »Psychotherapie der Psychosen« im Kindler-Verlag und nicht zu vergessen die »Psychoanalytische Traumforschung«.

Das zwischenmenschliche Moment der Aggression bei *Ammon* bedeutete aber noch mehr: Es bedeutete, daß der Weg frei wurde für die Integration gruppendynamischen Denkens als einem zentralen Theoriebestandteil nicht nur für menschliche Entwicklung überhaupt, sondern auch für ein Verständnis von gesunder und kranker Persönlichkeit, wie es dann in der zweiten Phase der Theorieentwicklung durch die Formulierung des Humanstrukturmodells im Jahre 1976 geschah. Zuvor wurde im Zusammenhang mit der Psychosomatik, der *Ammon* ein in mehrere Sprachen übersetztes Buch gewidmet hat (»Psychoanalytische Psychosomatik«), die Konzeption des »Loch im Ich« entwickelt. In dieser Zeit wurden 1972 bzw. 1973 das Münchner und dann das Düsseldorfer Institut gegründet, die gemeinsam mit dem Berliner Institut als eine Trias von Nord, West und Süd hochmotivierte junge Menschen anzogen. Die Phase der institutionellen Erweiterung und Verbreitung der Dynamischen Psychiatrie in

Deutschland hatte ihren Höhepunkt im Jahre 1977, als viele Mitarbeiter der Institute in über 32 selbstgewählten Orten in ganz Deutschland Arbeits- und Studiengruppen aufbauten, die monatliche gruppendynamische Wochenenden und Seminare durchführten, die bis in die 80iger Jahre hinein wirkten. Daraus entwickelten sich Institute in Hamburg, Köln, Mainz und Freiburg.

Das Humanstrukturmodell entstand aus der Notwendigkeit heraus, die Borderline-erkrankten Patienten mit ihrer Vielfalt an phänomenologischen Erscheinungen und Symptomen in der Tiefe zu verstehen und das psychopathologische Syndrom, an dem sie leiden, als ein eigenständiges, einheitliches Krankheitsbild zu fassen. Das bedeutete eine endgültige Abkehr vom *Freud*ianischen Schichtenmodell und ermöglichte gleichzeitig die Integration von Gruppendynamik und Persönlichkeitsstruktur. Diese Entwicklung war so bedeutsam, daß danach *Ammons* Psychoanalyse den Namen Humanstrukturologie erhielt. Implizit war damit auch die Ablösung von der Ich- und Objektpsychologie hin zu einer Identitätspsychologie verbunden. Mit der Humanstrukturologie wurden Voraussetzungen für die Einführung der empirischen Forschung in der *Ammon*schen Schule geschaffen. Beispiel dafür war die Entwicklung des *Ammon*schen Ich-Struktur-Testes, der kürzlich in revidierter und erweiterter Fassung erschienen und in zahlreichen Kliniken und Institutionen in Deutschland, Ungarn, Polen, Rußland und Israel eingeführt ist. 1981 wurde auf Anregung von *Ammon* die psychologisch-diagnostische Abteilung der Klinik aus der Taufe gehoben. Ihr Schwerpunkt liegt auf einer kontinuierlichen Kontrolle des therapeutischen Verlaufs und der Behandlungsergebnisse mit diagnostischen Untersuchungen im Schlaf-, Traum- und AKL-Labor. Die Humanstrukturologie bereitete gleichzeitig die endgültige Loslösung vom Triebkonzept auf dem Kongreß 1977 in München vor, auf dem *Ammon* stattdessen die Konzeptualisierung eines unspezifischen Energiereservoirs des Menschen in einer neuen Fassung vorstellte und über die Formulierung der Sozialenergie die dynamisch-energetische Ära in seiner Arbeit begründete. Diese dritte Phase der Thorieentwicklung wurde eingeleitet durch das im Jahre 1979 erschienene Handbuch der Dynamischen Psychiatrie Band 1, das die bisher geleistete Arbeit, nämlich die humanstrukturellen Formulierungen der großen psychiatrischen Krankheitsbilder und die daraus abgeleiteten Konsequenzen für die therapeutische Behandlung und die präventive Arbeit, zu einem grundlegenden und fundamentalen Werk zusammenfaßte.

Diese Phase der Humanstrukturologie von 1976 bis 1982 kann man als eine der Blütezeiten der konzentrierten geistigen und therapeutischen Entwicklungen mit Aufbruchcharakter bezeichnen. Unter dem Einfluß der sowjetischen und amerikanischen Hirnforschung erweiterte *Ammon* das Konzept des Unbewußten nicht nur als Ort gruppendynamisch-sozialenergetisch verinnerlichter Erfahrungen, sondern als Ort menschlicher Potentiale, als Ort von Zukunft und Identität. Diese Einbindung zog behandlungsmethodologische Konsequenzen nach sich, wie sie auf den DAP-

Kongressen von 1980 bis 1983 in der Öffentlichkeit diskutiert wurden. Nicht zu vergessen ist in diesem Zusammenhang die von *Ammon* entwickelte humanstrukturelle Tanztherapie als einer nonverbalen Identitätstherapie im ganzheitlichen körperlichen Ausdruck. Bis heute ist sie als Therapieform und Selbsterfahrung bis hin zum Kunsttanz ein wichtiges integrales Moment für eine humanstrukturelle Persönlichkeitsentwicklung. Diese nonverbale Therapieform wurde speziell für »archaisch Ich-Kranke«, d.h. für sehr früh gestörte Patienten entwickelt, die sich über verbale Kommunikation nur schwer ausdrücken können.

Es war eine Blütezeit der institutionellen Entwicklung. 1979 wurde als Nachfolgeklinik der seit 1975 arbeitenden Obermenzinger Klinik die Dynamisch-Psychiatrische Klinik Menterschwaige in München eröffnet, die von *Ammon* in langjähriger Vorbereitung aufgebaut worden war. Die Klinik war das milieutherapeutische Feld, in dem *Ammon* seine mehrdimensionale Behandlungskonzeption praktizierte und weiterentwickelte, ein Feld, in dem die verbalen Behandlungsansätze, z.B. Einzel-, Gruppen- und Familientherapie, mit den mehr nonverbalen Therapiemethoden, wie Tanz-, Theater-, Musik- und Reittherapie, zu einem integrierenden Gesundungsprozeß für die Patienten beitragen. *Ammon* legte stets Wert darauf, daß die Ergebnisse der Behandlung im Rahmen von kontinuierlichen Verlaufs- und katamnestischen Untersuchungen aufgezeichnet und überprüft wurden. Der Klinik widmete er einen großen Teil seiner Lebenszeit. Bis kurz vor seinem Tod war er therapeutisch, beratend und lehrend in der Klinik tätig. Niemals wollte er den Kontakt zu den Leidenden verlieren, die ihm durch ihr Vertrauen Verständnismöglichkeiten zu ihrer Seele eröffneten und ihm Anregungen zur Weiterentwicklung seiner Theorie gaben. Auf diese Weise war ein stetiger Praxis- und Theoriebezug gewährleistet. Im Februar 1995 besichtigte der Direktor der Mental Health Division der WHO die Klinik mit dem Ziel, sie zu einem mit der WHO zusammenarbeitenden Zentrum zu erklären.

In der Klinik konnte endlich die stationäre Schizophrenietherapie, die *Ammon* von Beginn seiner Psychiater- und Psychoanalytiker-Karriere an ein zentrales Anliegen war, einen eigenen Raum einnehmen. Der 1980 stattfindende Kongreß über »Psychotherapie der Schizophrenie« in München war im Zusammenhang mit der Eröffnung der Klinik von *Ammon* konzipiert worden. Es war auch kein Zufall, daß jetzt die befreundeten ausländischen Wissenschaftler, die sich seit vielen Jahren auf den Internationalen Symposien der DAP trafen, einen institutionellen Rahmen für eine transkulturelle und transgesellschaftliche Dynamische Psychiatrie, nämlich die Gründung der World Association for Dynamic Psychiatry WADP forderten, zu deren Präsident *Günter Ammon* auf dem Kongreß 1982 »Zum Sozialenergetischen Prinzip in der Dynamischen Psychiatrie« gewählt wurde.

Statt weiterer Institutionalisierung kam es jetzt zu einer neuen kreativen Öffnung in *Ammons* Arbeit. Die platonische Philosophenschule als fernes

Idealbild stand schon Pate bei der Auswahl des Namens Deutsche Akademie für Psychoanalyse. Auch hinter dem Zentrum in Paestum, das *Ammon* mit seinen Mitarbeitern zur Blüte brachte, stand die Idee eines geistigen Zentrums, in dem in einer neuen Form die Akademie und ihre Mitglieder diskutierend, denkend und arbeitend zusammenleben konnten. *Ammon* hat hier in vielen langen Sommern, umgeben von seinen Freunden, konzeptionell vieles neu geschaffen und unzählige gruppendynamische Tagungen geleitet.

Diese Zeit kann man auch als die vierte Phase der wissenschaftlichen Entwicklung bezeichnen. Nachdem die wichtigsten Dynamisch-Psychiatrischen Grundkonzepte und deren Umsetzung in Prävention und Therapie geschaffen und als Ausdruck davon 1982 der zweite Band des Handbuches der Dynamischen Psychiatrie erschien, konnte jetzt die Vielfalt öffentlich zur Diskussion gestellt werden. *Ammon* widmete sich den allgemein menschlichen Dimensionen im Rahmen seiner ganzheitlichen Menschenlehre, wie beispielsweise den Dimensionen Arbeit und Tätigsein, Zeit und Zeiterleben, Tanz, Traum, Religiosität, Frieden und Aggression und der Androgynität des Menschen. Es ging ihm dabei um eine praktische Philosophie als Lebenshaltung, um eine tiefgehende Befreiung des Menschen von gesellschaftlichen Rollenklischees und Einengungen bei gleichzeitiger Betonung ethischer Werte. Die Androgynität, die Ganzheitlichkeit von Körper, Seele und Geist und die Schizophrenie auf dem Hintergrund eines gruppendynamisch-energetischen Denkens waren in dieser Zeit die Themen der von ihm inaugurierten und geleiteten Kongresse. Es erschien das Buch »Der mehrdimensionale Mensch« und später dann zu *Ammons* siebzigstem Geburtstag die »Vorträge«.

In der pulsierenden Entwicklung kommt es nun zu einer neuen Integration des mehrdimensionalen und spektralen Prinzips in das Verständnis der Krankheitsprozesse von Schizophrenie und Psychosomatik, von Borderline-Syndrom und Psychose, die auf dem Regensburger Kongreß 1992 zum Thema »Neurose und Schizophrenie« darin gipfelte, beide Krankheitsprozesse auf dem gleitenden Entwicklungsspektrum eines »unitären Krankheitsverständnisses« dynamisch-strukturell und funktional aufeinander zu beziehen. Psychoanalyse und Psychiatrie wurden hier über das integrative Prinzip der menschlichen Persönlichkeitsentwicklung in sozialenergetischen Feldern aufs innigste vereint.

Ammons Gesundheitsbegriff führt weg von einer statischen Betrachtungsweise eines möglichst stabil bleibenden Wohlbefindens hin zu einem dynamisch und prozeßhaft zu sehenden Gesundheitsverständnis, das den Menschen als einen Werdenden begreift, der seine Identität immer wieder neu gestaltet, ohne das bereits Erreichte aufzugeben. Kranksein ist daher nach *Ammon* nicht der Verlust von Gesundsein, sondern immer auch eine der menschlichen Möglichkeiten. Er versteht Krankheit als zeitweiligen Verlust der Homöostase und als Stillstand von Entwicklung, als Einengung und Desintegration der Mehrdimensionalität des Menschen. Kranksein kann in *Ammons* Verständnis aber auch positiv verstanden werden als

Wende hin zu neuen Entwicklungsmöglichkeiten, als Chance für eine Weiterentwicklung. Geleitet wurde *Ammon* auch immer von Idealbildern eines möglichen zukünftigen friedlichen Zusammenlebens aller Menschen auf dieser Erde, in dem Dualismen wie Gut und Böse, Freund und Feind, Gesund und Krank, Schranken der Nationalitäten aufgehoben und eine neue kulturelle Blütezeit mit neuen geistigen und menschliche Werten möglich sein könnten.

Ammon war ein Mensch voller Werte, die sowohl aus seinem Elternhaus, als auch aus den vielen Begegnungen mit den verschiedenen Gesellschaftsformen und Kulturen herrührten. Der Wert der Menschlichkeit,der Verantwortung für sich selbst und andere, der Offenheit und Transparenz, der Gleichberechtigung und Partnerschaft, des sich in den Dienst einer höheren Sache Stellens, der Ehrlichkeit, Freiheit und Unabhängigkeit, um nur die wichtigsten zu nennen, entsprach seinem Selbst- und Weltverständnis.

Diese Ethik zieht sich wie ein roter Faden durch sein Denken, Fühlen, Verhalten und Lehren und ist in seiner Wissenschaft ein gleichberechtigtes wissenschaftstheoretisches und erkenntnistheoretisches Prinzip neben den anderen Säulen seines Wissenschaftsgebäudes, nämlich der Gruppe, der Identität und des Menschenbildes. *Ammon* hatte beides – das realistische und das utopische Denken, die dialektisch aufeinander bezogen sind, die in ihrem Ergebnis zu einer realisierbaren Utopie werden und die im Dienste des Menschen umsetzbar sind. *Ammon* hat sich als ein Diener der Gruppe verstanden und sich den Aufgaben bedingungslos und mit Freude gewidmet. Dabei stellte er an sich hohe Anforderungen, die er auch von seinen Mitarbeitern erwartete. Der Psychoanalytiker muß das, was er lehrt, auch leben, um glaubwürdig zu sein für seine Patienten. Er muß einen kreativen Lebensstil in Identität und Kontakt mit der Gruppe in seinem persönlichen Lebensfeld, aber auch innerhalb der organisatorischen Strukturen seiner Gruppe, konkreter hier der DAP, verwirklichen. Dazu war *Ammon* uns ein Vorbild.

So wie er als Therapeut einen ganzheitlichen Lebensstil vertrat und seine Patienten und Schüler dazu ermutigte, war er als Lehrer, der stets neue Gruppen mit jeweils neuen Identitäts- und Arbeitszielen um sich schuf, ein unermüdlicher Anreger. Seine große menschliche Wärme und Zugewandtheit, sein Humor, seine Kritik hin zu mehr Menschlichkeit im Umgang mit Patienten, vermittelt über eine bildreiche Sprache und die Fähigkeit, nahezu unerschöpflich zu erzählen, entspannte oft schwierigste Situationen und eröffnete unerwartete Kommunikationsmöglichkeiten, die überraschende Lösungen zum Ergebnis hatten. Erstarrung und Bürokratisierung waren ihm Feind. So schuf er für Patienten, Mitarbeiter und Freunde aus dem In- und Ausland immer wieder neue gruppendynamische Felder, in denen sie für ihr Wirken, für ihre geistigen und menschlichen Bedürfnisse neue Entwicklungsmöglichkeiten entdeckten. Die Unbedingtheit seiner Anteilnahme und Authentizität seiner Reaktionen hinterließ bleibende Spuren. Als Wissenschaftler vertrat er dementsprechend immer ein offenes System, das

fruchtbare Weiterentwicklungen gewährleistete. Kulturelle Traditionen und Werte waren ihm immer wichtig, um nichts weniger transkulturelle Aspekte dynamisch-psychiatrischen Denkens.

Als Begründer und Herausgeber der »Zeitschrift für Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry« war *Günter Ammon* unermüdlich für die Verbreitung und den wissenschaftlichen Austausch auf dem Gebiet einer humanistischen Psychiatrie und Psychoanalyse tätig. Im ersten Heft 1968 formulierte er seine Zielvorstellung: »Sinn und Aufgabe dieser Zeitschrift soll es sein, in Deutschland und Europa Erkenntnisse und Erfahrungen der Psychoanalyse und Psychiatrie zur gegenseitigen Befruchtung in Richtung auf eine Dynamische Psychiatrie zu bearbeiten und zu verbreiten.« Daß dies gerade in Deutschland nach dem Zweiten Weltkrieg kein leichtes Ziel sein würde, schrieb dem Herausgeber bereits sein amerikanischer Lehrer und Freund *van der Waals* anläßlich der Gründung der Zeitschrift.

Ammon als freiheitlicher Denker war bereits in seiner Jugend im Widerstand gegen den Faschismus aktiv. Er setzte sich stets für die Menschenrechte, insbesondere der psychisch Kranken, und für den Frieden auf unserer Erde ein. So war er schon früh in Israel ein stets geehrter Gast jüdischer Organisationen, wie z.B. auf dem Kongreß zum Thema »Holocaust« in Jerusalem. Seine wissenschaftlichen Kontakte, nicht allein in Europa, sondern auch in den Ländern der Dritten Welt und den früheren sozialistischen Staaten, machten ihn zu einem Botschafter des Humanismus und des ganzheitlichen Denkens jenseits von nationalen Grenzen und Interessen.

Die mittlerweile im 28. Jahrgang erscheinende Zeitschrift »Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry« wurde zu einem Forum des interdisziplinären Austauschs zwischen verschiedenen Wissenschaftsrichtungen. *Ammon* selbst war nicht nur Herausgeber, sondern gestaltete bis kurz vor seinem Tode jedes einzelne Heft gemeinsam mit seinem Redaktionsstab. In seiner Liebe zur geistigen Arbeit war er für seine Mitarbeiter menschlich und geistig vorbildhaft.

Wir danken *Günter Ammon* für seine unverbrüchliche Treue, seine tiefe Liebe zum Menschen, die ihn immer neu nach Wegen suchen ließ, das Potential, das in jedem Menschen ruht, zu wecken. Für seinen lebenslangen Einsatz im Dienste des Menschen, besonders jedoch für das große Maß an Lebenszeit, das er Patienten, Mitarbeitern und Freunden gegeben hat, danken wir von ganzem Herzen.

»Gelebte Zeit im eigentlichen Sinne heißt dem Menschen Zeit geben. – Denn Liebe ist ja weiter nichts als Verstehen des Anderen und als ihm Zeit geben, volle Zeit, sozialenergetische Zeit.«
(Günter Ammon)

Die Redaktion

In memoriam Prof. Dr. med. Günter Ammon

We are immensely sad about the sudden death of our revered and beloved *Günter Ammon,* who died on September 3rd 1995 in a Berlin hospital, following a short and severe illness. With his death we lose our great teacher, friend and the founder of the School of Dynamic Psychiatry in Germany, which is known and practiced in many countries of the world as a modern and humanistic Psychiatry.

Ammon is considered internationally as one of the most important, present exponents of the further development of *Freud's* psychoanalysis. He integrated psychoanalysis, psychiatry, psychosomatics and especially group dynamics in the human structurology he had developed. Thus, not only an outstanding physician, psychiatrist, psychoanalyst and scientist has departed from us, but also a man and teacher engaged with all his untiring energy and optimism up to his last days in the struggle for the humanization of science and therapy, as well as for the development of human resources. *Ammon* devoted his life to the severely ill psychiatric patients, to those stigmatized and given up by our society. He always endeavoured to grasp the innermost core of these people, and to penetrate to their suffering, to their hopes, anxieties and loneliness, in order to abolish their isolation from the other human beings. In this therapeutic process, he always emphasized the primacy of man's own identity. *Ammon* understood man holistically as a multidimensional being with his psychic, physical and spiritual aspects, striving for inner development. For him, development was a continous process spanning one's whole lifetime. He himself never stopped cherishing plans concerning the further elaboration of his work, motivated by the wish to leave behind old structures for future development. Thus, he planned a second Dynamic Psychiatric Hospital in Germany and a first chair for the teaching of Dynamic Psychiatry at St. Petersburg University. Up to his death, he never ceased to strive for a better understanding of the »unreached« – those severely ill borderline patients, to whom he devoted his habilitation paper. *Ammon* died in the same manner as he had earlier coped with previous identity steps in his life: he had opted for the risk of a decisive, critical surgical operation. In doing so, he decided for the hope principle, a principle he had followed throughout his whole life.

Günter Ammon was born on May, 9th, 1918 in Berlin. Following his studies of medicine, psychology, philosophy, anthropology and archeology in Berlin (Humboldt University), Greifswald and Heidelberg, he began work on blood transfusion research. Together with *Heim* and *Leichner*, he did experimental work on the issue of blood conservation by deep freezing.

1949 he received his M.D. degree with »summa cum laude« at the Berlin Free University with his paper on »Transfusion-Caused Syphilis and its Prevention«. He participated in the Second World War as a medical assistant working in first aid stations behind the front. From 1950 to 1952 he studied autogenic training with *I.H. Schultz*; subsequently he absolved his *Freudian* psychoanalytic training till 1956 at the Berlin Psychoanalytic Institute of the German Psychoanalytic Association (DPV) with *Carl Müller-Braunschweig.*

Ammon's interest for research and treatment of schizophrenia led him in 1956 to the Menninger Foundation in Topeka, USA, where he helped develop group psychotherapy and milieu therapy for the treatment of psychotic patients in collaboration with *Karl* and *William Menninger.* Furthermore, he led group dynamic training groups at the Menninger School of Psychiatry and was Consultant Physician of the Psychiatric State Hospitals of Kansas State for many years. During this time he underwent a second training psychoanalysis at the Topeka Psychoanalytic Institute with *Ishak Ramzy,* himself a pupil of *Anna Freud.*

After his return in 1965 to the Federal Republic of Germany, he established the Berlin Training and Research Insitute for Dynamic Psychiatry and Group Dynamics (Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik). In 1969 he added the German Group Psychotherapy Association (Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft DGG) and the German Academy for Psychoanalysis (Deutsche Akademie für Psychoanalyse DAP), whose president he was for many years. Together with his wife *Gisela Ammon* he founded the psychoanalytic dynamic psychiatric pedagogics (Psychoanalytische Dynamisch-Psychiatrische Pädagogik) and also established the first psychoanalytic kindergarten in Berlin. Since then the different kindergartens were integrated into the whole spectrum of dynamic psychiatric work. They were seen as a research and training field to study mainly the development of early childhood group-dynamic interrelation patterns in order to prevent psychotic disorders. In this era of pioneer work *Ammon* also established therapy and training centers throughout Germany. The heartpeace of his therapeutic inpatient treatment was the Dynamic Psychiatric Hospital Menterschweige in Munich, which he founded in 1979 and whose chief-counselor he remained until his death. In his proclamation on the occasion of the opening of the Training and Research Institute in Berlin, by himself and 13 other members. *Ammon* wrote on December 14, 1969: »The German Academy of Psychoanalysis was founded because we strongly believe that it is time to organize psychoanalytical work in institutes. They must be able to analyze themselves and should no longer perpetuate the Victorian structure of psychoanalysis under the cloak of club bureaucracy and therefore prevent the development of our science. I call on you to help us free the science of psychoanalysis founded by *Freud* from its bureaucracy and to help us to further develop it as a living science«.

Ammon reached his goal. Through his scientific power of intuition he was able to keep his concept of Dynamic Psychiatry alive and later on also his vision of human structurology. All this could only happen through the courage and the great personal vitality which were so characteristic for *Günter Ammon.* Convinced about the necessity of his task he worked with untiring creative power and never lost sight of his goals. It is surprising to see how *Ammon* gradually developed a basic concept for his scientific school, to see with which consequent logic he followed his inner voice.

»The picture which stands out before our eyes«, wrote *Christian Aichner* and *Maria Berger* in the preface to the book »Vorträge«, »is that of a spiral. The labyrinth as an ancient symbol of the unconscious, which is also the emblem of Dynamic Psychiatry, becomes the symbol for the whole movement«.

The gradual depart from one's own expertise, meaning a continuous change of paradigm, takes great courage towards creativity and identity. It demands reconsideration of thinking habits to be able to construct anew. *Ammon* never took those processes lightly. Often hesitant, searching discussing with friends and collaborators, he struggled to go forward. New paths of thought were thrown overboard, only to be reclaimed again and to be made open for discussion during symposia of the DAP and world congresses of the WADP.

All the while *Ammon* remained true to psychoanalysis in its basic structures. While he kept his view on working with the unconscious, transference, countertransference and resistance as its central concepts, he also gave them new content. Viewed in this perspective, one could call *Ammon's* scientific way a road from the dogma to dynamics. It means more than just a new orientation. »It means new hope for all those who are being deliberately ignored by society and whom science has labeled as untreatable. It means hope for people who, for hundreds of years, were sentenced to a life which was unworthy of a human being« (*Aichner, Berger* 1988). The road from dogma to dynamics had already begun before *Ammon* went to the United States. It had started in Berlin with the treatment of Juanita and continued during his stay in Kansas where he sought confrontation with Ego-psychology, object psychology and system theory. Before his return to Berlin, *Ammon* concentrated on the introduction of group psychotherapy as an indispensable way of treatment to help patients with early psychic disturbance. This gained such importance, that not only the initial symposia at Paestum and Stelzerreut dealt with this subject, *Ammon* also created in 1969 the DGG, the framework for study and research in the area of group psychotherapy on the psychoanalytical basis of group dynamics.

The initial decisive step of detachment from the *Freud*ian dogma of the aggression drive was taken by *Ammon* when he redefined the old concept of aggression into being genuine constructive aggression, which after being subjected to specific group dynamic processes, turns into what is known as destructive aggression. This development verified *Ammon's* positive view of man and was consistent with his firm belief that every human being is capable to develop in regard to his own creativity. This means releasing a person from the prison cell of his arrested psyche. The publishing of his books on aggression and creativity by Pinel Publishing House was pioneering in this phase. They were translated into several languages and appeared under »Gruppenpsychotherapie« and »Analytische Gruppendynamik« by Hoffmann & Campe. Luchterhand Publishing printed »Dynamische Psychiatrie« and »Psychotherapie der Psychosen« and Kindler published »Psychoanalytische Traumforschung«.

Yet the interpersonal aspect of aggression meant more to *Ammon:* it meant clearing the way for the integration of group-dynamic thinking as a central isssue, important not only for the development but equally necessary for the understanding of the healthy and ill personality. In a book which was also printed in different countries, »Psychoanalysis and Psychosomatic«, *Ammon* developed the concept ot the »Hole in the ego«. During the years 1972 and 1973 the Munich and Düsseldorf Institutes were established, which, together with the Berlin Institutes attracted many highly motivated young people. The peak of this phase of institutional broadening and spreading of Dynamic Psychiatry in Germany was reached in 1977. Members of the Institutes had formed work and study groups in 32 different locations throughout the country. Monthly group-dynamic-seminars were held all through the 1980s. Institutes in Hamburg, Cologne, Mainz and Freiburg were inaugurated.

The human-structural model came from the necessity to understand borderline patients in their diversity of phenomenological appearances and symptoms to resume this diversity in an independent unified view. This meant a final turn away from the *Freud*ian conception and at the same time an integration of a group-dynamic and personality structure. This development was so significant that from now on *Ammon's* psychoanalysis was namend human structurology, which implied the detachment from Ego and object psychology to an identity psychology. Human structurology fulfilled the requirement for the introduction of empirical research in *Ammon's* teaching. *Ammon's* Ego-Structure-Test (ISTA), which was but one of the newly developed methods, was soon to be used in several hospitals and institutions in Germany, Hungary, Poland, Russia and Israel. Through *Ammon's* initiative the psychological-diagnostically department of the Hospital Menterschwaige was opened up in 1981. Crucial was the continued control of the therapeutic treatment and the results of diagnostic studies in the laboratiories for sleep, dream and Autokinetic Light Test. At the same time, human structurology gave way to a final disengagement from the drive concept. Instead, *Ammon* intruduced, at the 1977 congress in Munich, the concept of an unspecific energy reservoir. The dynamic-energetic area of *Ammon's* work had begun.

The third phase of theory development started in 1979 with the publication of the »Handbuch der Dynamischen Psychiatrie« (Manual fo Dynamic Psychiatry) Vol. I. This fundamental work resumed all previous research on psychiatric illness and disorders, and their theoretical and therapeutic-preventive consequences. It opened the way for the conceptualization of interpersonal psychic energy as »social energy«.

The following phase of human structurology from 1976 to 1982 can be seen as on outstanding period of concentrated theoretical and therapeutic development. Under the influence of Soviet and American brain research, *Ammon* expanded the concept of the unconscious: he viewed it not only as the place of group-dynamic, social-energetic internalized experiences, but

also as the place of human potientials, the place of future and identity. This development had consequences for the therapy and was put up for public discussion at the DAP congresses in 1980–1983. The human-structural dance therapy as a nonverbal identity therapy is also one of *Ammon's* great achievements. Even today it has not lost its importance as a form of therapy and self-experience being an integral part of the therapeutic work of personality development. This nonverbal therapy was created especially for the archaically ill patients, i.e. patients having suffered early personality disturbances, rendering them unable to express themselves through verbal communication.

It was a period of flourishing institutional development. After extensive preparations by *Ammon,* the Dynamic-Psychiatric Hospital Menterschwaige was opened up in 1979. This hospital was the milieu-therapeutic field in which *Ammon* practised his multidimensional nonverbal therapy mehtods such as dance, theatre, painting, music and horse-riding therapy, which were used to further the integrating healing process of the patients. It was of utmost importance that all therapeutic processes should be documented and re-checked in continuous progress and catamnestic evaluations. *Ammon* dedicated much of his life to the hospital and was active as a therapist and teacher their up to his death. *Ammon* never lost contact to the suffering patients. He had their confidence: so he could better understand their psyche which helped him to further his theory. The Director of he Mental Health Division of WHO visited the hospital in 1995 in view of the possibility of a future status of a WHO Collaborating Center.

Ammon's main concern from the beginning of his career as psychiatrist and psychoanalyst was to give the inpatient schizophrenia therapy its place in his concept of treating the ego-damaged patients. Soon after the Hospital Menterschwaige had opened its doors, the 1980 congress on »Psychotherapy of Schizophrenia« was held. It was no coincidence that scientists from many countries who had taken part at the International Symposia of the DAP over the years requested the foundation of the World Association for Dynamic Psychiatry (WADP). At the 1982 congress on the »Social Energetic Principle in Dynamic Psychiatry« they elected *Günter Ammon* to be president of the WADP.

Instead of further institutionalization, new creative boundaries open up in *Ammon's* work. He sought for new solutions together with his colleagues. *Plato's* school of philosophy, which flourished from 387 BC til *Justinian's* time, was the inspiration when the name of German Academy for Psychoanalysis was chosen. Even behind the idea of a spiritual center in Paestum, which *Ammon* and his colleagues had created, was *Plato's* conception. In this new form of academy, in which they all discussed, planned and worked together, they spent many summers with creative group-dynamic sessions, most of them under *Ammon's* guidance.

This period can be termed the fourth phase of his scientific development. The second volume of the »Handbuch der Dynamischen Psychiatrie«

(Manual of Dynamic Psychiatry) was published in 1982. In it he resumed his conception on the diversity of the human being in a holistic view of man and science. In his holistic teaching he dedicated himself to the investigation of general human dimensions, such as working, activity, time and time-experience, dance, dream, religion, peace and aggression and to the androgynity of man. He aimed to bring about philosophy as a way of life and a profound release of mankind from normative social clichés and restrictions.

Androgynity, holism of body, soul and spirit and schizophrenia on the basis of group-dynamic energetic thinking were topics at the now following congresses. »Der mehrdimensionale Mensch« (The Multidimensional Man) and later at his 70th birthday, »Vorträge« (Lectures) were published. A pulsating development lead to the idea of a new integration of multidimensional and spectral principles in the pathogenesis of schizophrenia and psychosomatics, borderline-syndrome and psychosis. It culminated with the Regensburg congress »Neurosis and Schizophrenia«, during which both illnesses were shown to be dynamic-structural and functional on a gliding spectrum. *Ammon* had always sought to closely unite psychoanalysis and psychiatry through the integrating principle of personality development on a social-energetic basis. His believe was that the person as a whole, not only his pathology, constitutes the central issue of every treatment. These was the motto of the 10th World congress of the WADP in October 1994 at the St. Petersburg Bekhterev Institute. It was also the first worldwide psychotherapy congress on Russian soil. It was the outcome of a longtime scientific co-operation in the transcultural aspects of psychotherapy research. *Ammon's* view of health leads away from a statical point of view of possibly stable well-being towards a dynamic and processual understanding of health, which recognizes a person as a developing being, whose identity must be created anew without giving up his former accomplishments.

Illnes is, in *Ammon's* understanding, not merely the loss of health, but always a human chance, too. He understands illness as a temporary loss of homeostasis and as a standstill of development, a narrowing and desintegration of the multidimensionality of a human being. Illness may, however, also be conceived of as a chance, a turning point towards news possibilities of further development. *Ammon* was always guided by the ideal of a world in which future peaceful coexistence is possible and the duality of good and evil, of friend and foe, of health and illness, as well as the boundaries between the nations may be overcome, to open the way for a new flourishing culture with new human and spiritual values. He himself was a person cherishing such values, which he had received form his parental home, as well as form his encounters with various cultures and social forms: the values of humanity, of responsibility for oneself and others, of openness and transparence, equality of rights and partnership in the service of higher goals, the values of honesty, freedom and independence, to name but a few. This ethical attitude characterizes *Ammon's* thinking, feeling, his acts and

his teaching as a central theme. It is a main theoretical and epistemological principle in his scientific work, equal in its importance to the other main pillars of his scientific thinking, namely the group, identity and the image of man. *Ammon* disposed of both the realistic and the utopic thinking, dialectically related to each other and leading in their final consequence to a realizable utopia in the service of mankind. He understood himself as a »servant« of the group and devoted himself unconditionally and with pleasure to his tasks; he set himself high standards which he also expected from his collaborators. The psychoanalyst must be able to realize a creative life style of identity and contact with the group in his own sphere. In this respect, *Ammon* has always been a model for his pupils and collaborators.

Just as he himself stood for a holistic life style and encouraged his patients and collaborators to do it, he was a teacher who untiringly created new groups with new identity goals. His great human warmth, his empathy and humor, even his occasional »holy anger«, communicated through a speach rich in images, metaphors and story-telling, would suddenly loosen the tension and help visualize new and unexpected possibilities and creative solutions.

He felt a great animosity for bureaucrativc rigidity. He opened up new group-dynamic fields for his patients, collaborators and friends in the country and abroad, within which they could work and realize their spiritual and human needs and discover new chances for development. He left behind the heritage of his unconditional empathy and authenticity. As a scientist, he was an adept of open systems which would guarantee further development. On the other hand, he cherished cultural traditions and values, at the same time emphasizing the transcultural aspects of dynamic-psychiatric thinking.

As the founder and editior of the journal »Dynamische Psychiatrie / Dynamic Psychiatry«, *Günter Ammon* fought untiringly for spreading the idea and practice of humanistic psychiatry and psychoanalysis. He formulated his credo as early as 1968 in the first issue: »It should be the sense and the task of this journal to spread the insight and the experience of psychiatry and psychoanalysis for a mutual stimulation in the sense of a dynamic psychiatry in Germany and Europe«. Already his American friend and teacher *van der Waals,* writing to the editor in the first issue, recognized that this would be no easy task in post-war Germany.

Ammon had been throughout his life a free and unconventional thinker. He had taken part, in his youth, in the resistance against fascism. He always fought for human rights, especially those of the psychically ill, and for peace on our Earth. Consequently, he was a welcome guest of Jewish organizations in Israel, for example as a participant to the congress on the Holocaust in Jerusalem in ... His scientific contacts both in Europe and in the countries of the »Third World« and of the former socialistic states lent him the status of a messenger of humanism and holistic thinking beyound national frontiers and interests.

Meanwhile, the journal »Dynamische Psychiatrie / Dynamic Psychiatry«, appearing in its 28th year, became, under *Ammon's* leadership, a forum of interdisciplinary exchange between various scientific disciplines. *Ammon* himself was not only its editor, but shaped every single issue together with the editorial staff up to his death. His love for spiritual work and his personal engagement were a model for his staff.

He showed us, on various levels of cooperation, how significant personal contact, mutual responsibility and group-dynamic coping with conflicts may be for a creative and efficient work. He always kept in mind the higher goal and had the ability to communicate this to his collaborators. We thank *Günter Ammon* for his uncompromising fidelity, for his deep love of human beings, which enabled him to seek for new ways to awaken the potential latent in everyone. As a free thinker, who had been active in the resistance against National Socialism in his youth, *Ammon* never gave up the struggle for the human rights, particularly of the psychically ill, and for peace in our world. His scientific contacts, not only in Europe, but also in the Third World and the former socialistic countries, made of him an exponent of humanism and holistic thinking beyond national interests.

We are grateful for his lifelong engagement for the human being, and particularly for a lifetime dedicated to his patients, collaborators and friends.

»Lifetime lived in an actual sense means to give people time – for love is nothing else but understanding the other and giving him time-full time, social-energetic time«
(Günter Ammon)

The Editorial Staff

Dynamische Psychiatrie*

Günter Ammon

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

Die dynamische Psychiatrie ist eine Psychiatrie, in der die Psychoanalyse als Grundlagenwissenschaft zur vollen Anwendung kommt; somit verstehe ich unter dynamischer Psychiatrie eine Psychiatrie, die das Unbewußte wie auch das gegenwärtige, vergangene und in Zukunft mögliche soziale Feld des leidenden Menschen mit einbeschließt, der hilfesuchend zu mir kommt. Eine dynamische Psychiatrie verwaltet den Patienten nicht und begnügt sich auch nicht mit einer lateinischen oder griechischen Diagnose, sondern versucht, die gesamte Dynamik des Krankheitsgeschehens sowohl von der psychischen und soziologischen als auch von der somatischen Seite in ihrem Wechselspiel zu verstehen. Auf diesem Verständnis, das auch die konstruktive, d.h. konfliktfreien, gesunden Aspekten des Patienten – seine Begabungen, Interessen sowie sozialen und physischen Möglichkeiten – umfaßt, versucht die dynamische Psychiatrie, ein Behandlungsprogramm aufzubauen.

Diese Zeitschrift wird es sich zur Aufgabe machen, mit sorgfältig ausgewählten klinischen Untersuchungs- und Behandlungsbeispielen die oben angeführten Thesen zu belegen, zu diskutieren und zu erweitern. Dabei soll auch die Psychologie der soziologischen Wertskala psychischer Symptome, die damit verbundenen Behandlungsmethoden und ihre Resultate studiert werden. In Deutschland herrscht beispielsweise sogar unter Fachleuten noch immer der Glaube, daß es so etwas wie eine unheilbare »Schizophrenia« gebe. Wenn tatsächlich erfolgreiche psychotherapeutische Behandlungsverläufe von Patienten mit schizophrener Symptomatik veröffentlicht werden, belegt man diese mit einer anderen Nomenklatur und diagnostiziert in der Regel nachträglich eine neurotische Symptomatik. Meines Erachtens zeigt dies das Dilemma des kanalisierten diagnostischen Denkens überhaupt. Das Diagnostizieren in finalen Kategorien entsprang einst den Fortschritten des 19. Jahrhunderts zur Zeit der Entdeckungen eines *Rudolf Virchow* und *Robert Koch*. Es war für die statische, katalogisierende, therapiepessimistische Anstaltspsychiatrie verantwortlich. Die gewaltige Leistung *Sigmund Freuds* bei der Erforschung des Unbewußten und seiner Auswirkung auf den Einzelnen und die Gesellschaft, sowie die davon abgeleitete Behandlungsmethodik gab der Psychiatrie durch die Einführung des prozeßhaften, dynamischen Denkens eine ganz neue Dimension. Gleichzeitig

* veröffentlicht in: Dyn. Psychiat. (1) 6-17, 1968

erhielt auch die allgemeine Medizin über den statischen, eindimensionalen Befund von Krankheitserregern und Zellveränderungen hinaus weitere Dimensionen durch biochemische, hormonale, kybernetische und physiologische Forschungsergebnisse, die ein multidimensionales Krankheitsverstehen mit sich brachten. Dies ermöglichte auch das Erkennen der Bedeutsamkeit von homöostatischen Prozessen; der Entdecker der Homöostase in der Biologie, *von Bertalanffy*, war Zeit seines Lebens der Psychoanalyse und der Psychiatrie auf das engste verbunden. Eine dynamische Psychiatrie wird sich also mit dem Menschen in seiner körperlichen, psychischen und sozialen Ganzheit (*Erik Erikson*) auseinanderzusetzen haben.

Die dynamische Psychiatrie, wie ich sie aus meiner Schule verstehe, vertritt die Hypothese, daß sich psychisches wie psychosomatisches und psychosoziales Krankheitsgeschehen diagnostisch gesehen auf einer gleitenden Ergänzungsskala (*Karl Menninger*) bewegen, von der leichtesten sogenannten neurotischen Reaktion bis zur schwersten, eingefahrenen zwangsneurotischen oder schizophrenen Reaktion. Meines Erachtens ist es die Intensität und Dauer der gestörten frühen »Mutter-Kind-Beziehung« und – darauf liegt in meiner Schule der Schwerpunkt – die »Realität« der Ambivalenz der Mutter zum Kind, die für den graduellen Unterschied der Krankheitsreaktion (der Ich-Dysfunktion) verantwortlich ist (*Günter Ammon*). Während *Adolf Meyer* eine biologische Grundlage für das schizophrene Reagieren annahm, setze ich eine ontogenetische voraus, weil diese einen konstruktiven Beitrag zur Theorie und Technik gibt. Die Betonung sogenannter konstitutioneller und hereditärer Faktoren hat seit etwa 100 Jahren – nicht zuletzt unter dem Einfluß der Ängste der etablierten Gesellschaft – die Forschung in unserer Wissenschaft gelähmt, ohne irgendeinen Beitrag zur Therapie auch nur anzustreben. Bei der Stammbaumforschung hatte sich ergeben, daß Kinder aus schizophrenen Familengruppen relativ häufig auch schizophren im Leben reagierten. Für jeden Psychiater mit psychotherapeutischer Erfahrung, schon für jeden Kinderarzt ist es verständlich, daß kontaktgestörte und von Ängsten getriebene Mütter psychisch gestörte Kinder aufziehen werden. Diese wiederum werden ihre eigenen Kinder durch ihr Verhalten ebenfalls psychisch belasten. In diesem Sinne werden psychische Störungen über Generationen hin weitergegeben und intensiviert. Der logische Kurzschluß, der sich mit dem Postulat einer sogenannten schizophrenen Erbanlage begnügte, liegt auf der Hand.

Das Behandlungsprogramm der modernen dynamischen Psychiatrie, wie sie vorwiegend in den letzten 30 Jahren in den USA entwickelt wurde, schließt das gesamte Team der psychiatrischen Klinik hilfstherapeutisch mit ein (*Ammon, Appleby, Henry, Jones, W. Menninger, Linn, Stanton* und *Schwartz*, u.a.). Hierbei steht der Patient unter der koordinierenden Behandlung des Arztes, der ihn tiefenpsychologisch untersucht hat und seine psychischen wie körperlichen Bedürfnisse und Möglichkeiten kennt. Diesem Arzt muß natürlich auch die Zeit gegeben werden, mit dem Patien-

ten wenigstens 10 bis 20 Minuten täglich zu sprechen. Nur unter dieser Voraussetzung ist eine ins Psychische gehende Behandlung möglich. Es versteht sich von selbst, daß in größeren Kliniken, die teilweise bis zu 2000 und mehr Leidende beherbergen, die Patienten zwecks therapeutischer Beeinflussung in Gruppen zusammengefaßt werden sollten. Hier liegt die große Bedeutung der Gruppendynamik und deren Einführung in die Psychiatrie in Europa, um die sich diese Zeitschrift ebenfalls bemüht.

Gruppendynamik ist mehr als die technische Disziplin der Gruppentherapie. Soziologisch kommt es darauf an, die Gruppendynamik einer klinischen Institution zu verstehen und zu einem therapeutischen Instrument zu gestalten, d.h. die gesamte Klinik muß als eine kleine therapeutisch wirksame Modellgesellschaft angesehen werden. Vom Standpunkt der therapeutischen Disziplin hat jedoch die Gruppentherapie auch bei der Behandlung von Psychosen und Borderline-Fällen ihre besondere Indikation und Bedeutung.

Diese Zeitschrift bemüht sich zu zeigen, daß die Aufgaben der Psychiatrie nicht nur einen kleinen Kreis von Fachärzten angehen, sondern daß sie im weitesten und tiefsten Sinn ein »Community Concern«, d.h. eine Verantwortung der Gesellschaft, sind (*Robert Barnes* und Mitarbeiter). Nur durch Aufklärung und Mitarbeit der gegenwärtigen Gesellschaft, ihrer Institutionen und eventuell deren Änderung kann eine Therapie der Patienten stattfinden, denen eine ambulante Psychotherapie keine Hilfe mehr bringt. Unsere heutige Gesellschaft reagiert mit Angst und Feindseligkeit auf die sogenannte schizophrene Reaktion; die in der Regel einengend dominierende Familiendynamik bringt dann den Kranken wegen seines schizophrenen Protestes in die Klinik, wo sein Infantilisierungsprozeß noch fortgesetzt wird. Es findet also gerade das Gegenteil dessen statt, was eine dynamisch orientierte psychiatrische Behandlung tun sollte (*Martin Grotjahn* und *Philipp Wells*). Wenn man hypothetisch bei der sogenannten schizophrenen Reaktion ein psychosomatisches Geschehen vielleicht im Sinne einer Stoffwechselstörung (als eine somatische Antwort auf innerpsychischen Stress) annehmen will, so wird eine dynamisch orientierte Psychiatrie noch dringlicher.

Eine moderne dynamische Psychiatrie ist nicht nur eine behandlungstechnische Disziplin, sondern hat auch für den gesunden, konfliktreichen Menschen und seine Familie eine Aufgabe zu leisten; sie soll vorbeugend, beratend und verändernd auf die Gesellschaft als Ganzes einwirken. Eines ihrer Gebiete ist die sogenannte vorbeugende Psychiatrie (»Preventive Psychiatry«).

Eine der vordringlichsten Aufgaben der dynamischen Psychiatrie wird z.Z. in Deutschland die Ausbildung geeigneten Nachwuchses wie auch laufende, klinisch verstehende und sich um den Patienten bemühende Überprüfung der »Insassen« unserer Heil- und Pflegeanstalten sein, die noch weitgehend nach mittelalterlichen Prinzipien strukturiert sind. Mittelalterlich drückt der geistig-seelischen Krankheit gegenüber eine Haltung aus,

die unter einem irrationalen Einfluß verbunden mit Bestrafungs- und Verurteilungstendenzen steht. Viele unserer Heil- und Pflegeanstalten machen heute noch den Eindruck von Gefängnissen. Die Einstellung von mehr Ärzten und Pflegepersonal ist ein weiteres Grundproblem der europäischen psychiatrischen Anstalten. Diese Aufgaben können aber niemals nur dadurch gelöst werden, daß moderne Gebäude für unsere »mittelalterlichen Institutionen« gebaut werden. Vielmehr sollte man sich die Patienten, die in ihnen vegetieren, gründlich ansehen, mit ihnen sprechen und sie auch psychisch zu behandeln versuchen, um dann einen größeren Teil von ihnen in die Gesellschaft zurückzuführen. Den Ausdruck »mittelalterliche Heil- und Pflegeanstalten« definiere ich weiter als einen sozialpsychologischen Terminus, unter dem ich eine psychiatrische Institution verstehe, deren Gruppenstruktur nach einem hierarchisch autoritären Modell aufgebaut ist: Die Patienten stehen auf der untersten Stufe des sozialen Systems und werden in der Regel als minderwertige Großgruppe empfunden, die von einer als höherwertig empfundenen Kleingruppe repressiv beherrscht wird. Hinter diesem Hospitalisierungssystem steht die Auffassung, daß die als »endogen geisteskrank« betrachteten Patienten hoffnungslos und unheilbar krank sind, daß sie nicht psychologisch verstanden und behandelt werden können und daß sie, nachdem sie einmal diagnostiziert worden sind, verwaltet und an die Spielregeln der Institution angepaßt werden müssen. Dies wird dann als die Hauptaufgabe des Personals empfunden.

Aus dem Gesagten möge ersichtlich werden, daß die Kleingesellschaft der mittelalterlichen Heil- und Pflegeanstalten in ihrer Inhumanität und autoritativen Hierarchie die autoritativen Züge unserer Gesamtgesellschaft widerspiegelt. Dies trifft auch auf den Teil der Schulpsychiatrie zu, der meint, daß das geistige Krankheitsgeschehen nicht einfühlbar sei. Ein humanes Verhalten, was einem wissenschaftlich ärztlichen Verhalten in der dynamischen Psychiatrie gleichkommt, kann es jedoch nur dort geben, wo ein Individuum der Einfühlung in ein Anderes fähig ist (*Alexander* und *Margarete Mitscherlich*). Unsere schwer geistig-seelisch Kranken, die Aufnahme in einer Klinik finden, müssen eine Ich- und Identitätsentwicklung nachholen, die ihnen in der Kindheit nicht möglich war (durch einen ungelösten »Mutter-Kind-Konflikt« angezogen und abgestoßen werden). Das durch gegensätzliche Identifizierungsaspekte gelähmte Ich konnte sich weder zu einer Distanzierung von unbewußten Konflikten und Mächten noch zu einer Autonomie (*Rapaport*) der Umwelt gegenüber entwickeln. Diese Ichkranken Patienten, wie ich sie nennen möchte, haben die Tendenz, ihre Konflikte traumartig auf der Bühne des Lebens auszuagieren*. Sie halten sich ganz an der Umwelt fest oder heften sich auf der anderen Seite der homöostatischen Dysbalance ganz an die Bilder des Unbewußten. Das Interesse oder die Libido wird völlig von der Umwelt abgezogen. Die moderne psychiatrische Klinik hat nun die Aufgabe, vordringlich eine

* Dieses Agieren der Ichkranken Patienten sollte vom »Acting out« der vorwiegend neurotisch Erkrankten während einer klassischen Psychoanalyse differenziert werden.

Ich-Therapie zu betreiben, um als ersten Schritt ihrer therapeutischen Strategie die funktionelle Ich-Balance durch milieutherapeutische Maßnahmen wiederherzustellen. Das will heißen, daß der Patient in der modernen Klinik nicht mehr seine Konflikte in die mit ihm agierende Familien- und Freundesumwelt auslebt, sondern daß das therapeutische Milieu zur Bühne seiner Konflikte wird. Der psychoanalytisch geschulte Psychiater interpretiert die Verhaltensweisen des Patienten und seine Erlebnisse mit Mitpatienten und Personal wie Träume in der klassischen Psychoanalyse.

In der autoritären Heil- und Pflegeanstalt übernimmt das psychoanalytisch ungeschulte und der Einfühlung in den Patienten unfähige Anstaltspersonal unbewußt nur allzuleicht die Rolle der die Ich-Entwicklung arretierenden Mutter.

Die Anstrengungen der mit der modernen wissenschaftlichen Literatur vertrauten Kollegen müssen erwartungsgemäß an der Grundstruktur der beschriebenen Institutionen scheitern. Selbst ein wissenschaftlich aufgeklärter Chefarzt oder ärztlicher Direktor könnte kaum eine derartige Struktur ändern, weil sie fester Bestandteil der Verwaltungshierarchie der Gesundheitsbehörden ist.

In den Vereinigten Staaten führten besonders folgende Entwicklungen zu einer zunehmend wissenschaftlichen Betrachtungsweise in der Anstaltspsychiatrie, die sich in verstärktem Maße dem Menschen widmete:

1. Die Psychoanalyse wurde zu einer Hilfswissenschaft der Psychiatrie – eine Integration, die eine psychodynamisch und tiefenpsychologisch erweiterte Fachausbildung der Psychiater mit sich brachte.
2. Individueller Initiative wie der *William Menningers* war es zu verdanken, daß dem Gesetzgeber in den einzelnen Bundesstaaten der USA die psychiatrischen Bedürfnisse der Bevölkerung einerseits und die dafür notwendigen Bedingungen für psychiatrische Ausbildung, Lehre, Forschung und Therapie andererseits verständlich gemacht wurden.

Nur so war es möglich, daß in ausreichendem Maße staatliche Geldmittel für Ausbildung, Lehre und Forschung zur Verfügung gestellt wurden und auch genügend Behandlungspersonal ausgebildet werden konnte. *William Menningers* berühmter Ausspruch lautete: »Brains before bricks«. Im Gegensatz zu der Meinung von Abgeordneten, die die Einrichtung neuer Gebäude aus öffentlichen Mitteln befürworteten, war ihm die verbesserte psychiatrische Ausbildung wichtiger. Nur in seltenen Fällen wurde eine Umstrukturierung »mittelalterlicher Anstalten« durch Organe der öffentlichen Meinungsbildung erreicht. Ein Beispiel ist das Topeka State Hospital, in dem 2000 Patienten von zwei unqualifizierten Ärzten, einer einzigen Schwester und einer Anzahl grober Wärter befreit wurden. In den Kellern der Anstalt fand man wahrhaft mittelalterliche Folterinstrumente, unter anderem auch Ketten zum Fesseln der Insassen, die kaum noch als Patienten bezeichnet werden konnten. Diese Instrumente werden heute im Museum der Menninger Foundation aufbewahrt.

Hieraus ist die Folgerung zu ziehen, daß es auch in der Verantwortlichkeit der psychiatrischen und psychoanalytischen Fachverbände sowie der Universitäten und der breiten Öffentlichkeit liegen wird, für eine psychodynamische und tiefenpsychologisch fundierte Ausbildung im Rahmen der psychiatrischen Facharztausbildung zu sorgen. Darüber hinaus müssen klinische Psychologen, psychiatrische »social workers«, Schwestern, Pfleger, Gruppenpsychotherapeuten und spezialisierte Kunst- und Arbeitstherapeuten ausgebildet und die finanziellen Mittel für die Einstellung des erforderlichen Fachpersonals bereitgestellt werden. In Universitätskliniken sowohl in Europa als auch in den Vereinigten Staaten ist das Erlernen von großer Psychotherapie und die Forschung am Problem der sogenannten Schizophrenia nicht möglich, da hierzu Jahre in einem therapeutischen Milieu gehören. Bei Universitätskliniken handelt es sich in der Regel um kleine Durchgangsstationen für Patienten mit akuten Zustandsbildern, an denen Medizinstudenten die vordergründige Phänomenologie demonstriert werden soll. Dies mag einer der Gründe sein, daß Forschung und erfolgreiche Therapie der schweren geistig-seelischen Krankheitsverläufe sich in großen privaten Behandlungs-, Forschungs- und Lehrzentren vollziehen, in denen Patienten über Jahre hinaus psychotherapeutisch aktiv im Gesamtmilieu der Klinik behandelt werden können. Ich beziehe mich dabei in erster Linie auf die Menninger Foundation, bei der ich viele Jahre wirkte, das Chestnut Lodge Sanatorium, das Austin Riggs Center und das Institute of Living.

Diese Anregungen sind nicht nur das Ergebnis einer 15jährigen Erfahrung des Verfassers in psychiatrischen Kliniken und Anstalten verschiedener Struktur in Deutschland und den Vereinigten Staaten, sondern auch das Resultat moderner sozialpsychologischer Forschungsprojekte, die besonders im letzten Jahrzehnt, von der amerikanischen Bundesregierung finanziert, durchgeführt wurden. Das Hauptanliegen solcher meist sehr kostspieliger Forschungsprojekte, die sich mit größeren Forschungsteams verschieden qualifizierter Spezialisten über Jahre hinziehen, ist die Untersuchung der therapeutischen Wirksamkeit der Gruppendynamik und der administrativen Struktur einer Klinik sowie die Feststellung von Störungsfaktoren und antitherapeutischer Sozialdynamik. Die gesamte psychiatrische Institution, ihre Menschen, Gebäude, Gesetze und nicht zuletzt ihre Atmosphäre, wird also zum Gegenstand der Forschung; dem Forschungsteam muß es gestattet sein, sich ohne Einschränkung in den Institutionen zu bewegen, um die Untersuchung durchzuführen. Die Voraussetzung hierfür ist eine gewisse Aufgeschlossenheit der Klinikleiter und des Ärzteteams in Verbindung mit einer demokratischen Grundhaltung (*Belknap, Brandon* und *Jackson, Clark, Kai Erikson, Greenblatt, York* und *Brown, Jones, Kahne, Modlin, Gardner* und *Faris, Main, Morgan, Zubowicz,* u.a.).

Ein weiterer Gesichtspunkt, der in der deutschen Literatur insbesondere von *Alexander Mitscherlich* erwähnt wurde und den ich in den USA studieren konnte, ist die Belastung des Psychiaters mit eigenen Konflikten.

Aus diesem Grunde scheut er sich möglicherweise vor der Auseinandersetzung mit der Problematik des Patienten. Um psychiatrische Patienten tiefenpsychologisch verstehen und behandeln zu können, wäre es beim heutigen Stand der Ausbildung in Deutschland außerdem nötig, sich einer zusätzlichen Fachausbildung zu unterwerfen und die Unzulänglichkeit der eigenen Ausbildung zu erkennen; psychologisch würde das einer narzißtischen Kränkung entsprechen und gleichzeitig die bestehende berufliche Identität in Frage stellen. Darüber hinaus müßte man erheblich mehr Zeit als bisher für seine Patienten finden. Diese Zeit steht dem Anstaltsarzt jedoch nicht zur Verfügung, es sei denn, er würde seine administrativen Schreibarbeiten am Feierabend und am Wochenende verrichten. Augenblicklich sind etwa 90% seiner Arbeitszeit mit Verwaltungsarbeit ausgefüllt. Jeder Kenner der deutschen Verhältnisse wird diese Feststellungen bestätigen können.

Die Klinik verbündet sich daher unbewußt mit der Haltung der Familiengruppe, die den Angehörigen ebenfalls unbewußt in die Rolle des Krankheitsträgers drängt und ihn ebenso ablehnt wie der Kranke sie. Durch das in der Regel provokatorische Verhalten des Patienten wird die ablehnende Haltung mancher Psychiater begünstigt. Befindet sich der Patient erst einmal in einer Heil- und Pflegeanstalt, wird er dort völlig entmündigt und reagiert mit Unbeeinflußbarkeit des Kerngeschehens seines Zustandes. Daraus glaubt man folgern zu können, daß die sogenannte Psychose, die Schizophrenia oder das manisch-depressive Irresein unbehandelbar seien und im günstigsten Fall durch Anwendung von Psychopharmaka gemildert werden könnten, um die Ruhe der Angehörigen und des Klinikpersonals zu gewährleisten.

Bei dem psychiatrischen Institutionsmodell, das man als antitherapeutisch ansehen muß, geschieht in der Regel folgendes: Der Patient, der von einer ihm gegenüber ambivalent reagierenden Mutter mit wachsendem Alter entmündigt wurde, geht im späteren Leben im innerpsychischen Wiederholungszwang durch eine Kette von Versuchungs- und Versagungssituationen und erreicht schließlich einen Punkt, an dem er seinen psychischen wie funktionellen Kontakt zur Gesellschaft abbricht. In diesem Stadium kommt er in die Klinik. Dort erlebt er die gleiche Ambivalenz, die er einst zur Mutter und später im Wiederholungszwang zur Gesellschaft erfahren hatte. Dadurch wird seine Krankheit – ich denke hier besonders an die sogenannte Schizophrenia – nicht nur gefestigt, sondern noch vertieft.

In einer therapeutisch wirksamen psychiatrischen Institution wird der Patient von vornherein als ein verantwortungsvolles Wesen akzeptiert und dementsprechend behandelt. Wahnhaftes Verhalten wird ignoriert und, falls notwendig, wird dem Patienten gesagt, daß die Klinik für ihn die Verantwortung übernimmt, solange er selbst dazu nicht in der Lage ist. Jeder sekundäre Krankheitsgewinn und jede Infantilisierung des Patienten werden sorgfältig vermieden. Seine eigenen Abhängigkeitsbedürfnisse

werden im therapeutischen Milieu zwar wiedererlebt, aber vom Psychiater interpretiert.

In der dynamischen Psychiatrie wird die Psychiatrie zu ihrer neuesten Hilfswissenschaft, der Psychoanalyse, in Beziehung gesetzt. Hierbei ist der sich dynamisch wandelnde klinische Befund in Verbindung mit dem korrespondierenden Behandlungsprogramm von größter Wichtigkeit, der nicht von weltanschaulichen oder sektiererischen Schulstreitigkeiten eingeschränkt werden sollte. Ein selbst bei psychotherapeutisch informierten Schulpsychiatern noch weit verbreiteter Irrtum ist der, daß die Psychotherapie innerhalb der Psychiatrie nur als eine Anwendung der klassischen psychoanalytischen Methode auf der Couch verstanden wird. Dies ist bei den meisten psychiatrischen Klinikpatienten der falsche Weg, weil beim psychosenahen und psychotischen Anstaltspatienten unbewußte Prozesse (durch Wahrnehmung, Affekt, Aktion usw.) offen ausgelebt werden und es gerade bei diesen Patienten darauf ankommt, nicht noch intensiver unbewußte Produktionen hervorzurufen. Darin besteht die Aufgabe der klassischen psychoanalytischen Methode für den vorwiegend verdrängenden Neurotiker.

Die Anwendung des klinischen Wissens und der dynamischen Erfahrungen der Psychoanalyse erfolgt in einer psychiatrischen Klinik in der Schaffung eines psychotherapeutischen Milieus durch die Anwendung von Gruppenarbeit, durch individuelle Verordnung von zusätzlicher Arbeits- oder Lerntherapie und durch das verstehende, interpretierende Durchsprechen der frustrierenden Erlebnisse des Patienten mit dem Psychiater. Ein Gespräch dieser Art ist psychoanalytisch orientiert, d.h. es erkennt die Wichtigkeit der Übertragung von frühesten Kindheitsbezügen auf die jeweilige Umwelt und ihre für den Patienten wichtige Bezugspersonen. Die gesamte psychiatrische Institution wird dabei zu einem Instrument der Therapie gemacht. Die Erfahrungen und Erfolge der dynamischen Psychiatrie in den USA und in anderen Ländern sind ein sichtbarer Beweis für die genannten Thesen.

Zusammenfassend möchte ich betonen, daß man in einer dynamisch orientierten Psychiatrie auf Grund des klinischen Befundes zu einer Indikationstellung kommen muß, wann

a) psychoanalytisch-orientierte Milieupsychotherapie,
b) Gruppenpsychotherapie,
c) individuelle Psychotherapie im Sitzen mit zeitlich festgesetzten und regelmäßigen Behandlungsstunden,
d) die klassische Methode der Psychoanalyse und
e) eine Kombination der verschiedenen Methoden (besonders bei fortschreitendem Behandlungsprozeß) angewandt werden sollen.

Die psychoanalytisch orientierte Forschung in der dynamischen Psychiatrie versucht keineswegs nur experimentalpsychologische Modelle aufzustellen, sondern hat sich auch der experimentellen Erforschung der verschiedensten Ich-Zustände und der Schichten des Bewußten, Vorbewuß-

ten, und Unbewußten zugewandt (einige Namen sollen in diesem Zusammenhang stellvertretend für viele stehen: *Lawrence Kubie, Merton Gill, Margaret Brenman, Charles Fisher, Lawrence Stross, Howard Sheyrin).* Eine andere Forschungsrichtung in der dynamischen Psychiatrie konzentriert sich im wesentlichen auf die Analyse und Reflektion dessen, was zwischen dem Psychiater und seinem Patienten in der therapeutischen Situation stattfindet und welche Wirkung es hat (*Ekstein* und *Wallerstein, Fabian, Hall, Luborsky; Mowrer* et al., *Sargent, Modlin, Faris* und *Foth; Stone, Gertrude* und *Ernst Ticho, Wallerstein* und *Robbins*, u.a.).

Es erscheint mir als vordringlichste Aufgabe der dynamischen Psychiatrie in Deutschland, sich im Sinne von *William Menningers* Ausspruch »Brains before bricks« der psychiatrischen Ausbildung zu widmen. Wir können dabei auf die Erfahrungen der Psychiatrie in den Vereinigten Staaten während der letzten 50 Jahre hinweisen und davon profitieren. Der deutsche Psychoanalytiker *Alexander Mitscherlich* bemängelt seit langem die Situation der deutschen Psychiatrie und ihren derzeitigen Erfahrungs- und Ausbildungszustand, der vom psychotherapeutischen Standpunkt völlig unzureichend ist.

Die Aufgabe der neuen Zeitschrift »Dynamische Psychiatrie« soll es unter anderem auch sein, bei der Beseitigung dieser Mängel zu helfen. Die Zeitschrift ist unabhängig und wird von dem ebenfalls unabhängigen Lehr- und Forschungsinstitut für Psychodynamische Psychiatrie und Gruppendynamik in Berlin herausgegeben. Sie beginnt bewußt mit einem Stab von Mitarbeitern, in deren Denken, Fühlen und Arbeiten eine dynamische Psychiatrie seit langen zu einer Selbstverständlichkeit geworden ist. Obwohl sich unter ihnen Wissenschaftler von Rang und Einfluß befinden, sollen hier auch jüngere Kollegen zu Worte kommen, die in Forschung und Therapie engagiert sind. Die Zeitschrift soll mehrsprachig erscheinen, vorerst jedoch nur in englischer und deutscher Sprache.

Mein langjähriger verehrter Lehrer und Freund, Prof. Dr. *H. G. van der Waals*, schrieb mir zu meinem Vorhaben: »To promote psychodynamic psychiatry in Germany will not be an easy task and unless things have changed greatly since World War II it is to be expected that you will meet with many resistances. But, as William the Silent's motto stated: Il n'est pas nécessaire d'espérer pur entreprendre ni de réussir pur perséverer«.

Dynamic Psychiatry

Günter Ammon

It is the purpose of this journal to spread information and new ideas in the fields of psychiatry and psychoanalysis and in so doing to contribute to the development of a dynamic psychiatry. Dynamic psychiatry is to be understood as inclucing the unconscious, the present, the past and the future social factors in the life of a patient. The diagnosis must therefore be based on an understanding of the interdependence of the psychic, sociological, and somatic aspects which shape the individual's relation to his environment. In Germany for instance, the majority of experts still believe in an incurable »schizophrenia«. If examples of a successful psychotherapeutic treatment of patiens with schizophrenic reactions are reported they are commonly diagnosed as a kind of hysteria. This attitude is characteristic of the still prevailing finalistic method of diagnosis which is a remnant of the late 19th century. With *Freud*'s exploration of the unconscious and its effects on the individual and society, however, a new dimension was introduced into psychiatric thinking: the patient's condition was no longer considered static and final, but ever-changing and dynamic. A similiar re-evaluation took place in general medicine, where new discoveries in the fields of biochemistry, cybernetics and physiology brought about an increasingly multidimensional understanding of diseases. A therapy which undertakes to deal with the patient as a physical, psychic and social entity *(Erikson)* requires the best possible cooperation of all members of the staff in a psychiatric hospital. One doctor is to be in charge of the therapeutic program for a specific patient, whom he has examined personally and with whom he continues to have daily interviews. Larger clinics, of course, form small groups for therapy and work on the basis of group dynamics which is of particular value for psychoses and borderline cases. In group dynamics the whole clinic is regarded as a miniature model of society which is to be applied therapeutically. The introduction of group dynamics into European psychiatry is another goal of this journal.

Dynamic psychiatry holds that from a diagnostic viewpoint the psychic, psychosomatic and psycho-sociologic aspects of the disturbance are moving on a complementary scale *(Karl Menninger)*, beginning with the neurotic up to the schizophrenic reaction. The major determinants for the differences in degree of these reactions are the intensity and duration of the disturbed mother-child relationship and the ambivalence of the mother towards the child (*Günter Ammon*). The theory of the so-called constitutional and hereditary factors which has been paralyzing psychiatric therapy and research for the last 100 years must be discarded. Instead, one should recognize the significance of ontogenetic factors and their greater constribution to theory as well as technique.

Furthermore attention will be called to the interpretation of psychiatry as a community concern (*Barnes*). Society must be made aware of its res-

ponsibility towards the mentally disturbed; too often the prejudices, fear and hostility with which the sick individual has to cope aggravate his condition and ultimately force him to enter a hospital, where the disintegration of his personality is usually made complete. Another important branch of dynamic psychiatry is preventive psychiatry, which serves to instruct and protect the sane individual and his family circle. A first step in this direction is the thorough reformation and modernization of the many medieval hospitals which still virtually imprison patients and regard their adjustment to the clinical routine as the foremost therapeutical goal. There can be little doubt that the majority of these patients, if properly diagnosed and treatetd, could soon be re-integrated into our society.

As the development in the United States has shown, the solution to the problem does not lie in the construction of new hospital buildings if these keep the same hierarchical authoritarian structure behind their modern facades. Instead, following *William Menninger*'s motto, »brains before bricks«, financial means should be made available for expert training in the fields of psychiatry and psychoanalysis, for accomplished and more numerous clinical psychologists, group therapists, psychiatric social workers, nurses and adjunctive therapists. Intensive socio-psychologic research projects must be financed over longer periods of time and the research teams be given the opportunity to move freely around in the clinic in order to uncover actual and potential antitherapeutic factors. In an antitherapeutic institution the patient is deprived of all responsibility and put in a situation of guardianship in which he re-experiences the same ambivalence which through the influence of a domineering mother initiated and nourished his schizophrenic reaction. Thus a hostile control exercised by the clinic serves to intersify his disturbance.

In the therapeutically effective institution the patient is accepted and treated as a responsible person. He is given the responsibility for his actions, but at the same time knows that if necessary the clinical staff is at his disposal. Every effort is made to prevent him from becoming more infantile and dependent. This is accomplished mainly through a careful interpretative evaluation of the patient's early frustrating experiences and their revival in the clinic. Such an interview between the psychiatrist and the patient must be analytically oriented and will put to use the clinical environment as a therapeutic instrument. The outcome of the interviews will determine what kind of future therapy is to be applied, whether it will be a psychoanalytically oriented milieu therapy, group therapy, individual psychotherapy at regular intervals, classical psychoanalysis or a combination of the various methods.

In view of the tremendous advancements made in this direction in the United States over the last 50 years the call for a similar reform in Germany should not go unheard. This journal will attempt to do its share in such a development by calling attentions to the wide range of possibilities in the field of dynamic psychiatry as the most promising answer to a host of

problems which exist in therapy and research. By way of conclusion it should be pointed out that, although several of the collaborators of this journal are scientists of renown, all colleagues, especially younger ones, are invited to join in the effort of spreading the experiences and results of problems which exist in therapy and research. By way of conclusion it should be pointed out that, although several of the collaborators of this journal are scientists of renown, all colleagues, especially younger ones, are invited to join in the effort of spreading the experiences and results of dynamic psychiatry to the benefit of society and the individual, the sane no less than the disturbed.

Literatur

Alexander, H.F.; Ross, H.H. (1952): Dynamic Psychiatry (Chicago: University of Chicago Press)

Ammon, G. (1957): The Psychotherapeutic Process of a Painter with Schizophrenic Reaction, demonstrated through pictures. Proceedings 6. Convent of the Interameric. Soc. f. Psychol. Mexico City, Univ.

– (1959): Theoretical Aspects of Milieu Therapy. The Menninger School of Psychiatry

– (1968): Zur Psychodynamik der schizophrenen Reaktion. In: Dyn. Psychiat. 2. Heft, Oktober 1968

Appleby, L. (1959): Intrusion. A Social Psychological Approach to the Treatment of Chronic Mental Patients. In: Journal of the Kansas Med. Soc. Vol IX, No. 4

– (1963): Evaluation of Treatment Methodes for Chronic Schizophrenia. In: General Psychiatry, Vol. 8, 6-21

Appleby, L.; Ellis, C.; Smith, R.J. : Toward a Definition of the Therapeutic Milieu Social Systems Project. Osawatomie, State Hospital

Appleby, L.; Proano, A.; Perry, R. (1960): Theoretical vs. Empirical Treatment Models: An Exploratory Investigation. Glencoe III: The Free Press

Bellak, L. (1958): Schizophrenia a review of the syndrome. (New York: Logos Press)

Belknap, I (1956): Human Problems of a State Mental Hospital. New York, McGraw-Hill

Bertalanffy, L.v. (1955): General System Theory. Main Currents: In Modern Thought, Vol. 11, No. 4

Brandon, M. G. ; Jackson, E. B. (1961): A Project on Resocialization of Patients in a Mental Hospital. The Team Concept. In: Social Casework

Burton, A. (1961): Psychotherapy of the Psychoses. (New York: Basic Books)

Clark, D. H. (1958): Administrative Therapy, its Clinical Importance in the Mental Hospital. In: The Lancet, 805-808

Crocket, R. W. (1961): Doctors, Administrators and Therapeutic Communities. In: The Lancet, August 13, 1960, issue Menninger School of Psychiatry

Ekstein, R.; Wallenstein, R.S. (1958): The Teaching and Learning of Psychotherapy. (New York: Basic Books)

Epps, R. L.; Barnes, R. H.; McPartland, Th. S. (1965): A Community Concern. (Springfield, III.: Charles C. Thomas)

Erikson, E. (1950): Childhood and Society. (New York: Norton Comp.)

Erikson, K. T. (1957): Patient Role and Social Uncertainty. A Dilemma of the Mentally Ill. In: Psychiatry (20) 263-274, Menninger School of Psychiatry, 63

Fischer, Ch. (1957): The Construction of Dreams and Images. In: Journal of the American Psychoanalytical Ass., Vol. V, No. 1

Gill M. M.; Brenman, M. (1947): Hypnosis and Related States. (New York: International Universities Press)

Glasscote, R. S.; Sanders, D. S.; Forestenzer, H.M. (1964): The Community Mental Health Center. American Psychiatric Ass., Library of Congress

Greenblatt, M.; York, R. H.; Brown E. L. (1955): From Custodial to Therapeutic Patient Care in Mental Hospitals. (New York: Russel Sage Found)
Group for the Advancement of Psychiatry (1960): Administration of the Public Psychiatric Hospital Report 46, New York: Publications Office
Henry, J. (1957): Types of Institutional Structure. In: Psychiatry (20) 47-60
Jones, M. (1953): The Therapeutic Community. (New York: Basic Books)
Kahne, M. J. : Bureaucratic Structure and Impersonal Experience in Mental Hospitals. The Mc.Lean Holspital, Belmont, Mass.
Kubie, L.S. (1966): Neurotische Deformationen des schöpferischen Prozesses. (Reinbek: Rowohlt)
Lidz, Th. (1959): Zur Familienumwelt des Schizophrenen. Stuttgart
Linn, L. (1955): A Handbook of Hospital Psychiatry. (New York: Int. Universities Press, Inc.)
Luborsky, L.; Fabian, M.; Hall, B. H.; Ticho, E.; Ticho, G. R. (1958): Treatment Variables, II. In: Bulletin of the Menninger Clinic, Vol. 22, No. 4
Main, T.F. (1957): The Ailment. In: Brit. J. Med. Psychol. (30) 129-145
Martin, D. V. (1955): Institutionalisation. In: The Lancet 1188-1190
Menninger, K.; Maymann, M.; Pruyser, P. W. (1962): A Manual for Psychiatric Case Study. Menninger Clinic Monograph Series, No. 8, Second Edition. Grune & Stratton, New York and London
– (1963): The Vital Balance. The Life Process in Mental Health and Illness. (New York: The Viking Press)
Menninger, W. C. (1936): Psychoanalytic Principles Applied to the Treatment of Hospitalized Mental Patients. In: Bull. Menninger Clin. (1) 35-43
– (1967): A Psychiatrist for a troubled World: Selected Papers. (New York: Viking Press)
Meyer, A. (1915): Objective psychology or Psychobiology with Subordination of the medically useless contrast of mental and physical. In: Journal American Medical Ass. (65) 860
Mitscherlich, A. (1965): Auf dem Wege zur vaterlosen Gesellschaft. Ideen zur Sozialpsychologie. (München: Piper)
– (1967): Spiegel Interview. Der Spiegel, 21 Jahrgang, No. 52, Hamburg
Mitscherlich, M. und *A.*: Die Unfähigkeit zu trauern. (München: Piper)
Miura, T. (1966): The Family Psychopathology of Schizophrenia. Sandorama, una publicacion sandoz, Madrid
Modlin, C.H.; Faris, M.; Gardner, R.W. (1958): Implications of a Therapeutic Process in Evaluations by Psychiatric Teams. In: The American Journal of Orthopsychiatry, Vol. 28, No. 3
Morgan, P. M. (1961): Use of Group Work Techniques. In: Social Casework
Mowrer, O. H. (1953): Psychotherapy. Theory and Research. (New York: Ronald Press)
Rapaport, D. (1958): The Theory of the Autonomy: A Generalization. In: Bull. Menninger Clin. (22) 13-35
Sargent, H. S.; Modlin, H. C.; Faris, M. T.; Voth, H. M. (1952): Situational Variables, III. In: Bulletin of the Menninger Clinic (22) No. 4
Sargent, H. D. (1960): Methodological Problems of Follow-Up Studies in Psychotherapy Research. In: The American Journal of Orthopsychiatry, Vol. XXX, No. 3
– (1961): Intrapsychic Change: Methodological Problems in Psychotherapy Research. In: Journal for the Study of Interpersonal Processes, Vol. 24, No. 2
Searles, H. F. (1965): Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects. (London: Hogarth Press)
Shakow, D.; Rapaport, D. (1965): The Influence of Freud on American Psychology. Int. Univers. Press
Stanton, A. H.; Schwartz, M. S. (1949a): The Management of a Type of Institutional Participation in Mental Illness. In: Psychiatry (12) 13-26
– (1949b): Medical Opinion and the Social Context in the Mental Hospital. In: Psychiatry (12) 243-9
– (1949c): Observation on Dissociation as Social Participation. In: Psychiatry (12) 339-54
– (1954): The Mental Hospital, (London: Tavistock Publications)
Stone, L. (1961): The Psychoanalytic Situation. The Freud Anniversary. Lecture Series. (New York: Univ. Press)
Stross, L.; Shevrin, H. (1962): Differences in Thought. Organization between Hypnosis and the Waking State: An Experimental Approach. In: Bulletin of the Menninger Clinic, Vol. 26

Sullivan, H. S. (1962): Schizophrenia as a Human Process: (New York: Norton)
Wallerstein, R. S.; Robbins, L.L.; Sargent, H.D.; Luborsky L. (1956): The Psychotherapy Research Project of the Menninger Foundation. Rationale, Method and Sample Use. In: Bulletin of the Menninger Clinic, Vol. 20, No. 5
Zubowicz, G.; Appleby, L.: A Patient-Centered System: Design and Demonstration. U.S. Dept. of Nat. Inst. of Health, Mental Health, Project Grant, The Menninger Foundation.
Zubowicz, G.: The Change to a Unit System. Osawatomie, State Hospital.

Zur Psychodynamik und Gruppendynamik der Aggression*

Günter Ammon

Es ist ein weit verbreitetes Vorurteil, daß die Wissenschaft der Psychoanalyse einen sogenannten angeborenen Aggressionstrieb als einen auf Erfahrung und Forschung beruhenden Lehrsatz allgemein anerkennt. Erstaunlicherweise wird diese Meinung immer wieder nachgesprochen und nachgeschrieben und sogar vom Gelehrten manchmal als ein Dogma unkritisch übernommen. Beim sorgfältigen Studium der psychoanalytischen Literatur wird jedoch ersichtlich, daß das Problem der Aggression im Vergleich zu anderen verhältnismäßig wenig theoretische Bearbeitung gefunden hat**. *Freud* kam auch erst ziemlich spät zu der Postulierung seiner sogenannten Dual-Triebtheorie, die er selbst als eine Mythologiebildung bezeichnete. Er machte die Qualifizierung seiner Schüler zum Psychoanalytiker nicht von deren Anerkennung abhängig, ganz im Gegensatz zu anderen psychoanalytischen Denkmodellen, wie z.B. der Libidotheorie, der Verdrängung, dem Ödipuskomplex und den Phänomenen von Übertragung und Widerstand in der Therapie. Nur wenige Psychoanalytiker erkannten *Freuds* späte Destruktions- und Todestrieblehre an. Diese Theorie unterscheidet zwei Haupttriebrichtungen: den Sexualtrieb bzw. Lebenstrieb (Libido) und den Destruktions- bzw. Todestrieb. Während der Sexualtrieb die Erhaltung des Lebens zum Ziel hat und allein die Aufhebung sexueller Spannungen anstrebt, sucht der Todestrieb die Aufhebung aller Spannungen, also auch die des Lebens selbst. Um dem Todestrieb entgegen zu wirken, ist der Sexual- bzw. Lebenstrieb bemüht, dessen destruktive Regungen vom Selbst auf die Umwelt abzuleiten. So äußert sich

* veröffentlicht in: *Ammon, G.* (1970): Gruppendynamik der Aggression. (Berlin: Pinel)

** Die wissenschaftstheoretische Bearbeitung der Aggressionslehre durch die Psychoanalyse wurde kürzlich durch *Ammon* (1969a, 1969b) analysiert. Von früheren Bearbeitungen sei besonders hingewiesen auf *Fenichel* (1945), *Hartmann, Kris* und *Loewenstein* (1949), *Karl Menninger* (1938, 1963 und 1968) sowie *Mitscherlich* (1958, 1962, 1965a und 1965b). Bekannt durch seine These, die er auch uns gegenüber in Arbeitssitzungen oftmals wiederholte, ist besonders *Karl Menninger*: »Aggression ist nur etwas, was einen anderen Menschen leiden macht.« Zu *Herbert Marcuses* Position (1967, 1969) hinsichtlich menschlicher Aggression wäre u.E. zu sagen, daß er die entscheidende Dynamik des Unbewußten und ihre Geschichte hinsichtlich der Aggression destruktiver Art vernachlässigt zugunsten von Umwelteinflüssen unserer gegenwärtigen Industriegesellschaft, die selbst, wenn sie behoben, keine Befreiung von menschlicher Destruktion (als Symptomatik unbewußter und in der Kindheit erworbener Konflikte) geben könnte. Dies will jedoch nicht sagen, daß wir nicht auch sozialpsychologisch und großgruppendynamisch auf unsere Gesellschaft einwirken müssen. Wir müssen uns nur klar bewußt sein, daß wir damit keine Symptomatik geistig-seelischer Störung des einzelnen beheben können. Marcuse hat durch seine Thesen in diesem Aspekt eine ganz besondere Verwirrung unter den an der Psychoanalyse ernsthaft interessierten Studenten unserer Tage angerichtet. Besonders verwiesen sei noch auf *Arno Placks* (1968) Bemühung um die sozialpsychologischen Aspekte gesellschaftlich destruktiver Kräfte.

der Todestrieb als gegen die Umwelt gerichtete Destruktion. Ich zitiere *Freud* (1923): »Wir erkennen, daß der Destruktionstrieb regelmäßig zu Zwecken der Abfuhr in den Dienst des Eros gestellt ist...«.

Zu der modernen Verhaltensforschung am Tier, besonders vertreten durch *Konrad Lorenz*, ist zu sagen, daß seit der ältesten Steinzeit 50 000 Jahre menschlicher Kulturentwicklung, die den Menschen vom Tier trennen, vergangen sind.

Heute will ich versuchen, einen Beitrag zur Entwicklung einer funktionellen psychoanalytischen Theorie der Aggression zu leisten. Im Laufe einer zwanzigjährigen Erfahrung konnte ich immer wieder bei meinen Patienten entweder gegen sich selbst oder gegen die Umwelt gerichtete Destruktionsvorgänge beobachten. Der graduelle Unterschied entsprach der Schwere des Krankheitsbildes. Zeichen eines angeborenen, konstitutionellen Zerstörungs- und Todestriebes konnte ich nicht finden. Was dagegen den Anschein eines derartigen Zerstörungstriebes gab, konnte jeweils aus der Psychodynamik und Lebensgeschichte des Patienten verstanden werden. Ich sehe die geistig-seelische Störungen als ein gleitendes Spektrum, angefangen beim sogenannten Normalen bis hin zum psychisch Schwerst-Gestörten. Destruktive Aggression ist m. E. immer als eine Reaktion auf Frustrierung zu verstehen. Beim schwer seelisch Kranken fand m. E. diese Frustrierung in der frühesten Kindheit statt und ist in der Psychotherapie aufhebbar. Beim sogenannten Normalen mag es eine vorübergehende Frustrierung sein, die die Aggression auslöst, sie ist durch Beseitigung der aktuellen Frustration aufhebbar. Handelt es sich jedoch um eine in der Kindheit erworbene Neurose, die bisher unerkannt blieb, so können starke Frustrierungen die Aggression zum Ausbruch bringen.

Ich möchte hier eine Entdeckung *Freuds*, die moralische Instanz im Menschen, das sogenannte Über-Ich erwähnen und zwar im Zusammenhang mit seiner Erforschung der Psychodynamik der Depression. Die Entdeckung dieser Instanz im Menschen war der Psychoanalyse nur durch das Studium von Störungen in der Beziehung zwischen dem Ich einer Persönlichkeit und seiner moralischen Instanz möglich. Bei gesunder Entwicklung sind diese beiden Instanzen im Einklang miteinander. Ich und Über-Ich decken sich sozusagen. Ein freundliches, mit einem konstruktiven Leit- und Wertbild verinnerlichtes Über-Ich macht kulturelle Leistung des Menschen überhaupt erst möglich. Man sollte annehmen, daß diese Instanz immer konstruktiv und gut, eben moralisch sei. Die Psychoanalyse jedoch entdeckte, daß das Über-Ich die ursprünglichen Gebote, Forderungen und Verhaltensweisen der Eltern darstellt, die durchaus auch feindselig, überfordernd, verbietend und einengend sein können. Ein derartiges Über-Ich richtet sich besonders gegen die Triebansprüche des Es und hat Schuldgefühl und Bestrafungsbedürfnis zur Folge. Dies gilt natürlich insbesondere für die Verdrängung sexueller Triebwünsche. Bei dieser Verdrängung wird – besonders, wenn es sich um inzestuöse Triebwünsche handelt, – ein beträchtliches Maß an Angst frei, die das Ich (als Träger der Angst) durch

Aggression abzuwehren versucht. Im Zuge dieser Dynamik sind auch psychosomatische Reaktionen zu verstehen.

Als Beispiel sei eine Frau angeführt, die mit ihrem Ehemann in einer ihr nicht bewußten Vaterbeziehung lebte. Ihre Schuldgefühle und Bestrafungsbedürfnisse wehrte sie durch schwere funktionelle Rückenschmerzen ab. Als man ihr in der Klinik diese Schmerzen durch örtlich betäubende Injektionen nahm, setzte schlagartig ein panikartiger Angstanfall ein, und sie reagierte völlig unmotiviert erscheinend aggressiv gegen ihren zufällig zu Besuch kommenden Ehemann.

Die Angst, die beim psychisch gesunden Menschen eine Warn- und Schutzfunktion hat, indem sie auf drohende Gefahren aufmerksam macht, hat beim konfliktgestörten Menschen irrationalen Charakter. Der Patient spürt sie, ist sich jedoch aufgrund der Verdrängung ihrer Ursachen nicht bewußt. Dieses irrationale Moment überträgt sich auf die destruktive Aggression, also die Ich-Abwehr der Angst, wobei die Stärke der Aggression der Stärke der Angst entspricht. In diesem Zusammenhang sei auch der von *Anna Freud* (1936) entdeckte Abwehrmechanismus von Ich-Angst, die »Identifikation mit dem Angreifer«, erwähnt.

So wird das Ich entweder psychosomatisch, depressiv oder aber feindselig aggressiv gegenüber der Umwelt reagieren. Dieses Wechselspiel konnte ich bei meinen Patienten immer wieder beobachten: In der depressiven Phase wird die Aggression des feindseligen Über-Ichs gegen das eigene Ich gerichtet, während der Patient in der destruktiv aggressiven Phase sein feindseliges Über-Ich mit der Umwelt identifiziert und seine Aggressionen gegen diese richtet. Ein zentrales Beispiel destruktiver Aggression in geistig-seelischen Erkrankungen ist der unbewältigte Ödipuskomplex. *Freud* sah ihn als Kern der Neurosen an. Hierbei handelt es sich um den zum Teil im Unbewußten wurzelnden und starke Schuldgefühle hervorrufenden Todeswunsch des Sohnes gegenüber dem Vater. Gestatten Sie mir hier einen Fall aus einer psychiatrischen Klinik zu berichten, wo ich fast ums Leben gekommen wäre:

Ein 25 Jahre alter Mann kam wegen eleptoider Anfälle in die Klinik, an denen er seit seinem 14. Lebensjahr litt. Seine Mutter starb, als er 13 Jahre alt war, nach kurzer schwerer Krankheit, die der Vater ihm verheimlicht hatte. Er erfuhr vom Tode der Mutter, als diese als Leiche aus dem Haus getragen wurde. Ein Jahr später heiratete der Vater seine Sekretärin, die nur wenig älter als sein Sohn war. Zu diesen Zeiten traten erstmalig die eleptoiden Anfälle auf. In der Psychoanalyse wurde deutlich, daß diese Anfälle psychodramatisch einen Geschlechtsverkehr darstellten. Die Aggression wurde gegen den Vater entladen und als Selbstbestrafung folgte am Ende des Anfalles sozusagen ein symbolischer Tod. Im Laufe der Behandlung konnte er seine Aggression auf mich übertragen. Eines Tages entlud der Patient einen Anfall von Aggression auf mich (anstelle eines eleptoiden Anfalles). Er würgte mich mit beiden Händen. Zwei Pfleger, die zu Hilfe kamen, konnten mich nicht befreien, wohl aber eine wohlbeleibte, mütterliche Negerschwester.

Man könnte m. E. den Ödipuskomplex erweitern und die seelischen Konflikte des Vaters miteinbeziehen, die nach unserer Erfahrung den Ödipuskomplex fixieren und verstärken helfen. Wenn der Vater der Patient ist, könnte man hier vom Laioskomplex sprechen. Ein klassisches Beispiel der Weltgeschichte ist Philipp II. von Spanien, der seinen Sohn Don Carlos zerstörte und sogar die dem Sohne zugedachte Frau ehelichte.

Darüber hinaus könnte man sagen, daß alle Angst im Grunde Kastrations- und Todesangst ist.

Was geschieht nun, wenn dieses als Abwehr von Angst zu verstehende homöostatische Wechselspiel durch die plötzliche Übermacht einer seiner beiden Komponenten versagt? Es scheint offensichtlich, daß die letzte Konsequenz der verinnerlichten Aggression, die sich in Depression und Schuldgefühlen äußert, der Selbstmord ist. Doch auch die nach außen gerichtete Destruktion wirkt letzten Endes selbstzerstörerisch, nämlich durch Provokation der Umwelt.

Erinnert sei hier an den jugendlichen Vatermörder von Mittenwald, der seinen Vater erschoß, weil dieser die Mutter permanent quälte und prügelte. Er saß eine verhältnismäßig geringe Jugendstrafe ab. Doch eines Morgens fand man ihn dann tot. Er hatte sich mit dem gleichen Gewehr, das den Vater getötet hatte, erschossen, da er die Beschimpfung der Dorfbewohner als »Vatermörder« nicht mehr ertragen konnte.

Die klinische Erfahrung einer psychoanalytisch orientierten Psychiatrie zeigt immer wieder, daß der Selbstmord oder Selbstmordversuch nicht einem angeborenen Todestrieb entspringt, sondern ein letzter Versuch der Kommunikation, ein letzter Ruf nach Hilfe und Verständnis ist. Psychodynamisch gesehen ist es der Versuch einer Lösung anders nicht lösbar scheinender innerer und äußerer Konflikte. Die hierbei freigewordene Destruktion richtet sich in der Regel gegen ein verinnerlichtes, ambivalent geliebtes Wesen. Der Selbstmörder sieht keinen anderen Ausweg, sich von diesem Objekt zu befreien. Streng theoretisch könnte man sagen, daß jeder Selbstmord auch ein Mord ist, und umgekehrt hat das Studium der Psychodynamik von Morden ergeben, daß jeder Mord auch eine Art Selbstmord ist.

Destruktive Aggression als Äußerungsform eines unbewältigten Ödipuskomplexes ist durch die Psychoanalyse am meisten erhellt.

Die moderne psychoanalytische Forschung hat ferner durch die Anwendung der Psychoanalyse als Grundlagenwissenschaft für verschiedene Behandlungsmöglichkeiten und durch ihre enge Verbindung mit der Psychiatrie zu neuen Erkenntnissen über die Destruktion jenseits des Ödipuskomplexes geführt. In meiner Forschung und Therapie mit Patienten, die schizophrene oder Borderline Reaktionen aufwiesen (d.h. geistig seelische Konflikte, die sich im gleitenden Spektrum zwischen den sogenannten Neurosen und Psychosen bewegen) stellte ich fest, daß der früheste Konflikt mit der Mutter für die stärkste Angst und Destruktion im Menschen verantwortlich zu machen ist. Meine klinische Erfahrung ist, daß

die destruktive Aggression im Menschen um so stärker ist, je früher sie gesetzt wird. Hier ist etwa das erste Lebensjahr der symbiotischen Beziehung zur Mutter ausschlaggebend.

Wenden wir uns nun den Beobachtungen am Kleinkind im ersten Lebensjahr zu , so läßt sich auch hier kein genuiner, d. h. primär auf Zerstörung gerichteter Aggressionstrieb feststellen. Dagegen kann man bereits in dieser frühen Entwicklungsphase die verschiedenen Ausdrucksformen einer – wie *René Spitz* (1957) es formuliert – »gerichteten Aktivität« beobachten, wenn das Kind schrittweise seine passive Rolle aufgibt und in dem Bemühen um Erforschung der Umwelt zu gesteigerter Aktivität übergeht. Auf dieser frühen Stufe der Ich-Entwicklung kann man genau das ad gredi beobachten, das die orale Phase begleitet. Das Kind saugt aktiv, greift nach der Mutterbrust. Schritt um Schritt wird das ad gredi ausgedehnt durch Heranholen, Herankriechen und Herangehen als Manifestationen der stufenweisen Ich-Entwicklung.

Folglich ist es von großer Wichtigkeit, das Kind in seinem ersten Kontakt zur Umwelt gewähren zu lassen. Beim Studium des Verhaltens des Kindes während des ersten Lebensjahres wird man immer wieder die Reaktionen des Kindes als verstehbar hinsichtlich seiner Eigenbedürfnisse erklären können. Die Erfahrungen, die ich immer wieder mit den Vätern und Müttern meiner Patienten machen muß, lassen jedoch eindeutig das Versagen der Eltern in diesem so wichtigen Punkt der Beziehung zum Kind erkennen. So zeigt sich, daß die Anmeldung kindlicher Bedürfnisse, oder das ad gredi in der Erforschung und dem Versuch der Bewältigung der Umwelt als lästig und störend empfunden wurden und nicht nur durch Nicht-Beachtung oder Verbote unerfüllt blieben, sondern sogar entsprechend aggressiv von den Eltern darauf reagiert wurde. Aufgrund des fehlenden elterlichen Einstellungsvermögens werden somit ad-gredi und Ich-Entwicklung gehemmt. Erst wenn durch diese Art der Fehlhaltung der Eltern Konflikte entstehen, entwickelt sich die im Dienste der Selbstverwirklichung stehende, gesunde Aggression zu destruktiver Aggression. Somit wird destruktive Aggression von den Eltern durch ihre im Grunde destruktive ablehnende Haltung den Ansprüchen ihres Kleinkindes gegenüber gesetzt. Eine Manifestationsform der destruktiven Aggression ist das sogenannte temper tantrum bei Kindern, also die unbeherrschten Wutausbrüche. Die Reaktion der Eltern wiederum beschränkt sich oft auf die Klärung der Schuldfrage, von welchem Verwandten das Kind seinen »bösartigen Charakter« geerbt habe. Dabei dient die Überzeugung von der Erblichkeit dieser destruktiven Tendenzen nur dazu, die Eltern von ihrer Eigenverantwortlichkeit zu entbinden, die Ursachen im eigenen Fehlverhalten zu suchen. Bei Interviews mit den Eltern meiner Patienten kann ich immer wieder die Schuldgefühle beobachten, die sie hinsichtlich ihres Verhaltens während der Entwicklung ihrer Kinder haben. Auch die Bezeichnung vom »unartigen Kind« zeugt von dem Mangel an Bereitschaft, sich mit den tatsächlichen Ursachen auseinanderzusetzen. Dagegen höre

ich im Umgang mit psychisch gesunden Eltern Sätze wie: »Mein Kind ist lieb, weil ich es liebe« – eine Äußerung, die das Wissen um den Zusammenhang zwischen Liebe und Einfühlungsvermögen der Eltern und aggressivem Verhalten des Kindes erkennen läßt. *René Spitz* erkennt in seinem Werk den sogenannten Destruktions- und Todestrieb zwar an, um so verwunderlicher ist es jedoch, daß er ihn an keiner Stelle wissenschaftlich beweist, sondern im Gegenteil im Rahmen seiner Forschung über das erste Lebensjahr des Kindes den Aspekt der gesunden, nicht zerstörerischen Aggression betont.

Als *Freud*ianischer Psychoanalytiker vertrete ich die biologische Libidolehre voll und ganz, doch möchte ich folgendes bemerken: Beim Studium des menschlichen Verhaltens und bei meinen Patienten konnte ich nur einen Lebenstrieb beobachten, allerdings auch schwer pathologische Störungen dieses Triebes.

Wenn man Kinder als frühest gegebene Minderheit annimmt, so muß man ihre Partner, ihre Eltern, bedenken. Obwohl jeder Psychoanalytiker im Laufe seiner therapeutischen Arbeit Väter und Mütter behandelt, bei denen er destruktiv-aggressive Tendenzen gegen die eigenen Kinder feststellt, verwundert es, daß die psychoanalytische Theoriebildung gerade erst begonnen hat, diesem wichtigen Punkt mehr Beobachtung zu schenken.

In einer psychisch gesunden, d.h. konfliktfreien Familie werden sich, wie *Erik Erikson* (1965) es sagte, die Eltern mit den Kindern entwickeln. Er meint, daß wir die Tatsachen verfälschen, wenn wir die Eltern als etwas final Gegebenes ansehen.

Obwohl *Freud* (1921) in seiner grundlegenden Arbeit »Massenpsychologie und Ich-Analyse« auf die besondere Dynamik von Masse und Gruppe hingewiesen hatte, fanden diese theoretischen Ansätze und Denkmodelle wenig Beachtung bei den Psychoanalytikern. *Freud* stützte sich auf die Beobachtungen des französischen Arztes *Le Bon* (1895) beim Pariser Kommuneaufstand von 1870. Seine wichtige Erkenntnis war, daß sowohl bei den zufälligen als auch bei institutionalisierten Großgruppen allen etwas gemeinsam sein muß, das für den Einzelnen das eigene Über-Ich und die Ich-Kontrolle ersetzt. Bei der spontan entstandenen Masse kann dieses Gemeinsame der Zufallsführer sein; bei gesellschaftlichen Institutionen, wie Partei, Kirche oder Heer, sind es die Ideologie und ihre Repräsentanten, die das Problem der Leitfunktion des Über-Ichs für den Einzelnen vereinfachend lösen und ihn so der Verantwortung entbinden, selbst über seine Handlungen zu entscheiden.

Die Geschichte bietet genügend Beispiele, wie katastrophal Massenideologiebildung sich auswirken kann. Erfahrungsgemäß ist Ideologiehörigkeit oftmals der schwierigste Widerstand in der Psychotherapie und kann diese sogar unmöglich machen. M. E. ist die Dynamik der Ideologie der Dynamik des Vorurteils verwandt. *Alexander Mitscherlich* (1962) hat die Psychologie des Vorurteils hinreichend bearbeitet. Vorurteile können

eine gefährliche Massenwirkung haben und auch zu gefährlicher Destruktion führen. So sehe ich eine große Gefahr in dem Vorurteil oder in der wissenschaftlichen Ideologie hinsichtlich des angeborenen Destruktionstriebes. Dieses Vorurteil würde eine defätistisch-pessimistische Haltung bestätigen, ja sogar eine Sanktionierung gegenüber destruktiven Tendenzen in der Gesellschaft mit sich bringen.

Kehren wir zur Gruppenpsychologie zurück: in jeder menschlichen Gruppe entsteht eine Gruppendynamik, die beobachtet, verstanden und beeinflußt werden kann. *Freuds* Erkenntnis war, daß sich sowohl in der Gruppe als auch in der Masse eine Gruppenpersönlichkeit bildet, die dann ein Gruppen-Ich und eine Gruppenmoral, d. h. ein Gruppen-Über-Ich bildet. Dabei spielt die Macht der Suggestion eine große Rolle, die *Freud* mit der Hypnose verglich; dies ist allgemeines Erkenntnisgut geworden. Beginnen wir mit der frühesten und kleinsten Gurppe, in der der Mensch lebt: der Familie. M. E. ist die Familienkleingruppe Modell für alle anderen Gruppen. Der Gegensatz von Groß und Klein bietet sich hier für spätere Gegensätze von Herrschern und Beherrschten an. M. E. verhält sich in der Großgruppe der Gesellschaft das um seine Herrschaft besorgte Establishment gegenüber ihm entgegenwirkenden jungen Kräften oftmals ähnlich feindselig aggressiv wie der um seine Macht fürchtende Vater. Dieses psychopathologische Erscheinungsbild einer Gruppe tritt ein, sobald die gesunde, auf einer Partnerschaft des Starken und des Schwachen beruhende Rollenverteilung in irgendeiner Form verletzt und zur Ausbeutung mißbraucht wird. Dies ist eine Feststellung, die sich mir sowohl im dynamischen Prozeß der Gruppenpsychotherapie als auch beim Studium der Gruppendynamik institutionalisierter und zufälliger Gruppen immer wieder bestätigte. Wie katastrophal sich die Unkenntnis der wichtigsten gruppenpsychologischen Phänomene seitens der herrschenden Institutionen auswirken kann, beweisen die weltweiten Studentenunruhen. Ihr Verlauf und ihre Folgen haben unter anderem gezeigt, daß oft die die Legalität ausübenden Kräfte keineswegs genital im psychoanalytischen oder moralisch im *Kant*schen Sinne sind. Die Tatsache, daß unter demonstrierenden Studenten auch geistig-seelisch Kranke sind, die die Demostration als einen Fluchtmechanismus vor innerpsychischen Ängsten und destruktiver Aggression gegen die eigene Person benutzen, will keineswegs besagen, daß Demonstration oder die Unruhe in der Studendentschaft an sich psychopathologische Phänomene sind. Es wurde im Gegenteil z.B. in Deutschland deutlich, daß hier patriarchalische Herrschaftsansprüche das berechtigte Aufbegehren einer Generation zu ersticken versuchen, die frei von der kranken nationalsozialistischen Moral ihrer Väter nun selbst Ansätze eines sich entwickelnden neuen deutschen Über-Ichs darstellen können. Die Väter dieser Generation waren meistens in den entscheidenden Jahren ihrer Kindheit abwesend oder kamen im Kriege um.

Wenn soziale Anpassung des einzelnen Gesellschaftsmitgliedes ausschließlich durch Furcht vor Strafe erreicht wird, kann sich nur, wie *Franz*

Alexander (1952) schrieb, eine widerwillige Konformität entwickeln. Ich zitiere: »Starre Disziplin, die mit körperlicher Züchtigung und anderen Strafmaßnahmen durchgesetzt wird, ist dazu geeignet, einen militanten, aggressiven Jugendlichen heranzuziehen, wie beispielsweise im alten Sparta, im Hitler-Deutschland und in Sowjetrußland ... Der in der strafenden Atmosphäre des Spielzimmers, der Schule und in den Militärkasernen erzeugte Haß wird gegen fremde Gesellschaften und Minderheiten kanalisiert. Terror verhindert, daß er sich gegen die inneren Autoritäten des Staates wendet.«

Die oben erwähnten gruppendynamischen Erkenntnisse werden nicht zuletzt durch jahrzehntelange Erfahrung einer psychoanalytisch orientierten Gruppenpsychotherapie, die *Freuds* Interesse an der Massenpsychologie wieder aufnahm, gewonnen. Viele Therapeuten haben in der Gruppenpsychotherapie die Technik entwickelt, die Gesamtgruppe als eine Persönlichkeit zu behandeln. Der englische Psychoanalytiker und Gruppentherapeut *Bion* (1960) spricht z. B. von einer Gruppenkultur der Therapiegruppe und benutzt jede Äußerung eines Gruppenmitgliedes als eine verbindliche Aussage für die Gesamtgruppe. Ich selbst habe mit dieser Methodik nur gute Erfahrungen machen können. Es sei hier erwähnt, daß ich bei meiner über 12 Jahre gehenden gruppenpsychotherapeutischen Erfahrung mit Regelmäßigkeit folgende Beobachtung machen konnte: Im Gruppenprozeß übernimmt jeweils das psychogenetisch prädestinierte Gruppenmitglied seine geeignete Rolle, z. B. reagiert der am meisten psychosenahe Patient psychotisch, wenn die gesamte Gruppe große Angst erleidet. In diesem Augenblick wird er zum Träger der Angst in der Gruppe. Es verhält sich hier mit der homöostatischen Balance der Gruppe ähnlich wie in einer neurotischen Familie, wo das schwächste Glied in die Rolle des Krankheitsträgers gedrägt wird.

Für den Erfolg der Therapie, sei es Einzel- oder Gruppenpsychotherapie, ist es von großer Wichtigkeit, daß dem Patienten die Möglichkeit zum Ausdrücken seiner Aggression gegeben wird. Erst wenn er seine Aggression äußern darf, sei es im Sinne von Destruktion, aber auch von konstruktivem ad gredi, kann die Therapie erfolgreich verlaufen. Im therapeutischen Prozeß ist der Ausbruch und das Verbalisieren von Aggression oft der Wendepunkt. Bei schwerstkranken Patienten ist Gruppenpsychotherapie oft die einzige Indikation, da die Gruppe gleichzeitig Schutzfunktion hat und dadurch Aggression die Therapie nicht zerbrechen kann.

Verständlicherweise spiegelt die Psychotherapiegruppe für jedes einzelne Mitglied seine Primärgruppe, die Familie, wider. Die Gruppentherapie gibt ihm die Gelegenheit, seine Konflikte und Schwierigkeiten im »Hier und Jetzt« der Gruppendynamik wiederzuerleben und zu korrigieren. Therapie wie aber auch dynamische Forschungsgruppen bieten eine einzigartige Möglichkeit für die Forschung. Eingeladene Gäste und Beobachter können in einer Psychotherapiegruppe, im Gegensatz zur Einzeltherapie, alle auftretenden Gruppenphänomene, z. B. auch destruktive Aggressionen und ihre Dynamik wie in einem Reagenzglas sehen. Destruktive Aggression innerhalb einer Psychotherapiegruppe ist psychodynamisch aus der

Gruppengeschichte und aus jeder individuellen Lebensgeschichte ableitbar. Durch starke Führung des Therapeuten wird bei destruktiver Aggression die Zerstörung der Gruppe vermieden; die Gruppenaggression richtet sich dann gegen den Gruppentherapeuten; die Gruppe wird dadurch vereinigt und kann als Gruppe funktionieren.

Gruppenpsychotherapie gibt uns auch Gelegenheit zu sehen, wie einzelne sich mit ihrer destruktiven Aggression auseinanderzusetzen versuchen. Es sei mir gestattet, an dieser Stelle einige repräsentative Beispiele von Einzeläußerungen aus verschiedenen Studentenpsychotherapiegruppen zu zitieren:

1. Aggression gegen die eigene Person

»Ich möchte mit meinen Händen, mit meiner Kraft etwas tun, jemandem hier in der Gruppe wehtun; stattdessen zerbeiße ich mir die Haut an den Fingernägeln und zerkratzte mir die Kopfhaut...«

2. Manifeste Aggression gegenüber Schwächeren

»Ich bin freigiebig mit Kritik, verletzenden Witzeleien und Verachtung gegenüber Unterlegenen in der Gruppe, wie besonders gegenüber Herrn M., der mich an meinen jüngeren Bruder Franz erinnert.«

3. Latente Aggression gegenüber Stärkeren

»Ich würde den Therapeuten wie früher meinen Vater gern körperlich angreifen, habe aber Angst davor.«

4. Angst (vor Kritik und Liebeslust)

»Ich fürchte mich, in der Universität ein Referat zu halten, genauso wie hier in der Gruppe zu sprechen, aus Angst ausgelacht zu werden wie zu Hause.«

5. Funktionsunfähigkeit (Arbeits- und Kontaktstörung)

»Jedesmal, wenn ich mich über den Therapeuten geärgert habe und mich von ihm bedroht fühle, kann ich danach zu Hause nichts mehr für mein Studium arbeiten. Früher hatte ich mir angewöhnt, nichts von meinen Aggressionen nach außen dringen zu lassen, doch dadurch war ich zu menschlichen Beziehungen und geistigen Interessen nicht mehr fähig.«

M. E. ist es legitim, aus den Erfahrungen von Gruppentherapie und Gruppendynamik gewisse Schlüsse auf die Dynamik größerer Gruppen und Massen zu ziehen. Ich lehne es jedoch mit *Franz Alexander* (1952) ab, wenn Psychoanalytiker mit leichter Hand aus ihren Erfahrungen mit Einzelpatienten Schlußfolgerungen auf historisches Geschehen ziehen: z.B., weil es destruktive Kräfte in unseren Patienten gibt, gibt es auch einen Todestrieb und daher Kriege. Dabei wird völlig übersehen, daß es sich hier um ein soziologisches Phänomen handelt. Ökonomische und politische

Gegebenheiten führen nach rationalen Erwägungen frei von Triebimpulsen schließlich zum Krieg. *Franz Alexander* verglich in diesem Zusammenhang diese Art der rein rationalen Berechnung mit den geplanten Zügen eines Schachspiels. Ich zitiere: »Sofern Aggression und Sadismus hier eine Rolle spielen, sind sie nur von sekundärer Bedeutung. Dem Krieg geht ein Beschluß seitens der Führer voraus, und erst dann folgt die Kriegspropaganda, um den zukünftigen Soldaten die nötige innere Einstellung zu geben.«

Gestatten Sie mir, jetzt theoretische Schlußfolgerungen zu ziehen: Durch die Annahme eines angeborenen Destruktionstriebes wird die größte Leistung der Psychoanalyse, nämlich die Einführung des prozeßhaften Denkens in die Psychologie, aufgehoben. Prozeßhaft gesehen ist der Mensch ständig in Entwicklung begriffen; so auch seine Störungen und Konflikte. Er ist wandelbar. Erstaunlich ist. daß *Freud* an diesem Punkt prozeßhaft dynamisches Denken aufgab und psychodynamisch verstehbares, destruktives Verhalten als angeboren und final gegeben ansah. Es seien hier vier hauptsächliche Einwände gegen die Destruktionstrieblehre angeführt, die besonders im Hinblick auf die psychoanalytische Theorie m.E. von Bedeutung sind:

1. Die Annahme eines angeborenen Destruktionstriebes ist unvereinbar mit der Einführung des prozeßhaften Denkens, das uns zum Verständnis der Konflikte des seelisch kranken Menschen und dadurch zu therapeutischen Möglichkeiten verholfen hat.

2. Die Folge eines solchen Postulats ist eine Kapitulation vor einem angeborenen und somit unbeeinflußbaren Phänomen. Diese Einstellung kennen wir aus der Zeit vor *Freud* gegenüber geistig-seelischen Erkrankungen.

3. Hinsichtlich destruktiv-aggressiver Tendenzen in Gruppen könnte diese pessimistisch-defätistische Haltung gegenüber tatsächlich verstehbaren Gruppenphänomenen zu einer Gefahr für die Gesellschaft werden.

4. Vereinigt man Destruktionen und Aggressionen unter dem Begriff eines Triebes, so wird die konstruktive Aggression im Sinne des lateinischen »ad gredi« ignoriert.

Der letzte Punkt berührt den Kern meiner Theorie. Unter der grundsätzlichen Ablehnung eines angeborenen Destruktions- und Todestriebes geht sie davon aus, daß prinzipiell zwischen der konstruktiven Aggression des konfliktfreien und der destruktiven Aggression des geistig-seelisch gestörten Menschen unterschieden werden muß.

Ich fasse die Aggression im Sinne des ad gredi, des Herangehens an Menschen und Dinge, als eine Ich-Funktion der Persönlichkeit auf, als ein Vehikel allen menschlichen liebenden und schöpferischen Tuns im Dienste des Lebens- und Erhaltungstriebes.

Im Lichte der *Freud*schen Libidolehre verstehe ich die Aggression im konstruktiven Sinne als Träger der Triebbedürfnisse der oralen, analen und phallischen psychogenetischen, einmündend in die genitale, menschlich reife und konfliktfreie Entwicklungsstufe und spreche von einer genitalen Aggression. Ich will sagen: die treibende Kraft ist die Libido, die tragende

Kraft die Aggression. Die Aggression wird als ein schöpferischer Prozeß innerer Freiheit der genitalen Persönlichkeit gesehen, die im Gefühl eigenen Selbstwertes und selbstverständlicher Selbständigkeit das Recht hat, Dinge neu zu denken und zu tun, die noch nicht getan waren, ohne um Erlaubnis fragen zu müssen. Das ist schließlich die Dynamik aller kulturellen Entwicklung. Aus meiner Erfahrung als Analytiker und Psychiater habe ich keine Anhaltspunkte für einen primären Destruktionstrieb gefunden. Allerdings sehe ich Störungen des ad gredi entsprechend den Störungen und Fixierungen auf den Stufen der Libidoentwicklung.

Darüber hinaus sehe ich die Möglichkeit einer tiefen Störung des ad gredi bei der ersten Ich- und Selbst-Entwicklung durch eine sehr früh gestörte Mutter-Kind-Beziehung.

Ich möchte jedoch meine Position über die Aggression deutlich von den psychotherapeutischen Schulen abgrenzen, die unter Nichtbeachtung von *Freuds* Entdeckung des dynamischen Unbewußten und ebenfalls unter Nichtbeachtung der psychoanalytischen Libido-Lehre eine nur soziologisch, reaktiv aktuell bedingte Aggression anerkennen.

Freuds Postulat, daß eine Theorie nur so lange Wert hat, wie sie als Handwerkszeug gebraucht werden kann, ist bekannt. Wenn man sie nicht mehr braucht, sollte man sich leichten Herzens von ihr trennen, und er rief seine Schüler dazu auf. In meiner Arbeit habe ich die Theorie eines angeborenen Destruktionstriebes für Therapie und Forschung als außerordentlich pessimistisch und hemmend empfunden. Die heute hier vertretene These der Aggression, als Teil der Ich-Entwicklung psychogenetisch verstehbar, hat sich für mich als brauchbar erwiesen. Eine Theorie sollte funktionellen Charakter in sich selbst haben, d. h. ob richtig oder falsch einem gewünschten Zweck dienen.

Man könnte meinen, daß die Differenzierung zwischen einem konstruktiven ad-gredi und destruktiver Aggression eine rein terminologische Haarspalterei sei, und man könnte ferner die Frage aufwerfen, wo denn die Grenze zwischen beiden Phänomenen zu suchen sei. Die Antwort ist einfach: Destruktive Aggression ist nach innen und außen gerichtete sinnlose Zerstörung und durch ein vorwiegend irrationales Moment gekennzeichnet, dessen Geschichte erforschbar ist.

Um es psychoanalytisch zu sagen: Dem Menschen sind bei der destruktiven Aggression die Motive nicht bewußt. Die Aggression steht unter Herrschaft und Kontrolle des Ichs, die Destruktion nicht. Aggression ist konfliktfrei, Destruktion aus Konflikt geboren.

Ich möchte zum Schluß ein Modell der Psychodynamik destruktiver Aggression geben aufgrund der Erfahrung mit einigen hundert psychisch Leidenden, die ich im Verlaufe der letzten 20 Jahre sah. Ich fand folgende Familiendynamik in der kindlichen Entwicklung dieser Patienten:

Frühkindliche, infantile Sexualität wurde von den Eltern zurückgeschlagen ebenso wie frühkindliches ad gredi, Erforschen und Versuchen.

Bei Untersuchungen konfliktfreier, besonders schöpferischer Persönlichkeiten fand ich in ihrer frühen Entwicklung Eltern, die frühkindliche,

infantile Sexualität nicht tabuisierten und sich über Versuche des ad gredi ihres Kindes freuten und es unterstützten. Bei diesen Persönlichkeiten konnte ich keine Zeichen von destruktiver Aggression feststellen: sie waren frei zu lieben und zu arbeiten.

Zusammenfassend ist zu sagen:

Destruktive Aggression verhindert und hemmt jeden Ansatz von Selbstverwirklichung, Arbeitsleistung und Liebe. Ad gredi ermöglicht Leistung, Liebe und damit Selbstverwirklichung.

Angesichts meiner klinischen Erfahrung auf der einen und dem heutigen Stand der psychoanalytischen Ich-Theorieforschung auf der anderen Seite ist die These von einem angeborenen Destruktions- und Todestrieb psychoanalytisch sowie gruppendynamisch nicht länger vertretbar.

Aggression in Psychodynamics and Group Dynamics

Günter Ammon

Instead of the speculative and mythological conception of aggression as death or destructive instinct, the author deals with aggression from the viewpoint of psychodynamics. Aggression is destructive as a reaction to frustration. In severe mental illness we can trace back frustration to early childhood, and it is curable in psychotherapy. In so-called normal people frustration can be temporary and is easily to overcome, or it can give rise to a neurosis which originates in patient's childhood.

The author mentions in this context the role of the superego, in which normal commandments and interdictions are internalized. In the conflict between superego and instinctive impulses (id), the ego experiences anxiety. As defense against anxiety the ego reacts with aggression. Aggression may be directed towards the self (depression) or the world. In both cases it is destructive. The classical psychoanalyis has already revealed destructive aggression as the manifestation of an unresolved Oedipus-complex. Beyond this one aspect, we have to consider the family situation as a whole and observe the aggression of the parents themselves. Besides the Oedipus-complex, there is also the Laios-complex.

The family has its own dynamics, which can be seen in the several roles of its members. This can be extended to all groups,and one can investigate the impact of group dynamics upon the psychodynamics of the individual members. Psychoanalytical method can be applied to observation and therapy in a group. One of the most important aspects of group psychotherapy is the possibility for the individual to verbalize his aggression. It is a turning point in the therapeutic process, when the patients are able to do that. This possibility is due to the fact that the group protects the member, i.e. itself as a whole and therefore can allow the patients to express their destructive tendencies without much danger. All forms of destructive

aggression can be clearly noticed in a group. The author, refering to his long therapeutic experience, particularly with groups, distinguishes between destructive and constructive aggression. The former is a pathological phenomenon. The latter is to be understood in the sense of the latin ad gredi, which means approaching, stepping up to... This is not destructive, it is an ego-function and the vehicle of creative activity. The disturbance is not due to a destructive instinct and can therefore be cured by appropriate therapy.

Literatur

Alexander, F.; Ross, H. (ed.) (1952): Dynamic Psychiatry (Chicago: The Univ. of Chicago Press)
Ammon, Günter (1969a): On the Theory of Aggression. A Clinical View. Proceedings of the 1st. Int. Ontoanalytic Convention in Marbella/Spain on Feb. 26th. 1969
– (1969b): Herrschaft und Aggression – Zur Psychoanalyse der Aggression (Berlin: Pinel-Publikationen)
Bion, W.R. (1960): Experiences in Groups (New York: Basic Books)
Erikson, E.H. (1965): Kindheit und Gesellschaft (Stuttgart: Ernst Klett)
Fenichel, O. (1945): The Psychoanalytic Theory of Neurosis (New York: Norton)
Freud, A. (1936): Das Ich und die Abwehrmechanismen (London: Imago Publ.)
Freud, S. (1920): Jenseits des Lustprinzips. Ges. W. Bd. XIII (London: Imago Publ.)
– (1921): Massenpsychologie und Ich-Analyse. aaO. Bd. XIII
– (1923): Das Ich und das Es. aaO. Bd. XIII
– (1938): Abriß der Psychoanalyse. aaO. Bd. XVII
Hartmann, H.; Kris, E.; Loewenstein, R. (1949): Notes on the Theory of Aggression. In: Psychoanalytic Study of the Child, Vol. III; IV (New York: Int. Univ. Press)
Le Bon, G. (1895): Psychologie der Massen (Stuttgart: Alfred Kröner, 1953)
Lorenz, K. (1963): Das sogenannte Böse (Wien: Borotha-Schoeler)
Marcuse, H. (1967): Triebstruktur und Gesellschaft (Frankfurt/M.: Suhrkamp)
– (1969): Aggressivität in der gegenwärtigen Industriegesellschaft. In: Aggression und Anpassung in der Industriegesellschaft (Frankfurt/M.: Suhrkamp)
Menninger, K. (1938): Man against Himself (New York: Harcourt, Brace and World)
– (1963): The Vital Balance (New York: The Viking Press)
– (1968): Das Leben als Balance (München: Piper)
Mitscherlich, A. (1958): Aggression und Anpassung. In: Psyche, 12. Jhg.
– (1962): Revision der Vorurteile. In: Der Monat, No. 165
– (1965a): Zur Wesensbestimmung der Aggression. In: *H. Thomae:* Die Motivation menschlichen Handelns (Köln/Berlin: Kiepenheuer &Witsch)
– (1965b): Auf dem Weg zur vaterlosen Gesellschaft (München: Piper)
Plack, A. (1968): Die Gesellschaft und das Böse (München: Paul List)
Spitz, R. (1967): Vom Säugling zum Kleinkind (Stuttgart: Ernst Klettt)

Kreativität und Ich-Entwicklung in der Gruppe*

Günter Ammon

In der vorliegenden Arbeit möchte ich, gestützt auf meine eigenen gruppendynamischen Forschungen und auf meine therapeutische Arbeit mit Künstlern und anderen schöpferischen Persönlichkeiten, meine These vortragen, daß Kreativität nicht auf unterdrückter Sexualität und Aggression beruht, nicht auf ein Triebverbot oder eine Sublimierung von Trieben zurückführbar ist, sondern sich im Zusammenhang mit der freien Entfaltung von Sexualität und konstruktiver Aggression** entwickelt.

Kreativität ist meines Erachtens eine Ich-Funktion im eigenen Recht, die nicht auf neutralisierte Energie zurückzuführen ist. Schöpferische Vorgänge artikulieren sich im Spannungsfeld von Bedürfnis, Ich und Umwelt, wobei das Ich seine Regulations- und Kontrollfunktionen voll einsetzt. Ich-Entwicklung ist kein idividuelles Geschehen, sondern das Ich und seine Möglichkeiten zur Entfaltung von schuldfreier Sexualität, konstruktiver Aggression und Kreativität sind von der Kommunikation mit der umgebenden Gruppe primär abhängig. Die Gruppe, und im weiteren Sinne die Gesellschaft, bestimmen, wie weit Kreativität sich entwickeln und äußern kann.

Ich unterscheide den Begriff der Kreativität von dem der Sublimierung, wie er von *Freud* in die psychoanalytische Literatur eingeführt worden ist und der üblicherweise mit Triebunterdrückung zugunsten kultureller Leistungen gleichgesetzt wird. Der Begriff der Kreativität, der der Erfassung schöpferischer Vorgänge im Menschen dient, ist weit weniger von psychoanalytischen Forschern untersucht und definiert worden.***

Das Verhältnis der Psychoanalyse zum schöpferischen Denken und zur Psychologie der Kreativität ist nicht widerspruchsfrei, wie *W. Schmidbauer* (1971) ausführt. Seines Erachtens lassen sich die Bedenken, die Psychoanalyse sei bei produktiven Menschen kontraindiziert, weil sie die schöpferische

* veröffentlicht in: Dyn. Psychiat (4) 269–295, 1971.

** Unter Aggression verstehe ich, wie anderswo ausgeführt (*Ammon* 1970), keinen angeborenen Destruktionstrieb, sondern eine Ich-Funktion im eigenen Recht, die sich in der präödipalen Phase entwickelt. Je nachdem wie die umgehende Gruppe auf das neugierige Herangehen des Kindes auf seine Umwelt reagiert, wird diese Ich-Funktion destruktiv oder konstruktiv sein. Der Begriff Aggression, den ich in dieser Arbeit verwende, meint konstruktive Aggression im Sinne einer Ich-Funktion.

*** *English* & *English* (1958) definieren Sublimation wie folgt: Sublimation: refinement or redirection of the energy belonging to primitive tendency into new, non-inherited channels, somewhat more broadly, such alternation in instinctive behavior as will bring it within the boundaries of conventional approval and yet allow partial satisfaction. Forms: a) canalization, b) deflection, c) platonization, d) objectivization, e) subjectivization, f) phantasy and daydreams. Creativity: the ability to find new solutions to a problem or new modes of artistic expression; bringing into existence a product new to the individual not necessarily new to others.

Konflikte »weganalysieren« könne, auf eine unkritische Interpretation des Begriffes Sublimierung zurückführen.

Die eigentliche Sublimierungsthese *Freuds* ist bekannt. Da sie immer wieder zur Erklärung schöpferischer Vorgänge und schöpferischer Möglichkeiten herangezogen wird*, möchte ich sie im folgenden kurz darstellen.

Wie alle Begriffe ihrem geschichtlichen Zusammenhang zugeordnet werden müssen und von dorther eine bestimmte Bedeutung erlangen, so muß auch der Begriff der Sublimierung, den wir von *Freud* übernommen haben und der eine entscheidende Rolle im psychoanalytischen Denken wie in der therapeutischen Praxis noch immer spielt, auf seinen geschichtlichen Gehalt hin analysiert werden.

Eingeführt wurde der Begriff um die Jahrhundertwende in einer kapitalistischen Expansionsgesellschaft, die sich zwar vom Profitinteresse und den Maximierungsgesetzen bestimmen ließ, ihr Unbewußtes aber kollektiv mit viktorianischer Moral verdrängte. Es handelt sich um die triebpsychologische Phase im psychoanalytischen Denken, die bestimmt wird durch das Gegensatzpaar von gesellschaftlichem Bewußtsein und dem nicht gesellschaftsfähigen Unbewußten. Die *Freuds*che Entdeckung des Unbewußten des Menschen als Ensemble sexueller Strebungen wirkte provozierend und revolutionierend. Der Begriff der Sublimierung hingegen, das höchste Schicksal, das den beiden von *Freud* konzipierten Trieben, dem Sexual- und dem Aggressionstrieb, widerfahren konnte, scheint gerade den emanzipatorischen Schwung des *Freuds*chen Denkens zu lähmen und erscheint als ein Zugeständnis an den bestehenden gesellschaftlichem Überbau, in Einklang mit den Erfordernissen der materiellen Produktion dieser Gesellschaft, die den Menschen nach seinem Wert als Produktionsmittel und nach den Kosten für die Reproduktion seiner Arbeitskraft wertete, an materiell nicht verwertbarer Lust dagegen nicht interessiert war.

Lassen Sie mich einige Stellen aus *Freuds* Werken zitieren, die den Zusammenhang von Sublimierung, verdrängter Sexualität und kultureller Leistung verdeutlichen. »Man nennt die Fähigkeit, das ursprünglich sexuelle Ziel gegen ein anderes, nicht mehr sexuelles, aber psychisch mit ihm verwandtes, zu vertauschen, die Fähigkeit zur Sublimierung« (1908).

»Die Sublimierung ist ein Prozeß an der Objektlibido und besteht darin, daß sich der Trieb auf ein anderes, von der sexuellen Befriedigung entferntes Ziel wirft; der Akzent ruht dabei auf der Ablenkung vom Sexuellen.«

* Erst kürzlich vertrat *Gonzales* (1971) noch die Auffassung, daß die Kreativität der geniale Ausläufer gelungener Sublimierung sei. Er unterschied drei Phasen des Denkens: die magische, die rituelle und die religiöse. Die religiöse Phase münde schließlich in das logische Denken, dessen höchste Stufe der Sublimierung das wissenschaftlich-kreative Denken sei, das den genialen Charakter auszeichne. In der anschließenden Diskussion bemerkte *Gottfried Bloch*, daß erst aufgrund einer ausgebildeten Fähigkeit zur Kreativität, die sich in den ersten Lebensjahren des Kindes entwickelt, die spätere Sublimierung möglich sei. Sei die frühkindliche Entwicklung zur Kreativität mißglückt, so könne auch die Sublimierung nur zu einer neurotischen Fehlanspassung führen.

»Die Triebsublimierung ist ein besonders hervorstechender Zug der Kulturentwicklung, sie macht es möglich, daß höhere psychische Tätigkeiten, wissenschaftliche, künstlerische, ideologische, eine so bedeutsame Rolle im Kulturleben spielen. Wenn man dem ersten Eindruck nachgibt, ist man versucht zu sagen, die Sublimierung sei überhaupt ein von der Kultur erzwungenes Triebschicksal. Aber man tut besser, sich das noch häufiger zu überlegen« (1930).

Freud (1910) stellt fest, daß »eine Ausgleichung der Ansprüche des Sexualtriebes mit den Anforderungen der Kultur überhaupt nicht möglich ist...«

Diese Beispiele machen klar, wie vorsichtig *Freud* das Konzept der Sublimierung, das von seinen Schülern als so wesentlich erkannt wurde, formuliert hat. *Fenichel* (1945) schreibt dazu, daß man nicht bestimmen könne, was das Ich zu dieser glücklichen Lösung der Triebbedürfnisse in der Sublimierung führe. Sublimierung sei a) durch eine Zielhemmung, b) durch Desexualisierung, c) durch eine totale Absorption eines Triebes in seine Bestandteile und d) durch eine Verdrängung im Ich bestimmt. *Fenichel* weist auf die Ähnlichkeit zu Identifikationsvorgängen und auch darauf hin, daß die Umgebung, direkt oder indirekt, besonders bei Sublimierungsvorgängen in der Kindheit, Anreize oder Modelle bieten müsse.

Ich stimme auch mit *Robert Waelder* (1963) überein, der bezweifelt, daß die Sublimierungsthese die Existenz höherer Tätigkeiten erklären könne. Er verneint dies parallel zu der Erkenntnis, daß auch die *Darwin*sche Entwicklungstheorie das Auftreten höherer Formen nicht verstehbar machen könne.

Edward Glover (1931) meint, als einziges stichhaltiges Kriterium für die Sublimierung sei ein qualitativer Wandel der psychischen Energie zu nennen; *Glover* (1958) beschreibt den Vorgang der Sublimierung folgendermaßen: »Bezüglich der Sublimierung können wir sagen, daß sie dynamisch betrachtet, eine Form der Desexualisierung des Triebes ist, ein Vorgang, der die Energie spart, die nötig ist, um einen ständigen Unterdrückungsprozeß und Prozeß der Zielhemmung aufrechtzuerhalten und der die Energie für nichtlibidinöse Zwecke freisetzt. Ihre klinischen Manifestationen beruhen auf dem Vorgang der Verschiebung, die wiederum auf dem Mechanismus der symbolischen Identifikation der Verschiebung und Ersetzung beruht.«

Gegen *Freuds* Sublimierungsthese spricht meines Erachtens auch vor allem die Erfahrung, die man in der therapeutischen Praxis immer wieder machen kann, nämlich, daß nach einer gelungenen Analyse sowohl freiere Sexualität wie auch freiere Kreativität sich entfalten. In der Sublimierungsthese wird dieses Verhältnis negativ gesehen. Dies gilt bei *Freud* vor allem für den Bereich des kreativen wissenschaftlichen Denkens.*

* Interessanterweise finden wir beim frühen *Freud* auch Ansätze, Kreativität gesondert vom Vorgang der Sublimierung zu behandeln, insbesondere in den Arbeiten, in denen er sich mit dem künstlerischen Schaffen, der Phantasie und dem kindlichen Spiel befaßt. Mein langjähriger Mitarbeiter *M.S. El-Safti* (1971) hat darauf hingewiesen, daß der frühe *Freud* den schöpferischen Vorgang dem kindlichen Spiel gleichsetzte und dabei betonte, daß beide Vorgänge die Realität entsprechend den Ich-Bedürfnissen verändern. *El-Safti* hat uns auch verdeutlicht, daß *Freud* diese Ansätze nicht weiter bearbeitet hat, sondern sich der Sublimierungsthese zuwandte.

Die orthodoxe Position in der Analyse ist, daß schöpferische Betätigung des Analysanden während der Analyse grundsätzlich dem Widerstand diene. Der Analysand solle sich in dieser Zeit hauptsächlich mit Routinebeschäftigungen abgeben, um eine Strukturveränderung seiner Persönlichkeit nicht zu gefährden. Bei einer Diskussion im Berliner Psychoanalytischen Institut meinte *Kurt Eisler* (1968), daß es für den Analytiker eine schwere Entscheidung sei, die Abstinenz von schöpferischer Arbeit zu fordern, da dieses »discouragement« die schöpferische Entfaltung des Analysanden oft für immer verhindern kann.

Hinsichtlich der schöpferischen Produktion während der Analyse unterscheide ich zwischen

a) schöpferischer Leistung aus Übertragungsliebe,
b) schöpferischer Leistung als Widerstand gegen bestimmte analytische Aufgaben,
c) schöpferische Leistung als Reaktionsbildung,
d) Entwicklung von Leistung, die ich unter dem Begriff der von mir als spezifischen Abwehrmechanismus verstandenen Sublimierung verstehe.

Ansätze, kreative Vorgänge psychoanalytisch zu erfassen, finden sich bei *Freud* im wesentlichen in Arbeiten, die er von 1907–1910 verfaßte. Im folgenden beziehe ich mich bei der Darstellung von kindlichem Spiel, Phantasie und künstlerischem Schaffen auf drei Arbeiten, »Der Wahn und die Träume in *W. Jensens* ›Gradiva‹ « (1907); »Der Dichter und das Phantasieren« (1908); »Eine Kindheitserinnerung des Leonardo da Vinci« (1910).

In der Frühzeit der Psychoanalyse wurde davor gewarnt, schöpferische Persönlichkeiten zu analysieren. In den *Freud*schen Schriften finden sich daher einige dunkle, unanalysierte Bemerkungen, die sich auf kreative Vorgänge beziehen. *Freud* redet von der »psychologisch noch rätselhaften künstlerischen Begabung« (1910), sagt, daß die Dichter uns in der Seelenkunde weit voraus seien, »weil sie da aus Quellen schöpfen, welche wir noch nicht für die Wissenschaft erschlossen haben« (1907). Der leichteste Zugang, sich dichterischen Werken zu nähern, sei bei denjenigen Dichtern gegeben, »die sich in naiver Schaffensfreude dem Drängen ihrer Phantasie zu überlassen pflegen« (1908).

Für *Freud* bestand ein enger Zusammenhang zwischen neurotischen und künstlerischen Vorgängen. Beide resultieren für ihn aus dem Unbefriedigtsein mit der Realität, beide leben in und von der Phantasie. Die Phantasie sei dabei als eine Absonderung vom Denkvermögen zu verstehen, sie werde nach der Einsetzung des Realitätsanspruchs als eine spezifische Art der Denktätigkeit abgespalten, die von der Realitätsprüfung freigehalten und dem Lustprinzip unterworfen bleibe. *Freud* sagt: »Durch solche Absonderung der Phantasie vom Denkvermögen mußte er zum Dichter oder zum Neurotiker bestimmt sein, gehörte er jenen Menschen an, deren Reich nicht von dieser Welt ist.« Phantasie sei ein Ausweg, der unbefriedigenden Realität zu entgehen. »Man darf sagen, der Glückliche phantasiert

nie, nur der Unbefriedigte« (1908). Werde der Rückweg aus der Phantasie zur Wirklichkeit nicht wiederhergestellt, komme es zu neurotischen Fehlentwicklungen. Ein Weg zurück in die Realität sei das schöpferische Tun, die Kunst. Dieser Konzeption liegt eine ästhetische Theorie zugrunde, welche die Kunst als Produktion von Scheinwelt auffaßt.

Kritik an dieser Parallelität von Neurose und Kunst ist von *Kubie* (1966) geleistet worden, der den schöpferischen und neurotischen Prozeß als »diese miteinander verwandten Todfeinde« bezeichnet und nachzuweisen versucht, daß es im schöpferischen Prozeß neurotische Deformationen geben kann, welche die Kreativität nicht fördern, sondern hemmen. *Kubie,* der auf die Sublimierungsthese verzichtet, bleibt uns aber andererseits schuldig, die Bedingungen für die Entwicklung und die Artikulation von Kreativität zu nennen.

Freud (1908) stellte den Dichter dem Tagträumer gleich. Die »Dichtung wie der Tagtraum seien die Fortsetzung und der Ersatz des kindlichen Spielens«. Das kindliche Spiel sei der Vorläufer der Phantasie. Wie die Phantasie sei das Spiel auf unmittelbaren Lustgewinn gerichtet, bleibe aber an die Objekte, an die Umwelt gebunden, zu deren Bemächtigung und Beherrschung es diene. Die Kinder machten sich im Spiel zum »Herren der Situation«. Über *Leonardo da Vinci* sagt *Freud* (1910), daß dessen großer Spieltrieb schließlich in die Forschertätigkeit einmündete und daß alle großen Männer etwas Infantiles bewahrten.

Freud trennt das Künstlertum *Leonardos* von seiner wissenschaftlichen Forschertätigkeit: »... hat doch in seiner Entwicklung der Forscher den Künstler nie ganz freigelassen, ihn oftmals schwer beeinträchtigt und ihn vielleicht am Ende unterdrückt.« Aus der Leonardo-Arbeit scheint hervorzuheben, daß *Freud* seine Sublimierungsthese nur für die wissenschaftliche Forschung angewendet wissen wollte. Die Sublimierung der sexuellen Interessen in der Wißbegierde seien der Kern und das Geheimnis des Wesens von *Leonardo* gewesen.

Der Zusammenhang von Desexualisierung und Sublimierung ist in der Leonardo-Arbeit nicht eindeutig. Das künstlerische Schaffen *Leonardos* scheint für *Freud* vielmehr mit der Entwicklung und der Artikulation seiner frühkindlichen Sexualität in Zusammenhang zu stehen. *Leonardo* sei ein »Beispiel kühler Sexualablehnung« gewesen, die man beim Künstler und Darsteller der Frauenschönheit nicht erwarten würde. Und über den Prozeß des Malens der Mona Lisa heißt es: »Mit Hilfe seiner urältesten erotischen Regungen feiert er den Triumph, die Hemmung in seiner Kunst noch einmal zu überwinden«. Auch deutet *Freud* an, daß die fast völlige Unterdrückung des realen Sexuallebens nicht die günstigsten Bedingungen für die Betätigung der sublimierten sexuellen Strebungen ergibt. An anderer Stelle (1908) führt er aus, daß die sexuelle Abstinenz nur »Schwächlinge« und keine »Männer der Tat« hervorbringe.

Wichtig in den angeführten Bemerkungen *Freuds* ist meines Erachtens der Ansatz, daß das Spiel der Kinder der Vorläufer der Phantasie ist, die für den

künstlerischen Prozeß unabdingbar ist. Das Spiel dient der Bemächtigung der Welt, es dient damit der Ich-Entwicklung, deren Ausdruck es zugleich ist.

Das Problem der Ich-Entwicklung rückt jedoch erst in der zweiten Phase des psychoanalytischen Denkens in den Vordergrund, in der die Abwehrmechanismen des Ichs, seine Reaktionsbildungen und Gegenbesetzungen in den Mittelpunkt des analytischen Interesses rückten. *Kilian* (1971) bezeichnet das Interesse und die Auseinandersetzung mit den Abwehrhaltungen des Ichs als »kollektives, gesellschaftliches und politisches Schicksal der Mittelschichten, welche sich nur so lange und sicher im Gleichgewicht fühlten, wie sie sich in Einklang mit den Exponenten bestehender Herrschaft befanden.« Historisch handelt es sich um die präfaschistische bzw. faschistische Phase, in der das Unbewußte gesellschaftsfähig und damit politisch manipulierbar geworden ist. Das bürgerliche Individuum möchte sich der Stärke seiner Abwehrmechanismen dem destruktiven Ausleben der Es-Tendenzen gegenüber versichern. Sublimierung wird zum Abwehrmechanismus. Bekannt ist die Flucht nach innen, die Flucht in die Kunst, in die innere Emigration.

Anna Freud (1936) ist die erste, die die Sublimierung als einen Abwehrmechanismus des Ichs beschreibt und damit als ein Ich-Schicksal versteht. Sie meint allerdings, daß die Sublimierung mehr dem Studium der Normalität als dem der Neurose angehöre. Im Gegensatz zu *Kubie* (1966) halte ich es jedoch nicht für eine logische Konsequenz, den Begriff der Sublimierung gänzlich aufzugeben; Sublimierung, als Abwehrmechanismus verstanden, der meines Erachtens mehr in den Bereich neurotischer Fehlentwicklung gehört, ist ein wertvolles begriffliches Instrument in der Diagnostik, der Prognose und der therapeutischen Technik.

Die psychoanalytische Ich-Psychologie, wie sie vor allem von *Hartmann, Kris* und *Loewenstein* entwickelt worden ist, hat den konzeptionellen Rahmen der Ich-Forschung, vor allem durch die Vorstellung »primär gegebener, autonomer Ich-Apparate« erweitert, welche den Kern einer sogenannten »konfliktfreien Ich-Sphäre« konstituieren.

Das Ich wird nicht länger allein als eine Resultante des Konfliktes zwischen dem Triebbedürfnis einerseits und der die Triebunterdrückung fordernden Realität, der Kultur bzw. der Gesellschaft andererseits verstanden. Es wird vielmehr angenommen, daß das Ich, basierend auf den hereditär gegebenen autonomen Ich-Apparaten, als ein dritter und unabhängiger Faktor in die konfliktuöse Auseinandersetzung zwischen Triebbedürfnis und Unterdrückung eintritt.

In dieser Auseinandersetzung mit den Triebbedürfnissen und den Realitätsforderungen gewinne das Ich im Laufe seiner Entwicklung aus den primär gegebenen Anlagen eine »sekundäre Autonomie«, eine wachsende »Unabhängigkeit« von direktem äußeren oder inneren Druck, ein Umstand, der als Ausdruck einer »allgemeinen Tendenz in der menschlichen Entwicklung« betrachtet werden müsse.

Die Basis dieser »sekundären Autonomie des Ichs« sieht *Hartmann* (1964) in einer fortschreitenden Neutralisierung von libidinöser und aggres-

siver Triebenergie. Diese fortschreitende Neutralisierung von Triebenergie ist nach *Hartmanns* Auffassung auch die Grundlage der Sublimierung. »We call neutralization the change of both libidinal and aggressive energy away from the instinctual and toward a non-instinctual mode. The process of neutralization is essential in what we usually call sublimation« (p 227).

Neutralisation und Sublimierung sind nun nach *Hartmann* die für die Ich-Entwicklung entscheidenden Prozesse. »...aside from primary autonomous ego functions, and before the ego has been established as an organization, primordial aims and functions come under the influence of libidinal and aggressive cathexes. In the course of the development their cathexes will be neutralized, and they will gain a certain degree of autonomy vis-à-vis the instinctual drives, which happens in constant interdependence with processes of maturation. Secondary autonomy is certainly dependent on neutralization« (p 229). Autonomie aber definiert *Hartmann* in diesem Zusammenhang als »stability of an ego function, or more precisely, its resistivity to regression and instinctualization« (p 229).

Mit anderen Worten, auch *Hartmann* und seine Schule begreifen die Ich-Entwicklung vor allem als einen Prozeß der fortschreitenden differenzierten Abwehr von Triebbedürfnissen durch die Vorgänge der Neutralisation bzw. Sublimierung. Erst wenn das Ich im Laufe seiner Entwicklung eine genügende Menge sexueller und aggressiver Triebenergie sozusagen unschädlich gemacht hat, kann es eigene Ziele entwickeln und eigene Tätigkeit entfalten.

»Once the ego has accumulated a reservoir of neutralized energy of its own, it will – in interaction with the outer and inner world – develop aims and functions whose cathexes can be derived from this reservoir, which means that they have not always to depend on ad hoc neutralizations« (p 229).

Die zitierten Positionen *Hartmanns* machen deutlich, daß die von ihm entwickelte Ich-Psychologie in allen wesentlichen Punkten den Rahmen der analytischen Triebpsychologie nicht überschreitet. Trotz des Postulats der primär gegebenen Autonomie von Ich-Apparaten wird die Ich-Entwicklung im ganzen als ein Prozeß der Triebabwehr begriffen, und auch die »sekundäre Autonomie« beruht auf der fortdauernden und fortschreitenden Abwehr von Triebbedürfnissen.

»I believe, as *Freud* does, that the ego habitually uses a mode of energy different from that use by the drives. He speaks of desexualized and also of sublimated energy... It does not seem too hazardous to enlarge this idea of *Freud's* to include neutralization of aggressive energy which may serve functions of the ego...« (*Hartmann* 1964).

Meines Erachtens müssen gegen die ich-psychologische Konzeption der *Hartmann*schen Schule folgende Bedenken geltend gemacht werden:

1. *Hartmann* konzipiert die Ich-Entwicklung nicht als ein psychisch-soziales Geschehen im Konflikt von Gruppe und Gesellschaft, sondern als einen individual-psychologischen Prozeß, den er im wesentlichen als einen quasi-biologischen Vorgang beschreibt.

Sein Anpassungsbegriff bezieht sich daher auch nicht auf die reale Entwicklungssituation des Kindes in Gruppe und Gesellschaft, sondern auf die sogenannte »durchschnittlich zu erwartende Umwelt«, die gänzlich unbestimmt bleibt (*Hartmann* 1937).

2. Die Funktionen, welche nach *Hartmann* das Ich im Bereich seiner den Triebbedürfnissen mühsam abgewonnenen »sekundären Autonomie« entfalten kann, werden gespeist durch eine psychische Energie, die gerade durch ihre Abtrennung von den Trieben definiert wird. Die Anpassungsleistung des Ichs hat danach gerade die Entfernung von den eigenen Bedürfnissen zur Voraussetzung. Es ist bezeichnend, daß *Hartmann* in diesem Zusammenhang lediglich von nicht-defensiven Ich-Funktionen spricht und einen Begriff für die schöpferische Erweiterung und Ausdehnung der Ich-Autonomie in der Auseinandersetzung mit Bedürfnissen und Umwelt nicht entwickelt.

3. Das *Hartmann*sche Modell der Ich-Entwicklung geht davon aus, daß erst die allmähliche Ansammlung neutralisierter Energie dem Ich eine konfliktfreie »nichtdefensive« Aktivität ermögliche. Meines Erachtens erscheint in diesem Modell die alte Konzeption *Freuds* (1904), wonach die Latenzzeit wegen der mit ihr verbundenen Periode relativer Triebschwäche die Basis aller kulturellen Entwicklung und aller schöpferischen Leistung sei.

Ähnlich wie *Freud* in der Latenzzeit eine Art biologisch gegebener Garantie für die Kulturfähigkeit des Menschen sehen wollte, begreift *Hartmann* die defensiven Mechanismen der Neutralisierung und Sublimierung libidinöser und aggressiver Triebenergie als Voraussetzung einer Entfaltung konfliktfreier Ich-Tätigkeit.

Meines Erachtens führen die zitierten Konzepte, welche die schöpferische Aktivität des Ichs als Ergebnis einer fortschreitenden Abwehr von Triebbedürfnissen verstehen wollen, in die Irre. Wie ich vor allem im Zusammenhang meiner Arbeiten zur Aggressions- und Identitätsforschung (*Ammon* 1970 a) dargestellt habe, kann die Ich-Entwicklung eines Menschen im Rahmen eines strukturell individual-psychologischen Konzeptes nicht adäquat begriffen werden.

Die Erforschung der Ich-Entwicklung in der Gruppe hat uns vielmehr gezeigt, daß Ich-Struktur eines Menschen sich in der Kommunikation zwischen dem Individuum und der Gruppe entwickelt.

Ich-Entwicklung bedeutet meines Erachtens nicht, daß den bedrohlichen Bereichen des Es neutralisierte Gebiete mühsam abgewonnen werden, geschehe dies nun, wie *Freud* annahm, unter dem Druck der allgemeinen Lebensnot und durch den Zwang der Umwelt oder durch die Mithilfe biologisch gegebener autonomer Ich-Apparate, wie in der *Hartmann*schen Ergänzung des traditionellen Konzeptes. Ich-Entwicklung heißt nicht primär Abwehr von Triebbedürfnissen, sondern Kommunikation des Individuums mit und in der Gruppe gerade über diese Bedürfnisse. In diesem Sinne begreife ich den Prozeß der Ich-Entwicklung als die fort-

schreitende schöpferische und konstruktive Entfaltung und Erweiterung der Ich-Funktionen und der Ich-Autonomie des einzelnen und der Gruppe.

Diese Ich-Funktionen der konstruktiven Aggression und der Kreativität basieren meines Erachtens nicht auf einer defensiv den Trieben abgewonnenen »sekundären Autonomie«, ich verstehe sie vielmehr als primär und konfliktfrei gegebenes Potential der Person, das zu seiner gelingenden Ausbildung allerdings das »facilitating environment«, die entgegenkommende Hilfe und Unterstützung durch die umgebende Gruppe benötigt. Hierin sehe ich die entscheidende Differenz meiner Position zu der der *Hartmann*schen Schule, welche die »konfliktfreie Ich-Sphäre« lediglich als einen ergänzenden Faktor des traditionellen auf Triebabwehr beruhenden Konzeptes der Ich-Entwicklung begreift.

Es leuchtet ein, daß ein Konzept, welches den Prozeß der Ich-Entwicklung als die Geschichte der Entfaltung primär gegebener Ich-Funktionen des Individuums in der Kommunikation mit der Mutter und der Gruppe erforscht, sich intensiv mit den frühesten Lebensjahren des Kindes beschäftigen muß. Gerade das Studium der präödipalen Entwicklung und ihrer Pathologien der psychotischen und der Borderline-Reaktionen, der psychosomatischen Symptomatik und der sexuellen Perversionen hat uns daher Aufschluß über den Charakter und die Entwicklung der primär gegebenen Ich-Funktionen der konstruktiven Aggression und der Kreativität geben können.

Ich habe an anderer Stelle, besonders in dem Zusammenhang meiner Schizophrenieforschung und meiner Erforschung der Geschichte der Dynamik der psychosomatischen Reaktion (vgl. *Ammon* 1971) darauf hingewiesen, daß die verschiedenen präödipalen Konflikte und ihre pathologische Arretierung aus einer pathogen gewordenen symbiotischen Beziehung des Kindes zu seiner Mutter in den ersten Lebensjahren resultieren.

Konfliktverursachend ist dabei eine Haltung der Mutter, die dem Kind die Entwicklung einer eigenen Identität nicht gestattet. Das Problem der Identität aber ist mit der Geschichte der Ich-Funktion der Kreativität auf das engste verbunden. Die Entwicklung einer eigenen Identität ist sicherlich die wichtigste schöpferische Aktivität eines Menschen und die Basis seiner kreativen Tätigkeit überhaupt. Die schöpferische Entwicklung einer eigenen Identität aber ist ein Vorgang, der den Rahmen eines individualpsychologischen Begriffssystems überschreitet.

Erikson, der dem Problem der Identitätsentwicklung und den damit verbundenen Konflikten eine Reihe wichtiger Arbeiten gewidmet hat, hat in seiner Untersuchung der Sozialisationsprozesse nordamerikanischer Indianerstämme den Versuch gemacht, die wechselseitigen Beziehungen zwischen den Verhaltensweisen und -erwartungen der Gruppe, worin ein Kind aufwächst und der spezifischen Dynamik der verschiedenen Entwicklungsstufen der psychischen Organisation des Kindes zu erhellen.

Wenn auch *Erikson* weitgehend in den Grenzen individual-psychologischer Vorstellungen befangen bleibt und das System der sozialen Rollen-

verteilung und -differenzierung bei ihm als ein statischer Rahmen erscheint, der die biologisch-psychologische Entwicklung jeweils spezifisch modifiziert, so haben seine Arbeiten doch gezeigt, daß die Entwicklung der einzelnen zur sogenannten »Ich-Identität« mit der jeweiligen Gruppenidentität in einem engen Zusammenhang steht.

Eine prinzipielle Auseinandersetzung mit dem *Erikson*schen Konzept der Ich-Identität und ihrer regelhaft periodischen Krisen würden den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Ich möchte mich deswegen hier auf den Hinweis beschränken, daß *Erikson* die biologische Determiniertheit der einzelnen Reifungsschritte in der Ich-Entwicklung überschätzt und dagegen den Einfluß vernachlässigt, welchen gerade die unbewußte Dynamik in den Kommunikationsweisen der Gruppe auf das sich entwickelnde Individuums ausübt.

Meines Erachtens ist es gerade diese unbewußte Dynamik der Gruppe und der Gesellschaft, welche in den Identitätskrisen und -konflikten auch in den spezifischen Formen der psychischen Erkrankung ihrer Mitglieder einen scheinbar individuell bedingten und verursachten Ausdruck findet.

Schöpferisch können diese Identitätskonflikte dann werden, wenn es gelingt, in ihnen die Manifestation eines Gruppen- und Gesellschaftskonfliktes zu erkennen und zu bearbeiten. Eine solche schöpferische Verallgemeinerung von Identitätskonflikten etwa hat die frühe Psychoanalyse mit der Entdeckung der infantilen Sexualität und der sexuellen Ätiologie neurotischer Erkrankungen bewirkt. Heute scheint die Ebene der vorherrschenden Form des Identitätskonfliktes sich verschoben zu haben.

Es ist eine vielfach beobachtete Tatsache, daß die klassische ödipale Neurose, wie *Freud* sie erforschte, immer mehr in den Hintergrund tritt und daß Manifestationen präödipaler Störungen zu den vorherrschenden Konfliktbildern der Gegenwart werden.

Dies deutet darauf hin, daß der dominierende unbewußte Konflikt in unserer Gesellschaft nicht länger vorwiegend als ein Konflikt zwischen sexuellen Triebstrebungen und einer sexualfeindlichen Moral ausgetragen wird, sondern daß die Behinderung und Verstümmelung der präödipalen Ich-Entwicklung selbst bzw. der Protest gegen diese Verstümmelung zum Feld der konfliktuösen Auseinandersetzung geworden ist. Meines Erachtens ist es heute die genaue Erforschung der Ich-Funktion der konstruktiven Aggression und der Kreativität, die eine kritische Auseinandersetzung des einzelnen und der Gruppe mit der Gesellschaft ermöglichen kann.

Unsere Gesellschaft, der riesige Apparate zur systematischen Produktion von Kultur zur Verfügung stehen, legt wenig Wert auf die Unterdrückung von Triebbedürfnissen zugunsten kultureller Leistung, wohl aber auf deren Verwertbarkeit für den ökonomischen Prozeß. Triebbedürfnisse werden nicht länger verdrängt, sondern werden als Stimulans für den Kauf und Verkauf von Waren systematisch in den gesellschaftlichen Zusammenhang miteinbezogen. Die Menschen werden aufgefordert, sich »frei« und »lustbetont« zu verhalten. Diese Art der Befreiung will verhin-

dern, daß Unbewußtes, nämlich die realen Versagungen, die verdrängt werden müssen, den reibungslosen Ablauf des gesellschaftlichen Funktionszusammenhanges stört.

Hinter der Fassade der Emanzipiertheit von den Tabus einer triebfeindlichen Moral aber entgehen dem angepaßt »freien« Menschen alle Impulse, etwas für sich selbst zu entdecken oder wieder zu entdecken, und seine Befreiung bedeutet in Wahrheit Erziehung zum Wohlverhalten angesichts eines großen Angebots von Waren, die nicht zur Befriedigung der Bedürfnisse der Einzelnen produziert werden, sondern der Ausbeutung dieser Bedürfnisse dienen. Kreativität als das Vermögen, etwas Neues für sich zu entdecken und sich anzueignen (def. nach *English und English),* und die konstruktive Aggression, welche dieses Vermögen in eine die Realität verändernde Aktivität umsetzt, erscheinen in einem solchen entfremdeten gesellschaftlichen Zusammenhang als Gefahr und als Bedrohung.

Hier liegt meines Erachtens auch der Grund für die ängstliche Abwehr, mit der unsere Gesellschaft auf alle Versuche von Individuen und Gruppen reagiert, die eigenen Bedürfnisse außerhalb und über die bestehenden kulturellen Kanalisationen hinweg neu zu entdecken und zu definieren und in konstruktiver Aggression die Realität diesen neu entdeckten und definierten Bedürfnissen entsprechend zu verändern.

Kris (1952) hat in seinen Untersuchungen zur Psychodynamik der schöpferischen Tätigkeit auf ihren doppelten Kommunikationsaspekt hingewiesen: »Art... always, consciously or unconsciously, serves the purposes of communication. We now distinguish two stages: one in which the artist's id communicates to the ego, and one in which the same intrapsychic processes are submitted to others.«

Er bezeichnet die intrapsychische Kommunikation des Künstlers mit sich selbst und die dann folgende Mitteilung an das Publikum durch das Medium des Kunstwerkes als »creation and re-creation«, als »inspiration and elaboration« und begreift sie als »extreme phases of creative activity«, die charakterisiert seien durch »shifts on psychic levels in the degree of ego control and by shifts in the cathexes of the self and the representation of the audience« (p 61).

Die Inspiration bezeichnet er mit *Plato* als einen Zustand von »creative madness«, worin »the ego controls the primary process and puts it into its service«, im Gegensatz zum psychotischen Zustand, worin »the ego is overwhelmed by the primary process« (p 60).

Den Kern des schöpferischen Vorgangs sieht *Kris* »in the shift of cathexes between the psychic systems and in the function of the ego during these shifts« (p 62).

»In a first phase the ego relaxes control; i. e. it opens the way to an interplay with the id. This phase is predominantly passive... In a later phase, the ego asserts its position in recreation. In doing so, it not only wards off fear of the demands of the id and of the pressure of the superego, but it controls the flow of mental energy« (p 62).

Kris erläutert seine Vorstellung von der Inspiration und ihrer schöpferischen Verarbeitung durch einen Vergleich mit dem Zustand der religiösen Ekstase.

»The state nearest to inspiration is ecstasy, what had been projected as a vision of God is now in ecstasy taken back into the ego, but not as an antithesis between ego and superego or between ego and God: ego and God are one. This description given by *Helene Deutsch* (1927), could be applied as such to the first steps constituting inspiration in its full metaphorical meaning. We have tried to show that there is another, a second step connected with it: that the driving of the unconscious toward consciousness is experienced as an intrusion from without – an attitude of a passive nature par excellence. The decisive difference, however, can be formulated more clearly. In ecstasy the process results in an emotional climax only, in states of inspiration it leads to active elaboration in creation.

The process is dominated by the ego and put to its own purposes – for sublimation in creative activity. Thus inspired creation solves an inner contest, sometimes as compromise between conflicting forces, sometimes as a defence against one particularly dangerous instinct. Where man seems to be at the peak of the activity, in creation, he is still sometimes inclined to bend his head to the Almighty and to be carried back to the period when dependence on objects in the outside world dominated his life« (302).

Die zitierten Untersuchungen von *Kris,* die den Versuch machen, die Dynamik der Kreativität im Rahmen des individualpsychologischen Konzepts der von ihm mitbegründeten ich-psychologischen Schule der Psychoanalyse zu erklären, werfen eine Reihe von Fragen auf, denen ich mich im folgenden zuwenden möchte.

Kreativität wird einerseits im Sinne der *Freud*schen Sublimierungsthese als Ausdruck und Ergebnis eines Triebschicksals verstanden, in dessen Verlauf Triebenergie neutralisiert und sublimiert wird. Andererseits betont *Kris* die Bedeutung der Ich-Tätigkeit für den kreativen Prozeß, den er zweiphasig konzipiert. In der Phase der Inspiration öffne sich das Ich sozusagen gegenüber den Es-Strebungen, denen es sich überwiegend passiv aussetzt. In der Phase der Rekreation oder Elaboration gewinne das Ich dann erneut seine Kontrollfunktion zurück und wehre durch Neutralisierung und Sublimierung die mit dem Auftauchen der Triebstrebungen verbundenen Ängste und Schuldgefühle ab.

Meines Erachtens ist es die in diesem Konzept angedeutete Veränderung des Ich-Zustandes während des schöpferischen Vorgangs, die uns zum Kern des Problems der Kreativität führt und genauere Untersuchung verdient.

Kris selbst versteht diese Veränderung als Regression. »Central to artistic – or indeed, any other – creativeness is a relaxation (regression) of ego functions...; ...in fantasy and dream, in states of intoxication and fatigue, such functional regression is especially prominent; in particular, it characterizes the process of inspiration« (p 273).

Diese funktionale Regression aber sei im Falle des schöpferischen Vorganges absichtlich und kontrolliert.

Der schöpferische Prozeß beinhalte ein »continual interplay between creation and criticism...«

»We may speak here of a shift in psychic level, consisting in the fluctuation of functional regression and control.«

In diesem Sinne bezeichnet *Kris* den kreativen Prozeß als eine besondere Form der Regression, welche den Primärprozeß in den Dienst des Ichs stellt und ihn unter dessen Kontrolle bringt.

Es wäre legitim, von dieser Basis aus einen Schritt weiter zu gehen. Das Ich, welches nach der Auffassung von *Kris* durch die Ansammlung eines den Trieben abgewonnenen Reservoirs neutralisierter Energie eine »sekundäre Autonomie« gewonnen hat und in dessen Dienst die schöpferische Libidoregression stattfinden soll, verändert sich selbst nicht mehr. Es stellt seine durch die »Relaxation« zeitweise beeinträchtigte »sekundäre Autonomie« durch erneute Sublimierung lediglich wieder her.

Der kreative Prozeß wird daher trotz des ich-psychologischen Ansatzes im wesentlichen als ein Triebschicksal verstanden, demgegenüber bleibt das Ich auf die Funktionen der Kontrolle und der Abwehr bzw. auf deren Wiederherstellung beschränkt. »It is the other component, however – the well of inspiration or so called 'primary process' – that is of most immediate interest.«

Diese Konzeption, welche den kreativen Prozeß als Triebschicksal beschreibt und erforscht, muß aufgrund der genaueren Erforschung der Ich-Entwicklung und der verschiedenen Ich-Zustände differenziert und erweitert werden.

Es ist das Verdienst *L. Kubies* (1966), die Rolle des Vorbewußten in kreativen Prozessen hervorgehoben und die schöpferische Tätigkeit von der Pathologie differenziert zu haben. Im Folgenden versuche ich zeigen, daß der schöpferische Akt in einem besonderen Bewußtseinszustand stattfindet, der zur Herstellung einer neuen Ich-Organisation führt.

Meine Untersuchungen sowohl der kindlichen Entwicklung in der Zeit der Vorlatenz und der Lebensgeschichte und der Ich-Zustände schöpferisch tätiger Persönlichkeiten haben ein reiches Material erbracht, daß kreative Prozesse mit den traditionellen Begriffen der Regression und einer der Triebabwehr dienenden Ich-Kontrolle nicht vollständig erfaßt werden können.

Der kreative Akt ist danach weniger gekennzeichnet durch eine Regression der Libido, die unter der Kontrolle einer im wesentlichen unveränderten Ich-Organisation neue Vorstellungsinhalte aus dem Reservoir des Unbewußten (»the well of inspiration or so called 'primary process'«) hervorholt, um sie dann durch Neutralisierung und Sublimierung zu entschärfen und zu integrieren. Neuere Untersuchungen, auf die weiter unten genauer Bezug genommen werden soll, deuten vielmehr darauf hin, daß es sich bei dem kreativen Zustand um eine besondere Form der

Ich- und Identitätsdiffussion handelt, welche die Grenzen der bisherigen Ich-Organisation auflöst und neue Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Vorstellungsinhalten und Bewußtseinebenen herstellt.

Das Moment der Triebabwehr scheint dagegen eine geringere Bedeutung für den kreativen Akt zu haben, als dies die Sublimierungstheorien vermuten lassen.

In der analytischen Arbeit machen wir immer wieder die Erfahrung, daß das kreative Potential der Patienten durch ein gesellschaftlich erworbenes unbewußtes Schuldgefühl gegenüber der eigenen sexuellen und konstruktiv aggressiven Neugier gehemmt wird. Wenn es dann im Laufe der analytischen Arbeit gelingt, Verdrängungen der frühen Kindheit aufzuheben und unbewußt gewordene Schuldgefühle aufzulösen, dann können wir mit der Entfaltung einer nun schuldfreien Sexualität sehr oft auch die Entwicklung einer schuldfreien Kreativität beobachten, so daß mit der Befriedigung der Triebbedürfnisse auch die begleitenden und tragenden Ich-Funktionen wieder in ihre Rechte eingesetzt werden.

Mein Lehrer *Carl Müller-Braunschweig* hat dies in der treffenden Formulierung ausgedrückt, daß Ich-Schicksale die Triebschicksale begleiten.

Das Ich-Schicksal der Kreativität ist ebenso wie das der konstruktiven Aggression eng mit den Anfängen der Ich-Entwicklung selbst verbunden.

Für die Ich-Funktion der konstruktiven Aggression* habe ich dies in einer Reihe von Arbeiten ausgeführt (vgl. *Ammon* 1970 b).

Im folgenden möchte ich eine Übersicht über das Material geben, welches die psychoanalytische Untersuchung der Lebensgeschichte und der Ich-Zustände von 110 schöpferisch tätigen Menschen erbrachte, die ich zum Teil im Rahmen eines Forschungsprojektes in den USA untersuchen konnte, zum Teil in meiner psychoanalytischen Praxis im Laufe der letzten 15 Jahre behandeln und beobachten konnte.

Bei den Untersuchungspersonen, die nicht die psychoanalytischen Praxis aufgesucht hatten, sondern im Rahmen des Forschungsprogramms untersucht wurden, fand sich regelmäßig ein unkonventioneller Lebensstil, der charakterisiert war durch ein freies Umgehen mit prägenitalen sexuellen Strebungen und Verhaltensweisen, verbunden mit einer freundlichen Aggressivität und der Fähigkeit zu einer freien Kommunikation und Kooperation mit Personen und Tätigkeiten der jeweiligen Lebenssituation.

Die Kindheit der Probanden war in den meisten Fällen bestimmt gewesen durch eine freundlich verlaufene Symbiose, in der die sexuelle und konstruktiv aggressive Neugier des Kindes nicht unterdrückt worden war, und sein Bestreben, eine eigene Identität aktiv zu entwickeln, im Spiel vielfache Ausdrucksmöglichkeiten gefunden hatte.

* Ich darf darauf aufmerksam machen, daß das von mir entwickelte Konzept der konstruktiven Aggression sich von dem *Schultz-Henckes* dadurch unterscheidet, daß bei ihm Aggression ein von einem motorischen Entladungsbedürfnis abgeleiteter Antrieb ist, während ich unter konstruktiver Aggression eine zentrale Ich-Funktion verstehe.

Beim Niederschreiben von Beispielen für Kreativität werden wir mit der Schwierigkeit konfrontiert, einen kreativen Lebensstil zu beschreiben. Es bieten sich als bestes Material Beispiele von Wissenschaftlern, Künstlern und Schriftstellern etc. an. Die Entwicklung einer eigenen Identität ist ja der kreative Akt eines Menschen an sich.

Bei allen gemeinsam stellten wir fest, daß das kreative Potential und die konstruktive Aggression nicht durch frühzeitige Kanalisierung gebremst worden waren, sondern sich in der Vorlatenz entfalten konnten.

1. Die erste Gruppe sind Persönlichkeiten, bei denen das Außergewöhnliche in der Kindheit möglich war, verbunden mit einer freundlichen Haltung kindlicher Sexualität gegenüber bis ca. zum dritten, vierten Lebensjahr. Dann setzten elterliche Verbote, für das Kind uneinfühlbar, ein und führten zu einer neurotischen Verdrängung von Sexualität und Kreativität.

Bei dieser untersuchten Gruppe bestand bei Eintritt in eine therapeutische Analyse ein Konflikt zwischen Kreativität und unbewußt gesteuerten Verboten, entsprechend der Verdrängung. Hierfür das Beispiel des Mathematikers Anton. Er wurde als einziger Sohn eines kleinen Beamten geboren, der seinen Kriegsdienst zu leisten hatte. Seine ersten vier Lebensjahre verbrachte er mit Mutter und Schwester in einer Zweizimmerwohnung und schlief sogar im Ehebett mit der Mutter, bis der Vater heimkehrte und ihn verdrängte. »Der Kleine« war der ausgesprochene Liebling der Mutter, er durfte so ziemlich alles tun. Als Anton während des Einkaufens der Mutter die ganzen Wände mit Ölfarben, so hoch er reichen konnte, beschmierte, bewunderte sie seine Malereien. Sie war auch entzückt, als er ihren Nähkasten mit in den Sandkasten nahm, weil er die Sachen unbedingt mit seinen kleinen Freunden zum Spielen brauchte. Anton stieg mit Kleidern zur Mutter in die Badewanne, wenn sie badete, löschte Kerzen mit süßem Sprudel und band seinen Teddy an einen Regenschirm und ließ ihn als Fallschirmspringer (wie der Vater) aus dem Fenster gleiten. Mit Heimkehr des Vaters aus dem Kriege setzte abrupt Ordnung ein, wie er es nannte. Der Vater meinte sich vor die große Aufgabe gestellt, nun alles wieder in Ordnung zu bringen, was die Mutter verdorben hatte. Durch obligate Tischgebete und routinemäßigen Kirchgang versuchte der Vater der Familie ein betont christliches Gepräge zu geben. Später in der Schule wurde vom Vater nur Leistung anerkannt; jede gute Note wurde mit Geld belohnt, jede schlechte mit Prügeln bestraft.

2. Sibylle, eine Malerin, kam in lähmendem Wiederholungszwang mit symbiotischen Partnerbeziehungen gefangen, schöpferisch gelähmt und unter ihren Möglichkeiten lebend in Analyse. In ihrer Kindheit hatte sie Verständnis hinsichtlich ihrer Ich- und Sexualentwicklung erhalten. Von seiten des Vaters konnten auch gewisse Züge von Idolisierung beobachtet werden. Sibylle konnte wieder zu malen beginnen, als die z. Zt. der präodipalen Periode gesetzte Verdrängung aufgehoben werden konnte. Zum schöpferisch Durchbruch kam es, als das symbiotische und somit schöpfe-

risch lähmende Bedürfnis aufgelöst werden konnte und sie lernte, sich schuldfrei abzugrenzen und Nein zu sagen. Die Malereien von Sibylle enthielten immer wieder bestimmte prägenitale Momente, nämlich eine Beschäftigung mit den Genitalien direkt, aber auch eine erotisch angedeutete Beziehung zwischen Kindern und Erwachsenen, in denen der Schau- und Zeigetrieb zum Ausdruck gebracht wurde. Ihre Bilder wurden ein großer Erfolg, sie hatte internationale Ausstellungen und auch Verkäufe.

3. Die dritte Gruppe bildeten die kreativen Persönlichkeiten, die neurosefrei waren. Ihre Kindheit verlief nicht kanalisiert, Außergewöhnliches war die Regel. Grenzen wurden von Eltern nur bei körperlicher und geistiger Nichtbelastbarkeit gesetzt.

Die Beispiele zeigen, daß sich das kreative Potential in der Zeit der Vorlatenz entfaltet. Die schöpferische und konstruktive Fähigkeit war nicht gebunden an die Abwehr von Triebbedürfnissen, sondern ging mit weitgehender Befriedigung dieser Bedürfnisse einher.

Dies legt den Schluß nahe, daß Kreativität und konstruktive Aggression als primär gegebene Ich-Funktionen anzusehen sind, die sich in der Kommunikation mit der Mutter und der umgebenden Gruppe entfalten.

Die Auffassung wird gestützt durch Beobachtungen von *Gisela Ammon* (1971) in ihrer Arbeit mit Kindern zwischen dem ersten bis sechsten Lebensjahr, und sie meint, daß die Gesellschaft Kreativität verdrängen hilft aus Angst und Abwehr dem Außergewöhnlichen gegenüber.

Der entscheidende Faktor für die gelingende Entfaltung bzw. die häufig lebenslange Hemmung der kreativen Möglichkeiten eines Menschen scheint danach in der Art und Weise zu liegen, wie die Bedürfnisse des Kindes und seine Aktivitäten in der Situation von der Mutter und der umgebenden Gruppe verstanden werden und wie darauf eingegangen wird.

Die angeführten Beispiele, die für viele andere stehen, zeigen auch, daß das zentrale Problem in der Entwicklung der Ich-Funktionen der Kreativität und der konstruktiven Aggression in der Abgrenzung des Kindes von der Mutter und im weiteren Sinne von der umgebenden Gruppe liegt. Diese Abgrenzung, welche die Basis der eigenen Identität bildet, ist aber nicht als eine nur individuelle Leistung des Kindes zu begreifen. Sie ist angewiesen auf eine hilfreiche Mutter und eine verstehende Gruppe, die als ein »facilitating environment« das Kind in der Befriedigung seiner Bedürfnisse und der Entfaltung und Erprobung seiner Ich-Funktionen unterstützen.

Fehlt diese Unterstützung oder wird sie nur in Form eines alle Lebensäußerungen kontrollierenden Reglements gegeben (overprotective), dann wird die Ablösung aus der Symbiose dem Kinde eine narzißtische Wunde zufügen, die den Schritt zur eigenen Identität mit unbewußter destruktiver Aggression und starken unbewußten Schuldgefühlen verbinden wird.*

* In diesem Zusammenhang möchte ich hinweisen auf die Arbeit von *Bloch* und *Robbins* (1971), die die Funktion des Nein als Ausdruck der Abgrenzung in der Gruppe untersucht haben.

Der enge Zusammenhang, durch den die Entwicklung der Ich-Funktionen der Kreativität und der konstruktiven Aggression mit der präödipalen Entwicklung des Menschen verbunden ist, mag aus dem Vorhergegangenen deutlich geworden sein.

Die Beispiele haben gezeigt, daß die wichtigste schöpferische Leistung, die zur Basis des kreativen Tuns wird, in dem Schritt zur eigenen Identität besteht und daß ein solcher Schritt aus der präödipalen Symbiose heraus zur eigenen Existenz durch die Mutter und die umgebende Gruppe entweder gefördert oder gehemmt und verhindert werden kann.

Die genaue Analyse der kreativen Prozesse zeigt nun, daß jeder schöpferische Akt das Identitätsproblem neu in Szene setzt und erneut löst, so daß nach dem schöpferischen Akt der Mensch selbst ein veränderter ist und seine Identität differenziert und erweitert hat.

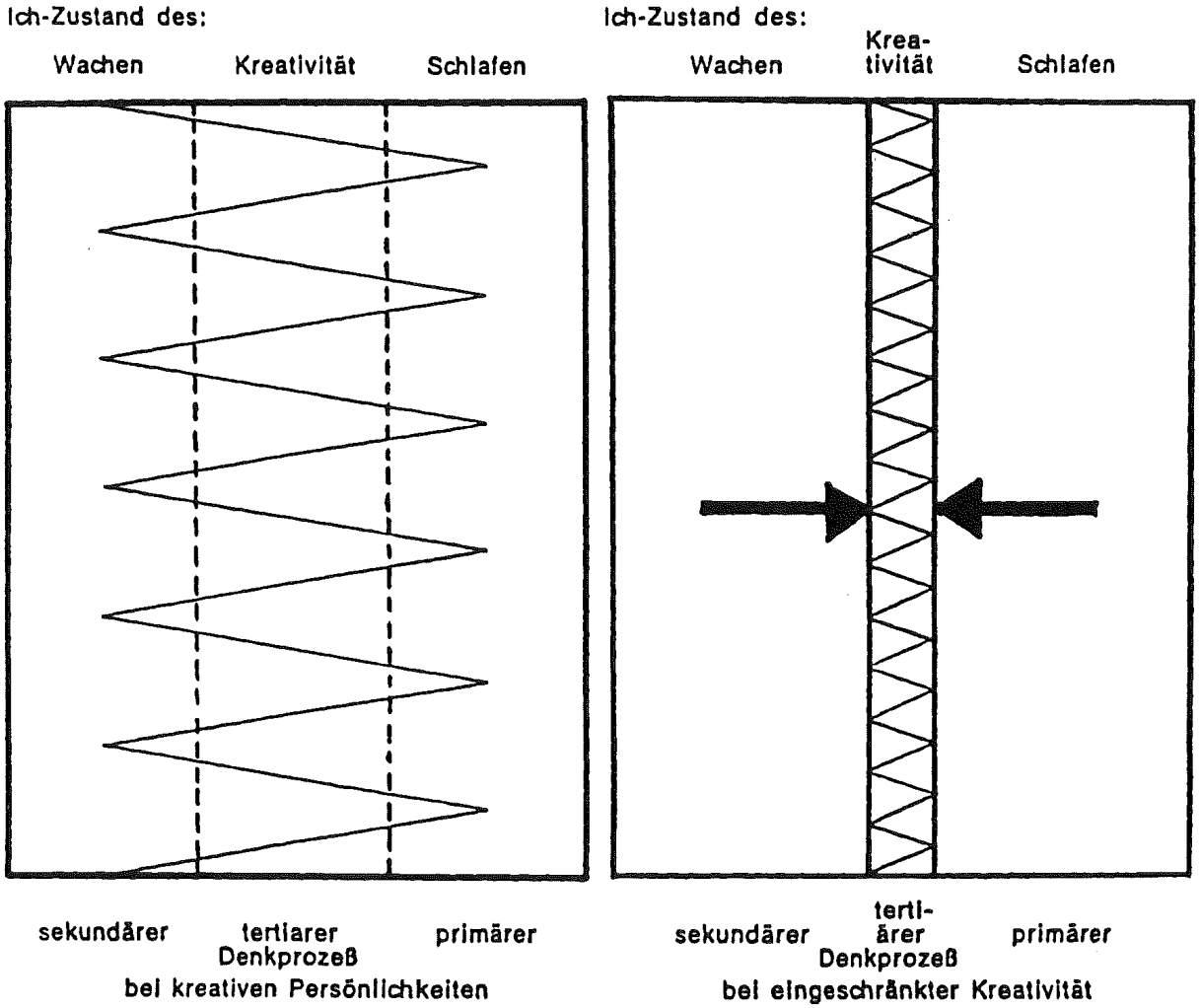
Erikson (1959) hat in seinen Arbeiten zur Identitätsproblematik diesen Aspekt als das Problem der Identitätskrisen untersucht und die Bedingungen und Möglichkeiten ihrer schöpferischen Bewältigung erforscht. Meines Erachtens ist der *Erikson*sche Ansatz umso verdienstvoller, als er das kreative Potential eines Menschen in engem Zusammenhang seiner Lebensgeschichte und zwar als Identitätsproblem und als Ich-Schicksal erforscht hat. Ich möchte nun im folgenden den Gedanken weiter ausführen, daß der kreative Prozeß und der schöpferische Akt selbst eine Art immer weiter ausholende Wiederholung des ersten Identitätsschrittes aus der Symbiose heraus darstellt und in diesem Sinne als eine fortschreitende Erweiterung der Ich-Autonomie zu verstehen ist. Dem kreativen Prozeß geht meist eine intensive Beschäftigung mit dem zu lösenden Problem voraus, die sich häufig über Jahre erstreckt. Der schöpferische Akt selbst ist dann weniger das Ergebnis einer bewußten Willensanstrengung. Er findet in der Regel nicht »directed« statt, sondern wird vorbereitet durch einen Zustand freischwebender Aufmerksamkeit. Dieser Zustand wird ausgelöst durch eine Situation, die für den Betreffenden die Qualität eines »triggering-off«-Phänomens hat. Meist folgt sie auf eine längere schöpferische Pause, in der das Problem auf der bewußten Ebene nicht weiter bearbeitet wurde und die durch andere Tätigkeiten ausgefüllt sein kann. Diese Auslösesituation läßt das bearbeitete Problem wieder akut werden. Die Situation ist dann bestimmt durch ein drängendes unruhiges Moment verbunden mit Stimmungslabilitäten, Depressionen, Euphorie, Rücksichtslosigkeiten usw. Das Milieu, welches zur Auslösesituation geworden ist und den schöpferischen Prozeß erneut in Gang gesetzt hat, gerät selbst in Bewegung und wird zum Ausdruck einer schöpferischen Grundstimmung. Das Problem, welches bearbeitet wird, wird sozusagen in Szene gesetzt. Verbunden damit ist ein In-Frage-Stellen von allgemeinen anerkannten Normen.

Der schöpferische Akt selbst bringt dann 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 und ist in diesem Sinne eine

Handlung, die dem aktiven Austritt aus der frühkindlichen Symbiose entspricht.

Der kreative Prozeß entfaltet sein Problem als ein Identitätsproblem für den betroffenen Menschen. Der schöpferische Akt bewirkt die Integration der im Laufe des kreativen Prozesses in Bewegung gebrachten Momente dieses Prozesses zu einer neuen Identität, verändert daher den kreativ handelnden Menschen und verhilft ihm zu einer neuen, erweiterten Identität.

Der schöpferische Akt selbst findet dann in einem spezifischen Ich-Zustand statt, den eine Auslösesituation hervorgerufen hat. Dieser Ich-Zustand ist verbunden mit einer besonderen Form des Denkprozesses, den ich den tertiären Denkprozeß nennen möchte und der sowohl Momente des primären, wie auch des sekundären Denkprozesses enthält, sich aber von beiden unterscheidet (s. Graphik).



Ich-Zustände beim kreativen Akt

Die Graphik zeigt in der mittleren Spalte die fluktuierenden tertiären Denkprozesse in einem Spannungsfeld zwischen primären und sekundären Prozessen, die bei kreativen Persönlichkeiten weiter und umfassender ist als bei beschränkt kreativen Personen.

Der tertiäre Denkprozeß verfügt über ein differenziertes reflektierendes Bewußtsein, das aber vom Bewußtsein des sekundären Denkprozesses unterschieden ist. Er hat Verwandtschaft mit experimentell hervorgerufenen Ich-Zuständen, etwa durch halluzinogene Drogen wie LSD, Meskalin oder durch Hypnose und autogenes Training.

Er ist gekennzeichnet 1. durch eine außerordentliche Sensibilität sowohl für die stimulierenden Momente der Realsituation als auch für die Welt der eigenen Vorstellungen,
2. durch eine differenzierte Variabilität der Ich-Funktionen im Umgang mit den Momenten der äußeren und der inneren Situation,
3. durch eine erhöhte Beweglichkeit der Ich-Funktionen,
4. durch die Freiheit von den Kanalisierungen im Sinne eines konventionell erstarrten sekundär-prozeßhaften Denkens.

Dieser tertiäre Denkprozeß des schöpferischen Aktes ist meines Erachtens nicht allein als ein intrapsychisches Geschehen zu betrachten. Er entfaltet sich im Rahmen eines kreativen Milieus, welches durch die umgebende Gruppe und ihre realen und imaginären Aspekte gebildet wird.

Dieses kreative Milieu einer Gruppe oder ihrer Repräsentanten, eines Arbeitszimmers, eines Ateliers, einer Bühne usw. bildet den Rahmen für die innere und äußere Inszenierung des zu lösenden Problems. Es ist in diesem Sinne eine Wiederholung des »facilitating environment« der frühen Kindheit, und ein wichtiges Moment der Ich-Funktion der Kreativität liegt gerade darin, ein solches kreatives Milieu herstellen oder aufsuchen zu können.

Die erhöhte Elastizität und Flexibilität der Ich-Funktionen im Zustand des beginnenden tertiären Denkprozesses äußert sich nach außen häufig in Form einer starken Stimmungslabilität, verbunden mit Rücksichtslosigkeit und impulsivem Verhalten. Das heißt, daß einerseits das kreative Milieu, aber andererseits auch der einzelne selbst in Bewegung gebracht werden.

In der schöpferischen Grundstimmung, die sowohl das Milieu als auch den Einzelnen erfaßt, wird es möglich, kulturell gegebene Kanalisierungen des Denkens und Verhaltens zu überschreiten.

Das Problem, um dessen Lösung es geht, kann sozusagen aus dem latenten in einen akuten Zustand eintreten und verallgemeinert werden. Der schöpferische Akt selbst besteht dann in einer erneuten Abgrenzung und Formulierung im weiteren Sinne in dem Schritt zu einer neuen, erweiterten Identiät.

Die genaue Erforschung der kindlichen Entwicklung in der Vorlatenz (vgl. *Gisela Ammon* 1971) hat uns gezeigt, daß Kinder im Rahmen eines »facilitating environment« im Spiel, d.h. in der Auseinandersetzung sowohl mit Momenten der Realität als auch mit ihren Wünschen und Vorstellungen, das Problem ihrer Identitätsentwicklung in der Spannung von dem Wunsch nach symbiotischer Nähe und dem Wunsch nach Abrenzung inszenieren und erproben.

Im Prozeß der Kreativität können wir eine ähnliche Spannung erkennen, die zwischen der passiven Hingabe an die stimulierenden Momente

der äußeren oder inneren Realität und ihrem aktiven Gestalten besteht. Diese Spannung äußert sich in alternierenden und oszillierenden Ich-Zuständen, auf die wir in der Erforschung des Prozesses der Kreativität immer wieder stoßen.

In diesem Zusammenhang möchte ich besonders auf die Arbeiten von *Gill* und *Brenman* (1961) verweisen, welche hypnotische und verwandte Ich-Zustände untersuchen, und auf die Arbeiten von *Rapaport* (1951), der sich um die theoretische Integration der Beobachtungen bemüht hat.

Das Problem von Aktivität und Passivität im Zusammenhang mit dem kreativen Prozeß wird von diesen Arbeiten im Rahmen der Konzepte von Neutralisation, Sublimierung und »Regression in the service of the ego« erörtert. Die kreative Aktivität wird dabei zurückgeführt auf eine Stufe der Ich-Organisation, die über ein angesammeltes Reservoir neutralisierter Energie verfügt. Sie wird begriffen vor allem als Kontrolle und Abwehr der Triebbedürfnisse.

Gill und *Brennan* machen die interessante Feststellung, daß eine schöpferische Regression im Sinne *Kris'* (1952) nur dann stattfinden kann, wenn das Individuum die Bedingungen seiner Situation für sicher und sich selbst für ungefährdet hält.

Hier liegt meines Erachtens der Schlüssel. Der Eintritt in den Zustand des tertiären Denkprozesses ist verbunden mit einer Herabsetzung der Abwehrtätigkeit des Ichs. Er setzt daher ein schützendes Milieu voraus, in dessen Rahmen die differenzierten Ich-Funktionen der Kreativität sich entfalten können. Dieses aber würde bedeuten, daß gerade nicht die entwickelte Fähigkeit zur Abwehr von Triebbedürfnissen in Form einer Neutralisierung und Sublimierung von Triebenergie die Voraussetzung für kreative Tätigkeit darstellt, sondern vielmehr umgekehrt der Verzicht auf eine solche Abwehr den kreativen Prozeß erst ermöglicht.

Die Ich-Funktionen der Kreativität und der konstruktiven Aggression begreife ich daher nicht als entwicklungsschichtlich späte Derivate einer auf Triebabwehr begründeten Ich-Organisation, sondern als primär gegebene Ich-Funktionen, deren Entwicklung in einem »facilitating environment« die Triebentwicklung begleitet. Das enge Wechselspiel zwischen Ich und Es, das nach *Kris* (1952) für den kreativen Prozeß charakteristisch ist und das ich als tertiären Denkprozeß bezeichne, entwickelt sich nicht erst, wenn das Ich im Sinne einer Abwehrorganisation den Trieben abgerungen wurde; dieses kreative Wechselspiel entfaltet sich meines Erachtens bereits in der Zeit der präödipalen Symbiose. Kinder in der Zeit der Vorlatenz sind die schöpferischsten Menschen.

Die Aktivität im schöpferischen Akt ist daher nicht so sehr Ausdruck einer nach der Phase passiver Inspiration wiedergewonnenen Kontroll- und Abwehrfähigkeit des Ichs als vielmehr Ausdruck der konstruktiven Aggression, die nicht triebfeindlich ist, bzw. selbst Ausdruck eines Triebes, sondern als eine primär und konfliktfrei gegebene Ich-Funktion sich entwickelt.

Das Problem der schöpferischen Aktivität ist nicht ein Problem der Abwehr von Triebbedürfnissen, sondern ein Problem der Abgrenzung des Kindes von der Symbiose und seines aktiven Hervortretens daraus. Werden die Abgrenzung und die Emanzipation des Kindes aus einer triebnahen und triebfreundlichen präödipalen Symbiose von Mutter und Gruppe unterstützt und gefördert, dann kann das Kind mit der Entwicklung seiner eigenen Identität auch die Fähigkeit entwickeln, im kreativen Zustand die Situation der Symbiose wiederherzustellen und kann darauf vertrauen, daß in einem schuldfreien schöpferischen Akt ihm eine neue Abgrenzung wieder gelingen wird.

Bei diesen Zuständen handelt es sich um Ich-Zustände ähnlich denen des Einschlafens und des Erwachens.

Von Kries (1971) hat darauf hingewiesen, daß dieser Wechsel der Ich-Zustände des Einschlafens und des Erwachens geradezu als eine tägliche Übung im kreativen Eintauchen in die Symbiose und im kreativen Abgrenzen und Hervorgehen daraus verstanden werden könnte. Für die Erforschung der Ich-Funktion der Kreativität und, im Falle von Schlafstörungen, ihrer pathologischen Hemmung wäre hier reiches Material zu erwarten.

Zusammenfassend darf vielleicht gesagt werden: Die Erforschung kreativer Prozesse im ontogenetischen und aktuellen Zusammenhang eines triebfreundlichen und die Entfaltung der Ich-Aktivitäten fördernden »facilitating environments« oder kreativen Milieus eröffnet uns ein vertieftes Verständnis für die bedeutenden Beiträge der präodipalen Sexualität zur schöpferischen Tätigkeit und läßt uns den kreativen Prozeß als Ausdruck der Ich-Funktionen der Kreativiät und der konstruktiven Aggression verstehen, welche die Identität der Person nicht auf die Abwehr von Triebbedürfnissen bzw. deren Neutralisierung und Sublimierung einengen, sondern umgekehrt das Ich des Menschen als ein schöpferisch sich ausweitendes Gebiet differenzierter Triebbefriedigung erkennen lassen.

Die Gefahr für dieses Geschehen geht nicht von primär antisozialen Trieben aus, die dem Menschen innewohnen, sondern von einer Gesellschaft, welche ihre eigene Irrationalität in die biologische Natur ihrer Individuen und insbesondere die Natur ihrer schwächsten Mitglieder projiziert und in ihrer Praxis die Entwicklung der Ich-Funktionen der Kreativität und der konstruktiven Aggression verstümmelt und in Destruktion nach innen und außen verkehrt.

Diese Arbeit zeigt, daß wir auf dem Gebiet der Ich- und Gruppenforschung noch am Anfang stehen. Viele Fragen sind noch nicht geklärt, besonders hinsichtlich der Entwicklung der Kreativität in der Primärgruppe und der Gruppenfunktion der verinnerlichten Objekte. Zu untersuchen bleiben auch die Fragen nach der aktuellen Gruppensituation des potentiell schöpferischen Menschen und nach der gesellschaftlichen Gruppe in Bezug auf ihre Bedürfnisse und in Bezug auf das, was sie als kreativ anzusehen bereit ist.

Wir hoffen jedoch, einen kleinen Beitrag geleistet zu haben, indem wir Kreativität und Sublimierung abgegrenzt und gezeigt haben, daß kreative

Ich-Zustände nicht pathologisch sind und daß für den kreativen Akt nicht die Pathologie verantwortlich ist, sondern etwas Außergewöhnliches, das als Gruppenfunktion zu betrachten ist.

Creativity and Ego-Development in the Group

Günter Ammon

Surveying the psychoanalytic literature about the problem of creativity, the author discusses the *Freud*ian concept of sublimation which opposes cultural achievements and creative activity to the free development of sexuality. This concept is to be understood in its historical context, in the Victorian era, in which sexual repression was the condition of productivity. Secondly the clinical data prove that creativity and sexual development are parallel. *Freud,* in spite of his emancipatory discovery of the unconscious, considered artistic creativeness as a similar process to neurotic deformations. However, his studies on artists show the ambiguity of such approximations.

Ammon discusses further the contributions of the psychoanalytic ego-psychology to the problem of sublimation and creativity. His objections to it can be summarized as follows: 1. For *H. Hartmann* and his school the ego-development is not seen as a psychosocial event in the conflict with group and society but as an individual nearly biological process; 2. the 'secondary autonomy' is sustained by a psychic energy which is separated from instincts. The adaptation for *Hartmann* means a renunciation of the own needs; 3. the concept of neutralization of energy as the basis of conflict-free acitivity is a defensive one. For the author ego-development is not the establishing of a neutralized field, separated from instinctual need; it is not a defense but a communication between the individual and his group about these needs. Creativity like constructive aggression is not defensive secondary autonomy but a primary and conflict-free potentiality in the person, the realization of which depends upon the attitude of the group (facilitating environment).

The author maintains that studying creativity we must begin with the early pre-oedipal phase of the ego-development. He does not reject the concept of sublimation as *Kubie* does, but considers it as a defense-mechanism, which does not constitute the basis of creative activity. This is an ego-function dependent on the development of ego-identity. But this development is not to be considered only as an individual psychological one, but rather as a development whithin the dialogue and the conflict with the surrounding group.

What is observable in our modern society is not the repression of instinctual needs but their canalization and uniformity which hinders the discovery of new things narrowing the possibilities of a conflict-free devel-

opment. Creativity is thus not an aspect of the vicissitudes of instincts but a part of the ego-destiny. Creative work is not a 'regression in the service of the ego' as *Kris* put it, but a change in the ego itself and in its environment. The author rejects the use of the concept of regression and prefers to speak of an ego-state, which takes the form of an ego- and identity-diffusion dissolving the limits of the ego-organization in order to establish new relations between the different levels of onsciousness. He gives clinical examples showing how creative abilities freely develop or are hampered according to the character of the group in which the person in the pre-oedipal phase of its childhood has lived. Decisive for the development of the ego-functions is the attitude of this group towards sexuality, aggression and creativity of the child.

The basic creative act lies in the first step towards identity, when the child grows out of the pre-oedipal symbiosis. Every creative act implies an identity-problem, and the solution of it entails a differentiation and widening of the own identity.

The author describes the phase leading to the creative act as a process, which begins by an intensive occupation with a problem which can last many years. The creative act itself is not the result of a conscious effort of the will. It is an often not directed but evenly suspended prepared attention. This state is followed by a triggering-off situation, very often after a creative interval, during which the problem is not worked out consciously, but filled with other activities. The triggering-off situation is characterized by a state of unrest connected with instability in the mood, depression or euphory. The environment itself changes and the problem is, as it were, put on the stage. In this state admissible norms become uncertain. The creative act integrates the changing environment and the corresponding states into a new unity. It contributes once more to the establishing of new boundaries to the identity of the person.

The author proposes to call the ego-state in the creative act 'a tertiary thinking process' which he distinguishes from the secondary process and compares to ego-states provoked by hallucinogenic drugs like LSD and Mescalin or by hypnosis or autogenic training. It is characterized by 1. an extraordinary sensibility for external as well as internal reality; 2. the flexibility of ego-functions in handling with the real and the inner world; 3. the non-submission to conventional rigid thought of secondary processes. This tertiary process is not only an intrapsychic phenomenon but must develop in a creative milieu: the group or the social situation. This corresponds to the 'facilitating environment' of *Winnicott.*

The creative process is characterized also by the tension between passivity and activity which is not the neutralized ego, on the contrary it is marked by the diminishing of defense mechanisms against instincts whithin a protective milieu which develops and differentiates the autonomous ego-functions. Creativity is not a stage of defense against instinctive needs, neither is it sublimation. It is an ego-function serving the birth of a new

ego-identity within a new situation and with new ego-boundaries. It is only conceivable in a group which facilitates this identiy. Creativity can not be considered under the category of pathological distortions, but only under the category of ego- and group-identity.

Literatur

Ammon, Gisela (1971): Kreativität in der Vorlatenz. Vortrag gehalten auf dem III. Int. Symp. über analyt. Gruppentherapie vom 1.–7. Aug. 1971 in Stelzerreut/Kumreut

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

– (1969): Herrschaft und Aggression – Zur Psychoanalyse der Aggression. In: Dyn. Psych., 2. Jhg., H. 3

– (1970a): Ich-Struktur und Gesellschaft – Zur psychoanalytischen Kulturtheorie. In: Dyn. Psych., 3. Jhg., H. 3

– (1970b): Gruppendynamik der Aggression (Berlin: Pinel-Publikationen)

– (1971): Zum Problem der Soziogenese psychosomatischer Erkrankungen. Vortrag gehalten im Zentralinstitut für Soziale Medizin der FU Berlin, am 16. Nov. 1971

English, H.B.; English, A.G. (1958): A Comprehensive Dictionary of Psychological and Psychoanalytical Terms (New York: Longmans)

Erikson, E.H. (1959): Identity and Life Circle, deutsch: Identität und Lebenszyklus (Frankfurt: Suhrkamp, 1970)

– (1968): Jugend und Krise (Stuttgart: Klett, 1970)

Fenichel, O. (1945): The Psychoanalytic Theory of Neurosis (New York: Norton)

Freud, A. (1936): Das Ich und die Abwehrmechanismen (London: Imago)

Freud, S. (1907): Der Wahn und die Träume in W. Jensens »Gradiva«. Ges. W., Bd. VII (London: Imago)

– (1908a): Die kulturelle Sexualmoral und die moderne Nervosität. Ges. W., Bd. VII, aaO.

– (1908b): Der Dichter und das Phantasieren. Ges. W., Bd. VII, aaO.

– (1910a): Eine Kindheitserinnerung des Leonardo da Vinci. Ges. W., Bd. VIII. aaO.

– (1910b): Beiträge zur Psychologie des Liebeslebens, Ges. W. Bd. VIII, aaO.

– (1910c): Über Psychoanalyse. 5. Vorlesung. Ges. W., Bd. VII, aaO.

– (1914): Zur Einführung des Narzißmus. Ges. W., Bd. X, aaO.

– (1930): Das Unbehagen in der Kultur. Ges. W., Bd. XIV, aaO.

– (1932): Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Ges. W., Bd. XV.

Gill, M.M.; Brenman, M. (1961): Hypnosis and Related States. Psychoanalytic Studies in Regression (New York: Int. Univ. Press)

Glover, E. (1931): Sublimation, Substitution and Social Anxiety. In: Int. J. Psychotherapy, Vol. 12

– (1958): The Techniques of Psycho-Analysis (New York: Int. Univ. Press)

Gonzáles, J.L. (1971): Psychoanalysis and Creativeness. Vortrag gehalten auf dem III. Int. Symp. über analyt. Gruppentherapie vom 1.–7. Aug. 1971 in Stelzerreut/Kumreut

Hartmann, H. (1937): Ich-Psychologie und Anpassungsprobleme (Stuttgart: Klett, deutsch 1960)

– (1964): Essays on Ego-Psychology (New York: Int. Univ. Press)

Hartmann, H.; Kris, E.; Loewenstein, R. (1949): Notes on the Theory of Aggression. In: Psychoanalytic Studies of the Child, Vol. III, IV (New York: Int. Univ. Press)

Khan, M.R. (1971): Bericht über den Psychoanalytischen Kindergarten der DGG. In: Dyn. Psych. 4. Jhg., H. 11

Kilian, H. (1971): Über die ungelösten Probleme einer Psychoanalyse, die sich als Sozialwissenschaft versteht. Vortrag gehalten am Psychologischem Institut der FU Berlin

Kries, D. v. (1971): Bemerkung in einem Seminar am Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik.

Kris, E. (1952): Psychoanalytic Explorations in Art (New York: Int. Univ. Press)

Kubie, L. (1962): The Fallacious Misuse of the Concept of Sublimation. In: Psychoanal. Quart. 31

– (1966): Neurotische Deformationen des schöpferischen Prozesses (Hamburg: Rowohlt)

Rapaport, D. (1951): Toward a Theory of Thinking. In: Organization and Pathology of Thought. Selected Sources, ed. by *D. Rapaport* (New York: Columbia Univ. Press)
– (1967): The Collected Papers of D. Rapaport; ed. by *M. M. Gill* (New York: Basic Books)
El-Safti, M. S. (1971): Psychoanalytische Konzepte der Kreativität. Vortrag gehalten auf dem III. Int. Symp. über analyt. Gruppentherapie vom 1.–7. Aug. 1971 in Stelzerreut/Kumreut
Schmidbauer. W. (1971): Ist echte Kreativität in der Gruppe möglich? In: Praxis-Kurier, Nr. 41 v. 13.10.1971
Waelder, R. (1963): Die Grundlagen der Psychoanalyse (Stuttgart: Klett)

Die Psychodynamik der Psychosen, der Symbiosekomplex und das Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten*

Günter Ammon

Ich möchte im folgenden die Psychodynamik der sogenannten Geisteskrankheiten im Rahmen eines psychoanalytischen Konzeptes erörtern, das in dem zunächst uneinfühlbar erscheinenden Verhalten der Psychosekranken die Manifestation und das Ergebnis einer in der frühesten Kindheit gestörten Ich-Entwicklung erkennt. Dabei verstehe ich die Entwicklung des Ichs als ein interpersonelles Geschehen, in dessen Verlauf das Kind in der Interaktion mit der Mutter und der umgebenden Gruppe seine Ich-Funktionen allmählich entwickelt und differenziert und sich schließlich als Persönlichkeit im eigenen Recht selbst wahrnehmen und abgrenzen kann. Die sogenannten Geisteskrankheiten verstehe ich als Störungen dieser Entwicklung. Sie sind meines Erachtens das Ergebnis einer jeweils spezifisch gestörten Interaktion zwischen dem sich entwickelnden Kind und der Mutter bzw. auch der weiteren Primärgruppe, die unfähig ist, das Kind bei der Entfaltung seiner Ich-Funktionen und bei der Abgrenzung seiner eigenen Identität adäquat zu unterstützen. Als pathogenes Kräftefeld verstehe ich dabei vor allem eine gestörte Mutter-Kind-Beziehung in den ersten drei Lebensjahren, die zur Entstehung eines ungelösten Konfliktes in Form des Symbiosekomplexes führt. Dieser entfaltet eine jeweils spezifische Dynamik und ist für die psychotische Reaktion ebenso grundlegend wie der ödipale Konflikt für die Neurose. Neben den psychotischen Reaktionen des schizophrenen und des mechanisch-depressiven Formenkreises zähle ich auch die sogenannte Borderline-Symptomatik – d.h. Mischformen zwischen Psychose und Neurose –, die sexuellen Perversionen und die psychosomatischen Störungen zu den archaischen Ich-Krankheiten, die auf jeweils spezifische Störungen der Ich- und Identitätsentwicklung in einer Primärgruppe zurückzuführen sind, die unfähig ist, das Kind in seiner Entwicklung zu fördern und zu unterstützen.

Im folgenden möchte ich mich im wesentlichen zwei Fragenkomplexen zuwenden:

1. Wie ist die Genese der archaischen Ich-Krankheiten zu erklären?
2. Wie können wir die Dynamik des mit den einzelnen Krankheitsbildern verbundenen Verhaltens verstehen?

Zunächst zur Frage der Genese. Ich möchte vorausschicken, daß die Betonung einer Psychogenese der sogenannten Geisteskrankheiten hier nicht im Sinne einer dogmatischen Ablehnung möglicher somatischer

* veröffentlicht in: *Ammon, G.* (1973): Dynamische Psychiatrie (Darmstadt: Luchterhand)

Faktoren in der Ätiologie der schweren psychischen Erkrankungen zu verstehen ist. Wenn ich den Prozeß der Ich-Entwicklung und ihrer Störungen in den Mittelpunkt der Analyse stelle, dann deshalb, weil meines Erachtens auf dieser Ebene alle Faktoren des multidimensionalen und multifaktoriellen Krankheitsgeschehens zusammentreffen, insofern nämlich, als sie auf der Ebene des Ichs sowohl erfahren als auch in Verhalten umgesetzt werden.

Freud (1924a, 1924b) betonte in seinen Erörterungen der Psychodynamik der Psychosen vor allem den Unterschied zu der Neurose. Er verstand die Neurose im wesentlichen als einen intrapsychischen Konflikt zwischen den einzelnen psychischen Instanzen, verbunden mit einer weitgehenden Aufrechterhaltung des Kontaktes zur Außenwelt. Als charakteristisch für die psychotische Reaktion dagegen bezeichnete er die Störung des Verhältnisses zur Außenwelt, den Realitätsverlust. Er gab hierfür zunächst eine triebpsychologische Erklärung in Form seiner Narzißmustheorie (1911, 1914) und nahm an, daß in der Psychose alle Libido von den äußeren Objekten abgezogen und auf das eigene Ich gerichtet werde. Dieses errichte sich in der Wahnbildung eine eigene Welt. Später betonte er stärker den Ich-psychologischen Aspekt der psychotischen Reaktion (*Freud* 1924a, 1924b). Er begriff die Psychose als Ergebnis einer »Verleugnung« der Außenwelt durch das Ich, im Gegensatz zur neurotischen Verdrängung, die gegen die Triebwünsche des Es gerichtet sei. Dabei hob er jedoch hervor, daß die Verleugnung zumeist keine vollständige sei und der Realitätsverlust daher partiell bleibe. Er stellte fest: »...das Problem der Psychose wäre einfach und durchsichtig, wenn die Ablösung des Ichs von der Realität restlos durchführbar wäre. Aber das scheint nur selten, vielleicht niemals vorzukommen.« Auch in der tiefsten Psychose könnten zwei Einstellungen beobachtet werden: »...die eine, die der Realität Rechnung trägt, die normale, eine andere, die unter Triebeinfluß das Ich von der Realität ablöst« (*Freud* 1938b). Das starre Nebeneinander beider Einstellungen im Ich, das Anerkennen und die Verleugnung der Realität und ihrer Ansprüche führe zu einer »Ich-Spaltung im Abwehrvorgang« (*Freud* 1938a), die mit einer Verleugnung der Außenwelt immer verbunden sei.

Damit stellte *Freud* eine direkte Verbindung zwischen dem psychotischen oder psychoseähnlichen Verhalten und einer strukturellen Veränderung des Ichs her, von der er annahm, daß sie aus einem Konflikt des Ichs mit der Außenwelt resultiere. Als Beispiel für die Verleugnung diente ihm ein sexuell pervers reagierender Patient, ein Fetischist. *Freud* verstand daher die Verleugnung als Abwehr einer Kastrationsdrohung (vgl. *Freud* 1927, 1938a).

Die weitere Entwicklung der psychoanalytischen Ich-Psychologie konnte zunächst eine differenziertere Erhellung des Abwehrmechanismus der Verleugnung erbringen.

Anna Freud (1936) ordnete ihn ebenso wie die Projektion und die Identifikation frühen Stufen der Ich-Entwicklung zu.

Hartmann (1953) machte darauf aufmerksam, daß der die Psychose hervorrufende Konflikt nicht allein aus den »rivalisierenden Ansprüchen von Es und Außenwelt an das Ich« (*Freud* 1938b) resultiere, sondern daß eine Beeinträchtigung des Ichs selbst, eine Störung seiner Funktionen und seiner Abwehrmöglichkeiten mit zur Entstehung einer psychotischen Reaktion beitragen. Er verstand diese Beeinträchtigung als Störung der von ihm konzipierten »konfliktfreien Ich-Sphäre«, von der er annahm, daß sie durch eine fortschreitende Neutralisierung libidinöser und aggressiver Triebenergie auf der Basis primär gegebener autonomer Ich-Anlagen gebildet werde (vgl. *Hartmann* 1939).

Rapaport (1958) entwickelte auf der Basis der *Hartmann*schen Theorie seine Konzeption von der »relativen Autonomie des Ichs«, sowohl gegenüber den Ansprüchen der Außenwelt als auch gegenüber der Welt der Triebbedürfnisse. Er verstand diese »relative Autonomie« als Ergebnis einer »konfliktfreien« Tätigkeit der Ich-Funktionen, die eine Überanpassung an die innere Welt der Triebbedürfnisse und an die Außenwelt verhindern. Die Psychose erscheint in diesem Konzept als Verlust der relativen Autonomie des Ichs und als Überanpassung an die Welt der Triebbedürfnisse.

Entscheidende Beiträge für unsere Einsicht in die Ich-psychologischen Bedingungen einer »relativen Autonomie des Ichs« lieferte *Paul Federn* (1952). Aus der Traum- und Psychosenforschung – *Federn* gehört zu den Pionieren der psychoanalytischen Psychosenforschung und -behandlung – entwickelte er sein Konzept der beweglichen »Ich-Grenze«, die entsprechend den wechselnden »Ich-Zuständen« das Ich nach innen und außen gegen das Nicht-Ich abgrenzt. Die dynamische Einheit des Ichs ist danach von flexiblen Grenzen umgeben, die als eine Art peripheres Wahrnehmungsorgan nach innen und außen dienen und mit wechselnden Beiträgen einer Ich-eigenen narzißtischen Energie (ego cathexis) besetzt sind. Gegenüber dem funktionellen Aspekt des Ichs betonte er das »Ich-Gefühl«, in dem das Ich als ein kontinuierliches psychisches Erlebnis seinen Ausdruck finde.

Mit Hilfe dieses hier nur kurz skizzierten begrifflichen Instrumentariums konnte *Federn* den Ich-psychologischen Aspekt der psychotischen Reaktion präzise beschreiben.

Er verstand die Entfremdungs- und Depersonalisationsgefühle der Psychose als Ausdruck eines Mangels an Ich-eigener narzißtischer Energie und einer daraus resultierenden unzureichenden Besetzung der Ich-Grenzen. Dadurch werde die Unterscheidung von Ich und Nicht-Ich bedroht, die allein durch die Ich-Grenze möglich ist. Auch wenn die Ich-Funktion der Realitätsprüfung weiterbesteht, entstehen dann Entfremdungsgefühle. Die Realität wird zwar deutlich wahrgenommen, aber als fremd und unwirklich erlebt. Ähnlich erklärte Federn die Entstehung von Wahnvorstellungen. In der Psychose überflutet des »entichte« Unbewußte ein Ich, dessen Grenzen unzureichend besetzt sind.

Federn sah daher im Mangel an Ich-eigener narzißtischer Energie, in einer Schwäche der Ich-Grenzen die Ursache für die Psychose, nicht in einem Rückzug der Libido von der Außenwelt.

Er erkannte, daß psychotisch reagierende Patienten eine starke Übertragungsbeziehung entwickeln können, und widerlegte damit *Freuds* Vorstellung, der in der Unfähigkeit zur Übertragung ein wichtiges Kennzeichen der Psychose gesehen hatte.

Rapaports Theorie der »relativen Autonomie des Ichs« und *Federns* Konzept der »Ich-Grenze« erwiesen sich als außerordentlich fruchtbar in der Anwendung auf das Studium der Ich-Entwicklung und ihrer Störungen.

Wir können dann das Ziel der Ich-Entwicklung in dem Aufbau einer flexiblen Ich-Grenze bzw. ihrer ständigen Erweiterung erkennen, die dem Ich eine konfliktfreie Tätigkeit seiner Ich-Funktionen und damit die relative Autonomie gegenüber den inneren Bedürfnissen und der Außenwelt ermöglicht (vgl. *Ammon* 1972a, 1973).

In diesem Sinn verstehe ich den Aufbau der Ich-Grenze und die damit ermöglichte Unterscheidung von Ich und Nicht-Ich als die entscheidende Phase der Ich- und Identitätsentwicklung. Der Aufbau der Ich-Grenze wird dabei einerseits durch primär gegebene autonome Ich-Funktionen ermöglicht. Diese sind zu ihrer Entfaltung jedoch gebunden an die Unterstützung durch die erste Umgebung des Kindes, die Primärgruppe, insbesondere durch die Mutter im Rahmen der frühen Symbiose von Mutter und Kind.

Störungen des interpersonellen Geschehens in der Symbiose, in der das Kind seine Ich-Funktionen der konstruktiven Aggression und der Kreativität entdeckt und im schützenden Rahmen der Symbiose entwickelt und erprobt, führen zu psychopathologischen Syndromen, die einerseits durch eine Unfähigkeit, zwischen Ich und Nicht-Ich zu unterscheiden, gekennzeichnet sind – insofern handelt es sich um eine Störung im Aufbau der Ich-Grenze – und die andererseits ein starkes Maß an destruktiv gewordener Aggression aufweisen – insofern handelt es sich um eine pathologische Deformation einer zentralen Ich-Funktion. Die archaischen Ich-Krankheiten der psychotischen Reaktion, der sogenannten Borderline-Symptomatik, der sexuellen Perversionen und der psychosomatischen Erkrankungen verstehe ich als Reaktionsformen auf eine solche Störung im Aufbau der Ich-Grenzen bzw. der daran beteiligten Ich-Funktionen. Sie können meines Erachtens allgemein als Manifestationen einer pathologischen Arretierung der Ich- und Identitätsentwicklung auf präödipaler Ebene aufgefaßt werden. Ich bezeichne sie als archaische Ich-Krankheiten, die zusammen ein Spektrum bilden.

Die zugrunde liegende verinnerlichte Konfliktsituation begreife ich als Symbiosekomplex, um die präödipale Ebene des frühkindlichen Konfliktes zu bezeichnen, der im psychopathologischen Verhalten eine sekundäre pathologische Autonomie gewonnen hat.

Ich möchte darauf im folgenden näher eingehen: Das Kind erlebt sich während der ersten Lebenszeit nicht als von der Mutter getrennt, es unter-

scheidet nicht zwischen Innen und Außen, zwischen Selbst und Nicht-Selbst, zwischen Ich und Nicht-Ich. Die Mutter wird als Teil des eigenen Körpers erlebt, der Körper selbst hat keine klaren Grenzen.

Indem die Mutter sich im Rahmen dieser Symbiose dem Kind liebevoll zuwendet, seine Bedürfnisse und seine erste Körpersprache versteht und adäquat beantwortet, ermöglicht sie es dem Kind, allmählich seine Bedürfnisse und Körperfunktionen selbst wahrzunehmen und seine Ich-Funktionen zu erproben. Die symbiotische Interaktion zwischen Mutter und Kind entfaltet sich dabei auf vielen Ebenen. Sie bildet den Rahmen für die Ausbildung des Körper-Ichs, für die Entfaltung der primär gegebenen Ich-Funktionen der konstruktiven Aggression und der Kreativität – d.h. des neugierigen Herangehens an Dinge und Menschen und des spielerischen Umgangs mit ihnen – und bildet auf diese Weise ein Übungsfeld, auf dem das Kind in der kontinuierlichen Interaktion mit der Mutter sein Ich-Funktionen entwickelt und seine Ich-Grenzen aufbaut und erlebt.

Spitz (1955) hat in einer anregenden Untersuchung darauf hingewiesen, daß das Kind die Situation einer Symbiose mit der Mutter in einer frühen Phase seines Lebens nach dem »Höhlenmodus der Wahrnehmung« erlebt, d.h. mit Hilfe der »Urhöhle« des Mundes, in dem alle Erfahrungen zugleich innere und äußere Wahrnehmung sind.

Er hat diesen Erfahrungsmodus als Brücke zwischen Innen- und Außenwahrnehmung überzeugend beschrieben und auf die interpersonelle Qualität der Situation mit den folgenden Worten aufmerksam gemacht: »Man könnte hinzufügen, daß dieses frühe intraorale Erleben ja darin besteht, daß das Kind die Brust in sich hineinnimmt, während es zugleich in Arme und Brust der Mutter eingehüllt ist. Der Erwachsene betrachtet dies als getrennte Erlebnisse. Aber für das Kind sind sie nur eines, sind singulär und untrennbar, ohne Unterschiede zwischen den konstituierenden Teilen, so daß auch jeder dieser konstituierenden Teile für das ganze Erleben stehen kann«. D.h. der Urhöhle des eigenen Mundes entspricht die Urhöhle der mütterlichen Arme, die das Kind tragen, und der Brust, an die es sich anlehnt.

Diese »Welt der Urhöhle« ist nach *Spitz* »die Matrix sowohl von Introjektion wie Projektion«, in denen wir die erste, primärprozeßhafte Form jener Ich-Funktionen erkennen können, die später der stabileren Trennung von Ich und Nicht-Ich dienen werden. *Spitz* bezeichnet die »Urhöhle« des Mundes und die interpersonelle Situation, welche durch sie repräsentiert wird, als Ort des »Überganges für die Entwicklung bewußter zielgerichteter Aktivität, für das erste aus der Passivität auftauchende Wollen«, eine Vorstellung, die meinem Konzept der Ich-Funktion der konstruktiven Aggression sehr nahekommt, obwohl *Spitz* selbst eine orthodoxe Triebtheorie hinsichtlich der Aggression weiter vertritt.

In dieser frühen Phase der Symbiose, die eingeleitet wird durch das Lächeln, mit dem das Kind am Ende des dritten Lebensmonats auf die

Wahrnehmung des Gesichts der Mutter antwortet, bewegt die symbiotische Interaktion sich vor allem auf der Ebene des Körper-Ichs und dient der Ausbildung desselben. Wie wichtig in dieser Phase der kontinuierliche direkte Kontakt mit der Mutter für die Ich-Entwicklung des Kindes ist, haben die Hospitalismusforschungen von *Spitz* (1956) ebenso gezeigt, wie die Untersuchungsreihen der vergleichenden Verhaltensforschung, insbesondere die Affenversuche von *Harlow* und *Harlow* (1966). Schon bei der Ausbildung der Körper-Grenzen gehen Triebentwicklung und Ich-Entwicklung parallel, und eine Unterdrückung der einen ist immer gleichbedeutend mit einer Verstümmelung der anderen, d.h. Triebunterdrückung ist immer auch Blockierung der Ich-Entwicklung.

Auch nach dem Abschluß dieser Phase der Entwicklung, also nach Erreichung einer Kontrolle und Koordination der Körperfunktionen und der Motorik, lebt das Kind in einer Symbiose mit der Mutter.

Neben dem bewußten Verhalten der Mutter gegenüber dem Kind, der Art und Weise ihres körperlichen Kontaktes und ihrer Pflege und Zuwendung sind es vor allem auch ihre unbewußten Phantasien, die für die Ich-Entwicklung des Kindes ausschlaggebende Bedeutung haben.

Anzieu (1971) hat darauf hingewiesen, daß die unbewußten Phantasiebildungen nicht, wie vielfach angenommen wird, als individualpsychologische Vorgänge par excellence verstanden werden dürfen, sondern daß sie vielmehr eine interpersonelle Realität darstellen. Als solche stecken sie den Bewegungs- und Artikulationsrahmen der Ich-Entwicklung ab, sie entscheiden sozusagen über die Ausdehung und den Differenzierungsgrad des »Spielfeldes« der Symbiose.

Erikson (1965) hat in diesem Sinn darauf hingewiesen, daß die Erfahrungsfähigkeit der Mutter und der Primärgruppe gegenüber den Bedürfnissen des Kindes die Voraussetzung für eine gelingende Ich-Entwicklung bilden. Die Dynamik, welche der Prozeß der individuellen Ich-Entwicklung entfaltet, ist daher eng verbunden mit der unbewußten Dynamik der Gruppe, in deren Rahmen das Kind aufwächst, und die Dynamik der Primärgruppe hat für das Gelingen oder das Mißlingen dieser grundlegenden Phase der Ich-Entwicklung entscheidende Bedeutung.

Die entscheidenden Mechanismen, die die symbiotische Interaktion von seiten des Kindes bestimmen, sind Projektion und Identifikation, welche in einer Situation zur Anwendung kommen, in der das Kind für lange Zeit keine klare Unterscheidung zwischen sich selbst und den Objekten bzw. den entsprechenden psychischen Repräsentanzen treffen kann, d.h. während der gesamten präödipalen Entwicklungsphase.

Mutter und Gruppe bilden den Rahmen dieser präödipalen Entwicklungssituation. Ihre Aufgabe besteht einerseits darin, die Bedürfnisse des Kindes zu befriedigen und es vor den Gefahren der Realität zu schützen, andererseits darin, ihm beim Ertragen der unvermeidlichen Frustrationen behilflich zu sein. Mutter und Gruppe übernehmen also für das sich

kelnde Kind für lange Zeit die entscheidende Ich-Funktion der Abgrenzung nach innen und außen.

Indem sie das Kind darin unterstützen, seine eigenen Bedürfnisse zu erkennen und zu artikulieren, helfen sie ihm, eine Ich-Grenze gegenüber den inneren Triebbedürfnissen aufzubauen. Indem sie das Kind in der Erforschung der Außenwelt in seinem neugierigen Herangehen an Dinge und Menschen unterstützen und es vor den damit verbundenen Gefahren schützen, helfen sie ihm, eine Ich-Grenze gegenüber der Außenwelt aufzubauen.

Im Zuge seiner Entwicklung übernimmt das Ich des Kindes dann fortschreitend die Funktionen, die vorher von der Mutter bzw. der Primärgruppe insgesamt wahrgenommen wurden. Es lernt, seine Bedürfnisse zu erkennen und zu artikulieren, seine Körperfunktionen und -bewegungen zu koordinieren und es beginnt, selbständig die Umwelt zu erforschen und im Spiel zu verändern.

Hierzu bedarf es jedoch der kontinuierlichen Unterstützung durch die Mutter und die Primärgruppe und ist angewiesen auf eine ständige Zufuhr von »external narcissistic supplies«, wie *Fenichel* (1945) es formuliert hat, d.h. es braucht körperliche Zuwendung und narzißtische Bestätigung atmosphärischer Art.

Wenn Mutter und Gruppe unfähig sind, dem Kind diese Unterstützung zu geben, wenn sie den Bedürfnissen des Kindes und seinen Äußerungen mit Unverständnis, Ablehnung oder sogar mit offener Feindseligkeit begegnen, dann sind schwere Entwicklungsstörungen die Folge. Das Kind erfährt die Ablehnung durch die Mutter als eine existentielle Verlassensangst und Vernichtungsdrohung. Seine schwachen Ich-Grenzen werden mit der Überflutung durch innere und äußere Nicht-Ich-Inhalte bedroht. Anstelle einer flexiblen Ich-Abgrenzung, die nach innen und außen der Kommunikation dient, tritt eine Abspaltung des ganzen betroffenen Erfahrungsbereichs im Ich und eine Verleugnung des entsprechenden Bereichs in der Realität.

Es entstehen sozusagen weiße Flecken auf der Landkarte des Ichs, Bereiche, in denen das Ich des Kindes nach innen und außen erfahrungsunfähig bleibt und die daher als Ich-fremd verleugnet und abgespalten werden müssen.

Auf diese Weise entsteht ein strukturelles Ich-Defizit, ein Defekt in der Ich-Grenze, den ich als »Loch im Ich« bezeichnen möchte. Die betroffenen Bereiche der Erfahrung können dann in die weitere Entwicklung nicht mit aufgenommen werden. Das Kind bleibt in diesen Bereichen in einer diffusen Abhängigkeit von undifferenzierten Objekten. Es wehrt die damit verbundenen Gefühle einer archaischen Vernichtungsangst durch Abspaltung und Verleugnung ab.

Je nach dem Zeitpunkt und der Dauer der präödipalen traumatischen Erfahrung wird es eine spezifische psychopathologische Symptomatik entwickeln, die der Kompensation des narzißtischen Defizits dient und das »Loch im Ich« gewissermaßen ausfüllt. Die destruktive Dynamik, welche

diese Symptomatik, d.h. die archaische Ich-Krankheit entwickelt, verstehe ich nicht als Anzeichen einer nicht gelungenen Neutralisierung oder Sublimierung eines destruktiv-aggressiven Triebes. Meines Erachtens bezeichnet die Destruktion eine reaktive pathologische Deformierung der ursprünglich konstruktiven Aggression, die ich als eine primär gegebene Ich-Funktion begreife, d.h. weder als gezähmten Trieb (*Mitscherlich* 1958, 1969), noch als Antrieb (*Schultz-Hencke* 1951).

Diese Ich-Funktion des neugierigen Herangehens an Dinge und Menschen ist ebenso wie die eng verwandte Ich-Funktion der Kreativität von zentraler Bedeutung für den Aufbau der Ich-Grenzen in der Zeit der Symbiose. Sie verwandelt sich in Destruktion, wenn sie auf eine erfahrungsunfähige Mutter und Gruppe stößt, die mit Angst oder feindseliger Ablehnung auf die Aktionen des Kindes reagieren. In diesem Sinn ist die destruktive Aggression gewissermaßen das Negativ der konstruktiven Aggression.

Die Erfahrungsunfähigkeit der Mutter gegenüber dem Kind kann sich in verschiedenen Formen und auf verschiedenen Ebenen der symbiotischen Beziehung äußern.

Nach meiner Erfahrung ist das Spezifische bei der schizophrenmachenden Mutter in der malignen Form deren Unfähigkeit, Mutter sein zu können. Diesen Pseudomüttern ist das kleine Kind, das auf ihre Hilfe angewiesen ist, begingungslos ausgeliefert (vgl. *Ammon,* unveröffentlichtes Manuskript einer umfangreichen Bearbeitung der Kindesaussetzung, Kindesmißhandlung und des Kindesmords durch die eigene Mutter). Eine benigne Form der schizophren-machenden Mutter (*Pankow* 1968) sind die sogenannten Kindmütter, die von ihren eigenen Kindern erwarten, wie von einer Mutter behandelt zu werden.

Eine auffallende Verwandtschaft besteht zwischen der pervers- und der psychosomatisch-krankmachenden Mutter. Beide können sich allein auf den Körper des Kindes libidinös beziehen.

Das psychogenetische Resultat sowohl des psychosomatisch Kranken als auch des Perversen zeigt, daß beide sich nur existent (d.h. ein Ich-Gefühl entwickelnd) innerhalb des psychosomatischen oder perversen Aktes erleben können. Warum der eine Kranke dies, der andere Kranke jenes Symptom gewählt hat, verstehe ich aus dem unterschiedlichen Verhalten der Mütter. Die psychosomatisch-krankmachende Mutter reagiert nur auf Defekte und Krankheiten ihres Kindes libidinös, im Gegensatz zur perversmachenden Mutter, die alle Handlungen, die den gesunden Körper des Kindes betreffen, libidinös besetzt hat, z.B. Waschzeremonien, Ankleiden des Kindes, alle Beschäftigungen mit dem männlichen oder weiblichen Genitale des Kindes. Beide Mütter ignorieren dagegen die wachsende Ich-Identität des Kindes. Dieses wird vielmehr als ein Ding, ein libidinös besetzter Gegenstand behandelt, nicht aber als wachsende Persönlichkeit im eigenen Recht.

Die Betonung der Rolle der Mutter in der Pathogenese der archaischen Ich-Krankheiten bedeutet nicht, daß die Mutter als ein krankmachendes

Agens isoliert werden kann. In ihrem Verhalten gegenüber dem Kind repräsentiert sie die Primärgruppe insgesamt und bringt deren unbewußte Dynamik zum Ausdruck. Wenn die Gruppe insgesamt keine Identität hat und sich als Gruppe nicht gegen die Außenwelt abgrenzen kann, dann wird auch die Mutter in der Symbiose mit dem Kind diesem keine Ich-Abgrenzung ermöglichen können.

Ich habe an anderer Stelle darauf hingewiesen, daß eine Gruppe als ganze sich abgrenzen muß, um ihren einzelnen Mitgliedern, d.h. insbesondere dem Kind, bei der Abgrenzung behilflich sein zu können (vgl. *Ammon* 1971a, b, c, 1972b, 1973). Eine Primärgruppe, die zu einer solchen Abgrenzung nicht in der Lage ist, d.h. zu einer reflektierten und flexiblen Art und Weise, sich über ihre Bedürfnisse, ihre Ängste, ihre Wünsche usw. zu verständigen, wird insgesamt ein pathogenes Kräftefeld darstellen. Die Gruppe als Ganzes ist dann unfähig, ein Gruppen-Ich und eine Gruppen-Identität zu bilden. Sie wird entweder überangepaßt sein an die Außenwelt und ihre Normen oder an die Innenwelt der Gruppe und ihre Konflikte. In beiden Fällen ist die Gruppe gelähmt und als Gruppe aktionsunfähig, ist sie eine tote Gruppe. Die Erforschung der sogenannten schizophrenen Familie (vgl. *Bateson* et al. 1969) und der Familiengruppen von depressiv-psychotischen Patienten (vgl. *M.B. Cohen* et al. 1954) hat die pathogene Dynamik dieser zerfallenen, überangepaßten und allein durch inneren oder äußeren Zwang zusammengehaltenen »Pseudogemeinschaften« (*Wynne* 1969) sehr deutlich gemacht.

Das Kind ist also, um eine kommunizierende Ich-Grenze aufbauen zu können, immer darauf angewiesen, daß es in der Symbiose mit Mutter und Primärgruppe von kommunizierenden Ich-Grenzen umgeben ist. In der Auseinandersetzung mit diesen dynamischen interpersonellen Strukturen kann es dann seine eigenen Ich-Grenzen, d.h. seine eigene relative Autonomie im Sinne einer fortschreitenden kreativen Erweiterung der Ich-Identität ausbilden und differenzieren.

Die archaischen Ich-Krankheiten sind Ausdruck einer Störung des ersten und entscheidenden Schrittes dieser Ich- und Identitätsentwicklung. Sie gehen zurück auf eine nicht gelungene Ausbildung eigener Ich-Grenzen und ein dadurch verhindertes Heraustreten aus der Symbiose. Deswegen bezeichne ich die verursachende Konfliktkonstellation als Symbiosekomplex.

Balint (1968) hat in der Nachfolge von *Ferenczi* mit seiner »Theorie der Grundstörung« (basic fault) ein Konzept entwickelt, das in manchen Zügen dem entspricht, was ich als Symbiosekomplex bezeichne. Auch er macht darauf aufmerksam, daß eine frühe Störung der psychischen Entwicklung in der »Zwei-Personen-Beziehung« zwischen Mutter und Kind eine andere Dynamik entfaltet als der ödipale Konflikt der Neurose, und er betont ebenfalls den interpersonellen Charakter dieser pathologischen Dynamik.

Aber *Balint* gibt für sein Konzept der Grundstörung, wie er selbst hervorhebt, keine strukturtheoretischen Koordinaten. Er gibt eine hervorragende Phänomenologie des symbiotischen Zustandes und seiner Störung,

entwickelt aber kein Konzept, das die Entstehung und Veränderung dieser Zustände im Rahmen der Ich-Entwicklung verständlich macht. Die Konsequenzen, die er aus seinen Beobachtungen für die therapeutische Arbeit zieht, müssen daher auch minimal bleiben.

Auch *Margaret Mahler* (1969) hat in der Erforschung der Genese und der Dynamik infantiler psychotischer Reaktionen wesentlich zur Erhellung der symbiotischen Dynamik beigetragen. Ihre Konzeption, die in der fehlgeschlagenen Symbiose die Ursache für psychotische und pychoseähnliche Reaktionen erkennt, entspricht in vielem dem, was ich unter dem Symbiosekomplex verstehe. Hinsichtlich ihrer Ich-Theorie und ihrer triebpsychologischen Annahmen – sie steht einerseits der *Hartmann*schen Schule nahe, andererseits der Richtung von *Melanie Klein* (1952) – unterscheidet sich ihr Konzept der symbiotischen Dynamik in wesentlichen Punkten von meinen Vorstellungen. Dies gilt insbesondere für die Konzeption der Aggression, die *Mahler* als Triebgeschehen begreift, und für die Rolle der Gruppe.

Die Funktion der Gruppe in der Pathogenese der archaischen Ich-Krankheiten wird besonders deutlich im Fall der symbiotischen Störung in Form einer verlängerten Symbiose. Die Mutter versucht dann, das Kind über die Zeit der natürlichen Symbiose hinaus an sich zu fesseln, weil sie in der gestörten Gruppe allein nicht zu bestehen vermag. Das Kind wird von den übrigen Mitgliedern der Familie der Mutter überlassen, um der Gruppe zu erlauben, ihre eigenen Konflikte nicht erkennen zu müssen. Dem Kind wird dadurch verboten, eine eigene Identität zu entwickeln. Als schwächstes Mitglied der Familiengruppe dient es dazu, den gemeinsamen unbewußten Konflikt durch Projektion in einem Mitglied zu lokalisieren, um ihn damit kontrollieren und abwehren zu können.

In einer solchen »verlängerten Symbiose« bleibt z.B. eine psychotische Reaktion solange latent, wie das Kind in diesem emotionalen Gehäuse eine Lebensmöglichkeit findet. Oft kommt es dann während der Pubertät durch die mit diesem Lebensabschnitt verbunden Anforderungen hinsichtlich der sexuellen und sozialen Identität zu einer Sprengung dieser Situation, einer Art symbiotischer Explosion, die sich in einer offenen psychotischen Reaktion manifestiert.

Die Latenz der psychotischen oder psychosenahen Ich-Störungen kann erhalten oder wiederhergestellt werden, wenn andere symbiotische Partnerbeziehungen eingegangen werden. Erst wenn diese »Ersatz-Symbiosen« – Ehen, Freundschaften, Arbeitsgruppen u.a. – aufhören zu funktionieren, wenn aus inneren oder äußeren Anlässen das symbiotische Gehäuse plötzlich als ein Gefängnis erfahren wird, kann es zu einer psychotischen Reaktion kommen.

Diese erscheint daher als ein verzweifelter Protest gegen die Gefangenschaft, in der das Ich sich durch sein jeweiliges Mit-Ich gehalten fühlt, und führt, weil die Ich-Entwicklung nicht über die symbiotische Phase hinausgelangt ist, zu den quälenden Erfahrungen des Ich-Verlustes, der Entfremdung und des Nicht-Ich-Gefühls. Die vielfach beobachtete Periodizität

psychotischer Reaktionen, die in der sogenannten »Schub«-Theorie oberflächlich rationalisiert wird, findet hier eine psychodynamische Erklärung.

Die Dynamik der verlängerten Symbiose tritt besonders deutlich auch hervor in der sogenannten »folie à deux«, der gemeinsamen Wahnbildung, die als Versuch verstanden werden kann, das symbiotische Gehäuse gleichzeitig beizubehalten und phantastisch auszudehnen. Auch die paranoische Form der schizophrenen Reaktion geht meines Erachtens zurück auf eine verlängerte Symbiose. Die Paranoia dient daher nicht, wie *Freud* (1911) annahm, einer Abwehr der latenten Homosexualität, die Homosexualität dient vielmehr umgekehrt als Abwehr gegen die als verfolgend erlebte symbiotische Mutter.

Gisela Ammon (1969, 1972a, b) konnte im Rahmen ihrer Forschung in dem von ihr geleiteten Psychoanalytischen Kindergarten zeigen, daß eine pathologische Symptomatik im Verhalten der Kinder, wie z.B. destruktive Aggression, psychosomatische Erkrankung usw., immer ungelöste und unbewußt gewordene Konflikte der Eltern zum Ausdruck bringt, und sie machte die Erfahrung, daß das kindliche Symptomverhalten, auch ohne direkte therapeutische Intervention, in dem Augenblick verschwand, wenn die Eltern zur Einsicht in ihre Konflike und zu ihrer Bearbeitung gebracht werden konnten. Eine Erfahrung, die von vielen psychoanalytisch orientierten Kindertherapeuten geteilt wird.

Meist aber wird die infantile Symptomatik, welche die elterlichen Konflikte zum Ausdruck bringt, von diesen nicht als Manifestation ihrer eigenen Schwierigkeiten erkannt. Das Kind ist dann gezwungen, sich in Form seiner Pathologie an die krankmachende Familiensituation anzupassen. Seine Symptomatik wird als Krankheit des Kindes mißverstanden und behandelt, sie wird dann in der Folge verdeckt durch die Ausbildung eines falschen Selbstes (*Winnicott* 1935, 1948; *Guntrip* 1968; *Khan* 1968, 1972) im Sinne einer Fassade des überangepaßten Funktionierens. Tritt dann eine Veränderung der pathogenen, aber »unauffälligen« Situation ein, beim Eintritt in die Schule, beim Beginn der Pubertät, beim Verlassen des Elternhauses bzw. der Schule und der Universität, welche die Rolle der symbiotischen Mutter und Primärgruppe übernehmen können, dann kommt es zum manifesten Ausbruch der Krankheit. Wir können sie als einen Versuch verstehen, das durch die Trennung von der Mutter – bzw. ihren Repräsentanten Schule, Universität usw. – erneut virulent gewordene »Loch im Ich« durch eine demonstrative Pathologie auszufüllen, die den Patienten in die alte Abhängigkeit von der Mutter zurückbringt.

Der infantile Konflikt wird erneut dargestellt und ausagiert. Es ist charakteristisch für die archaischen Ich-Krankheiten, daß die Patienten ihre Symptomatik im Hier und Jetzt des Ausagierens nicht als Ich-fremd und pathologisch erleben, obwohl ihr Symptomverhalten zumeist in krassem Gegensatz zur überangepaßten Fassade ihres falschen Selbstes steht. Sie leben ihren unbewußten Konflikt vielmehr traumhaft in die Realität hinein aus, die dadurch zur Bühne ihrer infantilen Symbiose wird. Die Umwelt

wird sozusagen aufgefordert, die Funktion der Ich-Abgrenzung für den agierenden Symbiosekranken zu übernehmen.

Im Hier und Jetzt des Ausagierens erscheint den Kranken ihr Verhalten dabei auch nicht als eine Störung ihres Kontaktes zur Außenwelt, ihr pathologisches Verhalten ist vielmehr häufig die einzige Form, in der sie sich selbst als existent und die Außenwelt als wirklich erleben können, d.h. in der sie ein Ich-Gefühl haben können. Dies ist, wie bereits erwähnt, besonders deutlich im Fall der sexuellen Perversion und der pychosomatischen Erkrankung. Dabei erlaubt die destruktiv gewordene Dynamik der arretierten Symbiose den Kranken dieses Ich-Gefühl nur in Form von selbstzerstörerischen Handlungen und Situationen.

Hier tritt ein entscheidender Unterschied zum neurotischen Symptom hervor. Dieses wird von den Patienten als Ich-fremd erlebt, als Störung und Beinträchtigung in der Kommunikation mit der Umwelt. Das neurotische Symptom ist also Ausdruck eines unbewußten Konflikts, der ein im wesentlichen entwickeltes und abgegrenztes Ich bedroht.

Die Symptomatik der archaischen Ich-Krankheiten dagegen bildet selbst einen Teil des Ichs, sie füllt ein Loch in der Ich-Grenze.

Das neurotische Symptom behindert die Kommunikation des Ichs mit der inneren und äußeren Welt, das Symptom der archaischen Ich-Krankheit dagegen ersetzt die Kommunikation in einem wesentlichen Erfahrungsbereich durch einen immer wieder fehlschlagenden selbstzerstörerischen Versuch, ein »Ich-Gefühl« im Sinne des Wahrnehmens der eigenen Existenz zu erleben. Dies hat weitreichende Folgen für die therapeutische Technik und ihr Programm.

In der Neurosentherapie geht es um die Aufhebung von Verdrängungen. Der unbewußt gewordene Konflikt soll aufgedeckt und dem Bewußtsein zugänglich gemacht werden. Ein bestehendes Ich-Gefühl wird dadurch erweitert und differenziert.

In der Therapie der archaischen Ich-Krankheiten dagegen geht es zunächst nicht darum, Verdrängungen aufzuheben, es geht vielmehr darum, im Rahmen einer nachholenden Ich-Entwicklung das zersplitterte und lückenhafte Ich der Patienten zu reintegrieren, bzw. eine Ich-Grenze im Sinne einer flexiblen und kommunizierenden Abgrenzung überhaupt erst herzustellen.

In der klinischen Praxis stößt die Trennung der neurotischen von psychotischen oder psychosenahen Zustandsbildern häufig auf große Schwierigkeiten, weil die Krankheitsbilder sich vielfältig überlagern können. Die Differentialdiagnose ist aber andererseits sehr wichtig für die Wahl der adäquaten therapeutischen Technik.

Mein Lehrer *Karl Menninger* (1963) hat das große Verdienst, die psychiatrische Diagnostik einer grundlegenden Kritik und Revision unterzogen zu haben. Er hat die sogenannten Geisteskrankheiten entmythologisiert und hat in Theorie und Praxis eine psycho-dynamisch orientierte Therapie auch der schwersten psychischen Erkankungen entscheidend gefördert.

Menninger entwickelte ein Konzept, wonach alle psychischen Störungen, von der leichtesten neurotischen Irritation bis hin zur schwersten psychotischen Erkrankung, als Kontrollstörungen unterschiedlichen Grades verstanden und behandelt werden können.

Er unterschied die Funktionsstörung (dysfunction), welche das Verhalten beschreibt, von der Organisationsstörung (dysorganization), welche die durch das pathologische Verhalten erfolgende Veränderung im Zustand der psychischen Organisation erfaßt. Funktionsstörung und entsprechende Organisationsstörung faßte er zusammen als Kontrollstörung (dyscontrol). Die Kontrollstörung bezeichnet eine Störung der Stabilisierungsoperationen (coping devices), mit deren Hilfe das Ich als »Hüter des Lebensgleichgewichts« die Balance (vital balance) des psychischen Systems gegenüber Triebimpulsen und dem Streß der Außenwelt zu bewahren versucht.

Das Ich wird dabei von *Menninger* vor allem als ein der Triebabwehr dienendes Kontroll- und Regulationssystem begriffen. Es ist identisch mit der Summe seiner Funktionen, welche aus einer Hierarchie von Abwehrmechanismen und regulierenden Bewältigungsmaßnahmen (coping devices) besteht.

Ich möchte *Menningers* Konzept einer gleitenden Skala graduell unterschiedener Kontrollstörungen erweitern und von einem gleitenden Spektrum der psychischen Erkrankungen sprechen, um damit den strukturellen Unterschieden gerecht zu werden, die aus den verschiedenen jeweils spezifischen Konfliktsituationen resultieren, welche den einzelnen Krankheitsbildern zugrunde liegen. Den einen Pol des Gesamtspektrums der psychischen Erkrankungen bilden die archaischen Ich-Krankheiten, die auf ein in einer arretierten Symbiose erworbenes strukturelles Ich-Defizit zurückgehen. Den anderen Pol des Spektrums bilden die neurotischen Erkrankungen, die auf einen ungelösten ödipalen Konflikt zurückgehen.

Einen breiten Grenzbereich zwischen den psychotischen Erkrankungen und den neurotischen Störungen bildet das Gebiet der sogenannten Borderline-Symptomatik, in der ein zugrunde liegender struktureller Ich-Defekt durch eine Vielzahl neurotischer Symptombildungen überdeckt wird.

Es ist eine von vielen Psychotherapeuten geteilte Erfahrung, daß die vorherrschende Symptomatik in den letzten Jahrzehnten eine deutliche Verschiebung von den neurotischen Zustandsbildern zu den psychosenahen Krankheitsformen vom Typ der Borderline-Symptomatik erkennen läßt.

Dies hat seine Ursache sicherlich darin, daß die Entwicklung der psychoanalytischen Erforschung der Ich-Entwicklung und die korrespondierende Gruppenforschung uns ein besseres Verständnis dieser Symptomatik ermöglicht hat. *Wolberg* (1973) hat erst kürzlich darauf hingewiesen, daß viele von Freud beschriebene Patienten, wie z.B. auch der berühmte »Wolfsmann« (*Freud* 1918), Borderline-Patienten waren.

Andererseits aber bezeichnet das Zunehmen der archaischen Ich-Krankheiten wohl auch eine Situation des fortschreitenden Zerfalls der

bürgerlichen Kleinfamilie, welche ihre lebensgeschichtlich entscheidende Aufgabe, die Ich-Entwicklung des Kindes durch die Bereitstellung einer intakten Gruppengrenze zu ermöglichen, immer weniger erfüllen kann.

Die Entwicklung der psychoanalytischen Ich-Psychologie und Gruppenforschung ist ein Versuch, dieser durch die gesamtgesellschaftliche Dynamik aufgeworfenen Problemstellung gerecht zu werden. Während dabei zunächst der funktionelle Aspekt des Ichs und insbesondere seine Abwehrmechanismen im Vordergrund des Interesses standen, rückte vor allem durch die Forschungen *Federns* (1952) und später *Eriksons* (1956) das Problem des Ich-Gefühls bzw. der »Ich-Identität« in den Vordergrund. Die Entwicklung der psychoanalytischen Gruppenforschung wurde zur Erhellung des Identitätsaspekts der Ich-Entwicklung besonders wichtig. Sie zeigte, daß die Ich-Entwicklung nicht allein als individualpsychologisches Problem der Triebkontrolle und -unterdrückung begriffen werden kann, sondern daß der interpersonelle Aspekt der Ich-Entwicklung, d.h. die Frage der Abgrenzung und Kommunikation von und mit der umgebenden Gruppe, die entscheidende Ebene für das Gelingen oder Mißlingen der psychischen Entwicklung darstellt.

Das Ich eines Menschen erscheint im Lichte dieser Forschungen nicht allein als ein kybernetisches System der verschiedenen Abwehr- und Regulationsmechanismen, das durch seine Funktionen der Triebkontrolle und der Anpassung an die Außenwelt ausreichend bestimmt wäre. Neben diesem funktionellen Aspekt des Ichs müssen wir seinen Identitätsaspekt erkennen, der das Ich eines Menschen zu einer einmaligen Gestalt macht, die allein aus dem historischen Zusammenhang der Lebensgeschichte des einzelnen mit der seiner Gruppe, im weitesten Sinne der Gesellschaft, verstanden werden kann. Diese Identitätsfunktion des Ichs, wie ich sie nennen möchte, ist darauf angewiesen, daß im Rahmen eines interpersonellen Geschehens der einzelne im Aufbau, in der Aufrechterhaltung und in der Erweiterung seiner Ich-Grenzen kontinuierlich unterstützt wird, wie er selbst auch dazu beiträgt, seine Partner in ihrer Entwicklung zu unterstützen.

In diesem Sinne können wir in der Psychopathologie unserer Patienten und in den unbewußt gewordenen Konflikten, die sie in ihrer Ich- und Identitätsentwicklung behindert und beschädigt haben, auch die pathogene Dynamik einer Gesellschaft erkennen, die ihre eigene Identitätskrise durch Verleugnung und Abspaltung zu umgehen versucht. Mit der genauen Analyse jener Krankheitsprozesse, die von der Gesellschaft und auch von vielen Psychiatern bis heute für uneinfühlbar und irreversibel gehalten werden, kann die Dynamische Psychiatrie zu der Verbreitung der Erkenntnis beitragen, daß Ich- und Identitätskrankheiten nicht ein per definitionem hoffnungsloses und individuelles Schicksal sind, sondern im Rahmen einer Gruppe verstanden und geheilt werden können.

The Psychodynamics of the Psychoses, the Symbiosis-Complex and the Spectrum of the Archaic Ego-Illnesses

Günter Ammon

In contrast to the classical psychiatry which views the behaviour of the psychotic ill as incomprehensible, *Ammon* understands it as a result of a disturbed ego-development during the early symbiosis between mother and infant in a primary group, which is unable to experience and to communicate. He does not negate the existence of potential etiological somatic factors, but attempts an evaluation of the significance of the different factors in bringing into the focus of the dimensions the level of the ego, since it is here where the sickness is experienced and is translated into behaviour.

Developing further the results of ego-psychological research of *Hartmann, Rapaport,* and *Federn, Ammon* postulates that the decisive phase in the ego- and identity-development is the formation of ego-boundaries. This is made possible by the support of primarily autonomous ego-functions through the primary group.

To make ego-development a successful process in the decisive phase of the symbiosis, the loving attention of the mother and her empathetic understanding of the needs and of the body-language of the infant are necessary prerequisites. This enables the child to form its body-ego, to develop the primarily given autonomous functions of constructive aggression and of creativity and to build up its ego-boundaries in the interaction with the mother.

Instinct and ego-development are here two parallel processes and a suppression of one of them signifies always a mutilation of the other one.

The experiential capacity of the mother and the group forms the frame of preoedipal development. The primary group has at its links to satisfy the infantile needs, to give protection to the child and assistance to endure necessary frustations. The support in this process of getting aware and of expressing needs helps the child in the formation of ego-boundaries against the instinctual world, whereas encouragement and protection in the curious ad-gredi of the child to human beings and objects, further the formation of ego-boundaries against the external world. The child feels forsaken if the primary group lacks these capacities. It attempts to protect itself against a threatening inundation of its weak ego-boundaries by splitting off the concerned experiential area in the ego and by the negation of the equivalent part of the reality. Thus a structural ego-deficit, a »hole in the ego« comes into being.

According to the date and the length of this preoedipal traumatic experience the child develops a specific symptomatology to compensate the narcissistic deficit. Its detructive dynamics has to be understood as the reactive deformation of primarily constructive aggression. It is also dependent from the type of the pathogenic mother, which of the archaic ego-sick-

nesses, all marked by an ego deficit, the child will develop (psychosis, sexual perversion, psychosomatic illness, borderline-syndrome). The schizophrenogenic mother is either unable for maternity (malign form) or expects as a child-mother to be cared for as a child by her own children (benign form). The mother who furthers psychosomatic illness cathects only the shortcomings and the illnesses of her child, whereas the mother who brings forth in her child a perverse reaction only cathects all actions which concern the healthy body of her child. In both cases the child is treated as an object, but not accepted as a growing personality in its own right.

The mother who makes her children sick is the representative of the pathogenic primary group, whcih is unable to define the identity of the group and which cannot communicate on its needs and fears (*Bateson, Cohen, Wynne).*

Since the mother cannot exist by her own in the disturbed group, she often makes the attempt to bind the child to herself over the natural length of symbiosis. A psychotical disturbance of the ego or a disturbance near to psychosis remains as long latent as the child may keep up with this »prolonged symbiosis« or later, if it entertains a substitute symbiotic partnership. If these substitute symbioses fall apart, a psychotic reaction might be enhanced.

The therapeutic techique of the archaic ego-sicknesses does not attempt to unveil repression as the therapy of the neuroses does, but aims at a reintegration of the deficitary ego in the process of a retrieval of ego-development with the formation of flexible ego-boundaries, which make possible the communication to the interior and exterior world.

In accordance with *Karl Menninger, Ammon* conceives of the archaic ego-sickness as the one pole of a gliding spectrum of mental diseases, the other pole of which is represented by the neuroses with their unsolved oedipal complexes. But ego-sickness is no hopeless individual fate but might be, according to its pathogenesis understood in reference to a group and treated in a transference symbiosis (*Searles*).

Literatur

Ammon, Gi. (1968): Beobachtungen über einen Psychoanalytischen Kindergarten. Zum Problem der Frustrationsregulation (Berlin: Pinel-Publikationen)
- (1972a): Vorläufer Psychosomatischer Erkrankungen. In: Dyn. Psychiat. (6) 11–32
- (1972b): Psychosomatische Syndrome bei Kindern und ihre Aufhebung. Vortrag vor dem Psychotherap. Inst. der Ignatius-von-Loyola-Univ. in Rom, 13.6.1972

Ammon, Gü. (1971 a, b, c): Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie I, II, III. In: Dyn. Psychiat. (4) 9–28, 123–167, 181–201
- (1972a): Zur Genese und Struktur psychosomatischer Syndrome unter Berücksichtigung psychoanalytischer Technik. In: Dyn. Psychiat. (5) 223–251
- (1972b): Der Traum als Ich- und Gruppenfunktion. In: Dyn. Psychiat. (6) 145–164
- (1972c): Kreativität und Ich-Entwicklung in der Gruppe. In: *Ammon, G. (*Hrsg.): Gruppendynamik der Kreativität (Berlin: Pinel-Publikationen)

– (1973): Aggression und Ich-Entwicklung in der Gruppe. Ein Beitrag zur psychoanalytischen Aggressionstheorie. In: Z. Psychother. med. Psychol. (23) H. 3
Anzieu, D. (1971): Psychoanalytische Interpretation in großen Gruppen. In: Dyn. Psychiat. (4) 108–122
Balint, M. (1968): The Basic Fault, Therapeutic Aspects of Regression (London: Tavistock), dt. Ausg.: Therapeutische Aspekte der Regression. Die Theorie der Grundstörung (Stuttgart: Klett, 1970)
Bateson, G. et al. (1969): Schizophrenie und Familie (Frankfurt: Suhrkamp)
Cohen, M.B. et al. (1954): An Intensive Study of Twelve Cases of Manic-Depressive Psychosis. In: Psychiatry (17) 103–138
Erikson, E.H. (1956): The Problem of Ego Identity. In: J. Am. Psychoanal. Ass. (4) 56–121
– (1965): Kindheit und Gesellschaft (Stuttgart: Klett)
Federn, P. (1952): Ego Psychology and the Psychoses (New York: Basic Books)
Fenichel, O. (1945): The Psychoanalytic Theory of Neurosis (New York: Norton)
Freud, A. (1936): Das Ich und die Abwehrmechanismen (London: Imago)
Freud, S. (1911): Psychoanalytische Bemerkung über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia paranoides). Ges. W., Bd. VIII (London: Imago)
– (1914): Zur Einführung des Narzißmus. Ges. W., Bd. X, aaO.
– (1918): Aus der Geschichte einer infantilen Neurose. Ges. W., Bd. XII. aaO.
– (1924a): Der Realitätsverlust bei Neurose und Psychose. Ges. W., Bd. XIII, aaO.
– (1924b): Neurose und Psychose. Ges. W., Bd. XIII, aaO.
– (1927): Fetischismus. Ges. W., Bd. XIV, aaO.
– (1938a): Die Ich-Spaltung im Abwehrvorgang. Ges. W., Bd. XVII, aaO.
– (1938b): Abriß der Psychoanalyse. Ges. W., Bd. XVII, aaO.
Guntrip, H. (1968): Schizoid Phenomena, Object Relations, and the Self (London: Hogarth Press)
Harlow, H.F.; Harlow, M. (1966): Learning to Love. In: Am. Scient. (54) 3
Hartmann, H. (1939): Ich-Psychologie und Anpassungsproblem (Stuttgart: Klett, 1960)
– (1953): Contribution to the Metapsychology of Schizophrenia. In: Essays on Ego Psychology. Selected Problems in Psychoanalytic Theory (New York: Int. Univ. Press, 1964)
Khan, M.M.R. (1968): Reparation to the Self as an Idolized Object. Die Reparation des Selbst als eines isolierten inneren Objektes. Ein Beitrag zur Theorie der Perversionsbildung. In: Dyn. Psychiat. (1) 92–98
– (1972): Der Fetichismus als Negation des Selbst. In: *Pontalis, J.B.* (Hrsg.): Objekte des Fetischismus. (Frankfurt: Suhrkamp)
Klein, M. (1952): Developments in Psychoanalysis (London: Hogarth Press)
Mahler, M.S. (1969): On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation (London: Hogarth Press)
Menninger, K. (1963): The Vital Balance. The Life Process in Mental Health and Illness (New York: Viking Press), dt. Ausg.: Das Leben als Balance (München: Piper, 1969)
Mitscherlich, A. (1958): Aggression und Anpassung: In: Psyche (XI)
– (1969): Die Idee des Friedens und die menschliche Aggressivität (Frankfurt: Suhrkamp)
Pankow, G. (1968): Gesprengte Fesseln der Psychose (München: Reinhardt)
Rapaport, D. (1958): The Theory of Ego Autonomy: A Generalization. In: Bull. Men. Clin. (22) 13
Spitz, R. A. (1955): Die Urhöhle: Zur Genese der Wahrnehmung und ihrer Rolle in der psychoanalytischen Theorie. In: Psyche (IX) 641–667
– (1956): Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen (Stuttgart: Klett, 2. erw. Aufl. 1960)
Schultz-Hencke, H. (1951): Lehrbuch der analytischen Psychotherapie (Stuttgart: Thieme)
Winnicott, D. W. (1935): The Manic Defense. In: Collected Papers (London: Tavistock, 1958)
– (1948): Reparation in Respect of Mothers Organized Defense against Depression. In: Collected Papers, aaO.
Wolberg, A.R. (1973): The Borderline Patient (New York: Int. Medical Book Corp.)
Wynne, L. C.; Ryckhoff, I.M.; Day, J.; Hirsch, S.J. (1958): Pseudomutuality in the Family Relations of Schizophrenics. In: Psychiatry (21) 205–220. Dt. Ausg.: Bateson, S. et al. (1969) aaO.

Ich-strukturelle und gruppendynamische Aspekte bei der Entstehung der Schizophrenie und deren Behandlungsmethodik*

Günter Ammon

Schizophren reagierende Menschen leben oft unter uns, am Rande der Gesellschaft als absonderlich, merkwürdig und als Einzelgänger bezeichnet. Erkannt wird diese Lebensweise als Krankheit erst dann, wenn diese Menschen als störend erlebt werden und die sie umgebenden Gruppen es ablehnen, sich weiter mit ihnen auseinanderzusetzen und sie abschieben in die Ghettos großer Anstalten, die Todeshäusern gleichen.

Diesem Zeitpunkt, dem »Ausbruch der Krankheit« der sogenannten Schizophrenie, ist ein langer Weg dieser Menschen vorausgegangen, ein Weg, auf dem ihnen ein Ernstnehmen, Anerkennen, Kontakt und Auseinandersetzung verweigert worden sind, sie nirgendwo Zeit und Verständnis gefunden haben. Beruhigendes Loben und falsches Bestätigen haben bei ihnen vorübergehend stabilisierende Wirkung hinterlassen und dann um so mehr eine Wunde von kränkendem Verlassen-worden-sein.

Die Schizophrenie verstehe ich als Identitätserkrankung. Identitätsverweigerung ist methodisch in der Geschichte häufig als Psycho-Folter eingesetzt worden, als Zerstörung eines Menschen, wie *Carl Zuckmayer* es so deutlich in seinem Theaterstück »Des Teufels General« beschreibt, in dem ein Mensch durch systematische Verweigerung seiner Identität in den Wahnsinn getrieben wird.

Die Identität, die ich als zentrale Ich-Funktion und Struktur verstehe, wie ich anderenorts oftmals beschrieben habe (vgl. *Günter Ammon* 1979a), ist besonders anfällig gegen Störungen wegen ihrer Gruppenabhängigkeit und des nötigen Gruppenbezuges. Die Integrationsstärke der Identität spielt dabei eine wichtige Rolle und besonders ihr Bezug zur verinnerlichten Gruppenerfahrung.

Seit Urzeiten konnten immer wieder schizophren reagierende Menschen aus ihrem ins Unbewußte und auch ins Körperliche hineinragenden Rückzug auftauchen und trotz ich-struktureller Persönlichkeitsschädigungen ein erfülltes Leben führen. Ich denke dabei z.B. an den Tänzer *Nijinsky,* wie er nach 30 Jahren plötzlich aus schizophren-katatonem Zustand auftauchte, beruflich wieder aktiv wurde und dann an Herzversagen in Verbindung mit einer Nierenerkrankung starb. Dies verdeutlicht auch das ich-strukturelle Wechselspiel zwischen Psychose bzw. Schizophrenie und psychosomatischer Erkrankung.

* veröffentlicht in: Dyn. Psychiat. (13) 429–450, 1980

Dieses Auftauchen aus der Psychose wird oft möglich in einem bestimmten Milieu, in kreativen Gruppen, bei menschlichen Kontakten und durch gesellschaftliche Bedingungen, die dieses Milieu – ich habe den Begriff des sozialenergetischen Feldes eingeführt, der dieses Milieu bezeichnet – oft mehr oder weniger zufällig herstellen.

Die Bedeutung des sozialenergetischen Feldes habe ich in einer anderen Arbeit gesondert behandelt (vgl. *Günter Ammon* 1981). An dieser Stelle möchte ich lediglich noch auf die Bedeutsamkeit hinweisen, die eine kreative Gruppe verbunden mit einem kreativen Lebensstil für Menschen hat, die schöpferisch tätig sind. Ich denke dabei u.a. an *Pablo Picasso, Salvador Dali, Karl Jaspers* und auch *Anna Freud,* die zur Zeit im Alter von fast 90 Jahren äußerst produktiv tätig ist.

Immer wieder kann man beobachten, wie das Gruppenmilieu und die Lebensbedingungen des Hier und Jetzt einen Menschen in seinem Sein bestimmen und mehr Bedeutung haben als somatische oder auch psychische Erkrankungen; ein Aspekt, der in der herkömmlichen Schulmedizin häufig übersehen wird.

Ich möchte sogar noch weitergehen und behaupten, daß es Menschen gibt, die in der Lage sind, sich auch innerhalb der Gesellschaft beruflich und lebensstilmäßig ein Milieu zu schaffen, in dem sie leben und existieren können, obwohl sie strukturell schizophrene Belastungen, Schwierigkeiten und auch eine entsprechende Lebensgeschichte aufzuweisen haben.

Allein im täglichen Leben können wir bei unseren Mitmenschen beobachten, welche Bedeutung für ihre Lebens- und Arbeitskraft menschlicher Kontakt und Anerkennung von Identität hat.

Diese Anerkennung und ernsthafte Auseinandersetzung mit und um einen Menschen in seinem eigentlichen Wesen ist das, was ich als sozialenergetische Regulation bezeichne und deren strukturgebende Bedeutung ich betonen möchte.

Ein Kardinalfehler, der häufig gemacht wird, ist, daß die Krankheit erst erkannt wird, wenn es bereits zu einem Zusammenbruch der Persönlichkeit gekommen ist und dann mit außerordentlich eingeengten, psychopharmakologischen oder arbeitstherapeutischen Mitteln eine Behandlung ansetzt, die mehr der Beruhigung des Teams dient als der Heilung des Kranken.

Ein weiterer Irrtum ist die Vorstellung einer sogenannten Spontanheilung. Viel gelernt haben wir über dieses Phänomen aus den Studien von Lebensgeschichten, in denen man die Gründe des schrittweisen Auftretens von Desintegration des Ich und sogenannter Spontanheilungen erkennen konnte. Diese Gründe waren dann im umgebenden Milieu zu finden, was kontinuierlich als sozialenergetisches Feld wirksam war und damit eine Veränderung, hervorrufen konnte. Die als Spontanheilung bezeichnete Veränderung dieser Menschen war damit Ergebnis eines Gruppenprozesses, der über oft lange Zeit von Einfluß war und schrittweise ich-strukturelle Veränderungen verursacht hat.

Hieraus erhebt sich die Frage, unter welchen Bedingungen eine schizophrene Reaktion enstseht, unter welchen Bedingungen die Krankheit latent ist oder akut wird, um daraus für eine Behandlungskonzeption der Schizophrenie zu lernen. Um diese Fragen zu beantworten, ist es zunächst einmal nötig, genau zu definieren, was unter Schizophrenie zu verstehen ist.

Ich spreche hier von Schizophrenie, um ein Krankheitsbild mit einem Terminus zu bezeichnen, der häufig in der klassischen Psychiatrie benutzt wird und um deutlich zu machen, daß es sich bei meinen Ausführungen um die Menschen handelt, die oft in Landesnervenkliniken ihr Leben lang geistlos dahinvegetieren müssen aufgrund einer Lehrmeinung, die behauptet, daß ihnen nicht zu helfen sei.

Gerade wegen dieses gesellschaftlichen Todesurteils, das die Diagnose Schizophrenie nach sich zieht, spreche ich in bezug auf die Diagnostik betroffener Patienten von schizophrenen Reaktionen.

Mit anderen Worten heißt das, daß die Begriffe Schizophrenie und schizophrene Reaktion hinsichtlich der Erkrankung, die sie bezeichnen, identisch sind, sich aber unterscheiden hinsichtlich des Krankheitsverständnisses und des dahinterliegenden Menschenbildes (vgl. *Gülsdorff* 1981).

Während der Begriff Schizophrenie immer noch das soziale Todesurteil enthält, soll die Bezeichnung schizophrene Reaktion die Veränderbarkeit dieses Zustandes deutlich machen und die Verstehbarkeit dieser psychischen Erkrankung hervorheben.

Bei der schizophrenen Reaktion handelt es sich um den Zusammenbruch des niemals richtig entwickelten Persönlichkeitskerns des Menschen, den ich von unserer ich-strukturellen Lehre ausgehend als das im Unbewußten liegende zentrale Ich der Persönlichkeit bezeichne, mit den Ich-Funktionen der Ich-Abgrenzung, der Ich-Integration, der Ich-Regulation, der Aggression, der Angst, der Sexualität, des konzeptionellen Denkens, der Traum- und Phantasiefähigkeit, der Kreativität und der Ich-Autonomie, die in interdependentem Zusammenhang stehen und einmünden in die den Menschen ausmachende zentrale Ich-Funktion der Identität.

Daher sprechen wir auch von einem schizophrenen Persönlichkeitsprofil bei Schädigungen in diesem Bereich. Wenn die die funktionalen Verhaltensweisen und Fertigkeiten des Menschen bestimmenden, im Bewußtsein angesiedelten sekundären Ich-Funktionen nacheinander zusammengebrochen sind, kommt es zu einer offenen psychotischen Reaktion.

Nach unserer neuesten Forschung können wir das Phänomen der Schmerzunfähigkeit hinzufügen, da wir oft bei Patienten in diesen Zuständen das Fehlen von Schmerzfähigkeit feststellen können ebenso wie das Fehlen von Träumen in der Psychose. Im therapeutischen Prozeß, wenn diese Menschen aus der psychotischen Situation wieder auftauchen, setzt die Traumfähigkeit wieder ein und ebenso die Schmerzfähigkeit. Traumfähigkeit und Schmerzfähigkeit erscheinen geradezu als diagnostische Kriterien und als Kriterien für die Effektivität der Therapie und den Stand der Behandlung. Die sekundären Ich-Funktionen, die die Aspekte von

Funktionsfähigkeit und Verhalten des Menschen im gesellschaftlichen Umfeld beschreiben, sind bei Menschen mit schizophrener Grundstruktur lebensgeschichtlich, aber auch in ihrer aktuellen Lebenssituation weitgehend stützend durch hilfreiche Menschen der umgebenden Gruppe als Hilfs-Ich-Funktionen übernommen worden.

So half z.B. ein guter Freund der Familie oder ein Nachbar bei der Bewältigung von Realitäten wie Finanzen, Wohnungs- und Arbeitssuche oder Herstellung von Kontakten zu dem schizophren strukturierten Menschen. Ein Zusammenbruch erfolgt in der Regel dann, wenn schließlich abrupt die enormen, ständig wachsenden Forderungen des Kranken durch seine Umgebung nicht mehr übernommen werden können.

Die dringlichste Aufgabe in der Konzeption einer ich-strukturellen Therapie muß sein, diese Hilfs-Ich-Funktionen schrittweise wiederherzustellen durch geeignete Mitarbeiter des Teams und durch Mitpatienten. Dies geschieht im gesamten milieutherapeutischen Rahmen der Klinik, in der Gruppenpsychotherapie, milieupsychotherapeutischen Projekten und Interessengruppen, die das therapeutisch tragende Netz einer dynamisch-psychiatrischen Klinik ausmachen. Dabei darf nicht vergessen werden, auch am zentralen Ich der Persönlichkeit des Menschen zu arbeiten, denn, sind allein die sekundären Ich-Funktionen des Menschen integriert, wird er nur fassadär funktionieren können. Es muß immer versucht werden, den Menschen dahinter im Kern seiner Persönlichkeit zu erreichen, ihn ernstzunehmen und ihm dabei von Anfang an zu helfen, sich auch dem Therapeuten gegenüber abzugrenzen, d.h. die symbiotisch psychotische Übertragung, mit der der Patient in die Klinik kommt, nur vorübergehend anzunehmen und an einer Loslösung schrittweise und behutsam zu arbeiten.

Aus diesem Grund ist unserer Therapie immer auch als Identitätstherapie zu verstehen, als nachholende Ich-Entwicklung beschränkt sie sich nicht auf Anpassung oder Symptombeseitigung.

Psychopharmaka werden entsprechend auch lediglich zur Unterstützung der Therapie und dann in kleinen Dosen eingesetzt, vor allem um bei starken Wut- oder Angstzuständen eines Patienten seine Erreichbarkeit wiederherzustellen. Letztendlich aber können Psychopharmaka keine Probleme lösen und eine therapeutische Auseinandersetzung um die destruktiv gewordenen oder defizitären Ich-Anteile nicht ersetzen.

Durch unsere Forschung ist es gelungen, basierend auf den Forschungsergebnissen unserer sowjetischen Kollegen wie Prof. *Rotenberg, Kostandov* und anderen, die Struktur des zentralen Ich in der rechten Hirnhemisphäre und die funktionalen Aspekte des sekundären Ich in der linken Hirnhemisphäre zu lokalisieren und dabei nicht nur einen Synergismus und eine Interdependenz zwischen rechter und linker Hirnhemisphäre, zwischen sekundärem und zentralem Ich, sondern auch zwischen Unbewußtem und Bewußtem auf einem gleitenden Spektrum zu erfassen. Meine Mitarbeiterin *Brigitte Marsen* (1980) hat sich besonders mit diesem Bereich der Forschung beschäftigt.

Allen Ich-Funktionen habe ich in den letzten Jahren konstruktive, defizitäre und destruktive Aspekte zuordnen können sowie integrative und regulative Kräfte.

Entsprechend müssen wir spektral-theoretisch mehr oder weniger prädominant alle Ich-Funktionen in den verschiedenen ich-strukturellen Bereichen wirksam sehen. Dabei ist neben dem zentralen und sekundären Ich noch das biologische primäre Ich zu nennen, das dem morphologischen Substrat des Zentralnervensystems sowie allen neurophysiologischen Abläufen entspricht, darüberhinaus aber auch der gesamten übrigen organischen Matrix des Menschen. Auch die Sozialenergie ist bei diesem Geschehen von Bedeutung und beeinflußt nicht nur phylogenetisch, sondern auch ontogenetisch die Entwicklung und Struktur des Gehirns und seine Funktionen.

Gerade in der letzten Zeit ist die Hirnhemisphären-Forschung in Verbindung mit der Ich-Struktur-Forschung unserer Schule weiterentwickelt worden. Parallel dazu konnte auch meine Persönlichkeitsprofil-Forschung neue Erkenntnisse bringen, und der Ich-Struktur-Test erweitert werden, worüber meine Mitarbeiter *Ilse Burbiel* und *Wilfried Vogelbusch* (1981) veröffentlich haben.

Die Ich-Struktur eines Menschen, die sich im Persönlichkeitsprofil abbilden läßt, verstehe ich als gewachsen entsprechend den lebensgeschichtlich erfahrenen Gruppen des Menschen, wobei den frühen Gruppen eine besondere Bedeutung für die Identitätsentwicklung zukommt.

Entscheidend für die Genese der Schizophrenie ist vor allem die sozialenergetisch regulative Zufuhr durch die Mutter und die umgebende Familiengruppe, die ihrerseits wieder abhängig ist von umgebenden sozialen Strukturen.

Konstruktive Identität und Persönlichkeitsentwicklung ist möglich auf der Basis eines in der Primärgruppensituation geschaffenen sozialenergetischen Feldes, d.h. durch Eltern, die sich mit ihrem Kind ernsthaft auseinandersetzen, ihm so regulativ sowohl narzißtische Zufuhr wie auch Sozialenergie geben. Diese freundlich und regulativ gestattende Gruppe wird dann die Basis der ich-strukturellen Entwicklung werden, dem Kind ein Leben in Identität ermöglichen.

Ein derartiges Milieu hat der später schizophren reagierende Patient nur rudimentär erfahren – hätte er es gar nicht erlebt, wäre er eines psychogenen Todes gestorben, wie *Spitz* (1946) es in seiner Hospitalismusforschung phänomenologisch bestätigt.

Das sozialenergetische Feld eines Kindes hat aber viele Komponenten, neben familiengruppendynamischen auch gesellschaftliche. Entsteht durch diese gesellschaftliche Situation ein sozialenergetisches Feld für das Kind, in der die Funktionen wahrgenommen werden, die die Familie versagt, kann das ich-strukturelles Wachstum bewirken.

Stellt eine andere gesellschaftliche Gruppe bewußt oder unbewußt ein sozialenergetisches Feld her, übernimmt Hilfs-Ich-Funktionen und leistet

eine sozialenergetisch regulative Auseinandersetzung, so kann sie damit ermöglichen, daß ein Mensch mit schizophrener Ich-Struktur ein erfülltes, kreatives Leben in ihrer Mitte führen kann.

Die dem Kind in seiner ersten Lebenszeit von den umgebenden Gruppen gegebene Zeit, die Geborgenheit, das liebevolles Annehmen und Bestätigen des Kindes, das Sich-mit-dem-Kind-Beschäftigen und die Auseinandersetzung mit der Existenz und dem Werden des Kindes bereits vor der Geburt sind entscheidend für eine konstruktive Entwicklung oder für die Entstehung einer Erkrankung und nicht erst, wie *Freud* noch im Jahre 1938 postulierte, die Zeit vom zweiten bis zum vierten Lebensjahr des Kindes.

An dieser Stelle möchte ich noch einmal den Unterschied hervorheben, der zwischen meinem Ansatz und den Denkmodellen liegt, die von der »schizophren machenden Mutter« sprechen (vgl. *Bateson, Jackson, Laing, Lidz, Wynne* 1969 und andere).

Meines Erachtens kann nicht ausschließlich die Interaktionsform und die Person der Mutter für eine schizophrene Reaktion ihres Kindes verantwortlich gemacht werden. Vielmehr ist es die gesamte gruppendynamische Konstellation, die Dynamik der Gruppen, die in ihrem Zusammenspiel und ihrer Mehrdimensionalität ein schizophren machendes Milieu ausmacht und das eben kein sozialenergetisches Feld darstellt, in dem sich eine konstruktive Identitätsentwicklung vollziehen kann. Die gruppendynamische Rolle eines Menschen in einer Gruppe ist auch etwas anderes als der soziologische Rollenbegriff meint, nämlich eine sich prozeßhaft verändernde Position in einem dynamischen Geschehen.

Der schizophren reagierende Mensch wird zum Krankheitsträger seiner Gruppe, die ihn in seiner Krankheit braucht, um eine pathogene Homöostase aufrecht zu erhalten. Sowohl die Tendenz dieser Gruppe, die Therapie eines schizophren reagierenden Patienten zu zerstören, wenn er sich verändert, wie auch die Tatsache, daß ein anderes Gruppenmitglied psychisch oder somatisch erkrankt, wenn es dem ehemals schizophren reagierenden Patienten besser geht, bestätigen diese These (vgl. *Günter Ammon* 1981).

Im Folgenden möchte ich die Grundtendenzen beschreiben, die diese Dynamik bestimmen, und zwar im Hinblick auf Körper-Ich, Ich-Abgrenzung, Wahrnehmung, Aggression, Narzißmus, Angst und Denken.

Der menschliche Körper, meines Erachtens von Anfang an immer ein Körper in der menschlichen Gemeinschaft, ist ein Mitglied der Gruppe, von deren Hilfeleistung und Zusendung er abhängig, mit deren Erwartung er konfrontiert ist. Für die lebendige Erforschung und das Verstehen schwerer psychischer Krankheiten fassen wir die körperlichen Erscheinungen in der schizophrenen Reaktion, wie Katatonie und Sprachlosigkeit oder Intentionslähmung und Totstellreflex in der Depression, durchaus als Negation menschlicher kommunikativer Signale auf, aber nicht als Resultate dysfunktionaler Gehirne oder biologischer Todestriebtendenzen, sondern als Ausdruck der Verlassenheit in der Gruppe, als Reaktion auf das Identitätsverbot durch die Gruppe und als verkrüppelten Versuch von Kommunikation.

Die gestörte Funktion des Körper-Ich drückt sich beim schizophren Erkrankten in seinem Körper-Ich-Erleben aus. Er erlebt sich zeitweise als dick, dann wieder als dünn mit unsteten mangelhaften Körperkonturen. Dieses Phänomen konnten wir erst kürzlich in unserer Dynamisch-Psychiatrischen Klinik studieren, als eine schizophren reagierende Malerin ihren körperlichen Ausdruck in ihren Gemälden suchte, sich immer wieder selbst in verschiedenen Formen ihres Selbsterlebens darstellte als Symbol für ihre Suche nach eigener Identität. In dem Moment, in dem wir in der Teamsitzung ihre Bilder betrachteten und über sie sprachen, kam sie herein, sprach über ihre Gefühle zu den Bildern und genoß es, im Mittelpunkt zu stehen.

Dem grausamen, mit Todesangst einhergehenden ich-losen Zustand versuchen schizophren reagierene Menschen häufig durch starke körperliche Reize zu entfliehen; sie laufen dann barfuß durch den Schnee oder fügen sich in extremen Fällen schmerzhafte Verletzungen zu, um die Grenzen ihres Körpers wieder spüren zu können. Sie brennen sich mit Zigaretten oder Bügeleisen oder fügen sich tiefe Schnittwunden zu, denn ein extremer, an der Körper-Ich-Grenze erlebter Schmerz gibt diesen Menschen das Gefühl ichhaft erlebter Existenz wieder zurück. Ähnliches geschieht auch, wenn diese Menschen somatisch erkranken: die akut psychotische Situation klingt ab. Für die Therapie schizophren reagierender Patienten bedeutet das als Konsequenz, daß auch das Körper-Ich einbezogen werden muß. Dies geschieht vor allem durch Massage und Schwimmtherapie, aber auch durch Jazzdance und Theatertherapie. Auch die Reittherapie ist bei schizophren reagierenden Patienten von großer Bedeutung: Ihre Konzentration ist ganz auf das Pferd gelenkt, der Kontakt zum Therapeuten kann damit vom Patienten seinen Bedürfnissen entsprechend angstfreier reguliert werden, und die Gefahr einer psychotischen Desintegration des Patienten ist herabgesetzt.

Die gestörte Ich-Abgrenzung schizophren reagierender Menschen wird auf der Ebene des Körper-Ich durch Schmerz oder Fieber wieder hergestellt und hebt dadurch, experimentell anmutend, eine Psychose wieder auf.

Ein anderer Ausdruck der gestörten Ich-Funktion des Körper-Ich ist die Katatonie, in der der Patient sein totes Leben auf der Körperebene ausdrückt, was auch von Todesängsten begleitet ist. Es ist übrigens ein entscheidender Irrtum anzunehmen, daß der katatone starre und schweigende Patient, der in diesem Zustand manchmal viele Jahre verharren kann, seine Umwelt nicht wahrnimmt. Er beobachtet das Geschehen um sich herum äußerst genau, was sich herausstellt, wenn es durch wiederholte Kontaktaufnahme möglich wird, den Patienten aus seinem katatonen Zustand zu befreien, und er dann seine Beobachtungen und Gefühle mitteilen kann. Ein Geschehen übrigens, was ich immer wieder beobachten konnte.

Der archimedische Punkt in der Psychotherapie mit katatonen Patienten ist die Einstellung des Therapeuten: Hält der Therapeut den Patienten für stumpf, uninteressant, psychisch tot und gibt ihn auf, wird er keinen Kontakt herstellen können, ist er aber auf dem Hintergrund des Wissens um das Leiden des Patienten immer wieder bemüht, Kontakt

herzustellen, auch wenn er nur schweigend bei ihm ist, wird er im allgemeinen auch einen Weg zu ihm finden können.

Katatonie und Wahn stellen einen Abgrenzungsversuch gegenüber der verrückt-machenden Gruppe dar, eine Abgrenzung, die konstruktiv nicht gestattet wird. Entsprechend ist die Ich-Funktion der Ich-Abgrenzung beim schizophren Reagierenden schwer gestört, entweder sind seine Grenzen der Umgebung gegenüber zu weit geöffnet, wodurch er tiefgehend verwundbar wird, oder seine Grenzen sind zu starr geschlossen, so daß er völlig kontaktunfähig erscheint. Auch von seinen eigenen Gefühlen ist der Patient abgeschnitten oder aber diesen völlig ausgeliefert.

Aus dem Hintergrund der Unmöglichkeit dieser Patienten, sich konstruktiv im Sinne eigener Identität abzugrenzen, ist es sehr bedeutsam, wie der Therapeut mit den Abgrenzungsversuchen seiner Patienten umgeht.

Aus diesem Grund ist es gerade in der Therapie mit schizophren reagierenden Patienten wichtig, ihre zunächst hilflosen Abgrenzungsversuche zu gestatten und es zu ermöglichen, daß sie langsam den Weg zu konstruktiver Abgrenzung und einem Leben in Identität finden können.

Ich habe den Begriff des konstruktiven Widerstandes (vgl. *Günter Ammon* 1981) eingeführt, der eben diese Abgrenzungsversuche gegenüber der symbiotischen Übertragung zum Therapeuten bezeichnet und als Widerstand in der Therapie erscheint. Gerade hier müssen wir dem Patienten helfen, sich zum ersten Mal in seinem Leben abzugrenzen, nein zu sagen und auch seine destruktive Aggression gegen uns zu richten, um ihm überhaupt zu ermöglichen, den risikogeladenen und schweren Weg zu eigener Identität zu finden.

Typisch für die Primärgruppe der schizophren reagierenden Menschen ist eine autistische Wahrnehmung. Viele dieser Patienten haben nie eine wirklichkeitsgerechte Wahrnehmung bestätigt bekommen oder das Umgehen mit der Realität gelernt, so daß sie Kontaktaufnahme schrittweise neu erlernen müssen und das, was man auf dieser Welt alles Interessantes tun kann. Diesen Menschen war in ihrer Kindheit eigene Wahrnehmung verboten, da diese die Familiensymbiose gestört hätte. Diesen Menschen wird später im Leben jede Wahrnehmung, die vom Familiendiktat abweicht, bedrohlich erscheinen, Angst und Verfolgungsgefühle hervorrufen, was letztlich zu einer Störung der gesamten Realitätswahrnehmung führt.

Beim schizophren reagierenden Menschen ist immer die Ich-Funktion der Aggression gestört. Diese Menschen haben nie eine Bestätigung erfahren für konstruktiv aggressive Lebensäußerungen, für Schritte hin zu einem eigenen Lebensentwuf, was einem psychischen Mord gleichkommt. Entsprechend ist die ehemals konstruktive Aggression destruktiv geworden und richtet sich bei diesen Kranken gegen die eigene Psyche, gegen den eigenen Köper und auch gegen das soziale Umfeld.

Diese Störung der Ich-Funktion der Aggression hat ihre Wurzeln in der maßlosen Wut aufgrund von verweigerter sozialenergetischer Zufuhr, Verlassen-worden-Sein und Verweigerung von Identitätsanerkennung.

So kann man als wesentlichen Grundsatz festhalten, daß keine Schizophrenie-Psychotherapie möglich ist ohne Durcharbeitung und Auseinandersetzung mit der destruktiven Aggression. Der Therapeut hat während langer Strecken des therapeutischen Prozesses diese Aggression zu tragen, d.h. sich mit den aggressiven Gefühlen des Patienten auseinaderzusetzen, hinter denen immer große Angst verborgen ist. Diese Angst darf aber nichtsofort angesprochen werden, da dann der Patient verführt wird, seine Aggression zu umgehen und diese dann nicht bearbeitet und eine wiedergutmachene Entwicklung nicht eingeleitet werden kann, da die unbearbeitete Destruktion jeden konstruktiven Schritt wieder zerstören würde.

Die Auseinandersetzung mit der destruktiven Aggression versucht der Patient aufgrund seiner Ängste bewußt und unbewußt zu vermeiden. Bekannt und zu beobachten ist auch die Delegation von Aggressionen besonders in psychotherapeutischen Prozessen, d.h. daß der Patient den Therapeuten oder auch die Mitglieder einer psychotherapeutischen Gruppe immer wieder dazu bringt, statt seiner aggressiv zu werden, oder der Therapeut nach der therapeutischen Sitzung erschöpft und sich geistig und psychisch ausgesaugt fühlend die Sitzung verläßt.

Beim ich-strukturellen Arbeiten ist vom Therapeuten gefordert, sich einer Auseinandersetzung mit der destruktiven Aggression des Patienten zu stellen, sie nicht zu vermeiden oder sich ihr zu entziehen, indem er sich in einer Symbiose mit dem Patienten mit dessen Krankheitspartei verbündet; dies stellt eine Gefahr bei der Psychosen-Therapie dar und kommt häufig vor.

Es besteht dann ein Symbiose zwischen Therapeut und Patient, dem Patienten geht es gut in der Therapie und der Therapeut fühlt sich narzißtisch bestätigt durch den scheinbaren Therapieerfolg, der aber lediglich eine Übertragungsreaktion ist und ohne Auseinandersetzung um die destruktive Aggression den Patienten in seiner inneren Einsamkeit, seinen Todes- und Verlassenheitsängsten und seiner Wut beläßt.

Die destruktive Aggression richtet sich ursprünglich gegen die lebensverbietende frühe Gruppendynamik. Das Kind erfährt dauernd wiederkehrende Verlassenheitssituationen, die es mit Todes- und Vernichtungsängsten erlebt. Diese Ängste treten bei jeder Identitätsaufforderung erneut auf. Diese Dynamik stellen schizophren reagierende Menschen in ihrem Leben immer wieder her, so daß ein Lebenslauf, der durch häufige Kontaktabbrüche gekennzeichnet ist, im Zusammenhang mit anderen Symptomen ein diagnostisches Kriterium für eine schizophrene Reaktion darstellt.

In der Therapie delegieren schizophren reagierende Patienten ihre Angst an den Therapeuten: Sie verbreiten Panik und Konfusion, drohen damit, wegzulaufen oder sich umzubringen. In der Therapie kommt es darauf an, daß die Angst getragen wird im Bewußtsein dessen, daß diese Angst, die der Therapeut dann empfindet, die Angst des Patienten ist, und er dem Patienten hilft, der Angst standzuhalten statt sich zum Mitagieren hinreißen zu lassen. Es ist dann oft wohltuend für den Patienten, wenn der

Therapeut ihm seine Gefühle mitteilt und vermittelt, wie starke Angst der Patient eigentlich haben muß und diese sehr ernst zu nehmen sei. Diese Angst kann dann verstanden werden, sie ist immer eine Todes- und Identitätsangst, die bei jedem weiteren Identitätsschritt in der Therapie eintritt und im Tiefsten eine Angst ist vor der identitätsverbietenden Primärgruppe.

Auch der Narzißmus gehört zu den gestörten Ich-Funktionen des schizophren reagierenden Menschen. Diese Menschen haben nie narzißtische Bestätigung erfahren für selbständige Aktivitäten, sondern dienten der narzißtischen Bestätigung der Familiengruppe. Diese formale Bestätigung und konkrete Wunscherfüllung wird der Patient dann in der Therapie vom Therapeuten fordern. Läßt sich der Therapeut darauf ein, den Patienten entsprechend seinen Forderungen zu bestätigen, all seine Bedürfnisse zu befriedigen, ohne ihn abzugrenzen, wird er erleben müssen, wie die Ansprüche des Patienten ins Unermeßliche wachsen. Auch diese maßlosen Forderungen des Patienten sind als Agieren zu verstehen, als Hilferuf nach einer Grenze, die Orientierung und Integration möglich macht.

Diese Dynamik konnte ich beobachten zwischen einem Ehepaar und dessen südländischem schizophren reagierenden Bekannten. Herr N. kam, um Hilfe zu bekommen vor seinen großen Ängsten, zu der befreundeten Familie und erwartete, sofort Aufnahme in deren Haus und Leben zu erhalten, was ihm auch erfüllt wurde. Ebenso wurde sein Wunsch, in der Mitte des Ehebettes zu schlafen, erfüllt. Die Frau des Hauses hatte sich dazu bringen lassen, sich nur im Haus aufzuhalten und Herrn N., der sich ausschließlich im Bett aufhielt, auf seine Befehle hin mit warmer Milch, Musik und allem anderen, was er sich wünschte, zu versorgen. Der Zustand von Herrn N. verschlechterte sich zusehends, er bekam immer mehr Ängste und Wahnvorstellungen und forderte schließlich, daß auch der Ehemann, der ein Psychiater war, ständig bei ihm zu bleiben habe. Herr N. war ein überbesorgter, mütterlicher und fürsorglicher Mensch, der diesem Freund auch keine Grenzen setzte, sondern die Verwöhnungshaltung fortführte. 15 Tage lang konnte das Ehepaar diesen Terror aushalten, bis es damals völlig erschöpft und verzweifelt Herrn N. zu uns in die Menninger-Klinik brachte.

Dieses Beispiel verdeutlicht auf der Ebene einer vollkommenen Bedürfnisbefriedigung eine symbiotische Verklammerung mit einem schizophren reagierenden Menschen. Das ist zwar immer noch besser, als ihn in Anstaltskleidung zu stecken oder gar in eine Zwangsjacke und ihn in einem krankmachenden Milieu dahindämmern zu lassen. Allerdings kann es kein Mensch leisten, diese enormen narzißtischen Forderungen schizophren reagierender Patienten zu erfüllen. Warnend für jeden möchte ich an dieser Stelle sagen, daß jeder, der so versuchen wird, Schizophrenie-Psychotherapie zu betreiben, dabei untergehen muß.

Die gestörte Ich-Funktion des Narzißmus führt dazu, daß der schizophren Reagierende ständig destruktiv gegen sich bzw. das soziale Umfeld agiert oder in weniger stark psychotischen Phasen kontinuierlich narzißtische Zuwendung fordern wird, die ihn aber immer unbefriedigt sein läßt

und in keiner entsprechenden Korrelation zu dem steht, was echte Anerkennung einbringen könnte. Läßt der Therapeut sich darauf ein, den Patienten nur zu bestätigen, alle Bedürfnisse zu befriedigen, wird er erleben müssen, wie die Ansprüche des Patienten ins Unermeßliche wachsen, einem Faß ohne Boden gleich, und der Patient immer unzufriedener und fordernder wird, bis es zu einem Abbruch der Behandlung kommt.

Andererseits möchte ich an dieser Stelle noch auf den konstruktiven Aspekt dieses destruktiv-narzißtischen Agierens hinweisen: Der Patient schlägt Alarm, seine Hilferufe sind nicht zu überhören. Als Hilferuf sollte dieses Agieren auch verstanden werden, um dann die dahinterliegende Verzweiflung und Existenzangst des Patienten bearbeiten zu können. Nur wenn wir diese Gefühle von Existenzangst und Verzweiflung ernstnehmen und dem Patienten vermitteln, daß wir erkennen, wie sehr er hier Unglaubliches erleidet, können wir seine Bundesgenossenschaft in der Therapie erlangen. Er kann dann unsere therapeutische Zuwendung und Abgrenzung als etwas Stärkendes erleben, als sozialenergetische Zufuhr und dadurch eine gewisse ich-strukturelle Erweiterung erfahren.

Wesentlich für die therapeutische Arbeit mit schwer ich-kranken Patienten überhaupt, besonders aber mit schizophren reagierenden und psychosenahen Patienten, ist die Regulation von Sozialenergie-Zufuhr und narzißtischer Zuwendung und einem damit verbundenen Ernstnehmen. Ich möchte von einem Spektrum sprechen, dessen eine Seite sozailenergetische Auseinandersetzung und dessen andere Seite reine narzißtische, also nur bestätigende Zufuhr bildet. An welcher Stelle dieses Spektrums, d.h. mit welchem Verhältnis von Sozialenergie und narzißtischer Zuwendung der Therapeut in einer bestimmten Situation arbeitet, wird bestimmt durch den empathisch einfühlenden Kontakt vom Therapeuten zum Patienten. Auf dieser Grundlage muß der Therapeut entscheiden, wie sehr sein Patient von Desintegration bedroht ist, wieviel narzißtische Zuwendung er braucht, damit er nicht in einen psychotischen Zustand gerät und wieviel Angst sein Patient aushalten kann in der strukturbildenden sozialenergetischen Auseinandersetzung, die immer auch mit Abgrenzung verbunden ist, denn ohne Abgrenzung ist keine Identitätsentwicklung möglich.

Wird durch die Situation einer narzißtischen Zuwendung und die Übernahme von Ich-Funktionen vom Therapeuten eine psychotische Desintegration des Patienten verhindert, kann dies allerdings nicht als Heilerfolg gewertet werden. Der Patient wird sich zwar bedeutend besser fühlen und der Therapeut narzißtisch bestätigt, wird der Patient dann aber in dieser Phase des therapeutischen Prozesses entlassen, erlebt er durch den abrupten Entzug dieser ständigen Bestätigungssituation und Geborgenheitssituation schwerste Verlassenheitsängste und archaische Wut, so daß er entweder wieder in die Psychose zurückfällt oder, sind die sekundären Ich-Funktionen erhalten geblieben, mit schwerster Charakter-Pathologie und schwerstem destruktivem Agieren gegen den eigenen Arzt, die Gesellschaft oder gegen sich selbst bis hin zum Suizid als schwerstem Widerstand reagieren muß.

Das bekannteste Beispiel eines derart destruktiv agierenden Menschen ist der Fall *Schreber* (vgl. *S. Freud* 1911). Der preußische Landgerichtsdirektor *Schreber,* der mit einer schizophren paranoischen Erkrankung von Prof. *Flechsig* behandelt wurde, veröffentlichte in destruktivem Agieren ein diffamierendes Buch gegen seinen behandelnden Arzt, dessen Erscheinen damals auch auf gerichtlichem Wege nicht gestoppt werden konnte.

Der Patient wandelt sich dann von einem hilflos psychotisch Reagierenden oder einem sich in einem schizophrenen oder manisch-depressivem Zustand befindlichen Menschen zu einem Menschen mit schwerster narzißtisch-paranoisch agierender Charakterstörung.

Letztendlich liegt der Wendepunkt einer gelingenden oder mißlingenden Behandlung in der nachholenden Ich-Entwicklung der Identität, die mehr ist als die Summe der zentralen Ich-Funktionen und verstanden werden muß als geistiges und verantwortungsbewußtes Da- und So-Sein des Menschen in seinen Gruppen und in seiner Gesellschaft.

Eingangs habe ich als weitere Grundstörung beim schizophren Erkrankten die spezifische schizophrene Denkstörung erwähnt. Die schizophrene Denkstörung als diagnostisches Kriterium wurde bisher am intensivsten von den verschiedensten psychiatrischen Schulen untersucht und beschrieben, wobei ich die Kriterien von *Eugen Bleuler* (1911) nach wie vor für die bedeutensten halte. Autistisches Denken ist als Rückzug von der als kränkend erlebten Realität zu verstehen in die Welt eigener Vorstellungen. Der schizophren Reagierende denkt assoziativ, seine Verknüpfungen sind allerdings meist nur ihm selbst verständlich. Er spricht eine eigene Sprache, was mit schizophrenem Code bezeichnet wurde. Diesen Code gilt es zu entschlüsseln, um das Leid des Patienten zu erfassen. Lernt der Patient mit Hilfe des Therapeuten dann selbst sein Leid zu verstehen, beginnt er sich von seinen Wahnvorstellungen abzugrenzen und langsam den Weg aus dem Labyrinth seines Wahnes herauszufinden.

Nach wie vor stellt m.E. die schizophrene Denkstörung ein wichtiges Merkmal in der Diagnostik der schizophrenen Reaktion dar. Das will jedoch nicht sagen, daß der Untersucher die von uns oben angeführten Merkmale des gesamten Persönlichkeitsprofils in der Lebensgeschichte des Patienten vernachlässigen sollte. Die schizophrene Denkstörung als diagnostisches Kriterium sagt wenig über die gesamte Persönlichkeit des Patienten aus und kann deswegen auch keine Hinweise zum Verstehen und zum Krankheits- und Behandlungskonzept geben.

Die die akute schizophrene Erkrankung auslösenden Situationen stehen im Erleben des Patienten in engem Zusammenhang mit der Dynamik seiner Primärgruppe und anderen ihn eng umgebenden Lebensgruppen, die ihm in ständiger Verführung und gleichzeitigem Verbot keine eigene Identität gestatten konnten.

Die primäre gruppendynamische Situation des schizophren Erkrankten ist dadurch gekennzeichnet, daß an ihn unerfüllbare Identitätsanforderungen gestellt werden. Er sollte die vielfachen narzißtischen Bedürfnisse der Mutter,

des Vaters oder anderer Mitglieder der Gruppe befriedigen, d.h. er wurde narzißtisch ausgebeutet anstatt narzißtische Energiezufuhr zu erhalten.

Für die Bedürfnisbefriedigung der Familie wurden Forderungen gestellt in körperlicher, intellektueller und anderer Hinsicht, die der Befriedung der Bedürfnisse der Gruppe dienten und sich zu einer verrücktmachenden Situation für das Kind entwickelten. Das Kind wurde nicht als eigenes Wesen und eigener Mensch angenommen, sondern benutzt als Automat zur Bedürfnisbefriedigung der Gruppe. Der Gruppe ermöglichte das Kind dann Gefühle, Lust, Sicherheit, das Erleben eigener Vollkommenheit, indem es einen perfekten Körper zu haben hatte, intellektuelle oder künstlerische Leistungen vollbrachte und versprach, ein außerordentlicher Mensch zu werden. Auf dem Hintergrund dieser Dynamik ist die psychotische Reaktion im Sinne einer symbiotisch-psychotischen Explosion, einer Sprengung der eigenen identitätsverbietenden Situation in der Gruppe zu verstehen. Der Patient versucht, sich destruktiv-aggressiv aus dem als Gefängnis empfundenen symbiotischen Gehäuse zu befreien. Der schizophren reagierende Mensch befindet sich in einer Situation, aus der es für ihn oft keinen anderen Ausweg gibt, als sich in den Wahn oder andere schizophrene Formen wie u.a. die Katatonie und den Autismus zu stürzen, was zu verstehen ist auf dem Hintergrund des beschriebenen Identitäts- und Abgrenzungsverbotes. Aus diesem Grund ist er gezwungen, in dieser engen symbiotischen Beziehung zu verharren, er kann ohne sie nicht existieren und wäre hilflos seinen archaischen Verlassenheitsgefühlen und der daraus resultierenden Wut ausgeliefert. So lebt er in einer Symbiose entweder mit seinen Eltern, die ihn nicht freigeben wollen, um die pathologische Familienhomöostase nicht zu gefährden, in symbiotischen Partnerbeziehungen oder auch in einer »geistigen Symbiose«.

Zu einer »geistigen Symbiose« kann es bei diesen Menschen im späteren Leben kommen, wenn sie real von den Menschen, zu denen eine solche Beziehung besteht, bereits getrennt sind. In der »geistigen Symbiose« sind zwei Menschen trotz räumlicher Trennung so stark verschmolzen, daß sie miteinander Gedanken, Briefe und Träume austauschen, die nur ihnen verständlich sind und eine besondere Bedeutsamkeit für jeden einzelnen im Leben, Denken und Fühlen haben.

Charakteristisch für diese Mitteilungen ist, daß sie derartig symbolhaft sind, daß sie jede Deutung für den anderen zulassen. Eine »geistige Symbiose« kann bestehen zwischen Eltern oder einem Elternteil und dem Kind, sowie zu Freunden oder Ehepartnern. Wir haben eine derartige Kommunikation durch Verlesen von Briefen, Berichten von Besuchen und Erzählen von Träumen durch symbiotische Denkpartner in der Gruppenpsychotherapie wiederholt miterlebt. Diese Mitteilungen darüber in der therapeutischen Situation waren für diese Patienten wie eine Art Befreiung, sie rangen dann hilfesuchend um Verständnis.

Meine Forschung hat wesentliche schizophren machende Merkmale – oder in die Verrücktheit treibende Aspekte – festgestellt, die in Gruppen vorkommen können und gruppendynamisch interpretierbar sind.

Diese Aspekte beschreiben vor allem Merkmale symbiotischer Beziehungen, die durch ein gleichzeitiges Nebeneinander von engster Bindung und Verlassen gekennzeichnet sind. In ihrer Dynamik beschreiben sie den Symbiosekomplex, den ich als Kern archaischer Ich-Krankheiten überhaupt beschrieben habe (vgl. *Günter Ammon* 1973).

Von besonderer Bedeutung für die kindliche Entwicklung ist die Familiengruppe und deren Dynamik, auch wenn andere Gruppen ebenfalls eine Rolle spielen. Kinder sind von ihren Eltern existentiell abhängig und daher in ihrer ich-strukturellen Entwicklung der Familiengruppendynamik besonders ausgeliefert, beeinflußbar und verletzbar. Jede Familiengruppe hat ihre eigene Dynamik, von der die darin lebenden Kinder abhängig sind und daher in ihrer ich-strukturellen Entwicklung umso schwerer getroffen werden können. Dies gilt vor allem, wenn mehrere von den im Folgenden aufgeführten Aspekten auf das Kind einwirken:

- Verweigerung von Körperkontakt.
- Verweigerung mit dem Kind zu sprechen.
- Dem Kind keine Zeit zu geben.
- Wenn die Atmosphäre in der familiären Gruppe feindselig und gespannt ist.
- Wenn das Kind für die Angst, Wut und Schuldgefühle der Eltern zur Verantwortung gezogen wird.
  Typisch dafür sind Anklagen wie »Du treibst mich in den Tod«. Das Kind wird dadurch zum Sündenbock der Familie gemacht.
- Wenn dem Kind eine ambivalente Haltung entgegengebracht wird. Das geschieht, wenn dem Kind gesagt wird, daß man es liebt, während man es in Wirklichkeit kaum beachtet und sich kaum um es kümmert.
- Wenn dem Kind Kontakte außerhalb der Familie indirekt verboten werden.
- Wenn nur die Wahrnehmung innerhalb der Familienideologie gelten darf.
- Wenn es zu einer weitgehenden Verweigerung kommt, die konstruktiven Lebensschritte des Kindes wahrzunehmen und zu unterstützen.

Ebenso zählen die von den Kommunikationsforschern beschriebenen Phänomene zu diesen Aspekten, wie das Double-bind (*Gregory Bateson*), der Gummizaun (*Lyman C. Wynne*) und das Bestreben, den anderen verrückt zu machen (*Harold F. Searles*).

Gisela Ammon hat aus ihren Direktbeobachtungen derartiger Aspekte, die vereinzelt in Familiengruppen der Psychoanalytischen Kindergärten vorkommen, diese Dynamik differenziert beschrieben (vgl. *Gisela Ammon* 1981).

Entsprechend unseren Erkenntnissen steht die Entwicklung von Ich-Strukturen in gruppendynamischer Abhängigkeit zum sozialen Umfeld. So sprechen wir treffender von der Familiengruppendynamik statt nur von Familie. Ergänzend möchte ich sagen, daß die Familienmitglieder, die diese verrückt machende Situation herstellen, ebenfalls bestimmt wurden durch die in ihrer eigenen Kindheit erlebte Familiendynamik.

Die Bedeutung dieser engen symbiotischen Beziehungen, die auch schwer archaisch ich-kranke Patienten haben und die, auch wenn sie in Form einer »geistigen Symbiose« bestehen, das Leben dieser Menschen oft sehr stark beeinflussen, hat uns dazu geführt, grundsätzlich die Eltern und die aktuellen Lebensgruppen eines Patienten, den wir in unserer Dynamisch-Psychiatrischen Klinik aufnehmen, bereits zu Beginn der Behandlung durch Gespräche und Interviews mit zu untersuchen. Wir versuchen, Kontakt zu den Eltern oder den anderen Beziehungspersonen herzustellen und ihre Unterstützung für die Therapie zu erlangen.

Zu unserer Untersuchungsmethodik bei Beginn der Behandlung gehört in der Regel folgendes:

1. Direktuntersuchung und direkte Auseinandersetzung mit dem Patienten und seiner Familiengruppe durch psychiatrische Interviews und die Aufnahme der Lebens- und Krankheitsgeschichte des Patienten vor der Behandlung.
2. Die Erhebung seiner Sozial-Anamnese durch dynamisch-psychiatrisch ausgebildete Sozialarbeiter, die sowohl das soziale Milieu als auch die aktuellen Lebens- und Arbeitsgruppen des Patienten untersuchen.
3. Die Durchführung von ich-strukturellen und soziometrischen Tests, wie auch herkömmlicher Testverfahren wie Rorschach, TAT, Zeichentest, Intelligenztest etc.

Diese Verfahren der Direktuntersuchung, die Testdurchführung wie auch organmedizinische Untersuchungen begleiten den Verlauf der Behandlung und werden regelmäßig wiederholt, um Veränderungen zu erfassen. Zusätzlich werden während des Behandlungsprozesses routinemäßig Video-Aufnahmen, Fotos, künstlerische und andere Produktionen des Patienten wie Malen, Theater-Spielen, Musizieren, Tanzen, Reiten verglichen und benutzt, um den Stand des Behandlungsprozesses festzustellen. Wesentliche Auskünfte über den Stand der Behandlung erteilen auch ein veränderter Gesichtsausdruck, die Körperhaltung, die Wahl der Kleidung, Schlaf- und Eßgewohnheiten sowie das Verhalten in der Gruppe und der milieutherapeutischen Gemeinschaft, die Lernfähigkeit, die Wahrnehmungs- und Sprachfähigkeit des Patienten.

In der Behandlung schizophren reagierender Patienten kommt es darauf an, die optimale Behandlungskonzeption mit der effizientesten Behandlungsstrategie und -technik immer wieder neu zu entwickeln und entsprechend den Fortschritten und Rückfällen der Patienten innerhalb des therapeutischen Prozesses zu verändern.

Eine bedeutsame Rolle im Behandlungsprozeß spielt die Teambesprechung und Supervisionsgruppe der Klinik unter Leitung des die Behandlung koordinierenden Klinikleiters, in der alle Mitglieder des Teams, wie Psychiater, Milieu-Therapeuten, Gruppen-Psychotherapeuten, Psychoanalytiker, internistische bzw. neurologische Ärzte, Sozialarbeiter und Diplom-Psychologen, dynamisch-psychiatrische Krankenschwestern und -pfleger, Musik-, Theater-, Tanz-, Kunst- und Sport-Therapeuten und Lehrer der Patienten,

teilnehmen. Die Möglichkeiten der Kontrolle der Behandlung werden erweitert durch Direktbeobachtungen von teilnehmenden Beobachtern oder durch unser Zwei-Weg-Spiegel-System durch sogenannte »fremde« Beobachter.

In der Supervisionsgruppe sind die bei den Berichten über die therapeutischen Situationen entstehenden Angst- und Fremdheitsgefühle von Bedeutung, d.h. man wird in der Art des Berichtes und im Verhalten des berichtenden Therapeuten durch unbewußte Identifizierungsprozesse den Patienten wiedererkennen und in der Reaktion des Teams die Gefühle des Therapeuten in der Behandlungssituation erleben. Je mehr psychotisch schizophren der Patient reagiert, um so intensiver wird sich diese Situation während der Supervision, sei es Einzel-, sei es Gruppensupvervision, darstellen.

Die Milieu-Therapie ist an die Stelle der herkömmlichen Arbeits- und Beschäftigungstherapie getreten und ist davon sowohl inhaltlich wie auch von ihrer Funktion im therapeutischen Prozeß her abzugrenzen. Die herkömmliche Arbeits- und Beschäftigungstherapie verfolgt oft keinen anderen Zweck, als den Patienten vor monate- und oft jahrelangem Dahindösen zu bewahren. Milieu-Therapie bedeutet dagegen ein individuelles, für jeden Patienten entsprechend dem Stand seiner Identitätsauseinandersetzung entwickeltes strukturiertes Tagesgeschehen, was sowohl Einzel- und Gruppenpsychotherapie, aber auch andere Aktivitäten, wie Reit-, Musik-, Tanz- und Theatertherapie umfaßt. Jeder Patient hat neben seiner kontinuierlichen bestehenden Therapiegruppe eine Milieu-Gruppe und auch besondere Interessengruppen, in deren Rahmen er den Tag in der Klinik verbringt. Diese verschiedenen Gruppen werden sich immer wieder aus unterschiedlichen Mitpatienten zusammensetzen. So kann eine Milieu-Therapiegruppe Arbeitsprojekte ausführen, in denen sie Dinge erstellt, die zuvor von allen Patienten geplant und dann auch wieder in einer Großgruppensitzung allen übergeben werden. Die Projektleitung selbst liegt in den Händen eines Patienten.

Wesentlicher Ansatzpunkt dynamisch-psychiatrischer Therapie überhaupt, was in besonderem Maße in der Milieu-Therapie zum Tragen kommt, ist die Arbeit mit den konstruktiven Ich-Anteilen. Mit diesen konstruktiven Ich-Anteilen, die es bei jedem Patienten zu finden gilt, muß zunächst das therapeutische Bündnis geschlossen werden, um diese Anteile in der therapeutischen Arbeit zu erweitern und zu vergrößern und in der Auseinandersetzung um die destruktiven Anteile auf eine stabile Basis zu stellen (vgl.*Günter Ammon* 1979b).

Die große Kunst einer gut geleiteten dynamisch-psychiatrischen Klinik, die Schizophrenie-Psychotherapie durchführt, wird immer wieder sein, das gesamte Klinikmilieu entsprechend einem sozialenergetischen Feld zu strukturieren. Dazu gehört die Zusammensetzung der Patientengruppe, aber auch die Auswahl geeigneter Schizophrenie-Therapeuten.

Gewisse Persönlichkeitsanforderungen sind an die Therapeuten zu stellen, besonders die Eigenschaft, sich mit dem Patienten intensiv auseinandersetzen zu können. Der Therapeut muß selber auch ein reiches persön-

liches Leben führen können, das ihm Befriedigung bringt und darf nicht abhängig sein von Bestätigung durch die von ihm durchgeführte Schizophrenie-Therapie, und er darf auf keinen Fall bewußt oder unbewußt sein Leben zu einem Leben in der Therapie machen, wozu schizophren reagierende Patienten nur allzu leicht im Sinne des Widerstandes verführen, wobei die schizophrene Übertragung einen weit größeren Sog zu Gegenübertragungsreaktionen ausübt als die von *Freud* bei der Hysterie beschrieben Widerstandsmechanismen.

Aus diesem Grund sollte der Schizophrenie-Therapeut auch weitgehend frei sein von narzißtischen Störungen und von übertriebenem therapeutischem Ehrgeiz. Im Ehrgeiz eines narzißtisch reagierenden Therapeuten erlebt der Patient die Ansprüchlichkeiten seiner Primärgruppe wieder, fühlt sich als Mensch nicht angenommen, sondern ausgebeutet als Objekt für die Forschung und Karriere des Therapeuten, so daß kein therapeutisches Bündnis zustande kommen kann und ebenso wenig ich-strukturelle Behandlungsergebnisse. Auch sollte der Schizophrenie-Therapeut immer wieder Hilfe bekommen, um nicht in die Gefahr zu geraten, sich mit dem Patienten zu überidentifizieren und dann sogar mit ihm in eine folie à deux zu geraten. Diese Gefahr ist bei der Schizophrenie-Therapie besonders groß aufgrund der spezifischen Übertragung des Patienten.

Die schizophrene Übertragung stellt eine Sonderform der symbiotischen Übertragung dar, die bestimmt ist durch die starken Verschmelzungsbedürfnisse verbunden mit gleichzeitig geradezu tödlich erlebter Kontakt- und Verfolgungsangst des Patienten. So fordert der Patient einerseits die ständige Gegenwart des Therapeuten, empfindet aber diese Gegenwart gleichzeitig als lästig und bedrohlich, er will allein sein, fern von allen Menschen. All diese Äußerungen dürfen nicht konkretistisch verstanden werden, der Therapeut sollte sie als Form der Kommunikation und als Hilferuf erkennen und sollte mit ihnen umzugehen lernen wie mit einer Art schizophrenem Code.

Bei jeder schizophrenen Übertragung werden wir auch stark sexuell destruktive Elemente, wie Elemente von Identitätsdiffusion und paranoischem Größenwahn vorfinden, die ausagiert werden. Es ist als ein Art Gegenübertragung gegen diese schizophrene, oft angstmachende Übertragung zu sehen, wenn der Therapeut ganz konkret vom Patienten fordert, sich vernünftig zu benehmen, einzusehen, daß er wahnhaft ist. Ebenso ist eine hohe Gabe von Psychopharmaka als Angst- und Gegenübertragungsreaktion des Therapeuten zu verstehen, womit er den Kontakt zum Patienten verweigert und abbricht, was oft die therapeutische Beziehung irreparabel zerstört.

Diese Angst des Patienten spiegelt sich im Therapeuten wider und wird als Gegenübertragungsreaktion oftmals als eine Art Milchglas- oder Dementia praecox-Gefühl beschrieben, was dann diagnostisch gewertet wird. Eine erfolgreiche Schizophrenie-Therapie hängt davon ab, ob der Therapeut die spezifische Art der schizophrenen Übertragung erkennt und

annimmt, was ich an anderer Stelle als ein Einsteigen in die Psychose beschrieben habe. In diesem Zustand einer symbiotisch tragenden Übertragungsbeziehung sollte der Therapeut nicht über die Gebühr lange mit dem Patienten verharren, vielleicht einige Sitzungen lang oder auch über einige Wochen. Ebenso bestimmend für eine erfolgreiche Schizophrenie-Therapie ist, daß der Therapeut von Anfang an das Ziel der Therapie im Auge behält, nämlich den Patienten aus seinen symbiotischen Abhängigkeitsfesseln bzw. seiner schizophrenen symbiotischen Übertragung zu befreien und ihm zu eigener Abgrenzung zu verhelfen.

Dies mag manchmal ein langwieriger Prozeß sein, in dem der Therapeut den Patienten über einige Jahre hinweg zu tragen hat, dieser Prozeß sollte jedoch immer dazu führen, daß der Therapeut dem Patienten hilft, sich von ihm zu lösen und zu eigener Identität zu gelangen.

Der Erfolg bzw. Mißerfolg der Schizophrenie-Therapie in einer dynamisch-psychiatrischen Klinik hängt jedoch nicht von einer einzigen therapeutischen Beziehung ab, sondern wird getragen durch das gesamte Team der Klinik, das Milieu, das von sich aus bereits eine zu intensive symbiotische Übertragung auf einen Therapeuten verhindert.

Das spezifische therapeutische Setting ist auch in der Schizophrenie-Psychotherapie zunächst von sekundärer Bedeutung. Wesentlich ist, daß die therapeutische Situation ein sozialenergetisches Feld anbietet, in das mehrere Menschen einbezogen sind. Am wirksamsten wird zwar eine dynamisch-psychiatrische Klinik sein, die in ihrem vieldimensionalen Beziehungsgeflecht das umfassendste therapeutische Milieu bietet, aber auch eine kombinierte ambulante therapeutische Situation wird diesen Kranken helfen können.

Aber auch wir können kein Heilungsversprechen für jeden schizophren reagierenden Patienten geben. Als unverantwortlich und als einen Kunstfehler sehen wir es an, wenn immer noch Massen von Menschen in großen psychiatrischen Anstalten gehalten und so behandelt werden, als wären sie unheilbar krank. Durch oft jahrzehntelanges Gefangengehalten-werden, bei dem man sie aller Menschenrechte beraubt und zu demoralisierten und entmenschlichten Wesen macht, entsteht erst das, was man als Hospitalismus beschreibt. Zu diesem sozialen Hospitalismus tritt dann häufig noch ein psychopharmakologischer, der durch oft jahrzehntelang gegebene Höchstdosen zum Teil irreversible Folgen nach sich zieht.

Selbst wenn es etwas geben sollte,was man als anlagebedingte Kernschizophrenie bezeichnen könnte, würden die davon betroffenen Patienten den geringsten Prozentsatz derer ausmachen, die in Anstalten gefangen gehalten werden, als seien sie unheilbar krank. Aber selbst diesen Kranken könnte ein menschenwürdiges Milieu geschaffen werden, in dem sie sich in ihren Grenzen entwickeln und entfalten könnten, in Wohngemeinschaften, Halb-Weg-Häusern oder in einem speziellen Klinikmilieu.

Diese Menschen, die ich oft als die Schwächsten und Ausgestoßenen unserer Gesellschaft bezeichnet habe, können nicht selbst für ihre Rechte eintreten, so daß wir als Psychiater und in diesem Bereich Tätige die An-

waltschaft für ihre Interessen übernehmen müssen im Sinne einer humanistischeren Gesellschaft.

Ego-structural and Groupdynamic Aspects causing Schizophrenia – Methods for its Treatment

Günter Ammon

In this paper *Günter Ammon* discusses various aspects of the schizophrenic reaction. He is speaking about the schizophrenic reaction which traditional psychiatry called schizophrenia. The author describes phenomenologically acute and latent states of this disease, discusses also the conditions which lead to this kind of illness and develops out of this knowledge a special program for treatment of the schizophrenic reacting patient.

Günter Ammon introduces in the framework of his model of ego-structures something very new – what *Freud* dreamed about - to connect psychology and brain function and localize this in the brain hemisphere. By consideration of the American and Soviet research he connects his ego-structure-model and biological aspects of the human being with the functional asymmetry of the right and the left brain hemispheres. He points out that the structure of the central ego will be located at the right hemisphere and that the functional aspects of the secondary ego take place in the left hemisphere. The author points out a synergism between the right and left hemispheres as well as between the functions of central and secondary ego, conscious and unconscious.

The core of schizophrenic reaction, so he points out, is the experienced groupdynamic, in which the dynamic of the primary group is a most important one. These groupdynamics influence ego-structure, its unconscious and conscious aspects as well as they effect the processes of the physiology of brain hemisphere, because the brain is the unique human organ which is not fully developed at the time of birth.

The early groupdynamics cause the social energetic supply, which every human being needs, which he receives or not from his primary group. In the »hic et nunc« situation of the patient's life we have to look for the point of the outbreak of the illness. A therapeutic milieu is built up in which all kinds of psychotherapy take place, which are necessary for the growth of ego-structure. This is called by *Günter Ammon* the social energetic field.

The author describes the basic assumptions of groupdynamics causing schizophrenic reactions, with regard to the ego-functions of the body-ego, ego-demarcation, aggresssion, anxiety, perception and the ego-functions of thought. It is the rigid network of groupdynamics which causes mental illnesses. The homeostasis of the family group will be supported by the mentally ill patient. The schizophrenic reacting patient can liberate himself out of this so called symbiotic prison by psychosis. His family group can only get feelings of existence itself because the patient fulfills the emptiness – the

so called hole – in the family's ego-structure and groupdynamics. The schizophrenic reacting patient is not allowed to demarcate himself for his own identity, he is not allowed to make experiences of his own in the sense of constructive aggressive experience. He is managed by the law of the family. Everything has to be seen in the light of the family's perception, in order not to disturb the homeostasis of the family. The schizophrenic reacting patient will always be left alone with his needs, he will never be understood for this.This causes his abandoment, anxiety and also his archaic rage. The ego of the schizophrenic reacting patient is also deficient in the spectrum of his central ego-functions, and his secondary ego-functions he could not develop sufficiently. In the state of psychosis the secondary ego-functions of the patient almost break down.

Besides this ego-structure diagnosis – which is seen always on a gliding scale – the author discusses thought-disorders as well as the capacity to suffer pain and the incapacity to dream. Criteria of the patient's life history are taken for diagnosis. His life history is marked by continued break-off of contact.

For the schizophrenic reacting patient the author develops a spectrum of differentiated therapeutic methods, whereby the Dynamic Psychiatric Hospital is considered most important, where the special method of ego-structure therapy can be applied for the development of ego-structures.

Essentials of the treatment are:

1. The structuring and building up of a field where social energy takes place, according to the specific illness of the patient.
2. The therapist relies on the patient's healthy parts of the ego, all therapy is based on this.
3. Working through in the therapy the destructive and deficient parts of the ego, especially the ego-functions of aggression, anxiety, narcissism and perception.
4. To understand the specific schizophrenic transference. The goal will be to demarcate this step by step after working it through.
5. Interviews with the patient's parents, or other members of his group which he lived in, also belong to the therapy.

Günter Ammon considers the therapist's personality also as highly important for the therapeutic process, if this is to be successful:

- he should have the ability to attract the patient's aggression.
- to demarcate himself from the archaic symbiotic transference.
- he should have the capacity to accept the patient's eccentricity, but also understand his deep feelings of suffering.
- not using the patient for his own narcissistic needs.

Although the author does not offer a promise to cure all schizophrenic reacting patients he points out that these suffering patients are mostly treated as if they are incurable. He appeals to all who work in the field of psychiatry to force the demand for a humanistic psychiatry, placed in a more humanistic society.

Literatur

Ammon, Gisela (1979): Präventive Maßnahmen – Psychoanalytische Kindergärten und Psychoanalytische Pädagogik. In: *Ammon, Günter* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)

– (1981): Präventive Kindergartenarbeit – Zur Diagnostik schizophren machender Aspekte in Familiengruppen. In: Dyn. Psychiat. (14) 163–178

Ammon, Günter (1959): Theoretical Aspects of Milieutherapy. The Menninger School of Psychiatry, Topeka, Kansas, USA. (Berlin: Pinel-Publikationen, 1977)

– (1971 a): auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie I. In: Dyn. Psychiat. (4) 9–28

– (1971 b): Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie II. In: Dyn. Psychiat. (4) 123–167

– (1971 c): Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie III.: In: Dyn. Psychiat. (4) 181–201

– (1972 a): Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie IV.: In: Dyn. Psychiat. (5) 81–107

– (1972 b): Verschiedene Ausdrucksformen bei schizophrener Reaktion. In: Jap. Bull. of Art Ther., Tokyo

– (1973): Dynamische Psychiatrie – Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie. (Darmstadt: Luchterhand, München: Neuauflage Kindler, 1980)

– (1978): Das Verständnis eines Entwicklungsdefizits von Ich-Strukturen in Persönlichkeit und umgebender Gruppe als Grundlage für Wissenschaft und Praxis einer Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (12) 120–140

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

– (1979 b): unter Mitarbeit von *Andreas von Wallenberg Pachaly:* Schizophrenie. Ebenda

– (1979 c): unter Mitarbeit von *Gisela Ammon* und *Brigitte Marsen:* Das Borderline-Syndrom und das ich-strukturelle Arbeiten. Ebenda

– (1981): Psychoanalytische Aspekte des Widerstandes. In: *Petzold, H.* (Hrsg.): Die Rolle des Widerstandes in den psychotherapeutischen Schulen

Ammon, Günter; Ammon, Gisela; Griepenstroh, D. (1981): Das Prinzip von Sozialenergie – gleitendes Spektrum und Regulation. In: Dyn. Psychiat (14) 1–15

Bateson, G.; Jackson, D.D.; Haley, J.; Weakland, J.W. (1956): Toward a Theory of Schizophrenia. In: Behavioural science (1) 251–264

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

Burbiel, I.; Vogelbusch, W. (1981): Das Persönlichkeitsmodell nach Günter Ammon in Theorie und Praxis psychometrischer Untersuchungen. In: Dyn. Psychiat. (14) 16–37

Freud, S. (1911): Psychoanalytische Bermerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia paranoides). In: Ges. W. Bd. VIII

– (1938): Abriß der Psychoanalyse. In: Ges. W. Bd. XVII

Gülsdorff, B. (1981): Der Stellenwert der Genetik und Neurotransmitter bei der Schizophrenie. In: Dyn. Psychiat. (14) 38–54

Marsen, B. (1980): Hirn-Hemisphären und Ich-Struktur. In: Dyn. Psychiat. (13) 451–473

Spitz, R.A. (1946): Anaclitic Depression. In: Psychoanalyt. Study Child, 2. Int. Univ. Press, New York

Psychosomatic Illness as a Result of a Deficit in Ego- Structure under Consideration of the Genetic, Dynamic, Structural and Group Dynamic Point of View*

Günter Ammon

Methodology of Research

The methodology of our research was the following: long-term studies with kindergarten (*Gisela Ammon* 1973a, 1973b, 1976); parental groups by means of a recently developed personality profile; direct observation by video tape; life history studies; the use of a questionnaire on psychosomatic and functional complaints and reactions, cf. *Höck* and *Hess* (1975); drawing tests, such as the drawing of a man, a woman, a tree and a house; the family sketched as animals, etc, and particularly studies of the change of psychosomatic symptoms in the course of group psychotherapeutic processes. The diagnostic instruments have been: direct observation by the therapists; interviews by three different researchers; a questionnaire related to the life history with the psychogenetic development; group dynamics of the family; present life situations; history of diseases, etc.. This questionnaire was developed by the author (*Ammon* 1965).

Psychosomatic Illness and Its Relation to the Dynamics of the Primary Group

The role of group dynamics became particularly evident in relation to psychogenetic and psychosomatic symptoms. Within a group of 1.000 patients we found 80% suffering from psychosomatic symptoms of different degrees, from neurotic conversional towards functional and true psychosomatic symptoms.

By comparative studies of family dynamics we found not only a change of symptoms in the course of the personality development in the family, but also the appearance of different reactions in a family group, e.g. a true psychosomatic symptom like skin disease with the patient, depressive reaction by the mother, drug addiction with a sibling, another sibling being more compulsive and socially successful, and a most healthy father. When the patient lost his psychosomatic symptom, the whole homeostatic balance of the family changed. Similar observations on family dynamics were reported through the well-known schizophrenia research by *Jackson; Lidz; Wynne; Batseson* et al. (1969); *Searles* (1966) and others, and on cancer families by *Bahnson* (1978).

* published in: Psychotherapy and Psychosomatics (31) 179–189, 1979

The interesting finding was, that within heterogeneous psychoanalytic groups the group dynamics of the psychosomatic patients, as described above, was reestablished. In my book »Psychoanalysis and psychosomatics« (1974), I have described extensively such group psychotherapeutic processes with psychosomatic patients, as did my co-workers, particularly *Pohl* (1972) and *Volbehr* (1977).

Psychosomatic Illness and Aggression

Of great importance was the role of a disturbed development ot the originally constructive aggression, directed against one's self, and thus leading into psychosomatic reactions of different degrees corresponding with the degree of internalized destruction. Further on we found a shift of internalized destruction into outer directed destructive aggression. We observed, for instance, during the student revolution in the late sixties in West Berlin, in student psychotherapy groups, that during demonstrations they were free of psychosomatic reactions which reoccurred in group psychotherapy as soon as there were, for a certain time, no demonstrations. A similar relationship became apparent between periods of depression and those of outer directed destructive aggression. The relationship between depression and psychosomatic illness I shall describe later on in this paper, within the context of their common ego-structural source.

Objective Measurement of Central Ego-Functions

Together with my co-workers, I have developed a personality profile, based on the analysis of the constructive and pathological parts of the ego-structure, including its primary, i.e. neurophysiological, its central, mainly depth-psychological, and its secondary, mainly socially influenced elements of the ego. We developed a way for quantified and objective cognition of ego-functions as a representation of the personality structure and hence have been able to distinguish the different illnesses with an ego-deficit on a gliding spectrum.

Within this theoretical framework my co-workers *Beck* at al. (1978) developed a rating system for this specific kind of diagnostics. They were already able to rate, with a high significance, the ego-functions of aggression, testing a group of about 50 psychosomatic patients, the same number of patients with destructive behaviour (leading into prison) and 50 control persons. For the scale of aggression they differentiated, as customary in our field, 5 types of aggression.

(1) Constructive aggression, i.e. the ego-function of 'ad-gredi' towards human beings and the world of objects, and the ability to demarcate from the early symbiosis in the primary group, without feelings of guilt and anxiety, aiming at the realization of one's own identity.

(2) Deficient aggression, i.e. a complete inability to experience aggression

(later on in this paper discussed as a mode of directing destructive aggression against the self), compensated by a facade of adaptation to the outer reality.
(3) Openly destructive aggression, i.e. a mutilated and perverted form of getting into contact, manifested by destructive acting out.
(4) The covered destructive aggression which is compensated for by an adaptation facade.
(5) Suppressed aggression, i.e. the inability to handle consciously felt aggression.

Scale	Mean values			Difference between groups[1]		
	control	borderline	psychosomatic	control/ borderline	control/ psychosomatic	psychosomatic/ borderline
Constructive aggression						
$\bar{x}$	3.56	2.46	2.30			
F ratio					14.92	
Significance level, %				1	1	NS
Destructive aggression						
$\bar{x}$	0.98	1.62	0.84			
F ratio					14.75	
Significance level, %				1	NS	1
Deficient aggression						
$\bar{x}$	1.27	5.44	4.46			
F ratio					46.16	
Significance level, %				1	1	NS

1 Duncan test.

Table 1: Analysis of variance

The final result ot their research of item analysis, factor analysis discriminance analysis, revealing a high degree of selection criteria with a significance level of 1%, was the following:
(1) The control group differs significantly from the two other groups concerning the high level of constructive aggression and the low values on both the other scales.
(2) The borderline group differs from the two other groups by significantly higher values on the scale of destructive aggression.
(3) The group of psychosomatic patients differs from the control group by low values in regard to the scale of constructive aggression, by higher values concerning the scale of deficient aggression, and from the group of borderline patients by low values on the scale of destructive aggression towards the outer world.

Various methodological approaches, such as factor analysis, discriminance analysis, item analysis converged to give the same results: three distinct forms of aggression have clearly been differentiated. These issues give empirical support to my ego-structural theory of aggression.

At the beginning of our research, it seemed to us almost impossible to measure the dynamics of the unconscious, which in our research project

meant the measuring of aggression unconsciously directed against the self. With our method, which led us to measure the deficient aggression, we think that we have been able to achieve this purpose indirectly, for the aggression directed unconsciously against the self corresponds with that which in our research project was measured as deficient aggression.

Early Symbiosis, Narcissistic Deficit and the Body-Ego

It is our understanding as described elsewhere (*Ammon* 1971a, 1971b, 1971c, 1972a, 1972b, 1973, 1974, 1975a, 1975b, 1975c, 1977), that psychosomatic illness is finally the result of a narcissistic deficit, a structural deficit of the ego developed in the early mother-child relationship. On the other hand the important super-ego with its destructive, hostile parts plays its main role by conversion-symptom formation on a more or less neurotic level.

The earlier the disturbance of the primary development takes place, the more severe the consequence will be. This becomes obvious when we consider the conditions required to furnish the child with an optimum environment for the formation of basic functions and abilities. During the first period of life, the mother is experienced as a part of the child's own body, the body itself having no clear boundaries as yet, and the child being not yet able to perceive its own functions. Mother and child represent a psychosomatic unit. They live in a dyadic symbiosis. Apart from providing the material basis for existence, it is the task of this symbiosis to guarantee a postnatal climate in which the child, through the close emotional and physical contact with the mother, can become aware of and experience its own needs and body reactions, and will thus gain a feeling for his own body.

This interpersonal situation comprises the primary conditions for the child to experience himself. The archaic feeling of existence that the mother first transmits to the child on the level of tactile and olfactory contact has, already at this stage, a definite and unique 'configuration' (*Lichtenstein* 1961, 1964) which subsists essentially in the experience and the behaviour of the mother towards the child. This specific and unique configuration of 'primal identity' must in my opinion be seen as the forerunner of the ego-boundary which the child, in close physical contact with the mother, gradually builds up. Thus the 'world of the primary cavern' (*Spitz* 1955) is not only a necessary condition for the faculties of the ego and the functional psychic and physical structures; primarily it guarantees the development of the ego-functions in the framework of the psychophysical unit of the human personality.

Therefore the manifestations of psychic and somatic disorders invariably indicate that there are disturbances within the relation to the mother and the surrounding family group. Pathological alterations of the simultaneous psychosomatic development – a term that best describes the dyadic structure of the communication of the primary group – consequently

produce ruptures in the psychosomatic organization of the child's personality. The group aspect is closely related to the understanding of ego and body-ego formation; therefore the forms of early childhood interaction and communication with the closest object, the mother, are essential elements in the theory of ego and body-ego identity. At the same time they are a decisive factor in the understanding of how the psychosomatic symptom originates.

In the following, I would first like to discuss the structural relationship between psychosomatic pathology and primary processes in the history of mother and child. In his earliest stage of development the child depends on the mother's presence as an auxiliary ego, so that by suitable reactions to his needs, she will start to establish his body boundaries. If the mother is not able to fulfil this role, the child can suffer severe damage during this period of first development. By this I mean the narcissistic deficit which will sustain itself throughout the subsequent stages of development. Therefore, within the symbiosis between mother and child the interpersonal processes play a decisive part in the formation of the child's body-ego.

In my work with psychosomatically reacting patients, I have repeatedly observed that during childhood the mothers of these patients had reacted with particular helplessness when it came to active and aggressive reactions. Because of their own inability to direct constructive or even destructive aggression to the outside world, they interpreted any spontaneous lively expression of the child as an offense to their own narcissism. In cases where these children tried alternatively to gain their mother's attention through compensating motor activities, these signals were negated, not recognized and prohibited. The consequences are: immobility, hyperactivity and pathological transformation of the originally constructive aggression into destruction, which the child then directs against his own body. The person reacting psychosomatically says 'no' to his own self. Already in childhood this 'no' appears in the form of organ-pathological reaction and a direct expression of disintegration of the body-ego identity.

It then becomes clear that the development of the basic body functions and the forms of reactions are dependent upon the all-important affective physical communication between mother and child in early symbiosis, during which the child internalizes the mother's attitude and behaviour and, in doing so, shapes a body-ego which permits an initial differentiation between the internal and the external. On the basis of this, only an ego-sensation of bodily existence can arise, and the necessary condition for an active interaction can be instituted. It manifests itself in the development and differentiation of ego-functions. At the same time, the child understands the mother's inability to experience as an anxiety of existential abandonment – frequently in the form of open hostile rejection or simple indifference. This happens especially in cases when the mother, because of

her own particular structure prematurely detaches herself from the child. The child is then forced to develop defence mechanisms – an energy consuming means to re-establish harmony with his mother. For the psychosomatic adult this sudden desertion remains a traumatic experience of early childhood. Subsequently all ego-forces are tied in the attempt to prevent the corresponding anxiety from recurring.

As I have pointed out, there is an ego-structural relationship in regard to the 'whole of the ego', i.e. the narcissistic deficit, within the psychosomatic patient and the anaclitic, narcissistic depressed patient.*

Psychosomatic Illness and Anaclitic Depression

From the psychosomatic point of view, there is an intense interrelationship between the development of anaclitic depression and psychosomatic illness. The infant at first experiences the reality of psychic distance and separation from the mother, a fact which results in a deformation of the central ego-structures. The only bridge of communication for the infant, then, is somatic reaction and somatic disease. Therefore, in the sense of developmental hierarchy, depression is genetically earlier than the somatic trial for compensation. The kind of depression we find in psychosomatically reacting patients corresponds to psychotic depression.

Psychosomatic patients as well as depressive patients are both suffering from a deeply rooted separation anxiety accompanied by distortion of their own emotions and their own self – ego-identity (*Harlander* 1978). Both of them can accept an ego-feeling of self-acceptance and self-existence only in the presence of others. Both of them suffered real loss of mother or mother substitutes, or anxiety for the possibility of a loss – which according to *Bowlby* (1975) is the same. The ego-psychological structure of both groups is almost identical and also exchangeable during the course of psychoanalytic psychotherapy.

There is an impressive similarity between psychosomatic illness and anaclitic depression as far as the capacity of handling the different forms of aggression is concerned. In both of the illnesses the aggression is deficient, which means that it is unconsciously directed against the self. The anaclitic person, too, in an extreme development, directs aggression against himself in the form of self-mutilation or suicide. A third very important similarity between these two illnesses is observed in the deficient ego-function of thinking. We find an impressive use of concrete ways of thinking, blocking as well as the potential for disintegration of thinking and also thoughts concentrated towards the self combined with a loss of interest in the real

* I use the expression 'anaclitic depression' and 'narcissistic depression' as synonyms, as well as I do for the concept of 'self' and 'ego-identity'. The term 'anaclitic' I use in a general sense relative to the loss of a person or the absence of a person to lean on in the patient's earlier life, as originally conseived by *Freud*, however within his libido and drive theory. This understanding, too, must not be confounded with the term as used by *Spitz*.

world. Also in common is the inability to speak, which is an expression of the family's prohibition to communicate personal needs and feelings and which explains the concrete forms of thinking. Further on, persons with these kinds of ego-deficits may only have a feeling of existence as soon as they are suffering.

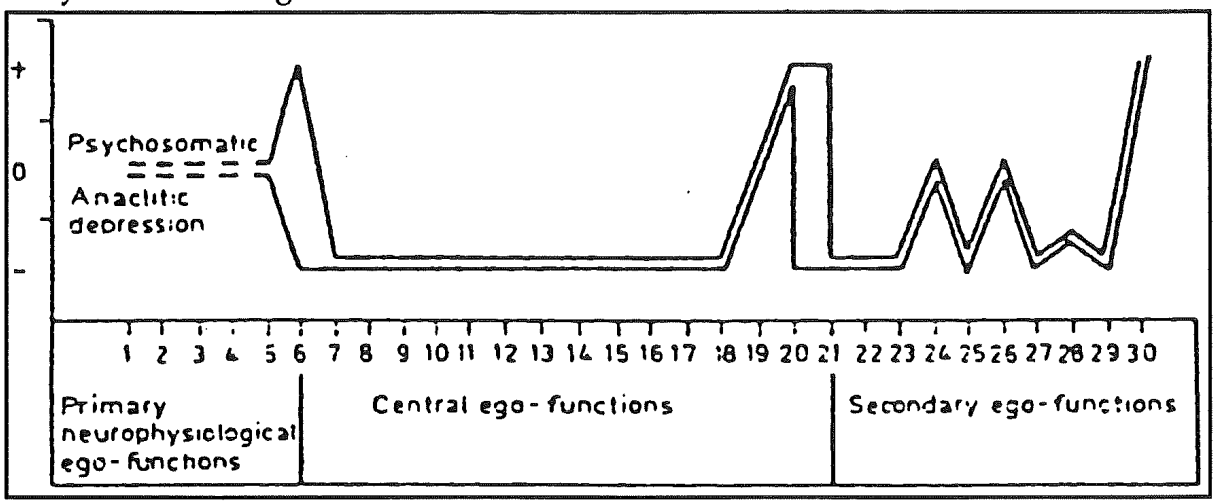


Fig. 1: Hypothetic personality profiles of the psychosomatic and the anaclitic depressed patient. Ego-functions. Primary neurophysiological ego-functions: 1 = motility; 2 = tactile perception; 3 = eye-sight; 4 = hearing; 5 = sense of equilibrium. Central ego-functions: 6 = body-ego; 7 = ego-identity; 8 = ego-autonomy; 9 = ego self-esteem; 10 = anxiety; 11 = constructive aggression; 12 = creativity; 13 = sexuality; 14 = narcissism; 15 = frustration regulation; 16 = ego-regulation; 17 = ego-integration; 18 = capacity of group-living; 19 = ego-demarcation towards the inner world; 20 = ego-demarcation towards the outer world. Secondary ego-functions; 21 = thinking; 22 = memory; 23 = capacity of dreaming; 24 = intelligence; 25 = emotions; 26 = faculty of speech; 27 = imagination; 28 = motility; 29 = repression; 30 = ego-defence mechanisms.

Figure 1 illustrates the similarity of the personality profiles of psychosomatic and anaclitic depressed patients including the primary, central and secondary ego-functions.

Considering the ego-structure and our clinical experiences as well, we must say that the psychosomatic patient has a depressive ego-structure and that the depressive patient has a psychosomatic one. We found a striking deficit within the ego-structures of identity and narcissism in both illnesses. However, a certain difference appears in regard to the body-ego. In both reactions the relationship towards body-ego is impaired, the psychosomatic being characterized by a deficient relationship. The ego-regulation towards the outer world, too, is disturbed, the psychosomatic patient's ego boundaries in regard to the outer world are rigid and closed up, he feels no need for social contacts and is not concerned with any fields of interest. The anaclitic, narcissistic depressed person, on the other hand, has a tremendous need for the presence of others and continously needs a quickly changing stimulation.

In regard to the secondary ego-functions we stated that the one of motility is disturbed in both illnesses, but in different ways. Defence mechanisms are overcompensated, and we find predominantly idolization, projection, denial and rationalization.

As to the damage of the neurophysiological ego-functions we have to admit that they cannot be specified for either of the illnesses. However, disturbances may exist, mainly dating from prenatal life, we are in no position to measure these primary ego-functions with our psychological test methods. This task must be left to neurophysiological research and has not been the subject of this paper.

Die psychosomatische Erkrankung als Ergebnis eines Ich-strukturellen Defizits unter Berücksichtigung des genetischen, dynamischen, strukturellen und gruppendynamischen Gesichtspunktes

Günter Ammon

Der Autor versteht die psychosomatischen Krankheiten als Ich-Krankheiten in Verbindung mit Identitätsstörungen. Das psychosomatische Symptom sichert die Integration der Persönlichkeit und ersetzt die Identität der Patienten, die unter psychosomatischen Symptomen leiden. Diese Pseudo-Identität deckt das narzißtische Defizit zu, das durch Störungen in der Beziehung zwischen Mutter und Kind verursacht wurde. Die Störungen in der Persönlichkeitsstruktur, die durch die pathologische Dynamik der Primärgruppe entstehen, sind im Persönlichkeitsprofil der primären, zentralen und sekundären Ich-Funktionen vorhanden. Die Methodik der wissenschaftlichen Forschung ist die Methode der Beobachtung dynamischer Prozesse in den Gruppen der Kinder, der Eltern und der Patienten. Die Methodik benützt auch Zeichentests und anamnestische Studien über den Symptomwechsel während des therapeutischen Prozesses in Band-Aufzeichnungen. Die Kontrollarbeit mit den Videobändern stellte sich als sehr effizient heraus. Die Videos – im Sinne eines dritten Objekts – konnten Verhaltensweisen und Beziehungen innerhalb der Gruppe sichtbar machen. Die so entstandene Distanz von der emotional sehr gespannten Gruppensituation ermöglicht die intensive Arbeit mit der Übertragung.

Sämtliche Ergebnisse der Untersuchung sind aufeinander bezogen im Ich-strukturellen Persönlichkeitsprofil, das sich als eine exakte Methode für das Verständnis der Struktur des Patienten erweist. Auf diese Weise löst sich der Autor vom alten nosologistischen Konzept der Einheit aller Krankheiten und es gelingt ihm, die therapeutische Strategie für eine nachholende Ich-Entwickluung genauer zu definieren. Der Autor ist besonders interessiert an der Untersuchung der Familiendynamik und betont, daß in deren Verlauf den psychosomatischen Symptomen des Patienten die Funktion der Aufrechterhaltung des homöostatischen Gleichgewichts der Familie zukommt, wodurch es vermieden wird, daß die sogenannten gesunden Familienmitglieder krank werden.

Die Aggression, die in eine gegen die eigene Persönlichkeit des Patienten gerichtete destruktive Aggression verwandelt wird, spielt eine

wichtige Rolle. Aufgrund ihrer eigenen Defizite erleben die Mütter von psychosomatisch reagierenden Patienten jede aggressive und spontane Handlung ihres Kindes als einen Angriff gegen ihre eigenen Wünsche. Diese Ablehnung führt zur Ablehung des psychosomatischen Patienten gegen seine eigene Persönlichkeit. Bereits in der Kindheit findet dieses »Nein« seinen Ausdruck in der Desintegration der Körper-Identität. In diesem Kontext weist der Autor auf der strukturellen Ebene die Beziehung zwischen psychosomatischer und depressiver Krankheit nach, die auf der phänomenologischen Ebene dem Wechsel zwischen depressiven und psychosomatischen Symptomen, oder umgekehrt, entspricht. Der Autor zeigt jedoch, daß psychogenetisch die narzißtische Depression vor ihrer somatischen Kompensation eintritt.

Anschließend setzt sich der Autor auseinander mit der Beziehung zwischen narzißtischer Depression und psychosomatischer Erkrankung, insbesondere im Hinblick auf die defizitäre Ausprägung der Ich-Funktionen des Denkens und der Sprache. Es gibt jedoch Unterschiede bezüglich des Körper-Ichs; die Ich-Regulation zur Außenwelt ist gestört, wenn auch unter verschiedenen Erscheinungsformen.

Hinsichtlich der sekundären Ich-Funktionen findet man überkompensierte Abwehrmechanismen, wobei Idolisierung, Projektion, Verleugnung und Rationalisierung dominieren.

In der Behandlung kommt der Gruppentherapie und der ambulanten Milieutherapie die entscheidende Bedeutung zu, da die Entwicklung der Ich- und der Körper-Ich-Grenzen eng mit dem Gruppengeschehen verbunden sind.

Auf diese Weise kann eine nachholende Ich-Entwicklung erreicht werden im Sinne einer neuen mütterlichen Präsenz, die Hilfs-Ich-Funktionen bietet, so daß gestörte Strukturen und Grenzen verändert und wieder aufgebaut werden können. Nur auf diese Weise ist es möglich, die zentrale Funktion der Identität jenseits der reinen Symptomtherapie so zu behandeln, daß die verinnerlichte Aggression in eine konstruktive Aggression und eine kreative Art des Umgangs mit dem eigenen Leben und dem Leben anderer verwandelt werden kann.

Literature

Ammon, Gisela (1973a): Psychoanalytische Pädagogik (Hamburg: Hoffmann & Campe)
- (1973b): Vorstufen psychosomatischer Erkrankungen. In: Dyn. Psychiat. 11–32
- (1976): Psychodynamische Probleme in einem psychoanalytisch geleiteten Kindergarten. In: *Biermann,* Handbuch der Kinderpsychotherapie (München: Ernst Reinhardt)

Ammon Günter (1965): Fragebogen für die anamnestische Untersuchung (unveröffentlicht)
- (1971a): The psychosomatic symptom in its relation to ego and group dynamics. Proc. 1st Int. Congr. ICPM, Guadalajara
- (1971b): Zum Problem der Soziogenese psychosomatischer Erkrankungen. Diss. Berlin
- (1971c): Bewußtseinserweiternde Drogen in psychoanalytischer Sicht (Berlin: Pinel)
- (1972a): Zur Genese und Struktur psychosomatischer Syndrome unter Berücksichtigung psychoanalytischer Technik. In: Dyn. Psychiat. (5) 223–251

– (1972b): Zur psychoanalytischen Theorie der psychosomatischen Reaktion. Proc. 2nd Int. Congr. ICPM, Amsterdam (Basel: Karger)
– (1973): Psychosomatik. In: *Ammon G.*: Dynamische Psychiatrie (Luchterhand: Darmstadt)
– (1974a): Psychoanalyse und Psychosomatik (Piper: München)
– (1974b): The psychosomatic symptom formation as compensation of an ego-structural deficit, Wld. J. Psychosynthesis 28–30
– (1975a): Analytic group psychotherapy as an instrument for the treatment and research of psychosomatic disorders. In: *Wolberg* and *Aronson:* Group therapy (New York: Statton)
– (1975b): Die Rolle des Körpers in der Psychoanalyse. In: Integr. Ther. 58–76
– (1975c): Psychosomatic group psychotherapy: an instrument for the treatment and research of psychosomatic illness. In: *Antonelli:* Therapy in psychosomatic medicine. Proc. 3rd Int. Congr. ICPM (Rome: Pozzi)
– (1977): Ego-psychological and group dynamic aspects of psychoanalytic group psychotherapy: In: *Wolberg* and *Aronson,* Group therapy (New York: Statton)

Bahnson, C.B. (1978): Psychiatric and family-dynamic factors with patients suffering from serious physical illness. In: Dyn. Psych

Bateson, G. et al. (1969): Schizophrenie und Familie (Frankfurt/M.: Suhrkamp)

Beck, B.; Bott, C.; Rock, W.; Wiehl-Volbehr; A. (1978): Methodische Ansätze zu einer objektivierenden Ich-strukturellen Diagnostik im Rahmen des Ammonschen Ich-Strukturmodells am Beispiel der zentralen Ich-Funktion der Aggression. In: Dyn. Psych. (11) 152–164

Bowlby, J. (1975): Bindungen (München: Kindler)

Harlander, U. ((1978): Der Begriff der Identität nach Günter Ammon. In: Dyn. Psychiat. (11) 141–151

Höck, K. und *Hess, H.* (1975): Der Beschwerdefragebogen (BFG): ein Siebtestverfahren der Neurosendiagnostik für Ärzte und Psychologen (Berlin: Deutscher Verlag der Wissenschaften

Lichtenstein, H. (1961): Identity and sexuality. A study of interrelationship in men. In: J. Am. psychoanal. Ass. 179–260
– (1964): The role of narcissism in the emergency and maintenance of a primary identity. In: Int. J. Psycho-Analysis 49–56

Pohl, J. (1972): Konversion und psychosomatische Symptombildung. In: Dyn. Psychiat. (5) 277–289

Searles, H.F. (1965): Collected papers on schizophrenia and related subjects (London: Hogarth)

Spitz, R. (1955): Die Urhöhle. Zur Genese der Wahrnehmung und ihrer Rolle in der psychoanalytischen Theorie. In: Psyche 641–667

Volbehr, H. (1977): Die Beziehung zwischen psychosomatischer Erkrankung und Borderlinesyndrom. In: Dyn. Psychiat. (10) 253–263

Das Borderline-Syndrom, eine humanstrukturelle Erkrankung: Zur Weiterentwicklung der Ergebnisse des DAP-Borderline-Symposiums 1976*

Günter Ammon

1. *Zur Geschichte des Borderline-Begriffes*

Das Bemühen, das Borderline-Geschehen in seinen vielfältigen Dimensionen zu erfassen, führte uns zu einem vertieften Verständnis der Mehrdimensionalität des Menschen und der Störung einzelner oder verschiedener Dimensionen bei fehlgelaufener Entwicklung, wobei Entwicklung immer sehr viel mit Integration zu tun hat. Die homöostatische Persönlichkeit, um die es auch *Karl Menninger* in seinem Lebenswerk »Leben als Balance« geht, lebt in einem sozialenergetischen, gruppendynamischen Feld; vergleichbar mit dem Bild eines Fisches im Wasser, wobei z.B. das Wasser durch seine besonderen Nährstoffe frisch und dem Fisch dienlich, durch Verschmutzung des Wassers aber auch schädlich sein kann.

Gestatten Sie mir eine kurze Literaturübersicht:

Der Begriff der Borderline-Störung ist zu einem unklaren Sammelbegriff geworden, über den sich viele Autoren seit 100 Jahren Klarheit zu verschaffen suchen. Bereits 1884 schreibt *Hughes*: »Im Grenzgebiet zur Geisteskrankheit leben viele Menschen, die ihr ganzes Leben entlang einer Linie verbringen, manchmal auf der einen Seite, manchmal auf der anderen.« *Rosse* (1890) schreibt, daß diese Patienten leben wie »im Zwielicht von Vernünftigkeit und Verzweiflung«. Um die Jahrhundertwende erschienen im deutschen Schrifttum Werke von *Hoche, Pelman* und *Birnbaum,* die sich mit diesen Grenzzuständen befassen.

Kraepelin schreibt 1903 von einem »Zwischengebiet zwischen krankhaften Zuständen und persönlichen Eigentümlichkeiten«. Diese Linie setzt sich fort in der Typologie von *Ernst Kretschmer* (1921) und *Kurt Schneider* (1926), die den konstitutionellen Aspekt und die Unbehandelbarkeit dieser Erkrankung in den Vordergrund stellen. *Kurt Schneider* beschreibt unseres Erachtens mit dem Begriff »psychopathische Persönlichkeiten« Patienten, die wir heute als Borderline-Patienten bezeichnen würden.

Bei *Franz Alexander* (1939) und *Wilhelm Reich* (1933) werden Borderline-Symptome unter dem Begriff »Charakterneurosen« subsumiert, wobei *Reich* die Charakterneurosen für schwerere Erkrankungen hält als die Neurosen. *Zilboorg* gebraucht 1931 zum ersten Mal den Begriff »borderline case« im Zusammenhang seiner Forschung an schizophren und neurotisch

* veröffentlicht in: Dyn. Psychiat. (22) 1-15, 1989

Erkrankten. In der amerikanischen Psychiatrie wurden verschiedene Konzeptionen der Borderline-Störungen herausgearbeitet. Sie hatten sich – ausgehend von der Anstaltspsychiatrie – unter dem Einfluß führender Persönlichkeiten, wie besonders *Adolf Meyer*, weiterentwickelt und öffneten sich dann dem Einfluß psychoanalytischer Konzepte. Im Zeitraum von 1909 bis 1982 wurden nach einer Untersuchung von *Saß* und *Koehler* (1983) 30 verschiedene Termini und Konzepte im Umfeld des Borderline-Spektrums entwickelt.

Otto Kernberg (1967, 1975, 1976, 1984) beschreibt die Borderline-Erkrankung im Rahmen seines Konzeptes der Borderline-Persönlichkeitsorganisation als Charakterpathologie bei schwerwiegenden Entwicklungsstörungen der Ich-Struktur mit primitiven Abwehrmechanismen und mangelnder Integrationsfähigkeit sich widersprechender Gefühle. Dabei faßt *Kernberg* die Integrationsprozesse als letztlich triebdynamisch reguliert und affektzentriert und Entwicklung als einen intrapsychischen Vorgang, als eine innere Wirkung von biologischen Faktoren auf, wovon meine Konzeption sich grundsätzlich unterscheidet. Ich fasse Integration auf als ein durch sozialenergetische Austauschprozesse bedingtes Geschehen zwischen Individuum und Gruppe, das nicht nur die Gefühle, sondern den ganzen Menschen mit all seinen Humanfunktionen integriert. Ebenso ist Entwicklung in meinem Verständnis ein gruppendynamischer Prozeß an der Grenze zwischen dem einzelnen und der Gruppe.

Fürstenau (1977, 1983) bezieht sich in seinen Arbeiten auf den Begriff der frühen Störung und sieht diese als »strukturelle Ich-Störungen« im Sinne einer Störung bei der Entwicklung des Ichs, wobei das Ich nur ungenügend in der Lage ist, mit realen Anforderungen umzugehen, im Unterschied zu den neurotischen Störungen, die er als in ihren Funktionen konfliktbedingt gestört, als »funktionale Ich-Störung« begreift – bei einer an sich stabil entwickelten Struktur von Ich, Es und Über-Ich.

Das Borderline-Syndrom ist in meinem Verständnis ein eigenständiges Krankheitsbild mit einer spezifischen Persönlichkeitsstruktur, wobei gerade die symptomatologische Vielfältigkeit als besonderes Kennzeichen dieser Struktur zu begreifen ist. In ihrer Krankheitsphänomenologie können diese Symptome oft übergangslos alternieren zwischen psychischen und somatischen Symptomen, Verhaltens- und Kommunikationsstörungen, was das Borderline-Bild aufs erste so wenig greifbar macht. Wenn heute Borderline-Forscher wie z.B. *Seidler* und *Katzberg* vom Institut für Psychotherapie- und Neurosenforschung Berlin/DDR (1988) betonen, daß sie ein Glossar über die Borderline-Symptomatik ausgearbeitet haben mit sehr vielen Ankervariablen, die nach ihren eigenen Worten aber nicht das Wesen des Borderline-Syndroms erfassen, so kann ich ihnen darauf nur antworten, wie ich es kürzlich in einem Brief auch getan habe, daß gerade »diese desintegrierten und schillernden Merkmale in ihrer oft widersprüchlichen Vielfalt zum Wesen des Borderline-Syndroms gehören«.

Das Problem der diagnostischen Einordnung, Erfassung und Abgrenzung des Borderline-Syndroms ist bis heute in der Literatur nicht gelöst.

Verschiedene diagnostische Glossare und Inventare sind auf dem Hintergrund verschiedener theoretischer Konzeptionen entwickelt worden, mit dem Ziel, die Vielfalt der Erscheinungsformen der Borderline-Erkrankten zu erfassen, sie in Subgruppen zu unterscheiden und sie gleichzeitig zu anderen affektiven, narzißtischen Persönlichkeitsstörungen hin abzugrenzen (vgl. *Khouri* et al. 1980; *Gunderson* und *Kolb* 1978; *Perry* und *Klerman* 1980; *Spitzer* und *Endicott* 1979, etc.). Durch eine Untersuchung von *Spitzer, Endicott* und *Gibbon* (1979) wurden die Kriterien für die Borderline-Persönlichkeit im DSM III der APA (1980) entwickelt.

1981 entwickelten *Gunderson, Kolb* und *Austin* auf der Grundlage der bis dahin einschlägigen Borderline-Literatur ein Interview mit einer Reihe spezifischer Diagnosekriterien, ähnlich denen, die ins DSM III aufgenommen wurden. Zu erwähnen sind außerdem das von *Khouri* et al (1980) entwickelte »Symptom Schedule for the Diagnosis of Borderline-Schizophrenia (SSDBS)«, das »Borderline Ego Functions Inventory« von *Perry* und *Klerman* (1980) sowie das oben bereits erwähnte Glossar von *Seidler* und *Katzberg* (1988).

Auch wenn empirische Untersuchungen zur Abgrenzung der Borderline-Patienten von anderen klinischen Vergleichsgruppen (*Sheehy* et al. 1980; *Carpenter* et al. 1977; *Gunderson* 1977) immer wieder zu differentialdiagnostischen Kriterien gelangen und diese Frage in der Literatur einen großen Raum einnimmt, so bleibt doch die große Frage nach dem Abgrenzungsproblem und danach, was das Borderline-Phänomen eigentlich ausmacht, bestehen.

Saß und *Koehler* (1983) stellen in ihrer Arbeit über »Borderline-Syndrom: Grenzgebiet oder Niemandsland« resümierend fest, daß »sich die Forschungsproblematik im Borderline-Bereich heute so dar(stellt), daß vorläufig von einem heterogenen Borderline-Spektrum auszugehen ist, auch wenn die Überprüfung seiner Aufteilung in valide Subgruppen mittels reliabler diagnostischer Kriterien in vollem Gange ist«.

Erwähnen möchte ich in diesem Zusammenhang die Ergebnisse von mir und meinen Mitarbeitern *Köppen, Thome* und *Tiedge* aus dem Schlaf- und Traumlabor unserer Klinik Menterschwaige. Es handelt sich um Untersuchungen an Borderline-Patienten im Vergleich zu Patienten mit schizophrener, depressiver und psychosomatischer Reaktion.

In der amerikanischen Literatur wird die Borderline-Störung als eine spezifische Persönlichkeitsstörung beschrieben und eingegrenzt. Bei dieser Sichtweite bleibt jedoch, wie *Lohmer* (1988) betont, »ein Problem bestehen, auf das schon *Gunderson* (1982) in seinem eigenen Konzept einer Borderline-Persönlichkeitsstörung selbstkritisch hingewiesen hat; die Charakteristika der Borderline-Persönlichkeit weisen in vieler Hinsicht eine Überlappung mit anderen Persönlichkeitstypen, vor allen Dingen der narzißtischen, der antisozialen, der schizotypen- und der hysteroiden Persönlichkeit auf. Damit ist aber eine nur ungenügende differentialdiagnostische Abgrenzung von diesen anderen Persönlichkeitstypen möglich, was sowohl

praktisch-diagnostische als auch theoretische Fragen der Einordnung der Borderline-Störung offenläßt«.

Auch *Davison* und *Neale* (1988) meinen, daß noch viel Forschungsarbeit in bezug auf das Borderline-Syndrom zu leisten ist und die Diagnose der Borderline-Persönlichkeit weiterhin umstritten ist und sich dahinter eine recht heterogene Gruppe verbirgt.

Von meiner Konzeption der Borderline-Erkrankung aus gesehen ist es gerade die Heterogenität, die das Borderline-Syndrom ausmacht. Meines Erachtens spiegelt sich in dieser Heterogenität der Definitionen und theoretischen Konzepte die Borderline-Erkrankung wieder, wobei auch die verschiedenen Ansätze nur bruchstückweise miteinander verbunden sind. Das Wesen der Borderline-Erkrankung kann nur auf dem Hintergrund einer integrierten Vorstellung der Gesamtpersönlichkeit des Menschen verstanden werden.

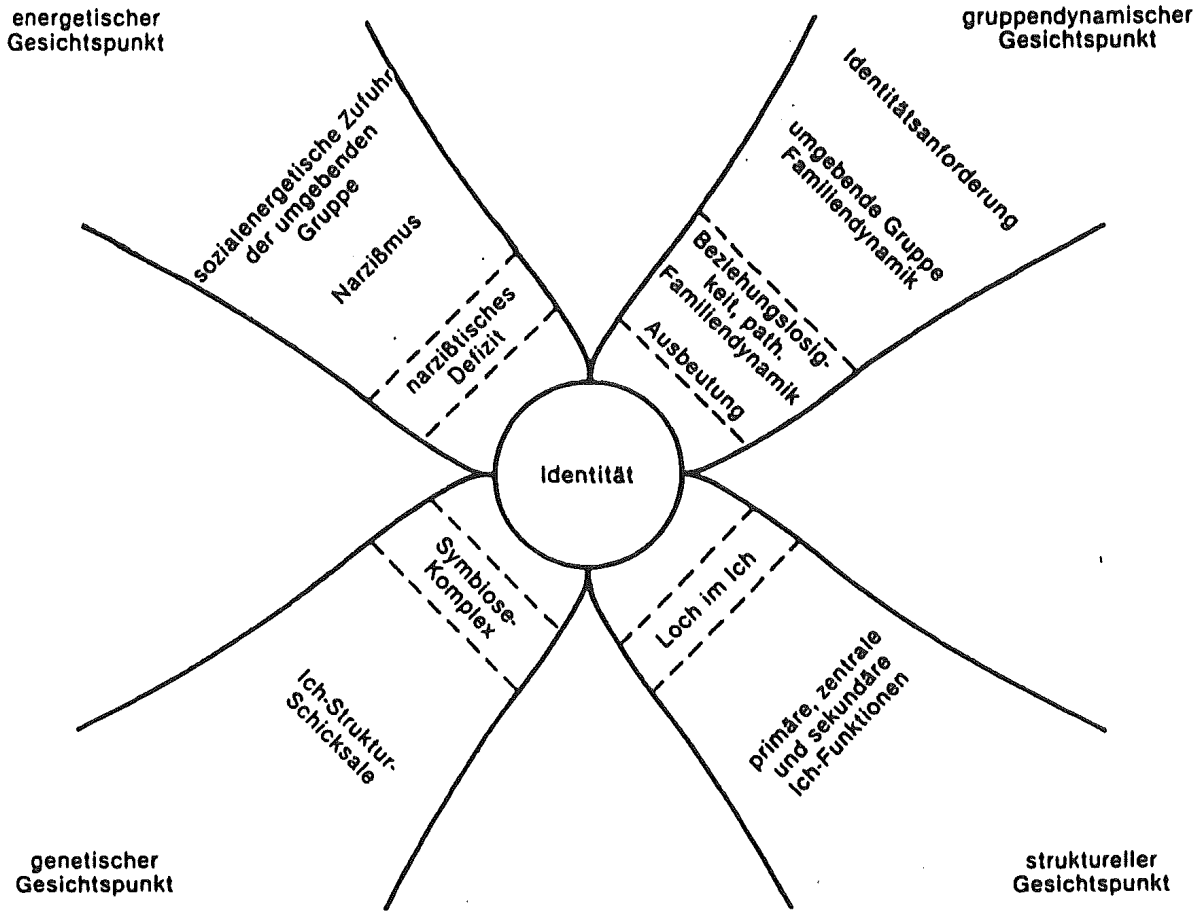
4. *Das Humanstruktur-Konzept des Borderline-Syndroms*

Durch meine nunmehr 30 Jahre lange Beschäftigung mit dem Borderline-Problem habe ich – über die psychoanalytisch Ich-Psychologie von *Rapaport, Hartmann, Kris* und *Löwenstein* sowie *Erikson* hinausgehend – durch die therapeutische Arbeit, der ich auch heute noch mit dem größten Teil meiner Arbeitszeit verbunden bin, mehr und mehr eine spektraltheoretische, sozialenergetisch-gruppendynamische und holistische unitäre Krankheitsvorstellung entwickelt. Diese Erfahrungen haben auch zur Entwicklung des Humanstruktur-Modells geführt, verbunden mit dem Ich-Struktur-Test nach *Ammon* (ISTA) und den Forschungen im Schlaf- und Traumlabor, der diagnostischen Forschung mit dem Autokinetischen Lichttest (AKL), mit dem ich mich bereits 1959 in Topeka vertraut gemacht habe.

So hat sich aus der therapeutischen Arbeit eine theoretische Konzeption entwickelt, beginnend mit dem bereits 1959 vorgestellten Verständnis der Borderline-Erkrankung als einer Ich-Autonomie-Störung, worüber ich auch 1970 auf dem 2. Internationalen Symposium der DAP in Paestum referiert habe. Auf dem Internationalen DAP-Borderline-Symposium in Düsseldorf 1976 habe ich dann zum ersten Mal in dem den Kongreß einleitenden Hauptreferat über »Das Borderline-Syndrom – ein neues Krankheitsbild« referiert. Diese Konzeption habe ich bis heute kontinuierlich mit meinen Mitarbeitern weiterentwickelt. Die wesentlichen strukturellen und dynamischen Grundpositionen habe ich 1979 im ersten Band des Handbuches der Dynamischen Psychiatrie beschrieben. Sie sind bis heute für meine Auffassung von grundlegender Bedeutung.

Grundlegend für meine Betrachtungsweise des Borderline-Syndroms als ein einheitliches Krankheitsbild ist eine Persönlichkeitsauffassung von entwicklungsgeschichtlich gewordenen Strukturen, die wichtig sind, um die pathologischen Faktoren verstehen zu können. Das Humanstruktur-

Modell stellt eine Abstraktion aus vielfältigen genetischen, energetischen, dynamischen und strukturellen Prozessen dar:



Dieses Strukturmodell ist ein Entwicklungsmodell, dessen zentraler Bestandteil durch die Entwicklung von Identität in der Gruppe gegeben ist. Innerhalb der zentralen Human-Funktionen hat die Funktion der Identität eine übergeordnete Bedeutung. Sie entsteht stets an der Grenze von Individuum und Gruppe, also an einem Gegenüber. Identität entwickelt sich im Zusammenwirken mit dem gruppendynamischen Prinzip, das auch als ein energetisches Prinzip zu denken ist. In diesem Sinne integriert und dynamisiert die Identität alle anderen Humanfunktionen.

Dabei haben diese Funktionen entsprechend meiner ganzheitlichen Humanstrukturvorstellung immer eine körperlich-biologisch primäre, eine nicht-bewußte zentrale und eine vorwiegend bewußte sekundäre Verhaltens- und Erlebnisqualität. In Abhängigkeit von der sozialenergetischen Auseinandersetzung des Menschen in seiner umgebenden Gruppe entwickeln sich diese Funktionen entweder konstruktiv, destruktiv oder defizitär.

Die Humanstruktur, als das Geflecht aller miteinander synergistisch verbundenen Humanfunktionen, wird durch Sozialenergie gebildet. Die Entwicklung dieser Struktur vollzieht sich an den Grenzen von Ich, Gruppe und Gesellschaft. Jede lebensgeschichtlich bedeutsame Erfahrung findet dabei ihren Niederschlag in einer Facette der gesamten Struktur. Die Humanstruktur kann so als manifestierte Sozialenergie betrachtet werden und unterliegt lebenslang sozialenergetischen Einflüssen.

Das Borderline-Syndrom verstehe ich im Kontext des gleitenden Spektrums archaischer Ich-Krankheiten. Versteht man die Schizophrenie als eine Erkrankung von Identität und Verhaltens-Ich, die Neurose mit *Freud* als eine Verdrängungserkrankung von Sexualität, mit *Adler* als eine Auseinandersetzung mit dem Minderwertigkeitskomplex eines Menschen – so bezeichne ich das Borderline-Syndrom als eine Erkrankung der Identität, wobei wichtige zentrale Human-Funktionen wie Ich-Abgrenzung, Aggression, Sexualität, Angst und Narzißmus gestört sind. Die integrativen und desintegrativen Prozesse um Angst und Identität stehen im Zentrum der Borderline-Erkrankung und geben ihr Gestalt und Ausmaß sowohl in Richtung Krankheit als auch in Richtung Gesundheit.

Die Störungen im zentralen Humanbereich sind in der Regel abgedeckt durch eine mehr oder weniger intakte Fassade von sekundären Human-Funktionen und Abwehrfunktionen, die das Ich-Struktur-Defizit kompensieren (*Ammon* 1973, 1976). Da Störungen der zentralen Human-Funktion der Identität im Mittelpunkt des Geschehens stehen, entwickelt der Patient das extreme Beispiel einer multiplen Persönlichkeit bzw. wir haben einen Menschen vor uns, der sich oft unmerkbar jeder Situation und jedem Menschen und jeder Gruppe anpassen kann. In der Regel wird der Grenzfallpatient nicht als psychisch krank zu erkennen sein, denn er funktioniert in der Arbeitswelt oft ausgezeichnet, hat jedoch überwiegend Kontakte, die oberflächlich und passager bleiben. Ohne vorgegebene und ich-bezogene Aufgaben ist er hilflos, da er die Welt der Gefühle, das, was er von anderen Menschen erwartet, was er eigentlich will, was er sich unter seinem Da- und So-Sein vorstellt, nicht bewältigt. Er ist immer auf der Flucht vor sich selbst, vor seiner großen Angst, er selbst zu sein, d.h. Identität zu haben, und vor seinem Gefühl der inneren Leere. Häufig zeigt er auch eine ausgeprägte Sucht- und Eßproblematik.

Borderline-Patienten lassen sich phänomenologisch in zwei Gruppen einteilen: die zurückgenommenen, schweigenden und die nach außen gerichteten, agierenden Patienten. Diese klinische Erkenntnis konnte nunmehr durch unsere Effizienzuntersuchung mit dem ISTA und dem MMPI in der Klinik Menterschwaige bestätigt werden. Beide Gruppen können dem Scheine nach gut funktionieren, solange sie durch die umgebende Gruppe narzißtische Zufuhr erhalten. Destruktive Reaktionen erscheinen in dem Augenblick, in welchem von ihnen echte Identität gefordert wird, z.B. bei einer Prüfung. Diese Situationen können als existentielle Bedrohungen erlebt werden. Die nach außen gerichtete Destruktivität unterscheidet den Borderline-Patienten vom Neurotiker. Im Gegensatz zum neurotischen Patienten, der selbst unter seinen Symptomen leidet, leidet beim Borderline-Patienten eher die Umgebung, da er wenig verdrängt.

Die Partnerwahl ist überwiegend narzißtisch im pathologischen Sinne: entweder besteht Beziehungslosigkeit oder die Beziehung ist meist versachlicht und entfremdet, als ganze parasitär. Häufig bricht er Partner- und Arbeitsbeziehungen ab; es kann auch zu plötzlichen Durchbrüchen der Ich-Kontrolle kommen.

Zur Phänomenologie des Borderline-Syndroms gehören in besonderer Weise auch die Denkstörungen: formale Störungen wie das konkretistische Denken, Denkblocks, magisches Denken und projektives Denken; inhaltliche Denkstörungen wie das Zwangsdenken, Wahninhalte, Projektionen, Formen des ideologischen Denkens, woraus auch Idealisierung resultiert.

Wenn wir uns fragen, was all diesen Erscheinungsweisen des Borderline-Patienten gemeinsam ist, dann können wir folgendes feststellen:

1. Alle Borderline-Störungen sind Störungen von Identität und Integration.
2. Alle Störungen sind sozialenergetisch bedingt und betreffen die Abgrenzungsfähigkeit des Borderline-Patienten. Grundlegend ist eine nicht mögliche Regulation der Ich-Abgrenzung zu der eigenen Welt nichtbewußter Phantasien, und er ist nicht in der Lage, sich flexibel von anderen Menschen, Gruppen und Anforderungen, die sich im Zusammenwirken von Menschen ergeben, abzugrenzen.
3. Alle Borderline-Patienten leiden unter dem Symbiosekomplex, d.h. die Störung liegt vor dem dritten Lebensjahr, in der Zeit der für die Identitätsbildung wichtigen Abgrenzung aus der Symbiose. Dies zeigt sich auch daran, daß sie immer wieder symbiotische Partnerbeziehungen herstellen, an denen sie zwar ständig scheitern, andererseits aber ohne Symbiose nicht leben können. Hier ist eine wesentliche Arbeit in der Behandlung zu leisten, worüber ich an vielen Stellen im Laufe der letzten Jahre veröffentlicht habe. »Alle emotionalen Beziehungen wiederholen in mehr oder weniger großer Ausprägung den archaischen Symbiosekonflikt, so daß es dem Borderline-Patienten kaum möglich wird, Beziehungen einzugehen, in denen er sich emotional auseinandersetzen und emotional lernen kann. Der Borderline-Patient trifft eine Scheinlösung dieses archaischen Ambivalenzkonfliktes, indem er ihn durch Ersatzidentitäten bzw. flüchtige Identitäten oder nicht-integrierte Ich-Zustände abwehrt. Als Schauspieler des Lebens wird er in Rollen schlüpfen und eine Als-ob-Persönlichkeit ausbilden.« (*Ammon* 1979).
4. Alle Borderline-Patienten zeigen eine bestimmte Auseinandersetzung mit der Angst. In ihrer konstruktiven Form macht die Angst den Menschen erst zum Menschen, eine alte existentialphilosophische Grundeinstellung zur Angst. Die Fähigkeit zur Angst hat auch einen Identitätsaspekt. Sie bedeutet die Fähigkeit, in sich zu ruhen, einen eigenen Standpunkt zu haben, Dinge an sich herankommen zu lassen, nicht wegzulaufen, ein eigenes Selbstwertgefühl zu besitzen, mit Überzeugung für Dinge einzutreten, sie wichtig zu nehmen, auch Dinge, die außerhalb der täglichen Routine sind. Es ist ein zentraler ethischer Aspekt, Werte zu haben, die in einem ruhen und zu denen man steht.

Der Kern aller Angst des Borderline-Patienten ist eine Todes- und Identitätsangst. Identität zu haben, d.h. sein Leben im eigenen Recht zu leben, in sich selbst zu ruhen, wäre für diese Patienten in ihrem nichtbewußten Erleben nur möglich durch den Tod der nächststehenden Menschen; oder umgekehrt, die Forderung nach Identität wird als Todesgefahr erlebt.

Darüber haben sich Therapeuten mit den sog. »Unerreichten«, wie ich sie an anderer Stelle beschrieben habe und die eine Teilgruppe des Borderline-Spektrums darstellen, auseinanderzusetzen. Diese Menschen sind wegen ihrer stark ausgeprägten Paranoia, ihrer destruktiven Aggression und ihrer tiefen Kontaktangst besonders schwer im nichtbewußten Kern der Persönlichkeit erreichbar. Entsprechend meiner Spektraltheorie gilt dies für alle Borderline-Patienten, jedoch in unterschiedlichem Ausmaß. Wir haben gelernt, daß die Unerreichten dann erreichbar werden können, wenn wir gelernt haben zu verstehen, daß sie Verlassene sind, tief verletzte und mißtrauische Menschen im Zustand einer Depression in Form einer sog. Grundstörung.

Die Pseudo-Identitäten dienen der Abwehr von existentieller Angst, die aus der defizitären Identität resultiert. Von daher ist es verständlich, daß der Borderline-Patient auf geliehene Identitäten lebensnotwendig angewiesen ist. Von seiner Umgebung wird er als angstfrei erlebt, und er selbst fühlt seine Angst nicht. Destruktive und defizitäre Angst wechseln sich ab, was sich z.B. darin zeigt, daß ein Patient sich nachts von Angst überschwemmt fühlt, aber tagsüber keine Angst verspürt, da der durch sekundäres Funktionieren abgesichert ist. Die Vermeidung der Angst ist dafür verantwortlich, daß diese Menschen ein totes Leben führen und dadurch letzten Endes Lebendigkeit und Geistigkeit negieren. Der Borderline-Patient ist von pathologisch-destruktiver Angst beherrscht, d.h. von der Verlassenheitsangst, vor möglichem Heraustreten aus der Symbiose, vor Abgrenzung, vor dem Nein-sagen-Können. Dies ist die Angst vor Identität. Angst befähigt den Menschen, traurig zu sein, mit anderen Menschen mitzufühlen. Als konstruktive Identitätsangst ist sie Träger von Identitätsentwicklung und -erweiterung. Jeder Schritt aus der Symbiose hin zur eigenen Identität ist immer mit Angst verbunden. Häufig verwenden Borderline-Patienten Sexualität und sexuelles Agieren zur Vermeidung von Angst, Einsamkeit und dem Gefühl innerer Leere.

Beim desintegrierten identitätslosen Menschen ist Angst immer eine tiefe Verlassenheitsangst auf der Grundlage früh und real im Leben erfahrenen Verlassenwordenseins. Im Gegensatz zu neurotischen Patienten handelt es sich bei Borderline-Patienten um Menschen, denen in ihrer Kindheit echtes Leid zugefügt wurde, und die eine echte Schädigung der Ich-Entwicklung mit sich tragen.

Wesentlich beim Borderline-Syndrom ist die Angst vor der Angst und das Weglaufen vor der Angst, die Hinwendung zur Lust und zum Amusement. Diese Menschen können nicht alleine sein, laufen vor sich selbst weg, weil sie mit sich selbst nichts anzufangen wissen. Wir können sagen, man soll die Angst durchaus ernst nehmen wie einen gefährlichen fremden Partner, der einem begegnet; man soll die Angst nicht als einen Teil von sich selbst ansehen. Wichtig für den Borderline-Patienten ist die Entwicklung einer Abgrenzungsfähigkeit der Angst gegenüber.

3. *Therapie*

Aus dem bisher Gesagten über die desintegrierte Struktur des Borderline-Patienten wird deutlich, daß es zentral in der therapeutischen Arbeit ist, die Ganzheit der Persönlichkeit des Patienten, seine Begabungen, Interessen und Fähigkeiten, einzubeziehen. Gerade die konstruktiven Ich-Funktionen des Leidenden bedürfen sozialenergetischer Beachtung, dienen als Kontaktbrücke und Identitätsangebote. Hier setzt meine Methodik der sozialenergetischen, humanstrukturellen Arbeit ein, die ich auch als Identitäts-Therapie bezeichnet habe und in der es erforderlich ist, daß der Therapeut sich als ganze Person zur Verfügung stellt.

Die Frage nach der Identität steht im Zentrum therapeutischen Arbeitens mit dem Borderline-Patienten. Dabei geht es nicht in erster Linie um die Beseitigung seiner überwiegend schillernden Symptomatologie, sondern darum, ihn zu sich selbst und zu seiner Umgebung beziehungsfähig zu machen. Humanstrukturell bedeutet dies, ihn in seinem nichtbewußten Persönlichkeitskern zu erreichen, destruktiv und defizitär entwickelte Persönlichkeitsanteile zu einer konstruktiven Identität hin zu entwickeln. Für die Therapie ergibt sich daraus konsequenterweise bei Ignorieren seiner Verhaltenssymptomatik, sich auf die dahinterliegende Angst und Wut des Borderline-Patienten im therapeutischen Kontakt zu konzentrieren. Dies kann durch eine formale Therapie und Interpretation von Übertragung, Widerstand oder Analyse seines Verhaltens oft nicht erreicht werden, d.h. daß man keinen spürbaren Kontakt zu ihm dadurch aufnehmen kann und daß er keine Einsicht entwickeln kann. In der Therapie dieser Patientengruppe haben wir erfolgreich die Gruppenpsychotherapie, aber zentral auch mehr zum nonverbalen Spektrum reichende Methoden, die die Phantasiewelt der Patienten erreichen, eingesetzt, wie besonders die Theatertherapie, Maltherapie, Musiktherapie und die von mir entwickelte humanstrukturelle Tanztherapie, die ich verschiedenenorts beschrieben habe. Darüber hinaus haben wir seit 30 Jahren die Erfahrung gemacht, daß intensive Milieutherapie mit Arbeitsprojekten, die auch von Wichtigkeit für die Patienten sind, oder auch die Reittherapie mit der frühmorgendlichen Arbeit im Pferdestall, von großer Bedeutung sind.

Gerade für den Borderline-Patienten ist dabei essentiell für den Behandlungserfolg, daß diese verschiedenen Behandlungsfacetten im gesamten Behandlungsfeld der Klinik oder in den Instituten über die Kontrollgruppe aller behandelnden Therapeuten und Teammitglieder auf dem theoretischen Hintergrund des ganzheitlichen, mehrdimensionalen und gruppendynamischen Verständnisses vom Menschen und dessen Entwicklung integriert werden. Kennzeichnend in der Therapie mit Borderline-Patienten ist, daß sie lange Zeit nicht ihre eigenen Schwierigkeiten, Destruktionen und Defizite von ihrer Persönlichkeit trennen können. Sie sehen die Krankheit nicht als »Feind«, gegen den sie gemeinsam mit dem Therapeuten und der Gruppe zu Felde ziehen, sondern sie verstehen jede Konfrontation oder

Abgrenzung als Angriff gegen ihre eigene Person. Von daher ist anfangs die Vermeidung von jeglicher Konfrontation auf der konkreten Ebene, mag sie noch so berechtigt erscheinen, wichtig.

Während des gesamten Prozesses ich-strukturellen Arbeitens muß die übermäßig starke destruktive Angst des Borderline-Patienten immer wieder berücksichtigt werden. Wir müssen ihm mit Empathie zu verstehen geben, wie sehr wir seine Angst nachempfinden können. Aber wir müssen mit ihm auch erarbeiten, was ihm so viel Angst macht. Ihm muß geholfen werden, daß er lernt, diese Angst zu ertragen und durchzustehen. Dabei sollte der Therapeut empathisch Bundesgenosse gegen diese Angst werden. Wenn es dem Leidenden gelingt, diese Angst zu ertragen, wird er mehr und mehr Kontakt zu sich selber, zum Therapeuten, zu anderen Menschen und Dingen spüren, und die Angst wird nachlassen.

Gerade das Zulassen der Angst ist häufig Wendepunkt in der gesamten Therapie. Die Menschen werden weicher, sie können sich öffnen, sie müssen nicht mehr feindselig andere Gedanken, andere Wahrnehmungen, generell eine andere Realität als die ihre ablehnen. Die Angst wird jetzt als eine mögliche Qualität menschlicher Begegnungen erfahren, die zum Leben gehört und die nicht verleugnet werden muß. Bei einer Reihe von Therapien wird es dann möglich sein, wachsende Einsicht zu erreichen und paranoische Tendenzen schrittweise abzubauen. Er wird Schritt für Schritt einsehen, daß die destruktive Angst einer falschen Realitätseinstellung und einer Fehlwahrnehmung seiner umgebenden Wirklichkeit entspricht. Das Aufgeben einer privatistischen Realitätswahrnehmung und damit die Angst vor Kontakt mit sich selbst und mit anderen Menschen ist besonders gut und intensiv in gruppentherapeutischen Verfahren behandelbar.

Bei der Gruppenpsychotherapie ist eine Gruppe soweit effizient, wie sie zusammengesetzt ist, d.h. wie der Therapeut und die Patienten miteinander arbeiten können, wobei wir gute Erfahrungen mit diagnostisch möglichst gemischten Gruppen gemacht haben. Bei schweren Formen von destruktivem und defizitärem Narzißmus, Paranoia und Angst ist häufig eine gruppenpsychotherapeutische Behandlung zunächst nicht möglich. Die Angst ist auch immer mit einer übermäßig starken Eifersucht verbunden. Diese Menschen sind nicht in der Lage, den Therapeuten mit anderen Menschen zu teilen. In solchen Fällen muß erst eine aufbauende Einzeltherapie durchgeführt werden einhergehend mit einer wirklichen Kontaktherstellung.

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

Entscheidend in der Behandlung ist immer der Bezug zu dem Hier und Jetzt der humanstrukturellen und gruppendynamischen therapeutischen Auseinandersetzung, d.h. die Beziehungen aus der Vergangenheit oder Gegenwart des Leidenden sind auf die therapeutische Situation zu beziehen.

Das Alpha und Omega meiner Konzeption besteht in der Bedeutsamkeit der Sozialenergie, die sich Menschen zu geben haben, bei der Interdependenz von Ich-Entwicklung und Gruppendynamik. Abschließend möchte ich die Essentials zur Behandlung der Borderline-Patienten darlegen:

1. Der Therapeut muß standhaft an der Seite des Kranken bleiben und ihn über länge Zeiten tragen.
2. Jedes konkretistische Mitagieren mit dem Patienten ist zu vermeiden.
3. Es ist mit dem Patienten mit einer Bildersprache umzugehen. Die frühe archaische Bilderwelt des Patienten wird angenommen zusammen mit der von ihm angebotenen symbiotischen Übertragung
4. Umkreisung des Patienten durch das therapeutische Milieu.
5. Aufhebung der Persönlichkeitsspaltung durch Verständnis der existentiellen Angst vor Kontakt und Identität.
6. Behandlung der depressiven Phase, die bei Bearbeitung der narzißtischen Problematik auftritt, die die Situation des Urnarzißmus wieder herstellt.
7. Die Behandlung wird immer risikoreich sein und auch scheitern können. Dieses Risiko muß der Therapeut jedoch auf sich nehmen.
8. Es kommt darauf an, die integrativen Kräfte des Ichs zu stärken, wodurch alle zentralen Human-Funktionen wie Ich-Abgrenzung, Aggression, Angst, Körper-Ich, Gruppenfähigkeit, Kontaktfähigkeit und Kreativität koordiniert werden. Diese Koordinierung nennen wir Identität. In diesem Sinne ist die therapeutische Aufgabe Identitätstherapie und Humanisierungstherapie, d.h. der sich selbst entfremdete Mensch wird wieder kontaktfähig und offen zu sich selbst und anderen Menschen und Gruppen, letztendlich zur Gesellschaft.
9. Ein bedeutender Aspekt ist auch die Unerreichbarkeit des Therapeuten durch diese Patienten. Erst wenn der Therapeut betroffen ist durch diese Patienten und ihr Tun, kann er sicher sein, daß er als ein von ihnen Erreichter auch sie erreicht hat.
10. Die Grundphilosophie unserer Arbeit ist eine partnerschaftliche Haltung bei Einhaltung der notwendigen therapeutischen Distanz den Patienten gegenüber und der Einsatz der vollen Person und auch des Zeigens von Identität und Gefühlen des therapeutischen Teams mit Auseinandersetzungsfähigkeit. Gerade was die Arbeit mit Borderline-Patientengruppen angeht, könnte man an *Simmel, Makarenko, Aichhorn* und auch an *Benedek* denken. Wichtig ist die Persönlichkeit des Therapeuten, er sollte die Bereitschaft haben, sich selber in Frage zu stellen, sollte selbst kontaktfähig sein, Güte und Wärme besitzen, vorurteilsfrei sein gegenüber menschlichen Absurditäten, seine eigenen Stärken und Schwächen

kennen und die Fähigkeit zur Fürsorge für andere Menschen besitzen. Er sollte in der Lage sein, Standpunkt und Identität zu vertreten, auch wenn dies unbequem ist, sowohl den Patienten als auch dem Team gegenüber. Dies ist besonders wichtig bei der Auseinandersetzung mit dem destruktiven Aggressionspotential der Patienten und ihrer Fähigkeit zur Provokation und Kränkung. Eine wichtige Qualität des Therapeuten ist außerdem: er muß verspielt sein, »playfulness« besitzen, frei sein von moralischen Dogmen und frei von psychiatrischem Kategoriendenken.

Übergreifend und zusammenfassend gesehen geht es darum, dem multidimensional gestörten Borderline-Patienten ein milieutherapeutisches, gruppendynamisches, sozialenergetisches Feld zu schaffen, in dem verschiedene Gruppen und Tätigkeitsdimensionen koordiniert werden und eine Integration des Behandlungsprozesses durch die unterschiedlich arbeitenden Therapeuten gewährleistet ist. Gerade bei Borderline-Patienten kommt es darauf an, ihnen Schritt für Schritt mehr Vertrauen und Verantwortung zu geben, wofür sich ein therapeutisches Milieu anbietet. Wir haben dafür erweiterte therapeutische Möglichkeiten durch tagestherapeutische Zentren, auch im Ausland, geschaffen, in denen Patienten aus den therapeutischen Praxen, aus unserer Klinik Menterschwaige in Gruppen oder einzeln eine Intensivtherapie erhalten, die oft die Wende (»turning point«) im therapeutischen Prozeß bedeutet.

The Borderline-Syndrom – A Humanstructural Illness: On the Further Development of the Results of the DAP-Symposium 1976

Günter Ammon

Already in 1976 *Günter Ammon* has developed the borderline syndrome as an own specific clinical picture and has ascribed an essential rank to it within the group of archaic ego-illnesses. In a further development of the humanstructural understanding of the borderline illness, *Ammon* deals in the present paper in particular with the specificity of the personality structure, diagnostics and treatment.

He discusses in detail the different approaches in research literature, from *Kraeplin* und *Wilhelm Reich* to *Kernberg* and *Fürstenau* and the problems of the diagnostic classification according to *Davison* and *Neale, Khouri, Gunderson* and *Kolb, Spitzer* and *Endicott* and others.

In particular, the symptomatological multiplicity constitutes in *Ammon's* unterstanding the specific feature of this group of patients. The change between psychic, somatic, behavioral and communication disturbances presents great difficulties to the hitherto existing diagnostic manuals and theoretical concepts. But just this fact reflects the disruption of the borderline syndrome.

Ammon's main concern is therefore the holistic, comprehensive apprehension of the illness and to consider it from the perspective of an integrated model of the entire personality of man: the human-structure model, which *Ammon* has developed within the course of this thirty-year-long occupation with the borderline syndrome, is the basis for the understanding of human personality, in its healthy as well as in its pathological parts.

The borderline personality is expressed through a so-called intact facade of the secondary human-functions (the conscious personality structure of the behavior), whereas in the area of the central human-functions (the non-conscious personality structure) all human-functions are disturbed in their destructive as well as in the deficient manifestations. The central and decisive disturbance of this illness lies in the disturbance of the identity and in the weakness of its integration. The patient expresses this structure through a permanent fleeing from himself, through passing, superficial personal contacts and inner void, although he may function well in his behavioral area, for example at work. Often break-offs of partner and working relationships occur with these patients and sudden break-downs of ego-control. Identity demands are experienced as existential threats and can lead to a complete break-down of his facade (of central importance is thereby the narcissistic aspect of the borderline syndrome).

The author divides the borderline patients with regard to phenomenology into two sub-groups, namely the more silent, reserved, withdrawn patients and the group acting out to the outside. All borderline-patients have in common an archaic symbiosis complex (i.e. the disturbance happened before the third year of life in the time of the demarcation from the symbiosis, being of vital importance for the identity formation), a disturbance of the demarcation ability, of anxiety, which is established in an identity and abandonment anxiety connected with the inability to be alone, and a disturbance of aggression, going together with specific thinking disturbances. In many cases we have also an addiction or an eating disorder.

The author mentions in this connection the group of the so-called unreached, whom he sees as a sub-group of the borderline spectrum and who are only to reach with great difficulties in therapy because of their strong destructive aggression, their immense contact anxiety and their paranoia. The chameleonlike change of identities serves for the defense of their anxiety (the »fear of the fear«) to show an own standpoint and an own identity.

Within his concept of spectral theory *Ammon* sees the borderline syndrome in its different manifestations on a gliding spectrum.

In therapy the central concern is not the abolishment of the irridescent, changing symptomatology, but the work with the non-conscious personality core. Of crucial significance thereby it is to reach the fear and anger of the borderline-patient and to help him to develop a relationship to himself and to his fellow men, to form an own standpoint and to develop his identity. In this context the behavioral area should play a minor role.

The therapeutic spectrum ranges from non-verbal methods like theatre-, painting-, riding-, music- and dance therapy to milieu therapy, group and individual therapy. It is essential within the therapeutic process that all methods of therapy are focussed and integrated through a common holistic, group-dynamic and social-energetic understanding of the development of the patient, by means of integrating team and supervision work.

The difficulty in the therapy of the borderline-patients lies in the excessive destructive anxiety. If it is reached and adequately understood, this can be the turning-point of the whole development. Furthermore the author regards as main problems of the therapeutic work with borderline-patients the destructive and deficient narcissism, the paranoia, the jealousy, and the deficient and destructive aggression accompanying it.

It is of great importance for the therapist to avoid any concretistic co-acting, to use a pictorial language as therapeutic agent, to include the whole therapeutic milieu, to understand the contact and identity anxiety and to work it through and – at the core – to work for the integration of all central human-functions on the way to an own identity.

Literatur bei der Redaktion

Neurose und Schizophrenie – Theoretische und klinische Erfahrungen und Konsequenzen*

Günter Ammon

Der Kongreß steht in dem Bemühen unserer Schule, Psychoanalyse, Psychologie und Psychiatrie und damit auch die von diesen Wissenschaften vertretenen Krankheitskategorien der Neurose und der Schizophrenie miteinander in Beziehung zu bringen. Bei der Hinwendung zur Schizophrenieforschung und -therapie war für mich *Paul Federns* Werk über »Ich-Psychologie und die Psychosen« von grundlegender Bedeutung. Ich hatte bereits vor meiner Tätigkeit in den USA an der Menninger Foundation erfolgreich die Behandlung der Juanita abgeschlossen und während meiner Amerikazeit 1957 auf einem internationalen Psychologen-Kongreß in Mexiko-City zur Diskussion gestellt. Die theoretische Grundlage meines damaligen Denkens und Handelns gab *Paul Federns* Ich-Abgrenzungs-Konzept wie auch besonders seine Ich-energetische Konzeption der sog. Ego cathexis und sein Konzept der beweglichen Ich-Grenze. Auch *Federns* Entwicklung eines sog. Ich-Gefühls mit kontinuierlichen psychischen Erlebnis-Einheiten fand ich hilfreich bei der Psychosentherapie. Von der Objektschule ausgehend, die mein Denken – insbesondere durch meine zweite Analyse in Amerika bei *Isaac Ramsay* – beeinflußte, beschäftigte ich mich dann auch mit den Gruppendynamiken verinnerlichter Objekt- und Gruppenbeziehungen. Desweiteren kam ich während meiner langen Jahre an der Menninger-Foundation über *v. Bertalanffy* und *Karl Menninger* mit dem systemtheoretischen Denken in Berührung, das besonders *Karl Menninger* in die psychiatrisch-psychoanalytische Arbeit eingeführt hatte.

Die von mir und meinen Mitarbeitern nach meiner Rückkehr aus den USA weiterentwickelte humanstrukturelle Psychoanalyse (Humanstrukturologie) hat sich im Laufe der Jahre von der *Freud*ianischen Libidotheorie getrennt und setzt an ihre Stelle das Konzept der Sozialenergie, d.h. der Mensch ist kein Triebwesen, sondern ein Sozialwesen. Sozialenergie als psychische Energie sehe ich immer in Abhängigkeit von zwischenmenschlichen und gruppendynamischen Bezügen, von der Umwelt des Menschen und gesellschaftlichen Faktoren. Sozialenergie haben heißt nichts anderes, als Verständnis zu entwickeln, Interesse zu haben am anderen und der Gruppe, sich mit einem anderen auseinanderzusetzen und den anderen Menschen ernstzunehmen mit seinen Freuden, Leistungen, Interessen, aber auch mit seinen Sorgen und Schwierigkeiten. Sozialenergie entsteht durch Kontakt, durch Forderungen an die Identität, durch Aufforderung zur Tätigkeit und zur Aufgabe. Menschen, die zu wenig gefordert werden, sind verlassene

* veröffentlicht in: Dyn. Psychiat. (25) 147 - 164, 1992

Menschen mit Sozialenergie-Defiziten. Sozialenergie dient dem Ich-(Human-) Struktur-Aufbau und der Entwicklung der einzelnen Ich-(Human-)Funktionen. Die Humanstruktur kann sozusagen als manifestierte Sozialenergie betrachtet werden und unterliegt lebenslang sozialenergetischen Einflüssen.

Dabei wird das Strukturmodell der orthodoxen Psychoanalyse wie auch das der Ich-Psychologie, das in seiner Begrifflichkeit von Ich, Es und Über-Ich einen hypothetischen Charakter hat, zugunsten eines Strukturmodells aufgegeben, das versucht, die Ausbildung und Interdependenz der Ich-Funktionen als Spiegel einer internalisierten Gruppenerfahrung zu verstehen und in der Interaktion mit dem Therapeuten und der therapeutischen Gruppe gezielt zu beeinflussen. Unter Struktur verstehen wir die gesamte Persönlichkeitsstruktur des Menschen, wo sie zur Identität der Gesamtpersönlichkeit wird. Wir unterscheiden hierbei auch die Großstrukturen des zentralen und unbewußten Ichs, wie die Struktur des sekundären Verhaltens-Ichs und des primären biologischen Ichs. Unser Strukturbegriff ist ein dynamischer; die Strukturen sind in ständiger Entwicklung und Beziehung untereinander und formen Substrukturen, z.B. die Identität, in die alle Funktionen in dynamischer Beziehung einfließen. In dieser Hinsicht sind wir in der Lage, die Strukturen in psychotherapeutischen Prozessen durchaus zu beeinflussen und zu verändern.

Im Verständnis der Dynamischen Psychiatrie mit ihrer Humanstrukturologie hat die Schizophrenie-Erkrankung ihre Wurzeln in einer nichtgelungenen Abgrenzung aus der frühkindlichen, präödipalen Symbiose mit der sozialenergetischen, gruppendynamischen Gestörtheit innerhalb der Primärgruppe und in entwicklungsstörenden Einflüssen auf die Primärgruppe durch ihr umgebendes sozialenergetisches und gruppendynamisches Milieufeld. Dies führt zu einer Arretierung der psychischen Persönlichkeitsentwicklung, einem realen Defekt, zu einem »Loch im Ich« in der Humanstruktur (Persönlichkeitsstruktur) im Sinne einer mehr oder weniger stark ausgeprägten Desintegriertheit der Humanstruktur, die durch Symptome abgewehrt werden soll. Die hier entstandenen Schädigungen der Humanstruktur führen zu schweren Störungen in der weiteren psychischen Entwicklung des Menschen, d.h. es kann dann später auch zu keiner adäquanten Bewältigung des Ödipuskomplex kommen.

Im Unterschied zur Schizophrenie handelt es sich bei der Neurose nicht um eine reale Strukturschädigung der Persönlichkeit, sondern um eine graduelle Beeinträchtigung der psychischen Funktionen. In der Neurose kann das Symptom als Ausdruck intra- und interpsychischer Konflikte verstanden werden, die durch Verdrängung teilweise unbewußt geworden sind. So nützlich das Konstrukt der Verdrängung zweifellos ist, so bedeutsam ist nach unserer Auffassung auch das Prinzip der Abgrenzung nach innen und außen für die Neurose. Der Neurotiker ist unvollständig nach innen abgegrenzt und gut reguliert nach außen. Er hat eine Regulationsschwäche nach innen, was dann zur Produktion von neurotischen Sympto-

men führt. Der Abwehrvorgang der sog. Verdrängung, der bei neurotischen Störungen immer ein unvollständiger sein muß, entspricht strukturell gesehen einer unvollständigen Ich-Abgrenzung nach innen, einem Vorgang, den *Müller-Braunschweig* mit dem Konstrukt eines »unvollständigen Bewußtseinsentzuges eines Konfliktgeschehens« bezeichnete, während *Schultz-Hencke* das Bild von sog. »Sprengstücken« – nämlich den Symptomen eines neurotischen Konfliktes – benützte. Abwehrvorgänge verstehen wir allgemein als innerpsychische und gruppendynamische Prozesse mit dem Ziel, die Homöostase des ganzheitlich strukturierten Humansystems des Menschen vorübergehend oder längerdauernd wiederherzustellen. Alle pathologischen Abwehrprozesse - die Abwehr hat, wie wir wissen, auch eine konstruktive Funktion – sind Ausdruck einer pathologischen, d.h. funktional oder strukturell geschädigten Humanstruktur. Insofern sind alle Abwehrmechanismen eine Funktion der spezifischen Struktur des Menschen und Ausdruck spezifischer Funktions- bzw. Strukturschädigungen. Bei der Neurose ist wegen der nur teilweise gelungenen bzw. bruchstückhaft gelungenen Entwicklung der Ich-Funktionen, der Ich-Abgrenzung nach innen, entsprechend auch die Verdrängungsfähigkeit gestört. Diese unbewältige Konfliktdynamik führt nach unserer Auffassung dazu, daß die an sich weitgehend integrierte und funktionsfähige Persönlichkeit in ihrem Erleben und Verhalten in Teilbereichen gestört und behindert wird.

Battegay spricht hier bei der Schizophrenie im Unterschied zu den neurotischen Entwicklungen von einem »fragmentarischen Ich« bei mangelnd ausgebildeten Abwehrmechanismen. Ebenso wie die Borderline-Patienten neigen die schizophren erkrankten Menschen zu projektiven Identifikationen, Spaltungsmechanismen im Sinne eines »Splittings« in »gut« und »böse«, und zu Impulsausbrüchen. *Battegay* grenzt hierzu noch die narzißtischen Persönlichkeitstörungen ab, die er wegen ihrer neurotischen Dynamik auch »narzißtische Neurosen« nennt, und unterscheidet diese von den Übertragungsneurosen. Bei den narzißtischen Neurosen könne man einen »Mangel im Selbst« beobachten, im Unterschied zu den Übertragungsneurosen, die er im Sinne von *Kohut* als die Abwehrneurosen bezeichnet, »bei denen die Betroffenen infolge frühkindlicher Konflikterfahrung immer dazu tendieren, ihnen neu Begegnende nach vergangenen Bezugspersonen einzuschätzen«. Bei den narzißtischen Neurosen ist »das Selbst inkonsistent«; ferner unterscheiden sie sich von den Übertragungsneurosen »durch den Umstand, daß am Ursprung der Fehlentwicklung eine Mangelerfahrung und kein Konflikterleben steht« (*Battegay* 1985).

Unsere Schule der Dynamischen Psychiatrie vertritt seit vielen Jahren die Auffassung vom gleitenden Spektrum der Genese, Struktur und Dynamik psychischer Erkrankung. Dieses Denken, das die Neurose, Borderline-Erkrankung, Psychosomatik, Sucht, sexuelle Destruktion und die Psychosen auf einem gleitenden Spektrum angesiedelt sieht, beinhaltet ein grundsätzlich prozeßhaftes Verständnis von Gesund- und Kranksein. So beobachten wir immer wieder, daß sich die Patienten während eines Behand-

lungsprozesses von einem Krankheitsspektrum mehr und mehr in Richtung auf ein anderes, gesünderes Spektrum hin entwickeln. Krankheit ist nach Auffassung der Humanstrukturologie also keine Kategorie, sondern eine dynamische und prozessuale Größe. Neurose und Schizophrenie können so gesehen als zwei dynamisch zueinander gehörende Pole auf dem gleitenden Spektrum zwischen Integration und Desintegration begriffen werden.

Daraus ergeben sich wichtige behandlungsmethodische Konsequenzen, insbesondere für die psychotherapeutische Bewältigung der schizophrenen Erkrankung. In dem Maße, wie der schizophrene Patient in einer gelungenen nachholenden Identitätstherapie – die immer einen Prozeß der Abgrenzung nach innen und außen darstellt (*Paul Federn*) – lernt, sich aus der frühkindlichen Abhängigkeitsdynamik zu befreien und mit sich selbst und der ihn umgebenden Gruppe in Auseinandersetzung zu treten, in dem Maße kann er auch in die Rivalitäts- und Eifersuchtsdynamik des dann zu bewältigenden Ödipuskomplexes eintreten. Nach jahrzehntelanger Erfahrung glauben wir heute postulieren zu müssen, daß eine Schizophreniepsychotherapie erst dann erfolgreich abgeschlossen werden kann, wenn auch der Ödipuskomplex mit dem Patienten und dessen Familie durchgearbeitet ist.

Gestatten Sie mir zunächst auf die Genese, Struktur und Symptomfunktion der schizophrenen Persönlichkeitserkrankung im Unterschied zur neurotischen Erkrankung einzugehen, um dann auf die Konsequenzen, die sich hieraus für die Therapie ergeben, zu sprechen zu kommen. Dabei ist die Arbeit so angelegt, daß ich die Unterschiede zwischen Neurose und Schizophrenie ausgehend von dem Schizophreniemodell und der Schizophreniebehandlung darstelle und nicht im einzelnen auf die Genese und Therapie der Neurose eingehe, da ich von Kenntnissen hierüber beim Leser ausgehe.

Die schizophrene Erkrankung ist unserer Erfahrung nach eine in der frühen Kindheit im Rahmen der präödipalen Symbiose von Mutter, Familiengruppe und Kind erfolgte Arretierung der Identitätsentwicklung, die dazu führte, daß das Kind im Aufbau seiner Ich-Grenzen und in der Entfaltung seiner Humanfunktionen weder von der Mutter noch von der umgebenden Gruppe unterstützt wurde und aufgrund früherer traumatischer Trennungs- und Vernichtungsängste an der Ausbildung einer kohärenten und flexiblen Humanstruktur gehindert wurde. Dabei ist das sozialenergetisch-gruppendynamische Feld in der Primärgruppe vorwiegend destruktiv-defizitär. Das Kind wird offen oder unbewußt abgelehnt, die Kommunikation ist ambivalent im Sinne der bekannten double-bind-Dynamik, die Atmosphäre häufig gespannt, feindselig und lebenseinengend. An das Kind werden entweder zu wenig oder zu viel Forderungen herangetragen. Die internalisierte defizitär-destruktive Gruppendynamik und Sozialenergie der Primärgruppe manifestiert sich strukturell in den hochdefizitären und -destruktiven sekundären und zentralen Humanfunktionen, hier insbesondere bei den Funktionen der Aggression, Angst, Ich-Abgrenzung

nach innen und außen, Narzißmus, Sexualität, Wahrnehmung, Denken, Kontaktfähigkeit, Integrationsfähigkeit und damit zentral der Identität. Die entstandenen strukturellen Schädigungen der Humanorganisation und ihrer Funktionen führen zu schweren Störungen auf allen Stufen der Identitätsentwicklung.

Das durch eine erfahrungsunfähige Primärgruppe in der Entfaltung seiner Humanfunktionen behinderte Kind bleibt in wesentlichen Lebensbereichen abhängig von der Mutter bzw. von entsprechenden Bezugspersonen. Wesentliche Humanfunktionen werden häufig gar nicht erst entwickelt, oder aber sie erfahren eine deformative Verkrüppelung durch das Bemühen des Kindes, den unbewußten Bedürfnissen und Ängsten der Beziehungsperson zu entsprechen. Nach der Trennung von der Primärgruppe finden wir die Patienten auf der Suche nach Ersatzobjekten, welche die Funktion der Primärgruppe übernehmen können und an die der Patient die Humanfunktionen der Abgrenzung, der Kontrolle, der Integration, des Schutzes u.ä. delegieren kann.

Die starke Ambivalenz, die diese unter der Herrschaft unbewußter Wiederholungszwänge hergestellten symbiotischen Beziehungen regelmäßig bestimmt, führt dann jedoch immer häufiger zu Brüchen und Rissen und schließlich zum mehr oder weniger vollständigen Verfall des pathologischen Beziehungsgeflechtes. Der Patient erlebt, daß er plötzlich von den Objekten verlassen wird, an die er wesentliche Funktionen der Ich- und Humanintegration delegiert hat. In der Folge kommt es dann zum Ausbruch des jeweils spezifischen Symptomverhaltens, das ebenso ein Ausdruck der persistierenden symbiotischen Abhängigkeitsbedürfnisse ist, wie es als Versuch einer destruktiv deformierten Abgrenzung gegenüber den archaischen Objekten verstanden werden kann. Dabei unterscheidet sich das Symptomverhalten der schizophrenen Krankheiten grundlegend von dem Syndrom der ödipalen Neurosenerkrankung.

In der Neurose können wir das Symptom als Ausdruck verinnerlichter inter- und intrapsychischer Konflikte verstehen, die durch Verdrängung vorwiegend unbewußt geworden sind und deren im Unbewußten fortwirkende Dynamik dazu führt, daß das prinzipiell kohärente und funktionsfähige Ich in seinem Erleben und Verhalten partiell gestört und behindert wird. Ein neurotisch reagierender Patient wird seine Symptome als ich-fremd erleben, d.h. er spürt die Beeinträchtigung daraus in der Kommunikation mit sich selbst und der Umwelt. Das Symptom ist ich-fremd, entstanden aus einem unbewußt gewordenen Konflikt, der ein im wesentlichen entwickeltes und abgegrenztes Ich bedroht.

Die Symptomatik der sog. schizophrenen Erkrankung bringt dagegen zum Ausdruck, daß eine Differenzierung und Abgrenzung der psychischen Strukturen gerade nicht erfolgen konnte. Das Symptom zeigt daher nicht eine konfliktuöse Behinderung des Ich im Sinne einer bloßen Beeinträchtigung seiner Funktionsfähigkeit an, es dient vielmehr als Ersatz für die fehlende psychische Struktur, es dient der Kompensation einer strukturellen

Schädigung, eines narzißtischen Defizits und der Abwehr der mit einem solchen »Loch im Ich« immer verbundenen archaischen Trennungs- und Vernichtungsangst. Bei der Schizophrenie spielt das Symptom also eine ganz andere Rolle. Es wird auch nicht als ich-fremd, sondern als ich-synton erlebt. Der Grund liegt darin, daß hier das Symptom direkter Ersatz der defizitären Struktur ist, d.h. es ersetzt praktisch die Kommunikation des Menschen mit sich selbst und der Umwelt und bietet damit dem Menschen die Möglichkeit, eine Pseudo-Identität aufzubauen. Aus diesem verschiedenen Stellenwert des Symptoms ergeben sich auch die spezifischen Unterschiede in der psychoanalytischen Behandlung von Neurose und Schizophrenie.

Während der neurotisch reagierende Patient die strukturellen psychischen Voraussetzungen für die analytische Arbeit bereits mit in die Behandlung bringt – und zwar in Form seiner wenigstens annähernd kohärenten Ich-Struktur, die es ihm ermöglicht, Einsicht in sein Erleben und Verhalten zu gewinnen –, läßt der Ich-kranke Patient gerade diese Voraussetzung für eine analytische Arbeit vermissen. Er ist aus diesem Grunde tatsächlich zunächst nicht analysierbar und ist darauf angewiesen, daß die analytische Therapie selbst allmählich die Voraussetzungen für seine Analysierbarkeit schafft. Die Therapie muß mit anderen Worten zunächst einmal ersetzen, was der Patient an Voraussetzungen vermissen läßt, d.h. sie muß die Humanfunktion der Abgrenzung (*Paul Federn*) und der reflektierenden Beobachtung zunächst stellvertretend übernehmen und ihm dabei behilflich sein, die entsprechende Struktur der therapeutischen Situation allmählich als eigene Ich-Grenze zu verinnerlichen. Nach meiner Erfahrung stellt das narzißtische Defizit das Problem der Anfangsphase des therapeutischen Prozesses in der Behandlung der Schizophrenie dar, an die sich erst dann eine eher neurosentherapeutische Phase der Behandlung anschließt, wenn die primäre Ich- und Identitätsproblematik bearbeitet werden konnte.

Für die Therapie kommt es daher zunächst einmal darauf an, dem Patienten das verlorengegangene äußere Stützgewebe, das er in seiner ausagierten Gruppenpathologie gesucht hat, zu ersetzen. Sie muß dem Patienten erst einmal ein Gerüst anbieten, mit dessen Hilfe er sich stabilisieren kann. Der Therapeut muß hier direkt als ein ergänzendes Hilfs-Ich des Patienten tätig werden, und er muß sich klar darüber sein, daß er in dieser Situation nicht von vornherein als analysierender Interpret gebraucht wird, sondern vielmehr direkt zu erkennen geben muß, daß der Patient mit seinem Beistand rechnen kann. Eine direkte analytische Bearbeitung des Symptoms selbst wie bei der analytischen Neurosentherapie ist hier, in dieser Phase der Schizophrenietherapie, kontraindiziert, da dem Ich-kranken Patienten eine für die Aufrechterhaltung seiner extrem bedrohten Ich-Integration unentbehrliche Abwehrformation genommen werden würde. Die analytischen Interpretationen des Therapeuten werden nicht als Hilfe, sondern vielmehr als Bestrafung und als Verlassenwerden erlebt, und der Patient entwickelt aus diesem Grunde nur noch stärkere Ängste. Eine direkte Symptomanaly-

se kann auf diese Weise zum Auslöser einer psychotischen Reaktion oder auch einer verstärkt destruktiven Dynamik bis hin zum Selbstmord werden.

In der Neurosentherapie hingegen steht zunächst die Unfähigkeit des Patienten im Vordergrund, sein Symptomverhalten als Ausdruck einer Übertragungsbeziehung zu verstehen und an der Aufklärung dieses Verhaltens durch freie Assoziation zu arbeiten. Dies wird dann als Widerstand oder oft als negative therapeutische Reaktion interpretiert, was in diesem Falle die Patienten im Rahmen ihrer ersten Therapie bereits erfahren hatten. Nach meiner Erfahrung bedeutet eine solche negative Reaktion, mit der die schizophren kranken Patienten auf die Anwendung einer neurosentherapeutischen Behandlungstechnik antworten, gerade nicht, daß sie zu einer Bearbeitung ihrer Probleme nicht bereit sind. Diese Reaktion zeigt vielmehr an, daß das entscheidende Übertragungsgeschehen in der therapeutischen Beziehung nicht auf der Ebene des Symptomverhaltens der Patienten liegt, sondern auf der dahinterliegenden Ebene der Ich-Störung, die durch das Symptomverhalten zugleich versteckt und dargestellt wird. Diese Patienten sind darauf angewiesen, daß der Therapeut in seiner Funktion als Hilfs-Ich zunächst einmal erkennt, daß ihre existentielle Angst in einer realen Entstehungssituation, der präödipalen und manchmal bereits der pränatalen Verlassenheit des Kindes begründet ist, d.h. die Anwort auf ein tatsächliches Defizit, eine wirkliche Entbehrung ist und nicht als Ausdruck eines intrapsychischen Konfliktes aufgrund unzureichend verdrängter Triebbedürfnisse interpretiert werden kann. Erst wenn der Therapeut zu erkennen gibt, daß er bereit ist, die Lücke auszufüllen, welche die frühestkindliche Verlassenheit entstehen ließ, und als Hilfs-Ich das narzißtische und sozialenergetische Defizit des Patienten auszugleichen, erst dann kann der schizophren kranke Patient die therapeutische Situation als Ort einer nachholenden Ich-Entwicklung akzeptieren und es wagen, im Schutze der Therapie die Dynamik seines Übertragungs- und Symptomverhaltens zu analysieren.

Der Therapeut hat daher in diesen Fällen eine andere, weiterreichende Aufgabe als in der Neurosentherapie. Er darf sich nicht von vornherein darauf beschränken, als Projektionsleinwand und, wie *Freud* einmal sagte, als eine Art interpretierender Chirurg zu fungieren. Er muß vielmehr direkt und aktiv in das Übertragungsgeschehen einsteigen und dem Patienten zu erkennen geben, daß er nicht in erster Linie daran interessiert ist, ihm sein Symptom zu nehmen, sondern daß er bereit ist, ihm jenseits des Symptomverhaltens bei der Abgrenzung und Bestimmung seiner eigenen Identität zu helfen. Auch hier tritt meines Erachtens ein Unterschied zur Aufgabenstellung und Arbeitsweise der Neurosentherapie hervor. Unter dem Aspekt der Identitätsbestimmung erscheint das neurotische Symptom als eine Störung. Vom Patienten wird es erlebt als ein Verhalten, das er mit seiner realen Identität nicht vereinbaren kann, und die Aufgabe der Therapie besteht dann darin, die intrapsychischen Konflikte zu analysieren, welche

für diese Unvereinbarkeit verantwortlich sind. Beim schizophren kranken Patienten ist das entscheidende Problem dagegen nicht die Unvereinbarkeit des Symptomverhaltens mit einer vorgestellten und realisierten Ich-Identität. Die Erfahrung, als Person im eigenen Recht da sein und existieren zu dürfen, fehlt dem Patienten. Die Therapie hat hier nicht die Aufgabe, ein störendes Symptom analytisch aufzulösen; sie muß vielmehr die Ich-Identität erst schaffen, die es dem Patienten ermöglichen kann, sein Symptomverhalten als Störung und als Problem zu erkennen und zu bearbeiten.

Die Initialphase des therapeutischen Prozesses in der psychoanalytischen Behandlung der Schizophrenie hat daher, anders als in der Neurosentherapie, zumeist den Charakter einer stabilisierenden Notfalltherapie, in deren Rahmen zunächst daran gearbeitet werden muß, die realen Voraussetzungen für eine analytische Therapie zu schaffen, nachdem in der Regel vorher vorwiegend mit nonverbalen Behandlungsmethoden innerhalb der Humanstrukturologie gearbeitet wurde wie Kunst-, Musik-, Tanz- und Theatertherapie, Reit- und Sporttherapie wie Schwimmen, Waldlauf, Skifahren, Tennis, Volleyball etc. und der Arbeit in Interessengruppen wie Literaturseminaren, Film- und Sprachlerngruppen etc.

Bei der nonverbalen humanstrukturell-analytischen Behandlungsmethodik werden die oben erwähnten verschiedenen Methoden für jeden einzelnen Patienten individuell angewandt und bilden in sich zusammen mit den später zum Einsatz kommenden verbalen Methoden ein psychotherapeutisches, mehrdimensionales und integriertes Behandlungsnetz. Ich verweise in diesem Zusammenhang auf die zahlreichen Veröffentlichungen über die Schizophrenie-Psychotherapie in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige in München, da ich mich in diesem Beitrag auf die mehr verbalen Methoden in der Neurosen und Schizophrenietherapie konzentrieren möchte.

Man kann sagen, daß zunächst auf der realen Ebene ein therapeutisches Bündnis zwischen dem Analytiker und dem Patienten hergestellt werden muß, eine Beziehung, die jenseits der Übertragung stehend, zur Basis für die Entfaltung jener unbewußten psychodynamischen Vorgänge werden kann, die *Freud* als Widerstand und Übertragung, als Regression und als Gegenübertragung beschrieben hat und in deren analytischer Bearbeitung er das Grundgesetz jeder Form der psychoanalytischen Therapie und Forschung gesehen hat.

Die Herstellung eines therapeutischen Bündnisses jenseits der Übertragung wird hier als erste Aufgabe der Therapie schizophren reagierender Patienten bezeichnet. Dies bedeutet jedoch nicht, daß die Übertragungsdynamik selbst in der Anfangsphase der Therapie vernachlässigt werden darf. Diese Übertragungsdynamik steht vielmehr von Beginn an im Zentrum der Arbeit. Sie wird jedoch nicht auf der Ebene des Symptomverhaltens analysiert. Es kommt vielmehr darauf an, diese Symptomfront zunächst zu umgehen und den Patienten direkt auf die dahinter verborgenen Ängste und Konflikte anzusprechen.

Für *Freud* waren die Psychosen (narzißtische Neurosen) psychotherapeutisch nicht behandelbar, da er annahm, daß eine Übertragungsbeziehung in solchen Fällen nicht zustande käme. Anders als der Neurotiker entwickelt der schizophren erkrankte Patient in der Therapie unter der Herrschaft des nicht gelösten Symbiosekomplexes der frühen Kindheit eine symbiotische Übertragungsdynamik, die aber nach unserer Auffassung nicht als Regression anzusehen ist. Die Konzeption der Regression beinhaltet, daß eine bereits erreichte Entwicklung und Differenzierung der psychischen Instanzen und Funktionen regressiv entdifferenziert wird. Nach meiner Erfahrung bezeichnet die symbiotische Übertragungsdynamik vielmehr, daß ein frühkindlich erworbenes narzißtisches, sozialenergetisches Defizit bereits die gesamte psychische Entwicklung arretiert hat. Der schizophren erkrankte Patient ist nicht regrediert; er hat sich vielmehr gar nicht erst im Sinne einer psychischen Progression entwickeln dürfen. Dies bedeutet für die Therapie, daß sie nicht so sehr eine Wiederholung der Ich-Entwicklung ermöglichen muß, im Sinne der Umkehrung eines entdifferenzierenden regressiven Geschehens; sie muß vielmehr eine nachholende Ich- und Identitäts-Entwicklung ermöglichen, in deren Verlauf das Symptomverhalten des Patienten durch neue und erstmals entwickelte psychische Strukturen und Funktionen ersetzt werden kann.

Freud (1914) hat bekanntlich Ablauf und Ziel des neurosentherapeutischen Prozesses mit den Worten »Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten« beschrieben. In der Therapie der schizophrenen Kranken müssen wir diese Trias meines Erachtens um ein entscheidendes Stück erweitern. Hier muß es heißen »Wiederholen, Wiedergutmachen, Erinnern und Durcharbeiten«, und zwar in dieser Reihenfolge, und ich meine, daß *Freud* nichts anderes im Auge hatte, als er davon sprach, daß wir außerhalb des Bereichs der klassischen Neurosentherapie etwas anderes machen müssen als Analyse, was dann in der Absicht (und zwar in der therapeutischen Absicht, wie ich ergänzen möchte) wieder mit ihr zusammentrifft (*Freud* 1925).

Die symbiotische Übertragung und damit korrespondierend der symbiotische Widerstand sind für das Verständnis der Schizophrenie grundlegende Dynamiken, die sich von den Übertragungsdynamiken in der neurosenanalytischen Therapie grundlegend unterscheiden. Dabei bezeichne ich als symbiotischen Widerstand Phänomene der symbiotischen Verschmelzung mit dem Analytiker, in der keine Veränderung mehr geschieht. Der symbiotische Widerstand wehrt immer auch Identität ab und ist sozialenergetisch defizitär. Dieser extreme Widerstand kann bis zum Suicid führen und in großer Feinseligkeit gegen den Analytiker gerichtet sein. In der destruktiven Form des symbiotischen Widerstandes werden symbiotische Verschmelzungswünsche aggressiv abgewehrt, große Ängste vor Abhängigkeit entstehen bis hin zur paranoischen Reaktion.

Im Zentrum einer jeden Schizophrenietherapie steht die Bearbeitung der Widerstandsdynamik von schwerem destruktivem Narzißmus, Aggression und verbunden damit großer Kontaktangst in dem von mir sogenann-

ten »Widerstandsdreieck«. Der paranoische Widerstand ist immer auch ein narzißtischer Widerstand, da ich-strukturell oder auch spektraltheoretisch gesehen Paranoia und extreme Verlassenheits- und Todesangst bis hin zum Suizid nicht von dem extrem destruktiven Narzißmus zu trennen sind. Bei jedem narzißtisch Kranken wird auch Verfolgungsangst zu finden sein, wobei bei dieser Verbindung die Größenvorstellungen, die ebenso zu diesem Komplex gehören, deutlicher werden. Diese Konstellation ist auch immer verbunden mit extremer Kontakt- und Leistungsangst, die sowohl in der Therapie wie im Leben der Patienten jede Form von Kontaktangebot und Leistungsforderung, bzw. freundlichem Aufruf zur Leistung und Verantwortung als bedrohlichen Angriff erleben läßt.
An diesem Punkt ergibt sich die Frage der behandlungsmethodischen Strategie bei einer derartigen, zentralen Schwierigkeit. Wir halten hierbei die beiden folgenden Punkte für wichtig: 1. Vermeidung von jeglicher Konfrontation auf der konkreten Ebene, mag sie noch so berechtigt erscheinen; 2. empathisches Verständnis für die Angst, wobei dem narzißtisch Kranken geholfen werden muß, das Erleiden dieser Angst, die auch immer mit Eifersuchtsangst verbunden ist, zu ertragen und diese durchzustehen. Dabei sollte der Therapeut empathisch ein Bundesgenosse gegen diese Angst werden. Wenn es dem Leidenden gelingt, diese Angst zu ertragen, wird er mehr und mehr Kontakt zu sich selber spüren wie zum Therapeuten, anderen Menschen und Dingen, und die quälende Eifersucht wird nachlassen. Erwähnt werden muß auch die bei der paranoischen Widerstandsdynamik immer zu beobachtende Wut und Destruktion, die auch eine durchaus defizitäre Ausprägung haben kann und häufig mit sehr viel Schweigen einhergeht. Diese Wut ist in der Regel immer auf denjenigen gerichtet, von dem Kontaktangebot und Leistungsaufruf ausgeht. Die Wut ist sozusagen die Kehrseite der Angst, und sie muß entsprechend, wie oben im Zusammenhang mit der Angst dargestellt wurde, methodisch gehandhabt werden.

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

Auch die schizophrene Reaktion ist ein destruktiver Widerstand gegen Kontakt- und Identitätsentwicklung. Der Patient lebt in seinem Wahnsystem, auf das sich alle seine Gefühle beziehen, alle Erlebnisse werden in dieses Wahnsystem hineininterpretiert. Seine Ich-Funktionen stehen ebenfalls im Dienste des Widerstandes. Im allgemeinen hat das Wahnsystem den Bezug zur Realität des Patienten verloren. Eine therapeutische Möglichkeit, mit diesem Widerstand umzugehen, ist das Einsteigen in die Psychose, was heißt, eine Rolle in der wahnhaften Welt des Patienten zu übernehmen, nur im Wahn selbst Kontakt aufzunehmen und dann den Patienten in die Realität zurückzuführen. *Battegay* spricht in diesem Zusammenhang davon, daß es in der Psychotherapie »unerläßlich sei, in die illusionäre Welt des Patien-

ten einzutreten und wieder und wieder zu versuchen, seinen autodestruktiven Tendenzen eine positive Wendung zu geben«. Entscheidend ist nach meiner Erfahrung, mit wieviel Einfühlung der Therapeut dies tun kann, ob der Patient es zuläßt und ob sich eine benigne Übertragung herstellen läßt. Letzten Endes kommt es darauf an, daß der Patient mit dem Therapeuten bzw. dem gesamten therapeutischen Team in Kontakt bleibt.

Entsprechend dem oben bereits vorgestellten gleitenden Spektrum der Ich- und Identitätserkrankung lassen sich die verschiedenen Widerstandsformationen und -dynamiken, von denen ich hier einige beispielhaft herausgearbeitet habe, den verschiedenen Krankheitsspektren zuordnen, so daß man auch von einem gleitenden Spektrum des Widerstandes sprechen kann. So sind die schweren narzißtischen, paranoischen Widerstandsdynamiken und die archaischen Abwehrmechanismen der Projektion, Verleugnung, Introjektion, Idolisierung, Idealisierung im Spektrum der symbiotischen Übertragung dem schizophrenen Krankheitsspektrum und die Verdrängung, neurotische Übertragung, sekundärer Krankheitsgewinn, Rationalisierung u.a. dem neurotischen Krankheitsgeschehen zuzuordnen. Gemäß der Schwere der Störung und dem Maß der Identitätsanforderung, die an den Patienten gestellt wird, wird sich der Widerstand entsprechend stark und resistent äußern. Die Stellung des Widerstandes auf dem Spektrum entspricht auch der Schwierigkeit, ihn zu behandeln. So wird der Übertragungswiderstand bei mehr neurotisch reagierenden Patienten viel leichter zu bearbeiten sein als die Projektion eines schwer schizophren erkrankten Patienten mit narzißtisch-paranoischem Widerstand. Bei zunehmender nachholender Identitäts-Entwicklung in der Therapie des schizophren kranken Patienten werden sich nach und nach andere Widerstände zeigen, die einer mehr neurotischen Übertragung nahekommen. Eine Strukturnachentwicklung bei den Patienten wird auch an einer Veränderung in der Widerstandsdynamik zu erkennen sein.

Ich hoffe, daß aus dem bisher Ausgeführten deutlich wurde, daß sich der Widerstand des schizophren Kranken in der Funktion grundsätzlich vom Widerstand beim Neurotiker unterscheidet: Richtet sich der Widerstand des schizophren erkrankten Menschen gegen ein sukzessives Heraustreten aus der verinnerlichten arretierten symbiotischen Gruppendynamik der Primärgruppe mit dem Ziel einer eigenen Identitätsentwicklung, so richtet sich der Widerstand des Neurotikers gegen das Bewußtwerden unbewußt gewordener Konflikte aus der frühkindlichen Gruppendynamik der Familie. Daraus müssen unterschiedliche therapeutische Konsequenzen gezogen werden, wie ich dies für den Fall des schizophren kranken Patienten durch das humanstrukturell-pyschoanalytische Arbeiten im Rahmen der von uns praktizierten Identitätstherapie getan und in zahlreichen Veröffentlichungen dargestellt habe.

Lassen Sie mich abschließend und zusammenfassend einige wesentliche Essentials bringen: Identitätstherapie heißt nicht, in erster Linie Symptome zu kurieren, sondern den Patienten von seiner Eingeschlossenheit, seinen

Vernichtungs- und Verlassenheitsängsten zu befreien und ihm als Mensch bei der nachholenden Entwicklung seiner bislang verstümmelten und unterdrückten Fähigkeiten, Ausdrucksmöglichkeiten und Lebensmöglichkeiten, d.h. seiner gesamten Persönlichkeit, an der Seite zu stehen. Dazu ist es wesentlich, alle konstruktiv und aktiv gewesenen Humanfunktionen des Patienten zu fördern. Im Sinne einer echten nachholdenden Persönlichkeitsentwicklung gilt es dann, zu der Leere der zentralen Humanfunktionen vorzustoßen, dem »Loch im Ich«, und dort Identität allmählich aufzubauen. Hinter dieser Leere steht meist eine ganz tiefe Verlassenheitsangst, von der der Patient nur oberflächlich weiß und in der er nie wirklich erreicht worden ist. Es gilt also, an den Humanstrukturen des Patienten zu arbeiten, d.h. unter Umständen auch zeitweise Ich-Funktionen wie z.B. die der Angst, der Aggression, der Realitätskontrolle zu übernehmen, diese Gefühle auszudrücken und die Angst besonders bei psychotisch reagierenden Patienten empathisch einzufühlen, aber auch an den defizitären und destruktiven Ich-Funktionen zu arbeiten und die Ursachen für die Verformung dieser Funktionen zu suchen.

Dabei muß die therapeutische Arbeit von Verständnis und Empathie dem Patienten gegenüber geleitet sein und vor allem von dem Grundgesetz jeder dynamisch-psychiatrischen Arbeit, daß man, wenn man dem Patienten etwas wegnimmt, dies nur allmählich tun kann und immer dafür Sorge tragen muß, daß man ihm etwas Besseres für diesen Verlust gibt (*Ammon* 1978, 1979). Immer wird im Mittelpunkt einer erfolgreichen therapeutischen Arbeit die Auseinandersetzung mit der destruktiven Aggression des Patienten stehen. Aggression kann nur in echten Grenzerlebnissen bearbeitet werden; innerhalb des therapeutischen Prozesses hat der Therapeut solche Situationen herzustellen, wenn es diese im Leben des Patienten nicht gibt. Das Durchleben von Grenzsituationen ist ein Identitätsprozeß, wogegen sich dann auch immer wieder die destruktiven und defizitären Widerstände richten werden. Zum therapeutischen Umgehen mit den Widerständen gehört, daß immer wieder die Beziehung zwischen dem Widerstand und den gestörten Aspekten der Ich-Funktion – neben einem Bündnis mit den konstruktiven Anteilen der Persönlichkeit – hergestellt wird. Unter der Herrschaft des Widerstandes wird der Patient immer wieder versuchen, die Erkrankung ego-synton zu halten. Als Wendepunkt einer jeden Therapie kann angesehen werden, wenn es dem Patienten gelingt, pathologisches ich-syntones Verhalten als ich-fremd zu erkennen. Dieses Erkennen wird ein Agieren verhindern und das Interesse an der psychoanalytischen Arbeit fördern.

Bei der stationären Therapie ist die Konzeption eines sozialenergetischen Feldes innerhalb des gruppendynamischen Milieus der Klinik von besonderer Bedeutung, das durch die Beziehungen der Patienten untereinander entsteht und somit ein bedeutendes Therapeutikum darstellt. Hinzu kommt die Bedeutung der festen Beziehungsperson im Team und des bereits erwähnten gesamten integrierten, therapeutischen gruppendynami-

schen Behandlungsprogramms. Im Zentrum der Behandlung steht die Arbeit am therapeutischen Widerstand des von mir oft beschriebenen Dreiecks von Aggression, Paranoia und schwerem pathologischem Narzißmus, verbunden mit schwerer Kontaktangst. Bei der Bearbeitung dieser oft vehement ablaufenden Widerstandsdynamik muß der Analytiker eine souveräne, verständnisvolle therapeutische Haltung behalten; das heißt, sich nicht zu Gegenübertragungsmanifestationen verführen oder sich durch die symbiotische Übertragung absaugen zu lassen. Eine Besserung des Krankheitsprozesses wird erst dann eintreten, wenn diese miteinander verwobenen psychogenetische und humanstrukturell verstehbaren Dimensionen mit ihrem vehementen Widerstandscharakter bewältigt werden können. Der Wendepunkt in der Therapie ist, wenn der Patient erkennt, daß er überträgt. Eine feindliche Übertragung kann dann nicht mehr zum Abbruch der Therapie führen. Der Patient kommt zu neuen Erkenntnissen und Entdeckungen über sich selbst. Gleichzeitig ist dies der erste Schritt der Ich-Abgrenzung. Der Patient muß sich dann mit dem Ödipuskomplex auseinandersetzen, d.h. der Patient, der nur bis zur Entwicklung der Bewältigung der Symbiose und dem Heraustreten aus der Symbiose behandelt ist und dessen ödipale Problematik nicht behandelt wurde, wird entsprechend den Übertragungen leben. Er wird zu einem übertragenden Neurotiker, der dann z.B. mit einem anderen Therapeuten den weiteren Entwicklungsschritt durch eine analytische Therapie mit dem Schwerpunkt der Auseinandersetzung mit dem Ödipuskomplex leisten kann.

Schizophrenie und Neurose heißt auch Synergismus zwischen Symbiose- und Ödipuskomplex, heißt auch oft Ausbruch der Psychose vor Eintreten in den Ödipuskomplex und hat somit auch Abwehrcharakter gegen Identität und Abgrenzung. Andererseits bieten neurotische Dynamiken wie besonders der Zwang, eine Abwehr gegen die Psychose. Auf dem gleitenden Spektrum finden sich auch Krankheitsformen von Borderline und Psychosomatik, worüber ich an anderer Stelle veröffentlicht habe.

Neurosis and Schizophrenia – Theoretical and Clinical Experiences and Consequences

Günter Ammon

In order to set up a theoretical connection between schizophrenia and neurosis, *Ammon* begins his paper with a reference to the roots and the development of his conception of schizophrenia. He describes the impact of *Paul Federn*'s concept of »ego-demarcation« and his energetic concept of »ego-cathexis« on *Ammon*'s own work. Further elements of his thinking bear the influence of the objekt school as well as of the system theory of *v. Bertalanffy* and *Karl Menninger*, who introduced system theory in psychiatric-psychoanalytic work.

A turning point in his departure from the *Freudian* libido theory was marked by *Ammon*'s conceptualization of social energy. Social energy is that

form of psychical energy which is engendered by interindividual and group-dynamic relationships, it is determined by human contact, interest and activity. Social energy conditions the development of ego structure (human structure) as a whole and of the various ego functions (human functions). With human structurology a model is proposed to replace *Freuds* ego-id-supergo concept: it assumes the global psychical structure to be an internalized reflection of early experienced group dynamics. Thus, present interaction with a therapist and groups influence psychical structure. The wohle personality structure with its specific identity is a dynamic concept. It implies the interconnected structures of the central, unconscious ego, those of the secondary, behavioral ego, and of the primary, biological ego.

Against the background of this structural model, an understanding of the schizophrenic illness emerges, according to which its etiology is connected to an unsuccessful desymbiotization in the pre-oedipal stage within a group-dynamically and social-energetically disturbed primary group. This leads to a developmental arrest, structurally to a »hole in the ego« in the sense of a partially desintegrated personality structure »filled« by various symptoms. Severe early disturbances in human structure prevent an adequate coping with later oedipus complex.

Neurosis, on the other hand, involves no real structural defect, but rather a gradual impairment of psychical functions. The autor views neurotic symptoms not merely as repressed psychical conflicts, but as an expression of unstable inner demarcation of the ego. Along with the mechanism of repression, all other defense mechanisms represent a function of specific individual structure or structural disturbance.

The neurotic personality is mostly integrated and capable of adequate function, wehreas the schizophrenic ego is »fragmentary« (according to *Battegay*), and disposes of insufficiently evolved defense mechanisms. However, schizophrenia and neurosis are not considered as two isolated pathological entities, but rather as poles on a gliding spectrum of etiology, structure and dynamics of psychical illness, ranging from neurosis through borderline illness, psychosomatics etc. to psychosis. This processual view is empirically confirmend by such patients who in the course of therapy undergo a change in the direction of a healthier, more integrated structure.

The therapeutic consequence of these considerations leads to the conviction that successful therapy of schizophrenia involves, after retrieval of identity in the process of giving up early symbiotic dependence, working through the Oedipus complex with the patient and his family.

In the subsequent part of his paper, *Ammon* turns to a detailed elaboration of a human structural view of schizophrenia in contrast to that of neurosis. The above mentioned developmental arrest and the deficient ego-boundaries are due to a surrounding group that failed to support the child's own development. The social energetic and group dynamic field of such a primary group is predominantly destructive and deficient and it manifests itself structurally in the internalized destructive and deficient human structures.

Ammon explaines the persistence of symbiotic dependence in later life in terms of the child's early striving to adapt to unconscious wishes and needs of the primary group, thereby undergoing a crippling deformation of originally constructive human functions. Later objects (like friends, partners etc.) thus take over such functions as ego-demarcation, control, integration and protection. The unconscious repetition compulsion leads through symbiotic relationships, with their specific ambivalence, to a progressive destruction of pathological object relationships. The loss of the object conditions then the appearance of specific symptoms as an expression of the need of dependence and at the same time of an attempt to achieve demarcation from the archaic object. While the schizophrenic patient experiences his symptoms as ego-syntone, since they serve as direct surrogate of deficient structure, the neurotic patient is conscious of his symptoms' impairing communication with himself and his environment. It is just the symptoms which enable the schizophrenic to communicate with the surrounding group by providing him a »pseudo-identity«. The consequence of the difference in the significance of symptom behaviour is a basically different therapeutic approach in handling neurosis and schizophrenia. In contrast to the neurotic patient whose basically coherent ego-structure enables him to insight through psychoanalytic work, the schizophrenic lacks this faculty.

The first step in the therapeutic process must ensure that the essential human functions, such as that of ego-demarcation, taken over by the therapeutic milieu. This process represents the therapeutic attempt to fill the narcisistic deficit of the schizophrenic patient. This can only occur if the therapist succeeds in providing the patient with human support; furthermore, he must leave the patient's defense mechanisms, at this stage essential to the threatened ego-integration, at his disposal. Anaytical intrepretations would jeopardize the faith in the therapist and thus the success of the therapeutic process, since they are experienced by the patient as threatening, punishing and anxiety-producing. They carry the inherent danger of psychotic reactions up to suicide. One of the main aspects of neurosis therapy is helping the patient to understand his symptomatic behaviour in terms of transference and resistance by means of free association. This underlines again the basically different therapeutic approach: the schizophrenia therapist cannot limit himself to the role of a mirror or projection screen, of an interpreting surgeon, as *Freud* termed it. He must rather take an active part in the transference process and let the patient feel that he is not merely interested in alleviating his symptoms, but rather in assisting him to build up his own identity, his own right to exist. This will help the patient subsequently in recognizing his symptoms as disturbing and develop the motivation for an analytic therapy. Most efficient in this first supporting and stabilizing stage of schizophrenia therapy are the nonverbal therapeutic methods like art, dance, music and theatre therapy, as well as riding therapy and different sport therapies. The individual therapeutic

with verbal ones in order to achieve an integrating multidiemensional psychotherapeutic network, such as that of the Dynamic-Psychiatric Hospital Menterschwaige in Munich, known from numerous publications. It must be emphasized that even though the initial therapy of the schizophrenic patient consists of achieving a therapeutic relationship, the significance of the transferential process can by no means be ignored. It must be rather kept in mind from the very beginning, not, however, be analyzed on the symptom-behaviour level.

The character of the transferential process in schizophrenic patients is of a different nature than in neurosis: it takes the form of symbiotic transferential dynamics, since the patient has not yet succeded in freeing himself from the early infantile symbiosis complex. Therefore, in this case, one cannot speak of regression, since the concept of regression implies a regressive return to earlier, poorly differentiated levels of development. The schizophrenic has not yet achieved these levels of differentiation, from which regression starts.

The central aim of the psychotherapeutic treatment of schizophrenia involves the retrieval of ego development. Thus, *Freud*'s triad of »remembering, repeating and working through«, coined for neurosis therapy, must be broadened and modified to »repeating, repairing, rememberring and working through«.

In *Ammon*'s conception, the symbiotic resistance is the phenomenon of symbiotic fusion with the analyst, which prevents development. This resistance is social-energetically deficient, extremely hostile to the therapist and can lead in extreme cases to suicide.

The destructive dynamics of symbiotic fusion elicit great anxiety and paranoid reactions and, typically, takes the form of the so-called »resistance triangle« of destructive narcissism, aggression and paranoid anxiety, the latter manifesting itself as persecution anxiety and delusional phantasies connected with extreme contact anxiety.

Ammon summarizes the therapeutic strategy by stressing the importance of avoiding confrontation on the concrete level and the need for empathetic understanding and support of the extreme threatening anxiety of the patient, which always includes jealosy anxiety. In this context, the therapist becomes the ally of the schizophrenic patient in his struggle against the existential anxiety.

The reverse of this anxiety is the destructive aggression, directed against the therapist, which, however, frequently takes the form of deficient aggression, e.g. the form of silence. A decisive aspect of the therapy is the ego-structure and group dynamic therapeutic work on the level of »here and now« of the actual therapeutic situation. The schizophrenic reaction as a whole can be viewed as a destructive resistance against the development of contact and identity, the ego functions of the patient serving as elements of this resistance. It is initially useful, if no other therapeutic contact is possible, to establish contact within the patient's delusional system in order to subsequently lead him back to reality.

Just as the various structural ego diseases range along a gliding spectrum, so do also their specific resistance formations. Their complexity and severity will be proportional to the basic deficiency of identity of the patient and their character will vary in accordance with the structural development throughout the therapy.

In the last part of the paper, *Ammon* emphasizes the essential features of human structural treatment. He reminds again that the meaning of identity therapy is assisting the patient in overcoming his anxieties and crippled modes of expression and of existence, in his personality development, by encouraging him in the realiziation and use of his constructive human functions. While achieving a therapeutic relationship beyond a superficial symptomatic therapy, the therapist endeavours to reach the patient at the bottom of his self, of his »hole in the ego«, his existential abandonment, and to help gradually build him up human functions and identity. Empathetic understanding also implies replacing his deficits by giving him new support. At the same time, therapy can only be successful if the destructive aggression, which always manifests itself in extreme situations, will be worked through.

Understanding and working through the resistance in terms of the basic-identity anxiety and by means of supporting the constructive functions will help the patient in experiencing his pathological behaviour as ego-alien. Reaching this stage is concomitant with a turning point in the therapy, enabling the patient to gain interest in psychoanalytic work and to change his actingout behaviour.

Within the framework of in-patient treatment in a dynamic-psychiatric hospital, the conception of social energy gains paramount importance. The group-dynamically coordinated therapeutic network of the hospital offers various contacts to other patients and therapists and renders an integrated treatment program possible. In such a social-energetic field, assisted in his human-structural development, the schizophrenic patient reaches the turning pont by becoming conscious of his own transference dynamics. At this point, the therapeutic work should be continued along the line of working through the oedipal conflicts. Thus, a spectral understanding of schizophrenia and neurosis means at the same time a comprehension of the synergism between symbiosis complex and Oedipus complex, as well of their specific defense mechanisms.

Literatur bei der Redaktion

Theoretical Aspects of Milieu Therapy*

Günter Ammon

I. Introduction

Milieu treatment is as old as the human race and is based on the concept that people can be changed through people and environment factors. Psychoanalytic milieu treatment was formalized by *Ernst Simmel* in Berlin (in the late twenties of this century) as the outgrowth of his experiences that patients with ego-weakness and, therefore, »acting out« tendencies could be treated only in a hospital. In this, he followed *Freud* (1924a) who mentioned that »the narcissistic neuroses, which were at that time not considered amenable to treatment, and declared that the psychoanalytic treatment of such cases in a hospital would be possible only as a result of new knowledge concerning ego psychology.« (Quotation from *Simmel* 1936/37)

These first beginnings in Germany were continued, realized and developed in the C.F. Menninger Memorial Hospital in Topeka, especially through the efforts of *William C. Menninger* who had visited the first psychoanalytical sanatorium in Berlin-Tegel and who developed the first milieu program and its principles more than 20 years ago in the U.S.A. *(W.C. Menninger* 1932, 1942; *W.C. Menninger, McColl* 1937).

This paper is based on the experiences of the C.F. Menninger Memorial Hospital, was sponsored and supported by *William Menninger,* stimulated by a seminar of *Fleming* and *Holzman* (Milieu Treatment Case Control Group) and personal experience as a hospital doctor in Berlin (under a former colleague of *Ernst Simmel)* and in Topeka at the Topeka State Hospital and the C.F. Menninger Memorial Hospital. Some new developments in the Menninger milieu treatment was published recently by *Ruth Barnard* in (1954), *Bernard Hall* (1958), and *Peter Fleming, Robert Menninger* und *Donald Jones* (1958). Since, as *Karl Menninger* has stated, a theory of milieu treatment has yet to be developed, this is a preliminary effort to consider some theoretical aspects.

It attempts to make a theoretical translation of the milieu treatment as it is practiced by the hospital doctors at the C.F. Menninger Memorial Hospital. It strives for an empirical translation, with the use of operational definitions and the addition of some as yet unobeserved relations. The conceptual thinking of the field theory is used with principles of psychoanalytic ego psychology. We attempt to define the specific patient material which present indications for a special treatment response, and to describe the nature of the implications for, and the required technique of treatment. The patient's pathology is viewed in this paper from variables of ego regression,

which give the form of the illness. The libido regression accompanying this process gives the content and the color of the illness. Conversely, the same concepts apply in the ego and libido progression in the treatment-response process. The problem of the patient's conflict in the area of the libido's disturbances represents the conflict between constructive and destructive forces. The victory of the patient's destructive forces represents illness, the victory of the patient's constructive forces represents recovery. Since the activities in the milieu therapeutic field support the process ot the growing constructive forces, this libido aspect maintains its theoretical key position in the treatment process, aiming at neutralization and sublimation, under the leadership of the constructive forces.

The libido theoretical aspect of milieu therapy was developed by *Karl Menninger* (1933, 1942a und b) and *William Menninger* (1932, 1937, 1942) and will, therefore, not be defined here. This aspect is practically applied at the C. F. Menninger Memorial Hospital by the use of an order sheet of milieu treatment devices with corresponding activities.

II. The Variables of Milieu Therapy

A. The Milieu Therapy: Definition

We might ask first, what is milieu therapy? Milieu therapy is one of the methods of psychotherapeutic intervention. Psychotherapeutic interventions are called psychotherapy. Hence, milieu therapy is one of the different methods of psychotherapy (such as psychoanalysis, expressive or suppressive psychotherapy and group psychotherapy). To the question, what is psychotherapy, the answer could be: to change a psychological »closed system« to an »open system« and to re-establish an emotional homeostatic equilibrium.* For the purposes of this paper, we will consider a »closed system« as a condition where past, present and future behavior is predetermined by psychic conflict. Therefore an »open system« would represent emotionally deconditioned behavior.

* We follow here the principles of *Karl Menninger* (psychological homeostasis (1954) and *Ludwig von Bertalanffy* (unpublished paper).
System theory is not defined in theis paper in quite the same terms as those used by *von Bertalanffy (Simmel* 1929, *von der Waals* in personal comment).
The »steady state« is described by me as a state of rhythmically, successively, partially open and closed (p. 19). *Von Bertalanffy* would perceive this just as the main principle of an open system (*Bertalanffy* unpublished paper, *von der Waals* personal comment).
However, I feel that emotional illness represents a closed system to a notable degree because of its disturbance of the steady state and its regulation and because of the rigidity of a repetitive compulsion which prevents an effective exchange with the outside. Following *von Bertalanffy,* it is possible to describe emotional illness as a disturbance of the »steady state« of an open system; and the treatment device would be to introduce components, supporting the drive towards an equilibrium – in which direction, the psychic organism struggles unsuccessfully.
Perhaps it would be more precise to perceive the regulatory disturbances with its repetition compulsion as a pseudo-closed system or as an almost closed system. Since the definition of a »closed system« in its classic use in conventional physics emphasizes the total isolation from the environment, that the process is irreversible and its energy is a constant factor.

Since all therapeutic methods have special indications, we have to ask, what are the indications for milieu therapy? Milieu therapy is indicated for patients with such severe problems of self-regulation that this special technique of psychotherapy must be used.* It has been observed that patients with such problems of ego control, who are treated in an office, fail to respond in spite of prolonged psychotherapeutic endeavour, whereas patients treated with milieu treatment show perceptible changes in significantly shorter time. One of the most striking reasons seems to be that the patient in outpatient psychotherapy is in a situation where treatment and acute life situation are separated by time and space from the therapeutic situation, and the therapist learns about the patient's acute life only through him. It is well known that if a patient acts instead of thinking and talking about his conflicts (other than superficially or intellectually), the patient can be in therapy for years with little change. At the same time, in response to the degree of »opening up« in therapy, the degree of acting out outside of the therapeutic situation would increase, and thereby complicate the outpatient psychotherapeutic process further. In contrast milieu treatment can be effective, since the patient's acute life situation is not only controlled, but also becomes a part of the treatment process, with the patient reacting with a new and healthy-responding environment (see Fig. 1). Such treatment is conducted by regulating the degree of environmental stimulation. Milieu treatment is a treatment process with a series of continuous contacts with people and acitivities, providing transitory object cathexis. Thus, the patient's inner-psychic »closed system« interacts in the milieu field system with a healthy, controlled environment responding in a new way to his pathological needs. The treatment expectation is that this introduces an emotional learning process in which the patient becomes increasingly aware of unsuccessful techniques of social encounter and initiates a process of introspection about inner-psychic conflict.

However, the development of modern physics, especially in atomphysics, taught us that so-called »closed systems« don't exist generally in the frame of reference of this old classical definition.
Von Bertalanffy discovered this aspect for biology, *Karl Menninger* for psychiatry. Hence, it appears to me that it is legitimate to define that »closed systems« don't exist in the old classic frame of reference of thinking on a irreversible process – even not in physics – any more generally.
Another question, however, is the usefulness of the concept of a »closed system« for the work with a useful theoretical frame.
I think that the introduction of the frame of reference of a »closed system« would improve the General System Theory at least as far as psychiatry and biology are concerned, since it appears to me as very useful to work with this frame of reference for symbolizing pathologic condition in general.
The idea behind this is, that the therapeutical aim would be »to open« this »closed system«. This includes also the idea that this is possible to accomplish and that irreversible processes don't exist as far as mental illness is concerned.

* In the thinking of the Menninger School of Psychiatry, this group of patients represents mainly patients with problems of regulatory devices of the ego of a third order of pathology (*Menninger* 1954). However, a part of the group represents patients using the second and fourth order ego-regulatory devices of pathology.

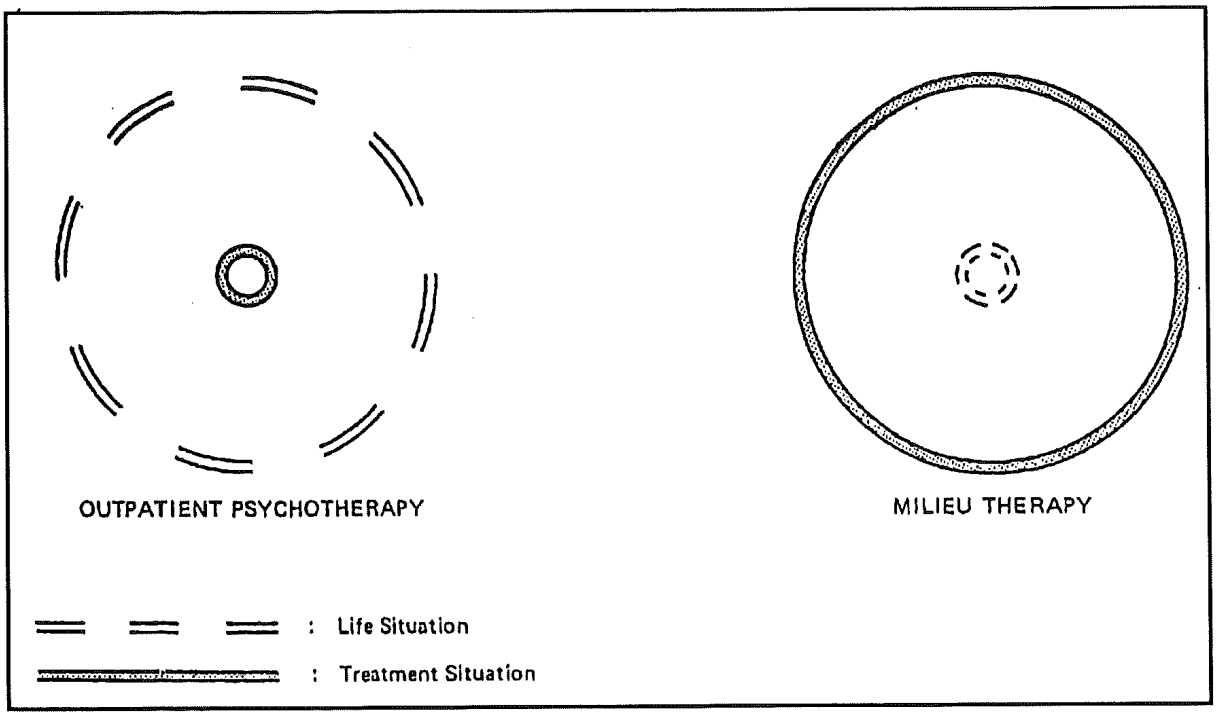


Fig. 1: Life situation and treatment situation in outpatient psychotherapy and milieutherapy

So, we can define milieu treatment as a process of internalization of externalized problems. (Social withdrawal and social overinvolvement are considered as externalization, since both represent a pathological response to society based on ego-regulatory weakness.) The healthy response of the milieu program towards the individual patient does not fulfill his predetermined sick expectation.

In general, life experiences and milieu change a person over an uncontrolled period of time. Milieu therapy, on the other hand, is an experiental and confronting approach with the controls and limits of transference manifestations which attempts to change a person over a controlled period of time. As in all methods of psychotherapy, milieu therapy introduces a maturation process in the patient. Since one function of maturation is to increase frustration tolerance, milieu therapy is an emotional learning process of a gradually increasing frustration tolerance. Milieu treatment is indicated for patients with ego-regulatory disturbances to such a degree that they are disabled in social functioning, having the need to act out their problems onto their environment. Hence, there is a need to enlarge the treatment situation to such an extent that it includes the patient's life situation.

Milieu treatment is not indicated and is even contraindicated for patients who have the ability to recognize their problems or phantasies and to face and work them through in oupatient therapy without serious acting out behavior. Milieu treatment for those patients would only support treatment resistance and supply a secondary gain.

B. The Basic Theoretical Viewpoint of this Paper (Gestalt-Field-Ego-Psychology)

The general milieu therapeutic hypothesis in this paper is that the Gestalt* of milieu treatment is provided through two systems interacting with each other** the patient's closed system*** surrounded by the milieu therapeutic field system, a phenomenon which creates the condition for treatment to take place directly in the life situation of the patient (see Fig. 1). The forces of the ego pathology find their corresponding therapeutic answer in the forces of the milieu treatment system. The forces of the patient's ego pathology and the forces of the treatment field are understood for the purpose of this paper as having dimensions and variables.

Therefore, the main theoretical aspects of milieu treatment can be visualized (by using *Kurt Lewin's* 1951 thinking for this purpose) as a multi-dimensional space-time field involving mainly the dimension of a point (acute life situation), the vertical dimension representing the conditioned behavior (repetition-compulsion) as a function of past and future, and the horizontal dimension as a function of the ego-regulatory weakness resulting in ego autonomy disturbance in relation to environment and id (illustrated by Fig. 5 and the corresponding dimensions of the milieu therapeutic system illustrated by Fig. 2).

C. Acute Life Situation Versus Treatment Situation (Milieu Treatment. Viewed as an Enlarged Treatment Situation which Surrounds the Patient's Acute Life Situation)

In formal psychotherapy or analysis, the patient and therapist deal with three separated time-space dimensions: treatment situation, acute life situation and past. The patient meets with the therapist in his office, but his acute life situation is removed from the treatment situation (see Fig. 1).

In Milieu treatment, the acute life situation and the treatment situation are almost identical; the acute life situation can never be so fully controlled that it is always a treatment situation. The patient's tendency, initiated by his resistance, is to enlarge this uncontrolled life situation and particularly to make his therapist a part of it.

* In the same way of thinking, my psychoanalytic teacher, *Carl Müller-Braunschweig* used to describe the psychoanalytic situation and its process as a Gestalt, as well as *Ludwig Binswanger* (1926; see also *Wolfgang Köhler* 1920).

** The recognition of this aspect was possible through the stimulation by *Ludwig von Bertalanffy's* system theory. (Sloan visiting professor at the Menninger Foundation, 19559).

*** The application of physical views to psychology such as: field, forces, dimension, longitudinal, horizontals, systems, etc. is typical for the field theory and is used in this paper.

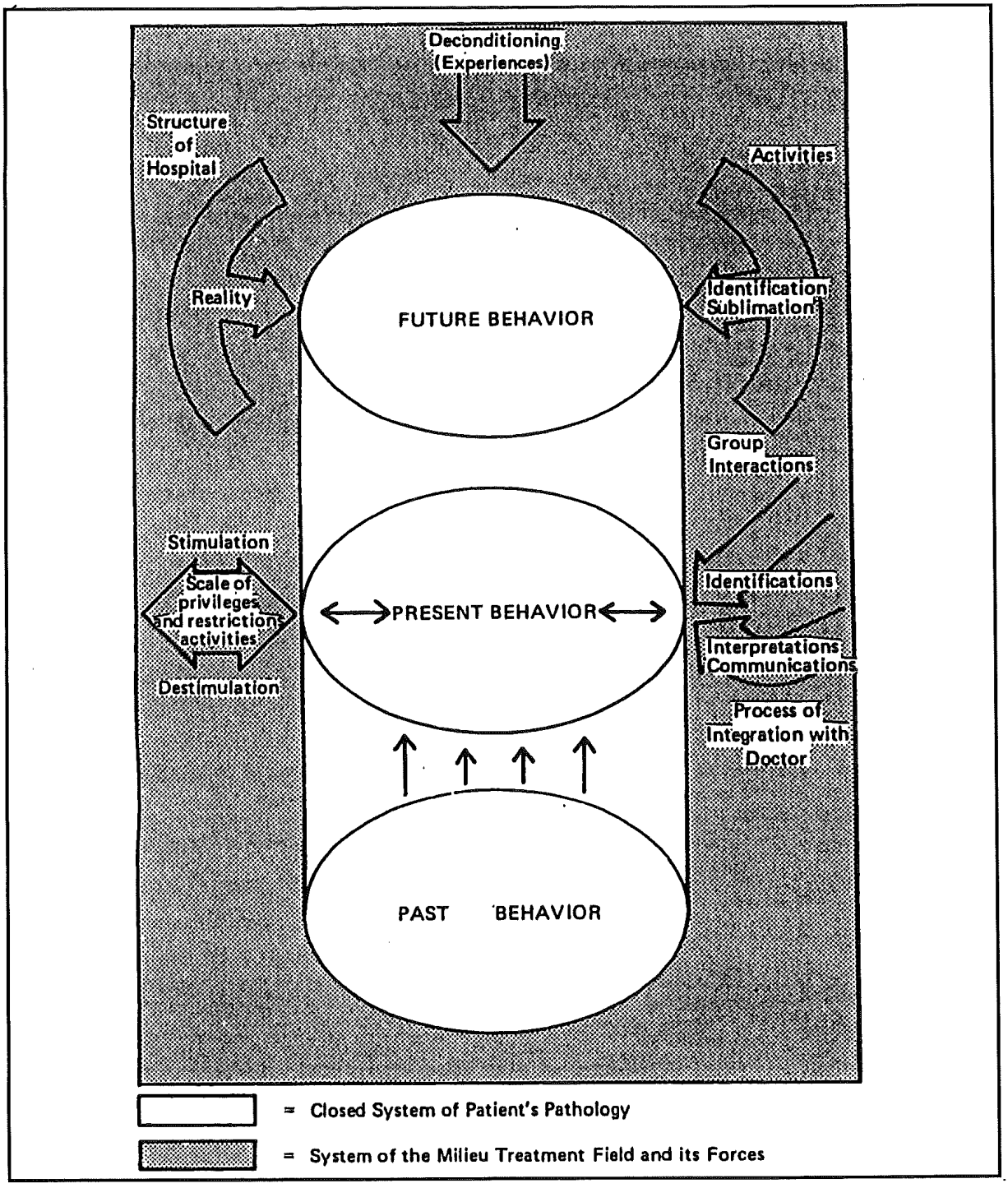


Fig. 2: The closed system of patient's psychopathology and the system of milieu treatment and its forces

In milieu treatment, doctor and patient are not separated by time and space; they are living, working, and meeting in one time and space field (see Fig. 2). The given problem, therefore, is that the patient's acute life situation overlaps with his treatment situation and vice versa. The patient, therefore, has an open channel for his resistance against treatment in attempting to make out of his treatment situation a life situation in which he tries to force his doctor to take over his ego functions and responsibilities, corresponding to his tendency to externalize. Also, he tries to involve hospital employees in an interaction with his pathology. However, at the same time the

problem described provides a unique tool in treatment in a controlled life situation, since all observations of the staff are used for treatment and the doctor's understanding of the patient is used by the staff in dealing with him.

Doctor and patient both aim to bring together the acute life situation and the treatment situation, but with different goals: the patient strives to make an acute life situation out of the treatment situation and the doctor strives to make out of the acute life situation a treatment situation. Between these two forces, representing the dynamics of the milieu treatment field, the treatment process proceeds. Hospital doctor and staff who treat the patient in a life situation have to remove themselves from the situation by psychological means through observation and control, for the purpose of avoiding a countertransference regression.

In milieu treatment, the doctor has to observe past and present since the patient communicates his problems in metaphors through his daily hospital life, through attitudes at his activities and through demands, directed towards the hospital doctor. The patient communicates in his treatment verbally and through actions, and his doctor must decide in what way to respond to the »hierarchy of meanings« (*Holzman*) and what to take up (for similar principles which are used in the timing of interpretation in a formal psychotherapeutic process). Therefore, the doctor has to decide when to act, desirably avoiding action as much as possible since action always makes him a part of the patient's life situation.

Since the patients for whom milieu treatment is indicated are, in general, suffering from problems of ego weakness and ego functional distortion, the tendency of milieu treatment patients is to demand (and at times require) that the staff take over their ego functions and their responsibilities. One of the main features of milieu treatment is that the milieu treatment program is individualized for each patient; and the group of therapists (adjunctive therapists and nursing personnel) work under the leadership of the hospital doctor (*Menninger* 1949), concentrating their efforts towards each individual patient. One factor which helps the doctor and his group to remove themselves from the acute life situation in the milieu field, which supplies them with abstinence and distance, and which stresses a merging of the acute life situation into the treatment situation, is the reality principle applied to the whole group of patients by rules and regulations of the hospital structure through its administrative representatives. For the purpose of this paper, we will call this factor a »third person«* representing a third force in the milieu field; the first person, we understand to be the patient, the »second person« we understand to be the doctor and his therapeutic team.

* Instead of »third person« we can say »third force«. I used »third person« only, because the representative of the rules and regulations appears on the stage of milieu therapy directly between patient and doctor as a »third person« (for example the clinical director, section chief, administrator of business office, etc.).

1. Rules and Regulations: Rules and regulations are helpful in supplying the patient with reality. The staff avoid getting involved in discussions with the patient or counteracting-out either to the violence or to the withdrawal of the patient. The more the patient is able to accept reality in the life situation, the more he will be able to accept interviews in a treatment situation (facing his problems). Thus, we can say there is a moving line from a total milieu activity program where the patient is reliving and re-experiencing his problems to an almost formal psychotherapeutic situation* where he is able to talk about himself, about his feelings and problems instead of acting. Milieu treatment in this way leads from an externalization of inner conflicts towards internalization and introspection. Milieu treatment has a definite oppressive-suppressive quality, intermingled with ventilation and interpretation. The patient's acting-out is not only the reliving of his old infantile conflicts, which gained an autonomy under the leadership of a repetition-compulsion, but is also a resistance against the treatment. One of the cornerstones of the interpretative work of the hospital doctor is to interprete this resistive quality and to connect this to the infantile conflicts which are renewed and relived on the stage of the milieu file. The hospital doctor will also take up with the patient the unexpected response of the controlled milieu field to his infantile actions.

2. Resistance: Sometimes resistance against treatment, i.e. to face problems and to think instead of to act, can also be expressed by the patient's counteracting-out. That is, the patient instead of being » a bad boy« is now »a good boy«, performing all the activities, being cooperative with the staff and being a kind of model patient. In this way the patient again is acting instead of thinking, but can now defend himself against treatment in the interviews by telling how well he is doing, emphasizing that he needs no more treatment and that he has no problems. The situation has to be handled in the same way as any other psychotherapeutic situation; however, sometimes this counteracting is a transitory stage between destructive acting out and the development of an introspective capacity.

It is always necessary for the hospital doctor and his staff to observe the present behavior of the patient and to understand its allegoric and metaphoric quality. We can say that, for the patient, the present life situation and the treatment situation are almost identical, but for the doctor and his staff, the life situation of the doctor and staff should not become a part of the life situation of the patient. The doctor and staff are not to counteract-out to actions of the patient, not ot go »in his boat« because if this occurs

* When formal psychotherapy or psychoanalysis are applied in the milieu treatment field, milieu therapy theory gains a new aspect. Problems, which were held back from analysis by resistance, are acted out on the stage of milieu therapy. The force of resistance can be somewhat measured through the force of acting out. The work of the hospital doctor would be to cover up and to destimulate, but also to confront the patient with the meaning of his actions and hence to push patient's actions into his psychoanalysis or psychotherapy. In this case, psychotherapy becomes a part of milieu therapy. This can be the case in expressive psychotherapy, too, where psychoanalysis can be a part or vice versa.

the doctor has abandoned his oberserving attitude; he becomes part of the unrealistic actions of the patients, responding to his unrealistic needs, is then in a state of a »folie à deux« or as *Karl Menninger* (1958) puts it, he is acting in a »countertransference resistance«. In other words, therapist and staff have to resist regression with the patient. Therapist and staff have to be aware of this problem, be able to observe and to compare the reality and patient's behavior.

On the other hand, there will be always a lack of total observation and data, and there will be an interference due to the emotional shortcomings in the staff. The supervisory process tends to correct these shortcomings (see Fig. 3). Ideally, for a treatment program, the adjunctive therapist would be chosen according to his dynamics in relation to the dynamics in relation to the dynamics of the patient.

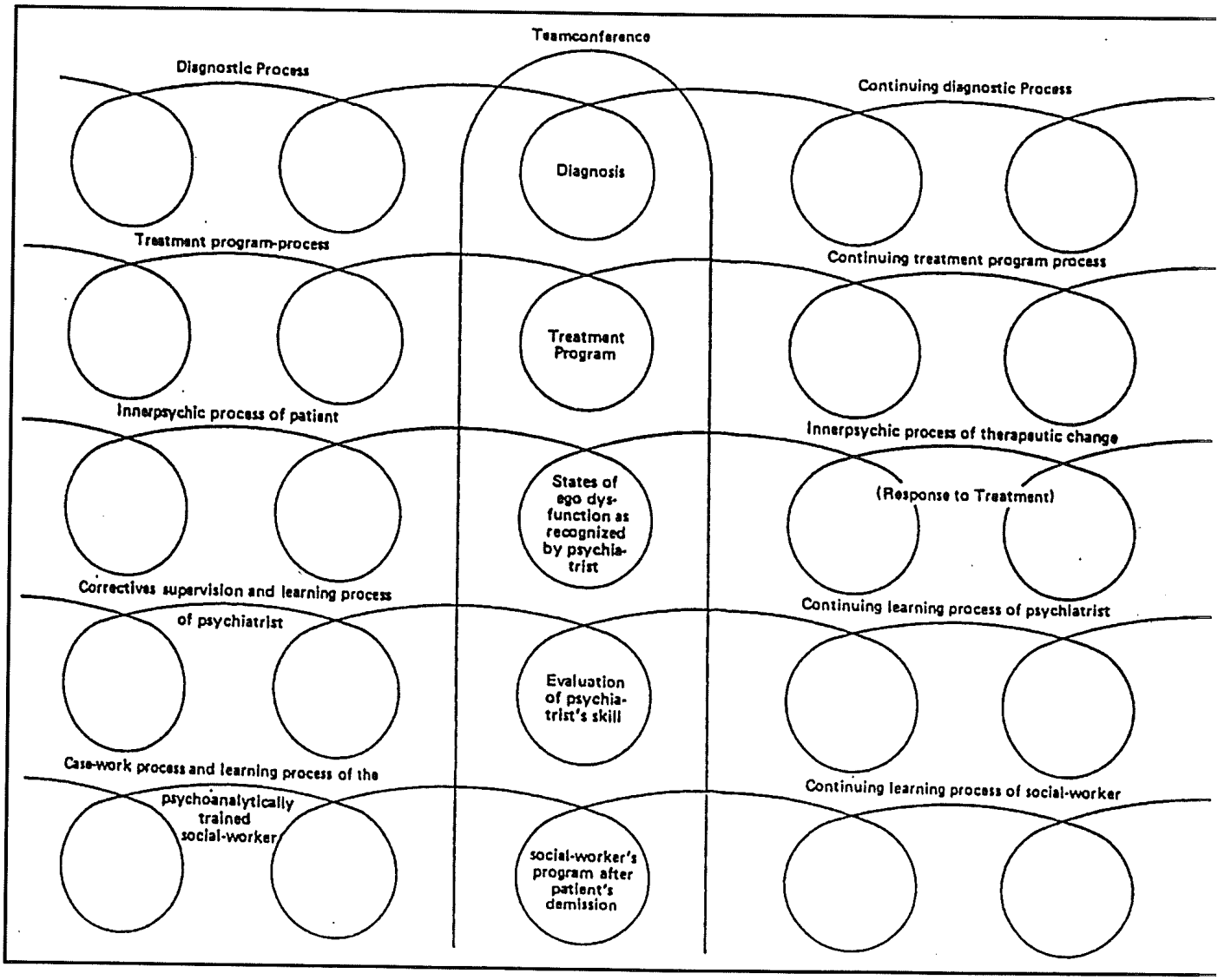


Fig.3: The parallel processes in the milieu treatment field

3. Abstinence: The aspect of »abstinence« in the function of the hospital doctor should be stressed. There are two points:

a. The abstinence principle for the patient.

b. The abstinence principle for the doctor.

For the patient, there is in milieu treatment less abstinence in the treatment situation, but more abstinence in the life situation as a whole. For the patient there is a striking difference between outpatient psychotherapy and milieu therapy. In classic psychotherapy or a psychoanalysis, the patient sees the doctor in his office but his acute life situation is separated from the treatment situation and is uncontrolled.

As *Freud* (1924 d) postulated, the more abstinence a patient observes in his acute life situation, the better for the psychoanalytic process.

The same law has its value for formal psychotherapy. If the patient cannot tolerate abstinence in the acute life situation, but has to bring self-destructiveness into action, milieu therapy is indicated.

In milieu therapy, the patient's acute life situation is in a controlled environment, but there is less structural abstinence in the relationship towards the hospital doctor who is open to decisions and to action since the patient is seen in informal interviews. The patient is, therefore, more open to acting out in his relationship towards the doctor. With the doctor there are also striking differences regarding abstinence between psychotherapy and milieu therapy. In fromela psychotherapy the doctor is protected through the rule of abstinence, so as not to act and not to decide. In milieu therapy the doctor is far less protected by the barrier of abstinences. He is practically in the life situation of the patient, but has to remove himself psychologically from it. This seems to us to be a striking characteristic of milieu therapy and one of the most important problems for young doctors who work in such a treatment situation for the first time. The psychiatrist who is conducting supervisory work has to be especially aware of this problem. He has to be aware of the countertransference-acting-out because of his being and treating in the life situation of the patient. The doctor in milieu therapy has one step more to do than the therapist in formal psychotherapy or psychoanalysis since he has to perform an additional psychological act: to remove himself psychologically from the situation and to put himself in an observational state. The use of the above described »third force« of the reality situation created by the structure and the wholesome regulations of the hospital setting is a very helpful function to provide abstinence safeguards for the hospital doctor.

D. Ego-Autonomy and Regulation

Returning to our dimensional viewing of the way in which milieu treatment functions, we will now consider the horizontal dimension; that is, the dimension which expresses the ego-autonomy disturbance regarding environmental and id forces. Milieu therapy treats the problems of ego autonomy through the application of environmental stimulation or destimulation.

Let us discuss now this dimension of milieu therapy. *Karl Menninger* (1958) stated: »We are beginning to realize more and more how great the whole of external stimulus impact is on ego functioning. In the light of these isolation experiments and accumulating data, regarding solitary sailors, polar explorers, prisoners, and the deaf and blind, it is increasingly apparent that the autonomy of ego is maintained only by a balanced dependency on both the id and the external world.«

Hence, the ego has to maintain its autonomy by balancing and withstanding the pressure form id and environment.

Rapaport (1958) understands that the environment* produces an autonomy from the id and the id produces an autonomy from the environment. In relation to treatment, *Rapaport* writes about the influences in the autonomy balance, that »increasing autonomy from the environment results in decreasing autonomy from the id«. As described above, milieu treatment has to respond to the kind and degree of disturbed autonomy equilibrium of the patient with the degree of abstinecne or stimulation required. In other words, we can say milieu treatment responds to the degree of self-regulatory dysfunction by regulating the degree of environmental stimulation. The length and depth of interviews, the range of privileges or restrictions, and the range of activities are all a part of the regulation of the environmental stimulation. Also, we can think again of the classic psychoanalytic technique, which according to *Rapaport* »explicitly recognized that a reduction of contact with reality is necessary to permit id derivatives to rise to consciousness«. For a patient for whom milieu therapy is indicated as a special therapeutic technique, psychoanalytical technique is contraindicated.

In this regard we have to be aware of the effect of technical devices for reestablishment of autonomy of ego functions; that the patient can act with different degrees of restriction and withdrawal under the process of decreasing autonomy from the id. Otherwise, patients can act out under decreasing autonomy from the environment, acting out with the environment. Regulation of environmental stimulation, in general, controls primary id processes**.

* »Environment« in this frame of reference will mean: there does not exist connection towards the preconscious or unconsious. This represents a somewhat »neutral outside«. This appears to be a quite hypothetical element, but it is not. For instance, very simple use is made out of this factor in the so-called »suppressive approach« towards a patient who is overwhelmed with unconscious material.
The doctor is disregarding all phantasy, dream and free associated material, but talks about day-to-day events, the weather, work and play activities of the patient or other simple, practical matters.

** The idea is, that the regulation of environmental stimulation controls id processes in such a way that, for example, if a patient experiences panick anxiety in being without activities, activities on the grounds can be helpful in discharching anxiety. Stimulation through painting or gardening can help if delusions are pressing to foreground. These activities supply environmental stimulation which helps to balance the id impulses. Or, we can say that environmental stimulation can help to suppress id impulses. In contrast, the psychoanalytic technique helps to stimulate id processes in restricting environmental stimulation.

For patients who are in need of milieu therapy, the ego autonomic regulatory function is paralyzed to a certain degree because the patient's homeostatic innerpsychic equilibrium is frozen towards one or the other end of the equilibrium scale*: towards action in the direction of seclusiveness or hyperactivity. These conditions can be described as a »closed system« (see Fig. 2) if we understand it as being unfree, conditioned, predetermined. This whole closed system is composed of the preconditioning past and the predetermined present and future behavior. The operation of this total system can be observed in the therapeutic situation as transference paradigmas in the milieu field.

In detail, we can describe restrictive, seclusive and withdrawn behavior as a result of an innerpsychic closed system resulting in ego autonomy against the environment. This example may be used to illustrate milieu therapeutic regulations: if, for instance, the patient has lost to a visible degree, his autonomy from the id (but is holding on to the autonomy from the environment), the regulatory response of milieu treatment would be to supply the patient with environmental stimulation to a certain degree (to decrease his autonomy from the environment) and to increase through this his ego autonomy from the id. On the other hand, certain degrees of isolation would help a patient who is overstimulated by the environment and has lost his autonomy from it.

Yet we have to describe this other extreme of pathological ego autonomy disturbance; the being frozen in a condition of being open towards environmental influences, but pathologically »open«, staying open, being without protection and displacing internal conflicts onto the environment, needing it to exist, to receive endless supplies of stimulation and identification objects (»love addicts«, as *van der Waale* described) (personal comment). The pathology is not »to be open«, but to stay open in an inflexible, rigid way. We are describing here the »open system«, if it becomes a condition in which the patient is fixed, a condition in which he has lost the capacity to change, a condition which is determinded by ego regulatory disturbance, a condition which is rigid and relatively inflexible. However, it is important to stress the significance of the degree of »being open« or of »being closed«, since there exist cases with catatonic or manic reactions, who are slipping back and forth between both extreme conditions, even several times a day. A similar situation is represented in a

* The dysfunction of the regulatiory force of the personality can be observed in milieu treatment when patients who are restricted from living out their problems through total isolation, are reacting to this with a break with reality, by being overwhelmed with too much anxiety, resulting in an escape in a so-called »reactive psychosis«. On the other hand, we can observe patients who are consistantly discharging their anxiety by living out their problems. (The patients of both of these groups are often called »emotionally unstable personalities«, »psychopaths« or »character disorders«.)
The doctor's skill will be to regulate through the medium of stimulation or lack of stimulation and supporting therefore the patient's regulatory forces. This is not only done through the scale of activities, attitudes and privileges, but through the interviewing technique as well, in the opening or the closing up of unconscious material.

patient with a sudden loss of control and a corresponding sudden regaining of control, a phenomenon theoretically understood by *Karl Menninger* and allies as a transitory ego-rupture (*Menninger* 1958, *Satten* et al. unpublished paper).

In a balanced ego equilibrium, the ego regulation functions in a mild rhythm between »being closed« and »being open«, as a function of *Heinz Hartmann's* (1956) »conflict-free ego sphere«.*

The categroy of patients who are innerphysically determined to react hopelessly toward environmental stimuli and to act instead of to think, represent the largest group of patients in milieu treatment.

Karl Menninger's (1952) basic theoretical view »that mental illness is a failure of self-regulation«, finds here its therapeutic complement, and he describes milieu therapy as a »social system« composed of psychiatric personnel. The structure of the milieu treatment program with its scale of privilege and activities and frequency and length of interviews has to respond to the disturbances in the homeostatic equilibrium. Generally, this can be done by the degree of environmental stimulation or destimulation, as presented by the scale of ego-equilibrium disturbance (see Fig. 2).**

It appears that the unconscious part of the ego is responsible for regulatory devices-regulation between superego and id demands, dream sensure, transference and resistance in psychotherapy.

Milieu treatment techniques vary from isolation treatment to a day hospital program (*Fleming* et al. 1954). The degree of stimulation, creating a specific treatment atmosphere, is an important aspect of milieu treatment theory. Milieu treatment gives the patient a new experience, offering his new regulatory ego defenses, in general supporting ego autonomy (see Fig. 4). However, this has to be done in connection with the patient-hospital doctor relationship and with verbalizing this kind of experience, as the patient hopefully becomes increasingly able to observe, »to talk about«, and finally to assume more responsibility. At the beginning the hospital doctor must assume responsibility in the eyes of the patient; he has to take over the patient's ego functions. In the case of a seriously disturbed equilibirum, the doctor will take over the patient's ego functions

* *Harald Voth* in collaboration with *Mayman* (1959) has done research with response to stimuli (based on the work of *Albert Voth* (1947). They found that patients with a condition of being »ego-closed to environment« with a lack of ego-autonomy from the environment gave a »non-movement response« (in observing a light in a dark room and drawing their perception on paper), but patients who were »ego-distant« (id-closed) with perhaps a lack of ego-autonomy from the id, gave »movement response«, and they found many variations between both extremes, corresponding to the clinical picture for being open or closed to environment). *Voth's* experiments can find their clinical correspondence in behavior-rating schedules. It appears that the authors found a method to measure the ego-regulatory strength.

** However, it is important that the doctor is fully in control of the treatment situation and integrates in interviews the patient's experiences and feelings about his work, play and interpersonal relationships. The doctor also has to regulate, to restrict or to increase the patient's activities and personal contacts.
If this would not be so, wie could not have a controlled treatment situation.

by means of a well-structured environmental setting. Together with the general use of stimulation or de-stimulation, with restriction or push into activities, there is the technical use of strengthening or substitute of ego defenses; from oral towards compulsive defenses. However, experience has taught that this must be done in a flexible and natural way, recognizing the adult personality of the patient as well. In milieu therapy phenomenological variables, such as time and space, are supplied; that is, not only the measuring of certain degrees of stimulation or destimulation are important for treatment (graded on a scale of activities, privileges and restrictions), but the timing and the duration are important. The same is applicable to the spatial variable, rexemplified by ground privileges, restriction to room, town visits and so on.

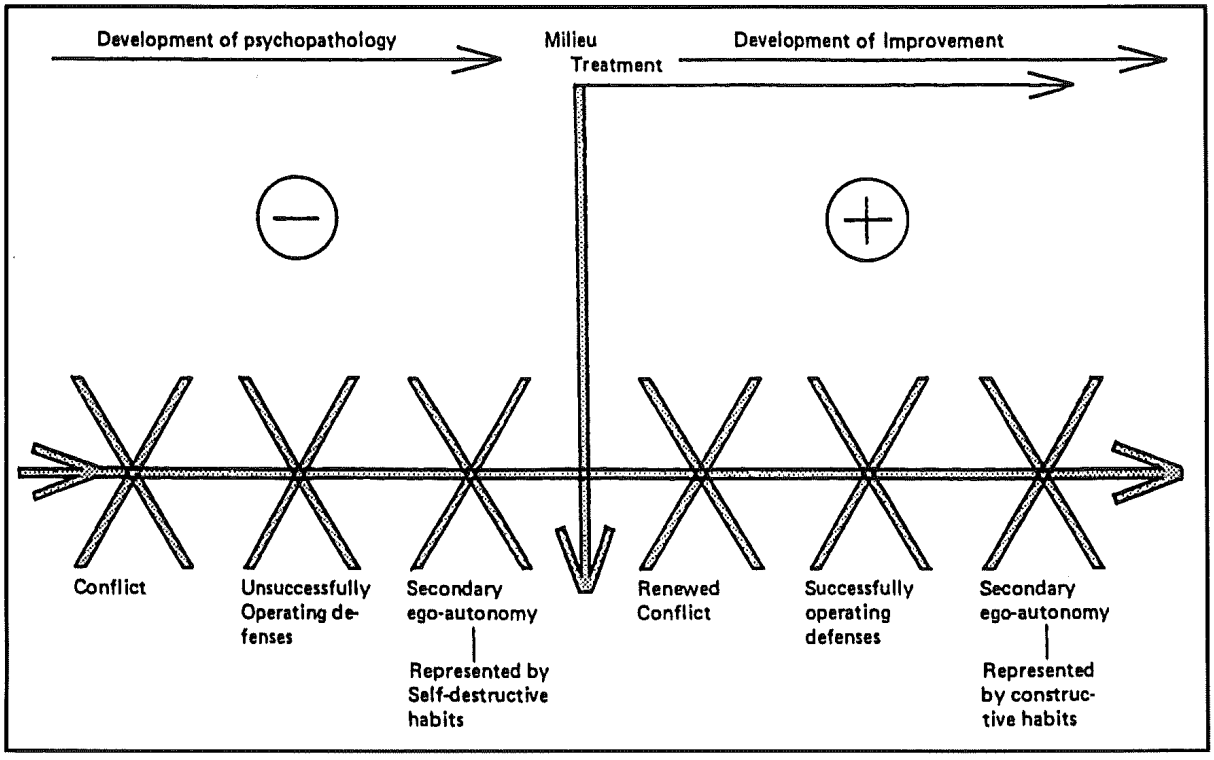


Fig. 4: The development of psychopathology and the development of improvement

In applying these principles, the reader will understand that the application of one privilege or restriction can at one time of the treatment process be a beneficial action, while at another time of the treatment process, perhaps the opposite action could be indicated and beneficial. For example, for a patient with markedly passive behavior, full ground privileges may serve, in the early phases of treatment, to stimulate and activate the patient. Later, the patient may need to work through another of his problems: learning to assume responsibility for continuity of activities and work, for instance, would require limitation of privileges and activities, and the restriction of being group-accompanied could then become indicated and beneficial. The theoretical treatment aspect is first to recognize older defenses, which defenses were successful, which failed but which could progress to a higher level. At this point, diagnostic understanding becomes the rationale for the

treatment program, which will respond then with corresponding activities prescribed in the program with the aim of re-establishing ego defenses or developing more useful ones (see Fig. 4). Stimulating compulsive schedules, compulsive work, compulsive collecting, compulsive drawing would, for example, help the patient progress from the oral to the compulsive defenses. For patients with schizophrenic reactions, sometimes it appears to be helpful to strengthen early defenses, such as body sensations, by prescribing conventional methods such as massage, attention to personal appearance and weight regulation. From the viewpoint of the psychoanalytic libido theory, we attempt to bring the patient to a better organized level of libido organization. Viewed from psychoanalytic ego theory, we try to supply the patient with more forceful, and, therefore, more successful defenses. Ego progression corresponds in this process with libido progression.

The category of patients for whom milieu therapy is indicated presents ego dependency on the outside or complete withdrawal.* From a psychoanalytic point of view, we understand this as narcissistic problems, as being conditioned by the lack of supply in the ego after passing the period of autistic, narcissistic ego development. Patients with an ego dependency on the outside (alcoholism, sexual deviants and socially unstable people) all react with a strong, stormy transference toward the hospital doctor, seeking narcissistic supplies. Together with these supplies in a controlled transference situation, there is an organized cathexis with objects, things, interests and ideas in the adjunctive activities. In general, the work of the hospital doctor is related mostly to the healthy part of ego and the preconscious with the secondary process of thinking. The most important treatment goal is to support the patient's ego function. However, responding to the degree of pressure from the unconscious with its unsolved aggression, anxiety and primary process phantasy material, the hospital doctor has to provide the patient with an opportunity to ventilate and, thereby, discharge some of the pressure.

E. The Role of the Preconscious

Since the patients's communication always operates simultaneously on different levels of thinking (representing both libido and ego states), the doctor has to decide what part of the communications should be taken up and when. Not only does the action of the doctor depend on the ego status of the patient, but the patient's privileges and activities also. However, it seems to us useful to stress the point that in working with the preconscious,

* Patients with weakness to withstand environmental pressure are ego-paralyzed as are patients who are paralyzed by id-pressure. Here I describe again the group of patients with ego disturbances (being between the group of the so-called »neurosis« and »psychotics«)
The thesis of my paper is that especially for this group, milieu therapy is indicated because this group is action-directed. These patients are, in a way, socially »psychotic« and are not accessible to outpatient psychotherapy. Therefore, the treatment situation must be anlarged for them und must surrounded their life situation.

the unconscious conflicts which are connected with the preconscious can be reached too. In *Freud's* (1924b, 1954) opinion, the idea of the world is in the preconscious. The french novelist *Marcel Proust* (1928) in »Swann's Way« describes the feeling tone of what we call the preconscious: »Whence could it have come to me, this all powerful joy? Whence did it come? What did it signify? ...And I began again to ask myself what it could have been, this unremembered state which brought with it no logical proof of its existence, but only the sense that it was happy, that it was r real state in whose presence other states of consciousness merited and vanished. I decide to attempt to make it reappear... I feel some things start within me, something that leaves its resting-place. I can measure the resistance ... and suddenly the memory returns.«

In the same way also milieu treatment stimulates, over the bridge of the preconscious, feeling tones which give evidence of the connection between unconscious and preconscious systems. And as *Marcel Proust* described, feelings experienced in being in a garden or drinking a cup of tea while slowly old memories were coming up, so our patients are reexperiencing many such earlier situations of their life being at activities and on grounds and hospital floors. However, the turning point of treatment is, that the patient not only re-experiences, but he experiences something new, since in reliving his memories in a healthy-responding environment, he experiences a repeat and repair of old traumata. These experiences are discussed repeatedly with the hospital doctor, who decides the degree of necessary ventilation. The interpretative process is performed by him and has the function of integrating the patient's experiences.

F. The Repetition-Compulsion as Chronic Ego-Dysfunction

Another variable of the milieu treatment theory is the variable of the longitudinal (see Fig. 5 and 2). The understanding is that the patient group with ego equilibrium disturbance for whom milieu therapy is indicated, attempts to solve problems through acting instead of thinking. These patients try through repetition-compulsion (understood as a chronic dysfunction) to solve conflicts. Knowing what they are doing, they think that they are free not to do it, but they are driven to do it again and again. As *Freud* (1922) pointed out in »Beyond the Pleasure Principle«, this tendency is closely related to the death instinct and shows a pattern of self destructiveness because of unconscious needs for punishment based on unconscious guilt. The selfdestructive tendency is unconscious for the patient, but through his experiences in the process of deconditioning, he will become aware of it, if he can experience his actions in a controlled environment.

A factor of resistance against this treatment process would be the fact that the patient intends to oppose the process of deconditioning with denial, refusal and inability to observe, and with the tendency to make out of the treatment situation an acute life situation as described above. The

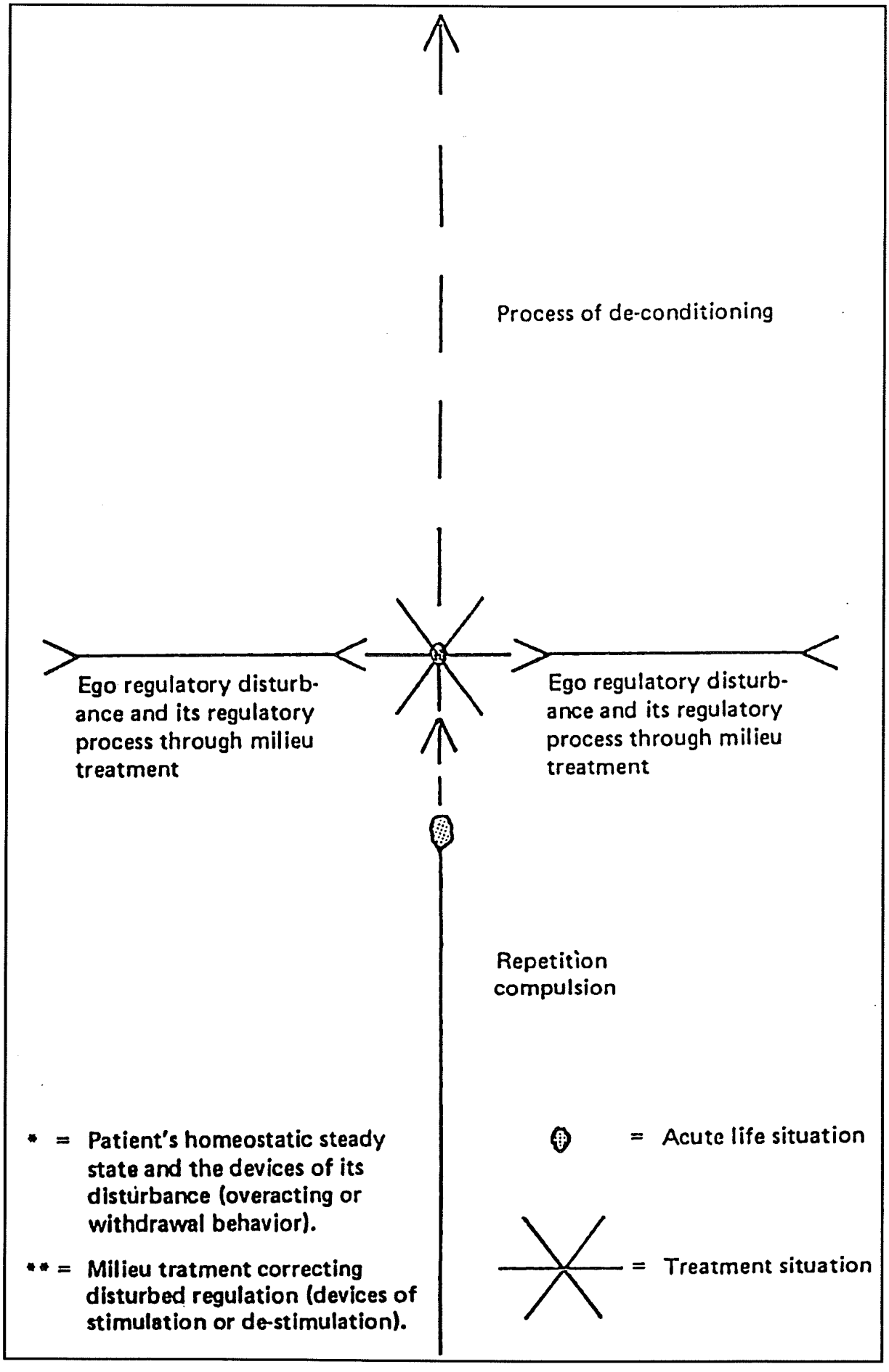


Fig. 5: Repetition compulsion and the process of de-conditioning

patient would try to externalize instead of internalize; he would avoid seeing his behavior as symptoms since he feels more comfortable in viewing them as ego-syntonic. The patient will use devices of defense:

a. To act out in refusing to take over ego functions with acceptance of responsibilities, with uncontrol of aggression.
b. With conteracting-out, with showing compliance, pseudoresponsibility.

The doctor who is conducting the interpretative process has to decide:

1. Timing of interpretation.
2. What to take up of patient's behavior, the positive or the negative aspects.
3. Which content to deal with: the surface content, related to reality, or the hidden unconscious message.
4. When to act and when to stay passive.
5. To observe the past pattern and present behavior to avoid regressing with the patient, and to avoid countertransference (Countertransference acting-out).

The theoretical understanding of the patient's inner-psychic process is seen at this point for the purpose of our paper as conditioned behavior being a function of past and future, but projecting now this behavior pattern on the stage of milieu treatment where likewise the process of deconditioning is initated. In other words, the patient repeats and repeats his pattern again and again, but fails to get the expected response until, step by step, he becomes ready to give up this pattern. He experiences that his expectations are not fulfilled, and therefore, he can give up his behavior. He integrates his understanding in interviews with the hospital doctor.

Three main ego aspects are apparent in the patient for whom milieu treatment is indicated. They are: the ego function in the repetition-compulsion in the regulatory dysfunction and in the partial dysfunction of the repressive capacity. All these functions are remarkably weaker than in the purely »neurotic« group of patients. Milieu therapy responds to these pathological forces of the patient with forces of the milieu treatment field, conducted by the hospital doctor as described above (see Fig. 2). The milieu treatment field responds to the scale of repressional potential of the ego (which corresponds to the ego regression), offering more or less controlled force of the milieu therapeutic field (Fig. 2 and 5). It is understood that the patient finally moves toward a perception of a deconditioned and, therefore, redefined reality. Finally, the patient can, through the process of deconditioning, redefine his environment.

In summary, the milieu treatment uses, as a treatment tool, the patient's pathology of being action directed. Hence, what was under the service of destruction becomes under the service of construction. The idea is that the patient repeats his conditioned pattern of behavior but runs against the wall of healthy reacting environment. As a result, he finally gives up his old pattern of behavior. This is described as the process of de-conditioning (see Fig. 5). (The learning and accepting of new patterns of behavior is described in the section about the secondary ego-autonomy and sublimation.)

G. The Corresponding Process of the Milieu treatment

Milieu treatment is not only understood as a field system interaction (as is implicit in the field theory concept), but at the same time is a process of two systems interacting with each other, the system of the patient interacting with the system of the milieu treatment field. The hospital doctor must be aware of these processes at any given time. He must use this awareness in conducting the patient's treatment process, which is not only a process of interviews but also a process of activities, stimulation and destimulation through a scale of increasing or decreasing contacts. The doctor has to utilize the treatment tools of the milieu field to correspond to the inner-psychic process of the patient which is sometimes identical with the treatment response process (improvement or relapse). In other words, simply stated, timing is an important treatment element; the doctor's treatment program should not be ahead or behind the patient's process, but should correspond to it.

The understanding of transference and behavior paradigms is also of crucial importance in milieu therapy. The doctor has to have some ideas of what he can expect in the near or far future in the treatment process of the patient (expectations about suicide, development, requests for discharge, feelings of homesickness, being demanding in visits with relatives, development of interpersonal relationships with other patients, etc.) The patient's paradigms represent his repetition-compulsion and his ego autonomy status. The understanding of the patient's paradigms is a part of the diagnostic process. This diagnostic process begins at the time the patient enters the hospital and discontinues when the patient is discharged. The diagnoses is a rationale of the doctor's thinking at a given time, of the diagnostic process, completing the so-called evaluation. Developing parallel to the diagnostic process, which understands the patient's intrapsychic process and describes it, is the treatment program process. The treatment program corresponds to the diagnosis. The inner-psychic process of emotional change and behavioral change again responds to the treament program-process. *Karl Menninger* (in unpublished manscript) describes the diagnostic process as »a never-ending process of knowing, as the diagnosis becomes a necessary symbol of our perception at one moment for finding a rationale«. For the purpose of this paper, we view the treatment process in the same way, where the »program« becomes a symbol or rationale, which could be called with names of formula, corresponding to diagnostic names or formula, both written down at one given point in the process. This would also indicate that a »treatment program« is always fluid. All these described processes are parallel and practically one process (see Fig. 3).

As seen in the graph, the psychiatrist is the corrective supervision process, parallel to the patient's process, strengthens his function to observe, correcting countertransference, and supporting diagnostic and therapeutic understanding. *Ekstein* and *Wallerstein* (1958) view the psychiatrist's reports in supervision hours as a reflection of the patient's treatment process.

In addition to these processes, there is the process of interaction of the social worker, who is a representative of the therapeutic milieu field, with the patient's relatives and his old environment. Thus, the milieu therapeutic field intrudes into the environment of the patient, a factor which has its diagnostic and therapuetic values.

H. Identification-Sublimation (Secondary Ego-Autonomy)

Another aspect in milieu therapy is that it initiates an identification and neutralization process which will lead the patient towards sublimation of distorted drives. The structure of milieu therapy not only offers the patient identification objects such as hospital, its chief, the hospital doctor, A.T.s and nurses, but also identifications with all of the work situations offered in the activity program. Work activities especially serve the detoxification of the aggressive and sexual drive (*C.W. Menninger* 1932, 1936). This identification process is a process of object cathexis and is a transitory process. The identification proces is also an apperceptive process leading to integration. The identification process is also a psychological maturation process which develops through partial identifications with imitating of habits and mannerisms (*Hendrick* 1951) and in milieu therapy with imitation of interests, of work habits, of dressing, of talking, of identifications. As *Müller-Braunschweig* (1926) pointe out: sublimation will be reached through an identification process over a bridge of neutralization. This total process, leading towards sublimation can be understood as process of ego-maturation.

Heinz Hartmann stated: »What developed as an outcome of defense against an instinctual drive may grow into a more or less independent and more or less structured function« (*Hartmann* 1951). Thus, what served first as a defense mechanism, becomes later an independent function, a secondary part of the »conflict-free-ego-sphere«, called by him »the secondary ego-autonomy« (*Hartmann* 1950). And later, he describes the role of the sublimation as serving this development of the ego-function. He described then different degrees of autonomy, related to the ego-strength (*Hartmann* 1955). However, we like to stress the point that the secondary ego autonomy does not always develop a successfully operating autonomy. Mostly, this negative autonomy will be developed, if unsuccessful operating defenses become ego-syntonic and gain a secondary autonomy. Mostly, this negative secondary autonomy operates under the service of the repetition-compulsion.

The aim of milieu therapy would be to renew the conflict (which once developed into the use of a defense and then into a negative autonomy) and to supply the patient with new, better working defenses, which then should develop into a positive, secondary ego-autonomy with reality oriented day-to-day habits, attitudes, interests and relationships serving the interest of the ego succesfully and enlarging its conflictfree sphere and strength (see Fig. 4). The development of this secondary ego-autonomy can also be

understood as a process of decathecting (object-decathexis from the view of libido theory) as far as object-cathexis towards hospital staff and its interests concerned.

The development of interests through indentification would go together with object-cathexis. However, the development (of these interests) into new day-to-day habits and new lasting relationships would go together with object-decathexis from the object values and interests which at first were represented or stimulated by the hospital staff only.

William C. Menninger (1959) stated this aspect in a letter as such: »I have so often felt about milieu treatment, namely that the individual does form such a strong positive transference to someone, wants to do what that individual wants him to do (Perhaps the doctor or the therapist or the nurse) and then it is the doctor's or the therapists's or the nurse's job to try to divorce him and help him find satisfaction out of what he is doing rather than because of the reward of love from the doctor, therapist or nurse.«

I. The Group-Interactions (and Values)

The identification process is also stimulated through identification offered by group interaction. Another notable aspect of milieu therapy which should be emphasized is the whole of the group interactions between the group of the A.T. workers, the group of the nursing staff, the group of relatives and friends outside, the hospital and the different patient groups. All those groups interact with one onother and the interaction should be controlled and understood and continnously observed by the hospital doctor. The position of the patient in the patient-group is important in terms of his being accepted or not being accepted. This may be used in the treatment interviews and also may require necessary action, such as removing the patient from a group situation which is not a healing unit for him. The patient participates in different group situations. He is a member of the relatively small group of patients treated by his doctor. This group offers a special emotional climate to the patient because of its inevitable transference manifestations. The patient's position in this group is of crucial importance to him and to the doctor. Other groupings have different meanings and values in the treatment situation.

Staff grouping, related directly or indirectly to the patient's treatment are significant. A patient observes the group actions and the position of his doctor in the doctors' group. – There are also other groupings in the patient's group based on age, sex, interests, and problems. The spontaneous building of groups in the hospital, ingroups and outgroups, has to be observed, be understood, and be used for the milieu treatment program. Besides offering identification possibilities, the group situation provides a protective element for the patient. Milieu treatment is also, therefore, a kind of group psychotherapy, with, however, some remarkable differences from classical group psychotherapy. Milieu treatment is a therapeutic inter-

action between different groups, but not a treatment situation only in one group. Further, the therapist is not present all the time. He works with the patient's feelings and experiences in the patient's group. There is always the possibility that the patient may become transitory part within the whole dynamic emotional group situation which also has to be observed, understood and dealt with, if necessary, by the hospital doctor.

The patient's becoming a part of a »dynamic whole« (*Köhler* 1920) can only be understood as a transitory process which can have healing elements because of the protecting elements of group situations. There is a constant fluctuation in patient grouping which is always transitory. Although it is difficult to use patient groupings and to institutionalize them, spontaneous patient groups can be utilized for treatment by the hospital doctor.

In the group situation and also in milieu therapy in general, values and a system of values play a role. According to psychoanalytic theory the patient brings his own values into the treatment situation. The values are a function of the internalized values of patient's parents or other important individuals in his life. However, in the milieu treatment process, the patient will also internalize new values which are helpful for him as a part of the hospital doctor's abstinence in the treatment situation. The more the hospital doctor becomes the externalized super ego or even the ego of the patient, the more he will represent the patient's value-system and his values will become patient's values. However, this also must be understood as a transitory process.

J. The Patient's Conflict as Being Observed and Treated on the Stage of the Milieu Treatment Field

Finally, the interviewing technique of the hospital doctor is based on the theoretical understanding that he is treating a conflict. This conflict represents positive and negative aspects, conflicting with each other. For instance, a conflict between dependency and independency has to be treated, not only the problem of dependency. *Freud* (1924c) stressed the role of the conflict in the neurosis. However, the analytic treatment works through renewing the old infantile conflict through the transference. Since transference becomes resistance-transference, interpretation of its infantile quality, of the quality of reliving and repeating an old infantile conflict, becomes a cornerstone of analytic treatment.

Difficulty arises, if this old infantile conflict is not preserved in the unconscious but has become a sort of autonomy and is relived repeatedly (in a repetition-compulsion) because of ego-repressive and regulatory weakness. In these cases, classical psychoanalytic technique appears to be not only unsuccessful but also contraindicated since it would only perpetuate the reliving.

Milieu treatment treats the patient in this process of reliving in surrounding him with a treatment field where the forces of this controlled field interact with the patient who renews his old infantile conflict.

What is a symptom, worry or phantasy for the «neurotic«, is an acted-out conflict for people with ego-regulatory disturbances and ego-respressive weakness (characterological problems, borderline cases, etc.) producing social symptoms. This type of patient with social conflicts will present his conflicts on the stage of milieu treatment. In milieu therapy, we can see the patient's conflict and action with both of its conflicting aspects, and in the treatment technique, both of the aspects have to be obeserved and taken up, but the hospital doctor has to decide when to take up the positive aspect, and when to take up the negative aspect. Sometimes it is advisable to take up the negative aspect, if the patient is presenting the positive aspect, and vice versa, but most important is to be aware at the same time that if a positive aspect is presented there is also a conflicting negative tendency and vice versa.

The investigation of the conflict in milieu-treatment is one of its important principles; it is always the patient's old inner-psychic conflict. But this old, conditioned conflict now acts out against a new environment, a healthy and controlled environment.

III. Summary

The paper is based on the hypothesis that diagnostic indications require corresponding treatment intervention. Theoretical aspects of milieu therapy as a special technique of psychotherapy with the use of the milieu therapeutic field are elaborated. It attempts to define a diagnostic group of special ego disturbances of a characterological nature which are largely manifested by action-directedness. The therapeutic indication for this group is milieu treatment, where the patient acts, and experiences at the same time, in a healthy and controlled environment, integrating his experiences with the help of an interpretation process.

Theoretically the milieu treatment field is viewed as a whole »Gestalt«, a process of interactions between the forces of the patient's pathology and the responding therapeutic forces of the milieu therapeutic field, organized and directed by the doctor. Different dimensions of the patient's pathology and different dimensions of the corresponding milieu therapeutic responses are discussed.

The different tools of the therapeutic technique of the hospital doctor are theorized. The technique of milieu therapy is a most difficult one, offering many more tools to the therapist than in any other technique of psychotherapy, a characteristic which can serve both as a strength and as a weakness. The milieu treatment process is defined as developing in continuous interaction between conditioning past, present (which becomes a part of the treatment situation) and the regulating milieu field responses to the ego-regulatory disturbance, until the patient can redefine his environment. Simply described, I tried mainly to theorize certain aspects of milieu treatment, which correspond to certain variables fo ego-functional disturbance:

regulation of stimulation would correspond to ego-autonomy weakness. The aspect of the therapeutic milieu experiences would correspond to the repetition-compulsion (viewed as an ego-dysfunction). The aspect of treatment in a life-situation and acitivities offer models of identification and roots of neutralization, supplying the ego with increasing identity and stability and introducing the maturation process of the ego.

In an over-all-view, we can say that the patient's psychic system interacts with the surrounding system of the milieu-treatment field. His old conflicts are relived and met on the stage of milieu treatment where they hopefully lose their autonomy and where they will be replaced through a growing, new ego-autonomy with new habits of daily life, work and attitude to self and others.

Our final conclusion is that a group of patients with problems of certain ego-functional disturbances* which prevent them from being helped by outpatient psychotherapy can find a helpful therapeutic response through milieu-treatment as developed at the C.F. Menninger Memorial Hospital and which is defined as a therapeutic technique in this paper.

Zur Theorie der Milieutherapie

Günter Ammon

Einleitend verfolgt *Ammon* die Anfänge der Milieutherapie zurück nach Berlin Ende der 20er Jahr, wo *Simmel* in der ersten psychoanalytisch arbeitenden Klinik Patienten mit narzißtischen Neurosen therapierte, welche *Freud* noch für unbehandelbar hielt. *William C. Menninger* übernahm dieses Konzept in das C.F. Menninger Memorial Hospital in Topeka, USA, und auf diesen Erfahrungen und *Ammons* eigener Zusammenarbeit mit einem ehemaligen Kollegen von *Simmel* in Berlin gründet sich die vorliegende Arbeit.

Den konzeptionellen Hintegrund bilden hier die Feldtheorie, die Systemtheorie und die psychoanalytische Ich-Psychologie. Die Pathologie der Patienten, für die die Milieutherapie indiziert ist, wird unter dem Gesichtspunkt der Ich-Regression und der Libidoregression gesehen, wobei letztere der Krankheit ihren spezifischen Charakter gibt. Der Konflikt im Bereich der Libidostörung wird als Konflikt zwischen konstruktiven und destruktiven Kräften gesehen und im Rahmen der Milieutherapie nehmen die konstruktiven Libido-Kräfte eine Schlüsselstellung ein. Die Therapie

* This group represents the group of patients whose state of ego disorganization lays between problems, which indicate outpatient psychotherapy and problems, which indicate psychiatric hospitalization on a closed ward. In the thinking of the Menninger School of Psychiatry, this group represents people with problems of ego-regulatory devices of a third order, operating on an extending scale, reaching into the region of devices of a second and fourth order of ego-pathology.

zielt hier auf eine Neutralisation und Sublimation der Libido ab, angeführt von ihren konstruktiven Kräften. Dieser libido-theoretische Aspekt wurde von *Karl* und *William C. Menninger* ab Anfang der 30er Jahre entwickelt.

Milieutherapie wird definiert als eine Methode der Psychotherapie, deren Ziel es ist, ein psychologisches »geschlossenes System« (bestimmt vom psychischen Konflikt) in ein »offenes System« umzuwandeln und ein emotionales homöostatisches Gleichgewicht wiederherzustellen. Zielgruppe sind Patienten mit massiven Störungen der Ich-Regulation, die nicht in der Lage sind, ihre Problematik zu reflektieren, sondern die dazu tendieren, ihre Konflikte auszuagieren. Da jede Öffnung des Unbewußten dieser Patienten in der Therapie zu einem verstärkten Ausagieren im Leben führt, erscheint es sinnvoll, aktuelle Lebenssituation und Therapiesituation zusammenzuführen. Das Leben des Patienten ist damit unter Kontrolle und wird Teil des Behandlungsprozesses, da der Patient auf der Bühne der Therapie seinen Konflikt, den er nicht verbalisieren kann, inszeniert und dieser so diagnostiziert und entsprechend behandelt werden kann. Ziel der Therapie wird somit die Internalisierung des externalisierten Konfliktes, indem der Patient durch die vielfältigen Kontakte mit Menschen und Aktivitäten seine erfolglosen Techniken der sozialen Begegnung erkennt und über seinen innerpsychischen Konflikt anfängt nachzudenken.

Grundlegende Hypothese zur Milieutherapie ist die Gestalt, die hier dargestellt wird durch zwei Systeme, die sich gegenseitig beeinflussen. Dies sind das geschlossene System des Patienten, umgeben von dem milieutherapeutischen Feld-System, wobei sich hier die Kräfte der Ich-Pathologie und des Milieutherapie-Systems gegenüberstehen.

Im weiteren Verlauf der Arbeit geht *Ammon* nun auf ausgewählte theoretische und praktische Punkte der Milieutherapie ein. Zunächst kommt er wieder auf die Besonderheiten der therapeutischen Situation zu sprechen, die Therapie und Leben des Patienten zusammenführt. Der Patient versucht in dieser Situation, die Therapie zu seiner Lebenssituation zu machen, indem er seinen Konflikt ausagiert und versucht, Therapeut und Team dazu zu bringen, Ich-Funktionen und Verantwortung für sein Handeln zu übernehmen. Dies jedoch muß nun seinerseits der Therapeut vermeiden, da jedes Handeln ihn zum Teil der Pathologie des Patienten macht, er muß vielmehr versuchen, umgekehrt die Lebenssituation zur Therapie zu machen. Das Ausagieren des Patienten liefert hierbei allegorische und metaphorische Bilder über dessen Vergangenheit, was als therapeutisches Werkzeug im Sinne des Bewußtmachens und Verbalisierens eingesetzt werden kann.

Die besondere Schwierigkeit der Situation für den Therapeuten liegt darin, trotz der Teilnahme am Leben des Patienten die Abstinenz und Distanz zu wahren und nicht im Sinne eines Gegenübertragungswiderstandes mit in die Regression zu gehen. Hierbei helfen die administrativen Regeln und Vorschriften des Krankenhausbetriebes, die im therapeutischen Prozeß eine »Dritte Kraft« neben der »Zweiten Kraft« Therapeut und Team

darstellen. Diese helfen auch dem Patienten i.S. des Realitätsprinzips, denn je mehr Realität er in der Lage ist zu akzeptieren, desto mehr wird er bereit sein, formale therapeutische Gespräche anzunehmen. Somit läßt sich sagen, daß Milieutherapie sich in einem Spektrum zwischen völliger milieutherapeutischer Aktivität (mit Reinszenierung der alten Konflikte) und einer fast formalen psychotherapeutischen Situation (mit Reflexion über Gefühle und Probleme statt Ausagieren) bewegt.

Ein weitere wichtiger Punkt ist in dieser Situation der Umgang mit dem Widerstand, denn das Ausagieren des Patienten stellt auch einen Widerstand desselben dar, was durch den Therapeuten zusammen mit der Konfliktdeutung bewußt gemacht werden muß. Ebenso als Widerstand muß es gedeutet werden, wenn der Patient sich als folgsamer Musterpatient darstellt, da der Therapeut sonst im Sinne eines Gegenübertragungswiderstandes (*K. Menninger)* mitagiert. Zugleich kann diese Verhaltensweise auch ein Übergangsstadium zur Introspektion darstellen. Um ein Gegenübertragungs-Aussagieren zu verhindern und somit die Abstinenz-Regel zu wahren ist es erforderlich, daß Therapeut und Team sich selbst kontrollieren und sich der Supervision unterziehen.

Im folgenden kommt *Ammon* auf die Theorie der Ich-Autonomie und -Regulation und die theoretischen und praktischen Implikationen für die Therapie zu sprechen. Ich-Autonomie wird gesehen als eine balancierte Abhängigkeit des Ich zwischen Es und Umwelt (*K. Menninger* 1958), wobei ein abnehmender Einfluß des Es in einem zunehmenden Einfluß der Umwelt resultiert und umgekehrt (*Rappaport* 1958). Diese Funktion wird übernommen von der Ich-Regulation, die als Funktion von *Hartmanns* »konfliktfreier Ich-Sphäre« gesehen und im Vorbewußten lokalisiert wird. Die Ich-Regulationsdysfunktion wird als ein Zustand angesehen, in dem diese Funktion auf einer der beiden Seiten (Es und Umwelt) eingefroren ist, woraus entweder eine völlige Abgeschiedenheit von äußeren Einflüssen in der Welt des Es resultiert oder ein vollkommenes Ausagieren in die Umwelt, wobei es zwischen diesen beiden Extremformen Übergangsformen gibt, die teilweise sehr schnell wechseln können. Insgesamt lassen sich diese Zustände als »geschlossenes System« beschreiben, da der Patient gefangen ist in einer die Gegenwart und die Zukunft determinierenden Vergangenheit. Die häufigste Form dieser Funktionsstörung ist der Zustand der ausagierenden Hyperaktivität, welcher sich auf einer anderen Ebene wiederum als ein pathologisch in der Offenheit erstarrtes »offenes System« beschreiben läßt. Demgegenüber steht der als gesund anzusehende Zustand eines »offenen System«, das sich rhythmisch abwechselnd teils in einem geöffneteren, teils in einem geschlosseneren Zustand befindet.

Die Milieutherapie arbeitet hier durch Variation von Stimmulation und Destimulation (von Kontakten, Aktivitäten als auch therpeutischen Gesprächen) und rangiert hier zwischen totaler Isolation und einen ausgefüllten Tagesprogramm. Am Anfang des therapeutischen Prozesses steht eine Übernahme von Ich-Funktionen durch den Therapeuten mit Hilfe eines

gut durchstrukturierten Umwelt-Settings, in dem Stimulation und Destimulation individuell flexibel in Zeitpunkt und Länge eingesetzt werden. Desweiteren sollen Ich-Abwehr-Mechanismen untersucht werden, funktionierende gestärkt und auf höhere Ebenen gehoben werden (von oralen hin zu Abwehrmechanismen mit mehr Zwangscharakter). Ziele sind hierbei unter dem Aspekt der Libidotheorie ein besser organisierter Libidostand, unter dem Aspekt der Ich-Theorie bessere Abwehrmechanismen, wobei beides miteinander einhergeht.

In der therapeutischen Praxis hat man es mit Patienten zu tun, die aufgrund ihrer narzißtischen Ich-Störung entweder völlig abhängig sind von äußerer Zufuhr oder aber sich zurückgezogen haben. Erstere, die den häufigsten Fall darstellen, reagieren mit einer heftigen Übertragung auf den Therapeuten, da dieser nun die narzißtische Zufuhr geben soll. Dies soll in der kontrollierten Übertragungssituation auch geschehen und gleichzeitig eine organisierte Besetzung von Objekten, Dingen, Interessen und Ideen in den Aktivitäten gefördert werden. Der Therapeut soll vor allem mit den gesunden Ich-Anteilen und Anteilen des Vorbewußten mit Hilfe des sekundären Prozesses des Denkens arbeiten. Wichtigstes Behandlungsziel ist es, die Ich-Funktionen zu unterstützen, jedoch kann es auch erforderlich sein, Ventilation von Aggression, Angst und Phantasiematerial aus primären Prozessen zu ermöglichen.

Nun geht *Ammon* auf den Wiederholungszwang als chronischer Ich-Dysfunktion ein, der als selbstzerstörerisch, mit dem Todestrieb verknüpft gesehen wird. Der Patient sucht aufgrund unbewußter Schuldgefühle Bestrafung und wehrt sich gegen ein Bewußtwerden dieses Mechanismus mit Leugnung, Weigerung und Wahrnehmungsverbot. Er bedient sich hierzu der zwei bereits genannten Abwehrmechanismen, dem Ausagieren (mit der Verweigerung, Verantwortung zu übernehmen) und dem Gegen-Ausagieren (mit der überkonstruktiven Folgsamkeit und der scheinbaren Übernahme von Verantwortung) Hier nun steht der Therapeut vor einer Reihe von Interpretationsentscheidungen, nämlich wann er interpretieren soll, welches Verhalten, welchen Inhalt (Realität oder Unbewußtes), wann er handeln soll und wann nicht und zuletzt, daß er das pathologische Verhaltensmuster des Patienten mit dem tatsächlichen Verhalten vergleicht, um Gegenübertragungs-Ausagieren und -Regression zu vermeiden.

Der innperpsychische Konflikt des Patienten läßt sich beschreiben als konditioniertes Verhalten, welches durch die Milieutherapie dekonditioniert wird. Der Patient wiederholt sein altes Verhaltensschema wieder und wieder in einer neuen, gesunden Umgebung, bis er es aufgibt, da die erwartete Enttäuschung ausbleibt. Von entscheidender Bedeutung ist hierbei die Integration dieses Lernprozesses durch Verbalisierung. Ziel der Milieutherapie ist es also hier, daß der Patient eine dekonditionierte und somit für ihn neudefinierte Realität wahrnimmt. Hierzu bedient sich die Milieutherapie der besonderen Pathologie (dem Ausagieren) als Werkzeug und verwandelt Kräfte der Destruktion in solche der Konstruktion.

Im Rahmen der Systemtheorie erläutert *Ammon,* daß sich die beschriebenen Prozesse nicht nur im Rahmen eines Feld-Systems darstellen lassen, sondern auch als Prozeß zwischen je zwei interagierenden Systemen. Zunächst sind hier die Systeme Patient und Milieutherapie zu nennen. Die Aktionen des Therapeuten müssen auf den Stand des Patienten abgestimmt sein. Sodann sind die Systeme Patient, Therapie und Diagnose zu nennen. Die Verhaltensschemata des Patienten im Wiederholungszwang und in der Übertragung sagen etwas aus über den Ich-Autonomie-Status. Dies muß von Anfang an in der Diagnose erfaßt werden, welche mit der Aufnahme des Patienten beginnt und erst mit dessen Entlassung zum Stillstand kommt. Der Diagnose-Prozeß setzt sich so aus vielen Einzeldiagnosen zusammen, was der Anpassung der Therapie an den jeweiligen Stand der Entwicklung dient. Weiterhin interagiert das System Therapeut mit den anderen Systemen. Hier findet durch die Supervision ein Weiterentwicklungsprozeß statt, in dem der Therapeut seine Beobachtungsgabe schärft, seine Gegenübertragung korrigiert und sein diagnostisches und therapeutisches Verständnis erweitert. Ähnliches gilt auch für das System Sozialarbeiter, der mit den Verwandten und der alten Umwelt des Patienten interagiert. Die hier stattfindenden Beobachtungen und Prozesse sind sowohl wichtig für den therapeutischen Fortschritt als auch für das Programm, das für die Entlassung des Patienten entworfen wird.

Die Milieutherapie wird nun hinsichtlich ihrer Effekte auf Identifikation und Sublimation im Sinne der Entwicklung einer sekundären Ich-Autonomie dargestellt. Sie initiiert einen Identifikations- und Neutralisations-Prozeß, der zur Sublimation gestörter Triebe führt. Die Struktur der Therapie liefert Identifikationsobjekte und Identifikation mit den Arbeitsprojekten. Dieser Identifikationsprozeß läßt sich auch als Prozeß der Objekt-Kathexie, der Integration und der Reifung beschrieben. *Müller-Braunschweig* spricht hier von Sublimation durch Identifikation über die Neutralisation. *Hartmann* beschreibt dies als Entwicklung eines Abwehrmechanismus zu einer unabhängigen Funktion im sekundären Teil der konfliktfreien Ich-Sphäre, was er als sekundäre Ich-Autonomie bezeichnet. *Ammon* fügt hinzu, daß seines Erachtens die sekundäre Ich-Autonomie nicht immer zu einer funktionsfähigen Autonomie wird. Er beschreibt das Entstehen einer negativen sekundären Ich-Autonomie, wenn erfolglose Abwehrmechanismen zu Ich-syntonischen Anteilen geworden sind. Diese negative Autonomie dient dann meist dem Wiederholungszwang. Ziel der Milieutherapie ist es in diesem Zusammenhang, den alten Konflikt zu erneuern und neue, bessere Abwehrmechanismen anzubieten, die sich zu einer positiven sekundären Ich-Autonomie entwickeln mit realitätsorientierten täglichen Gewohnheiten, Haltungen, Interessen und Beziehungen, die dem Ich dienen und dessen konfliktfreie Sphäre erweitern und stärken.

Der Identifikationsprozess wird auch angeregt durch die Interaktion zwischen den verschiedenen formellen und informellen Gruppen in und außerhalb der Klinik. Sehr wichtig für den Patienten ist seine Stellung in der

Gruppe der Patienten, die von seinem Therapeuten behandelt wird, da hier die Übertragungsmanifestationen am stärksten sind. Milieutherapie läßt sich als eine Art Gruppenpsychotherapie bezeichnen, wobei es hier jedoch entscheidende Unterschiede gibt. Sie umfaßt auch die Interaktion zwischen verschiedenen Gruppen und nicht nur die Interaktion in einer Gruppe, der Therapeut lenkt die Anstrengungen der Gruppe auf einen Patienten hin (während er in der herkömmlichen Gruppentherapie seine Anstrengungen auf die ganze Gruppe hinsteuert), ist jedoch nicht die ganze Zeit anwesend. Sowohl in der Gruppensituation als auch in der Mileutherapie allgemein spielen Werte eine Rolle, welche der Patient durch Identifikation lernen soll. Ebenso bringt der Patient aber auch eigene Werte mit, welche nach Möglichkeit, sofern sie ihm dienlich sind, akzeptiert werden sollen.

Als letzten Punkt geht *Ammon* in seiner Arbeit auf den Aspekt des Konfliktes im milieutherapeutischen Feld ein. Theoretischer Hintergrund für das therapeutische Gespräch ist die Sichtweise, daß der Therapeut einen Konflikt behandelt, z.B. zwischen Abhängigkeit und Unabhängigkeit, nicht nur das Problem der Abhängigkeit. Durch die Übertragung wird dieser alte Konflikt erneuert, gleichzeitig stellt die Übertragungsmanifestation einen Widerstand dar. Beides muß vom Therapeuten interpretiert werden. Beim neurotischen Patienten ist der Konflikt durch ein Symptom, eine Sorge oder eine Phantasievorstellung dargestellt, d.h. er ist im Unbewußten lokalisiert. Nicht so beim Ich-schwachen Patienten: hier ist der Konflikt durch die Handlungen in der Realität dargestellt (was in diesem Sinne sein Symptom ist), d. h. er ist nicht mehr im Unbewußten lokalisiert, sondern hat eine eigene Autonomie erlangt. Der Konflikt wird somit deutlich durch das Ausagieren und Wiedererleben. Der Therapeut hat die Entscheidung zu treffen, wann er die negative und wann er die positive Seite des Konflikts aufgreift. Entscheidend für den Therapieprozeß ist, daß der alte Konflikt in einer neuen, kontrollierten und gesunden Umwelt stattfindet.

Literature

Barnard, R. (1954): Milieu Therapy, In: Menninger Quart. 8:20–24

Bartalanffy, L. von (1955): General System Theory. In: Modern Thought (2) 75–83

– : Allgemeine Systemtheorie und die Einheit der Wissenschaften. Unpublished Manuscript

– : Neue Wege der Biophysik: Offene Systeme und Regelmechanismen. Unpublished Manuscript

Binswanger, L. (1926): Erfahrungen, Verstehen, Deuten in der Psychoanalyse. In: Imago (12) 223–237

Ekstein, R.; Wallerstein, R. (1958): The Teaching and Learning of Psychotherapy. (New York: Basic Books)

Fleming, P.D.; Menninger, R.; Jones, D. (1958): The Day Hospital. Presentation at the 1958 Annual Meeting of the Menninger Foundation. Unpublished.

Freud, S. (1922): Beyond the Pleasure Principle (London: Psychoanalytic Press)

– (1924a, b, c): A General Introduction to Psychoanalysis. New York. Horace Liveright Publisher) a) 26th Lecture: The Libido Theory and narcissism, p. 365. b) 19th Lecture. Resistance and Suppression, pp. 255–257. c) 22nd Lecture: Theories of Development and Regression. Etiology, pp. 302–305

– (1924 d): Turning in the Way of Psychoanalytic Therapy. In: *Freud, Sigmund:* Collected Papers. Vol. 2:329–402
Hall, B.H. (1958): Prescribing Hospitalization. In: Bull. Menninger Clin. (22) 207–213
Hartmann, H. (1950): Comments on the Psychoanalytic Theory of the Ego. In: The Psychoanalytic Study of the Child. (10) 74
– (1955): Notes on the Theory of Sublimation. In: The Psychoanalytic Study of the Child. (10) 9–29
– (1951): Ego-Psychology. In: Psa. Quart. (20)
– (1956): Ego-Psychology and the Problem of Adaption. In: Organization and Pathology of Thought. In: *Rapaport, D.* (Ed.): Organisation and Pathology of Thought. (New York: Columbia University Press)
Hendrick, I. (1951): Early Development of the Ego: Identification in Infancy. In: Psychoanalyt. Quart. (20) 44–61
Holzman, Ph.: Personal Communication at a Control Group.
Köhler, W. (1920): Die Physischen Gestalten in Ruhe und in Stationären Zustand (Erlangen: Philosophische Akademie)
Lewin, K. (1951): Field Theory in Social Science (New York: Harper)
Menninger, K. (1933): Man Against Himself (New York: Harcourt, Brace)
– (1942a): Love Against Hate (New York: Harcourt, Brace)
– (1942b): Work as Sublimation. In: Bull. Menninger Clin. (6) 170–182
– (1952): The Diagnostic Synthesis. In: *Menninger, K.:* Manual for Psychiatric Case Study New York. Grune and Stratton)
– (1954): Psychological Aspects of the Organism under Stress. In: Am. Psychoanal. Ass. J. (2) 76–106, 280–309
– (1954): Regulatory Devices of the Ego Under Major Stress. In: Int. J. Psychoanal. (25) 412–420
– (1958): Theory of Psychoanalytic Technique (New York: Basic Books)
Menninger, Karl with the Collaboration of *Mayman, Martin:* Psychological Homeostasis and Organismic Integrity. Unpublished Manuscript and Seminar Communication.
Menninger, Karl; Mayman, Martin (1956): Episodic Dyscontrol: A third Order of Stress Adoption. In: Bull. Menninger Clin. (20) 153–163
Menninger, W.C., (1932): Therapeutic Methods in Psychiatric Hospital. In: J.A.M.A. (99) 538–542
– (1936): Psychoanalytic Principles Applied to the Treatment of Hospitalized Patient. In: Bull. Menninger Clinic (1) 35–43
– (1936): Industrialization in the Prescription for Nursing Care of the Psychiatric Patient. In: J.A.M.A. (196) 756–761
– (1937): Psychoanalytic Interpretation of Patient's Reactions in Occupational Therapy, Recreational Therapy and Physiotherapy. In: Bull. Menninger Clin. (1) 148–157
– (1937): Psychiatric Hospital Therapy Designed to Meet Unconscious Needs. In: Amer. J. Psychiat. (93) 347
– (1942): Morale in a Psychiatric Hospital. Modern Hosp. (59) 59–60
– (1942): The Functions of the Psychiatric Hospital. In: Bull. Menninger Clin. (6) 109–116
– (1959): Communication in a letter to the author on June 1
Menninger, W.C.; McColl, I. (1937): Recreational Therapy as Applied in a Modern Psychiatric Hospital. In: Occupational Ther. (16) 15–23
Müller-Braunschweig, C. (1926): Desexualization and Identification. Psychoanalyt. Rev. (8) 385–403
Proust, M. (1928): Swann's Way (New York: Modern Library)
Rapaport, D. (1958): The Theory of Ego-Autonomy: A Generalization. In: Bull. Menninger Clin. (22) 13–35
Satten, J; Menninger, C.; Rosen, J.; Mayman, R. (1959): Murder Without Apparent Motive – A Study in Personality Disorganization. Presentation at the 1959th Annual Meeting of the APA. Unpublished.
Simmel, E. (1929): Psychoanalytic Treatment in a Sanatorium. In: Int. J. Psychoanal. (10) 70–89
– (1936/37): The Psychoanalytic Sanatorium and the Psychoanalytical Movement. In: Bull. Menninger Clin. (1) 133–143
Voth, A.C.: An Experimental Study of Mental Patients Through the Autokinet. Phenomenon. In: Am. J. Psychiat. (103) 793–803
Voth, H.M.; Mayman, M. (1959): Personal Commuication. Unpublished Manuscript.
van der Waals, H.G.: Personal Communication at a Case Conference.

Ich-strukturelle Gruppenpsychotherapie*

Günter Ammon

Grundvoraussetzung der Ich-Strukturologie ist, daß der Mensch ein Gruppenwesen ist, d.h. daß er in Gruppen geboren ist, seine Ich-Struktur sich in Gruppen entwickelt hat, er dort seine Sozialenergie erhalten hat oder sie ihm verwehrt worden ist. In Gruppen kann der Mensch seine höchstmögliche individuelle Identität erlangen, Gruppen können ihm in ihrer Dynamik Kreativität ermöglichen oder aber auch ihn krank machen. Nach der Lehre der Ich-Strukturologie ist auf einem gleitenden Spektrum alle Krankheit Resultat verweigerter oder destruktiver Sozialenergie.

Gruppendynamische Einflüsse haben auch direkte somatische Einwirkungen sowohl auf die Entwicklung des Gehirns, seine Hemisphären, seine Physiologie wie aber auch auf die Entwicklung des Unbewußten mit seinen Strukturen, die sich synergistisch in das Bewußtsein hinein durch die Ich-Funktionen auswirken. Die postembryonale Reifung und Empfindlichkeit des Gehirns und die Möglichkeiten der umweltbedingten Abhängigkeit der Nutzung seiner Synapsenbildung ist bekannt. Auch auf dieser Ebene läßt sich die Gruppe als das Feld der Entstehung von Krankheit und Gesundheit annehmen. Man kann sagen, daß der Mensch in der Gruppe krank wird und deswegen auch durch die Gruppe gesunden kann. Daraus ergeben sich für die ich-strukturelle Gruppenpsychotherapie folgende Konsequenzen:

1. Eine gruppenpsychotherapeutische Gruppe ist nur soweit therapeutisch effektiv, wie sie durch sorgfältige Untersuchung und Auswahl ihrer Mitglieder zusammengesetzt ist, d. h. daß bei der Untersuchung der Gruppenmitglieder sowohl die gesunden, konstruktiven ich-strukturellen Anteile der Persönlichkeit, wie auch ihre defizitären und destruktiven Ich-Anteile festgestellt werden müssen, wobei die Anwendung unseres Ich-Struktur-Testes, den ich an anderer Stelle (vgl. bes. *Ammon* 1979) dargestellt habe, von großer Hilfe ist. Dabei spielt auch die Untersuchung der lebensgeschichtlichen, gruppendynamisch bedingten Entwicklung des Kranken eine wichtige Rolle mit den Schwerpunkten: früheste Kindheit, wichtige Beziehungspersonen, Gruppen, Interessen, Lern- und Arbeitsbedingungen, Entwicklungen und sozioökonomische Möglichkeiten. Hierbei ist die Herstellung von Kontakt, der Versuch von empathischem Verständnis für den Kranken, die Frage, was ihn zu uns führt, was er sich unter der Behandlung vorstellt, worunter er am meisten leidet und was er von uns erwartet, von größter Wichtigkeit und kann zu einer tragenden Brücke werden für die gesamte Therapie. Besonderes Interesse haben bei uns die Entwicklungen zentraler Ich-Funktionen des Menschen wie Ich-Identität und Integration, Aggression, Kreativität, Ich-Abgrenzung und Sexualität, Beziehung zum

* veröffentlicht in: Dyn. Psychiat. (15) 1–9, 1982

Körper und zum sozialen gruppendynamischen Umfeld; dabei messen wir allen Funktionen der Persönlichkeit konstruktive, destruktive und defizitäre Potentiale zu, die wiederum den übergeordneten Regulationsprozessen zugeordnet sind.

2. Bei dem durch den Gruppenpsychotherapeuten durchzuführenden Aufbau der Gruppe muß, ganz allgemein gesagt, beachtet werden, ob die Mitglieder einer Gruppe vorstellbar sind in einer therapeutischen Zusammenarbeit; ob die Möglichkeit besteht, daß sie einander interessant finden, Verständnis füreinander aufbringen, sich untereinander Hilfs-Ich-Funktionen zur Verfügung stellen, sich untereinander widerspiegeln und selbst destruktive Aggression zulassen können. Daraus ergibt sich auch, daß wir Menschen mit ich-strukturell verschiedenen Krankheitsbildern unter den archaischen Ich-Erkrankungen in einer Gruppe aufnehmen, wie z. B. echte psychosomatisch Erkrankte zusammen mit mehr funktional und Konversionskranken, narzißtisch oder Depressionsleidende, Borderline-Kranke und schizophren Reagierende. Das heißt, daß die Gruppe von den ich-strukturellen Krankheitsbildern ausgehend so heterogen wie möglich sein sollte, ebenso wie sie die Angehörigen verschiedenster sozioökonomischer Schichten, verschiedenster Hautfarbe, Religion und politischer Überzeugung zusammenbringen sollte, um dadurch eine größtmögliche Differenzierung und kreative Vielfalt und auch die einer Gruppe eigene besondere Gruppenkultur und Dynamik zu ermöglichen. Man könnte auch sagen, daß das Schicksal eines gruppenpsychotherapeutischen Prozesses abhängt von der Strukturierung der Gruppe durch seinen Baumeister, den Therapeuten.

3. Wir arbeiten in der Regel mit Co-Therapeuten und der institutionalisierten Möglichkeit des Besuches durch Beobachter und andere Besucher, die von den Gruppen – sie umfassen ungefähr acht bis zwölf Teilnehmer in sogenannten halboffenen Gruppen – akzeptiert sind.

Durch die Öffentlichkeit von Besuchern und Beobachtern entstehen auf der gruppendynamischen Ebene zusätzliche Möglichkeiten zu Auseinandersetzungen und sozialenergetischem Austausch.

4. Die Gruppentherapien laufen etwa über drei bis vier Jahre, wobei die Patienten nach genügendem therapeutischem Erfolg, der vom Therapeuten, von den Patienten selbst und der Gruppe beurteilt wird, aus der Behandlung entlassen werden. Auch neue Mitglieder können mit Zustimmung aller Aufnahme finden.

5. Die Gruppentherapie findet statt in den Institutionen der Akademie, unseren Dynamisch-Psychiatrischen Kliniken und kann aus therapeutischen und diagnostischen Gründen mit Einzeltherapie kombiniert sein, wie auch mit ambulanter oder stationärer Milieutherapie, begleitender medizinischer Behandlung durch andere Ärzte oder in besonderen Fällen kann der Beginn und der Abschluß durch Einzeltherapie erfolgen.

6. Für jede Gruppe gilt der sog. Gruppenvertrag. In den Gruppenvertrag mit eingebaut ist das kontinuierliche routinemäßige Arbeiten mit Video-

Two-Way-Vision-Room, dynamisch-soziometrischen Prozeßmessungen sowie die Erstellung von Sitzungsprotokollen. Die Gruppenmitglieder verpflichten sich zu strenger Schweigepflicht, regelmäßiger Teilnahme, Koordinierung von Ferien und zu einem festen Gruppenhonorar, wobei auch Gruppen durch die Krankkassen getragen werden und in der Klinik die Gruppenpsychotherapie zur Klinikbehandlung gehört. In ambulanten Gruppen sollen Kontakte unter den Gruppenmitgliedern außerhalb der Gruppensitzungen weitgehend vermieden werden; es besteht sexuelles Tabu.

7. Die Initialphase der Gruppenpsychotherapie ist in der Regel gekennzeichnet durch die Vertrauensfrage untereinander, gegenüber dem Therapeuten, der Methodik, der Institution und auch sich selbst gegenüber. In dieser Phase kommt dem Therapeuten besondere Bedeutung zu, er wird die zentrale Person sein, die dafür sorgt, die Gruppe zu einer Gruppe zu machen, d. h. die Gruppengrenzen dynamisch zu schließen, der Gruppe das Gefühl von Schutz, Geborgenheit und Verständnis zu geben und sich dabei selbst vorerst zur Identifikation anzubieten. Psychischen und psychosomatischen Symptomen wird er keine besondere Aufmerksamkeit widmen und dadurch, daß er abgegrenzt in seiner eigenen Identität ruht, den Menschen hinter unsympathisch und provozierendem dramatisierenden Verhalten Verständnis zeigen für die dahinterliegenden Ängste, die Verzweiflung, die Wut und die Frage nach dem »Wer bin ich?« und »Was will ich hier?« Dadurch gibt der Therapeut dem Patienten auch die ersten Möglichkeiten zur eigenen Abgrenzung. Dies führt zu einem langen Prozeß, der die gesamte Gruppenpsychotherapie begleiten wird. Der Therapeut wird jeden Patienten mit der Übertragung annehmen, die er anbietet, dabei aber die Abgrenzung bei symbiotisch verschmelzender Übertragung von Anfang an im Auge behalten. Er wird zuhören können, bei seinen Interpretationen immer wieder das Hier und Jetzt der Gruppe ansprechen und durch metaphorische Deutungen besonders am Anfang alles auf sich und die gesamte Gruppe, wie aber auch auf die Gefühle des einzelnen, die ernstgenommen werden müssen, beziehen.

8. Ein Therapeut wird die Widerspiegelung der Lebensgeschichte der einzelnen Gruppenmitglieder und die Widerspiegelung der Gruppen aus denen sie gekommen sind, berücksichtigen und wird in diesem Zusammenhang auch die Gefühlsübertragungen der Gruppenmitglieder untereinander interpretieren. Wird ein Gruppenmitglied scharf von anderen Mitgliedern in der Gruppe angegriffen und in eine Außenseiterrolle gedrängt, so wird er sich schützend vor diesen Menschen stellen durch Vermittlung von Empathie und Verständnis für die Ängste des vorübergehenden Außenseiters.

9. Der Therapeut wird auch, wenn es sich anbietet, die Dynamik in der Gesamtgruppe gruppendynamisch interpretieren und sich dabei miteinbeziehen wie auch den Co-Therapeuten. Auch eine Auseinandersetzung von

fördert die partnerschaftliche Struktur der Gesamtgruppe und das Vertrauen in den Therapeuten. Der Co-Therapeut ist in der Regel ein jüngerer Therapeut, der sich noch in einer Lernsituation befindet und der auch im späteren Prozeß der Gruppe den Senior-Therapeuten vertreten kann.

10. Die Vorführung von Videoaufnahmen von Zeit zu Zeit hat einen nicht zu unterschätzenden therapeutischen Effekt, da die Patienten dadurch in der Regel ihre Eigenwahrnehmung korrigieren können, ihre Übertragung erkennen können, d. h. sich selbst, die anderen Mitglieder der Gruppe und die Therapeuten oft mit Erstaunen ganz anders sehen als sie sie in der jeweiligen Sitzung gesehen haben; z.B. mit Erschrecken feststellen, wie zerknittert und böse guckend sie zusammengehockt dasaßen oder wie der Therapeut, den sie als aggressiv und brutal erlebt hatten, ihnen auf dem Videostreifen interessiert und gütig aussehend zuhörte, denn bei dem interessierten Anschauen einer Art Fernsehfilm, in dem sie selber mitwirken, ist die Übertragung so gut wie »abgeschaltet«.

Ähnlich therapeutisch effektiv ist auch die Auswertung von Zeit zu Zeit durchgeführter soziometrischer Messungen mit der graphischen Darstellung des Beziehungsgeflechtes der Gruppenmitglieder untereinander und zu dem Therapeuten hin mit positiven und negativen Pfeilen, der Variablen Angst, Aggression, Sexualität, Freundschaft und Zusammenarbeit.

11. Aus dem oben Gesagten ergibt sich das immer stärker werdende therapeutische und gruppendynamische Geflecht der Gruppe, wobei die einzelnen Gruppenmitglieder ihre eigenen Schwierigkeiten bei anderen spiegelbildlich wiedererleben, auch wenn diese Schwierigkeiten ihnen ursprünglich nicht bewußt waren oder sie sie nicht verbalisieren konnten. Sie können bei verschiedenen Gruppenmitgliedern verschiedene Aspekte ihrer Persönlichkeit wiedererkennen, sowohl destruktive, defizitäre, wie auch konstruktive Seiten ihrer Ich-Struktur. Sie werden auch in der Regel die ich-fremden Aspekte bei anderen Gruppenmitgliedern erkennen und ihnen dann Hilfs-Ich-Funktionen gewähren können und somit co-therapeutische Hilfe anbieten; manchmal auch dort, wo der Therapeut diese Aspekte übersehen hat. Es ist bekannt, daß Patienten untereinander besonders hellsichtig für die Schwierigkeiten der anderen Patienten sind, wie aber auch für gewisse Schwächen der Therapeuten. Die Patienten werden diese Fähigkeiten umso mehr haben, je stärker ihre paranoischen Züge ausgeprägt sind.

12. Besonders in der Mittelphase werden destruktive Auseinandersetzung, Neid, Eifersucht, Rivalität, Wut und Ablehnung im Mittelpunkt des Gruppenprozesses zur Entfaltung kommen, so daß die Gruppe vorübergehend gespalten sein wird in eine, den Widerstand gegen die Therapie tragende destruktiv-aggressive Krankheitspartei und eine sich um den Therapeuten scharende konstruktiv-aggressive Gesundheitspartei, die das Überleben der Gruppe und die therapeutische Aufgabe vertritt, wobei die Zugehörigkeit der Gruppenmitglieder zu diesen beiden gruppendynamischen Untergrup-

pen jeweils wechselt. Durch ruhige und kontinuierliche Auseinandersetzung, in die die Lebens- und Krankheitsgeschichte mit einbezogen wird, wie auch das gruppendynamische Hier und Jetzt der Gruppe, die Beziehung zum Therapeuten und das Netz von Übertragungen und Gegenübertragungen, wird es dann durch die Interpretation von Angst und Wut, manchmal auch Mordgefühlen zu einem allmählichen langsamen Umschlagen der destruktiv-aggressiven Prozesse in konstruktive kommen.

13. Die Interpretation von Träumen ist dabei von besonderer Wichtigkeit. Ich habe an anderer Stelle (*Ammon* 1972) beschrieben, daß die therapeutische Gruppe die Gruppengrenzen schließt, wenn die Teilnehmer anfangen zu träumen. Die Träume erhalten nicht nur ihre individuelle Analyse durch die gesamte Gruppe, sie sind auch Träume, die für die Gruppe und durch die Gruppe entstanden sind, Beiträge und Geschenke für die Gruppe und die Therapeuten, von Bedeutung für jeden in der Gruppe, der auch an der sozialenergetischen Auseinandersetzung teilhat wir für die gesamte Gruppe in ihrem Hier und Jetzt. Die Träume spiegeln aber nicht nur die gegenwärtige therapeutische Gruppe wider, sondern auch frühere wichtige Gruppen für den Patienten, die wiederum in die Gruppe hineingespiegelt werden. Bei archaisch ich-kranken Patienten, wie besonders psyschosomatisch, borderline- und depressiv Reagierenden, ist die Deutung der Identitätsangst und des Symbiosekomplexes zentral. Ich möchte hier auf die von mir beschriebenen Traumanalysen (*Ammon* 1972, 1973, 1974) hinweisen. Das wesentliche dieser Traumanalysen ist die Interpretation der entstehen-den Todesangst, wenn die symbiotisch krankmachenden Bedürfnisse auf-gegeben werden auf dem Weg zur eigenen Identität.

14. Natürlich werden die Patienten immer wieder, besonders am Beginn der Therapie, ihre aktuellen und akuten Schwierigkeiten der Gruppe mitteilen und dabei, bei ruhigem Verständnis und Vermeidung unter der Herrschaft des Widerstandes – manchmal auch des Therapeuten – aus der Gruppe eine Beratungs- und Gesprächstherapiegruppe machen. Sie werden dann im Zuge des Prozesses mehr und mehr, echter und tiefer den Mut finden, sich in sich selbst und den Gruppenprozeß hineinfallen zu lassen. Bei den psychosomatischen Patienten haben wir im Laufe von 25-jähriger gruppenpsychotherapeutischer Erfahrung immer wieder festgestellt, daß die Patienten sehr schnell in der Gruppenpsychotherapie aufhörten, über ihre Symptome und Krankheiten zu sprechen, sehr schnell und intensiv über in der Regel symbiotische Partnerbeziehung sprachen und versuchten, derartige Symbiosen und Verschmelzungen in der Gruppe wiederherzustellen, was immer mit aggressiven Prozessen einhergeht, denn in der Symbiose ist die Destruktion inhärent und führt zu immer wiederkehrenden Zerstörungen und erneuter Wiederherstellung der symbiotischen Beziehungen. Die Bewältigung des Symbiosekomplexes ist schließlich verbunden mit dem Nein-sagen-können und der Abgrenzung vom Therapeuten und der Therapie, die einen konstruktiven Widerstand darstellt, wie ich dies in meiner Arbeit »Die Rollle des Widerstandes in der Psychoanalyse«

(*Ammon* 1982) erst kürzlich beschrieben habe. Das Wegfallen von, auch psychosomatischen, Symptomen geschieht im Laufe eines Gruppenprozesses fast unmerklich und zwar je mehr der Patient nachholende Ich-Entwicklung in der Gruppe erfährt. In manchen Fällen konnten wir auch z.B. direkt auftretende Symptome wie einen schweren Anfall von Asthma bronchiale durch Direktinterpretation aufheben. Es haben sich immer wieder Trennungs-, Todes- und Verlassenheitsangst als die hinter den Symptomen liegenden Gefühle gezeigt.

15. Bei der ich-strukturellen gruppenpsychotherapeutischen Arbeit wird der Therapeut oft mit Hilfe anderer Gruppenmitglieder konfrontatorisch den Patienten helfen, ihre ihnen als ich-gerecht erscheinenden Verhaltensweisen, Wahrnehmungen und Vorstellungen als destruktiv und krank zu interpretieren, was besonders wichtig ist bei der Auseinandersetzung mit Borderline- und depressiven Patienten. Eine Konfrontation muß jedoch immer auf der Basis eines tragenden Verstehens des Patienten mit Empathie und Kontakt erfolgen, damit der Patient die Konfrontation als hilfreich annehmen kann. Das Ziel ist, das Symptom ich-fremd – ego-alien – vom Patienten erkennen zu lassen. Wenn dies gelingt, tritt ein Wendepunkt im therapeutischen Prozeß ein, der effektive Besserung mit sich bringt, ähnlich wie wenn Patienten Übertragungsprozesse erkennen. Das konstruktive Ich löst sich dann sozusagen Schritt um Schritt von seinen kranken Anteilen. Dieser Prozeß wird umso schwieriger vor sich gehen, je stärker der Patient destruktiv narzißtisch und paranoisch abwehrt, d. h. je stärker die anfänglichen archaischen Abwehrinformationen von Projektion, Introjektion und Idolisierung sind. Hier liegt besonders bei Borderline-Persönlichkeiten eine Schwierigkeit, die manchmal zum Abbruch der Therapie führen kann, wenn es nicht der gesamten Gruppe gelingt, diese Gefühle aufzufangen und zu bearbeiten. Hier wird der Vorteil der Gruppenpsychotherapie bei diesen Krankheitsbildern durch ihre ich-strukturelle Vielfalt sehr deutlich. Auch der echt psychosomatisch Kranke kann große Hilfe durch die Gruppentherapie erhalten, wenn er bei Konversionskranken in der Gruppe erfährt, wie diese dramatisch ihre Gefühle und Affekte äußern können, was ihm, wie ich an anderer Stelle (*Ammon* 1974) beschrieben habe, verwehrt ist.

16. Eine weitere Schwierigkeit in der Gruppenpsychotherapie liegt in den kontionuierlich schweigenden Mitgliedern der Gruppe, wobei diese ganz besonders von dem Therapeuten im Auge behalten werden sollten, um den Sinn ihres Schweigens zu verstehen und besonders ihren Gesichtsausdruck und ihre Körperlichkeit wie Fettsucht, Abmagerung, Haltung, Kleidung zu verstehen und immer wieder den Kontakt zu diesen schweigenden Patienten herzustellen. Das Schweigen kann ausdrücken: ganz tiefe frühe psychische Verletzuungen aus einer Zeit, in der dem Patienten noch keine Sprache zur Verfügung stand; Angst, Wut, Widerstand, Denk- und Gefühlsblockierungen oder aber ein symbiotisches Verschmelzungserlebnis mit der Gruppe und dem Therapeuten, das den Patienten ergriffen hat.

17. Außer den schweigenden Patienten können auch die sogenannten »Terroristen« in der Gruppe durch ihre Destruktionen im spätern Verlauf des Gruppenprozesses eine besondere Schwierigkeit darstellen. Hierbei kommt es darauf an, daß der Therapeut die Aggression auf sich zieht und daß er die hinter der destruktiven Aggression liegende Verzweiflung des Patienten empathisch deutet und bezogen auf seine Lebensgeschichte und die Widerspiegelung in der Gruppe interpretiert, einer Einsicht zuführt und mit Hilfe der Gruppe durcharbeitet.

18. Immer wieder wird der gruppenpsychotherapeutische Prozeß Grenzsituationen anbieten, in denen Patient, Therapeut und Gruppe sich die Frage stellen, ob die Therapie helfen kann und durch die Therapie frühere Grenzsituationen des Lebens wiederhergestellt werden. In diesen Grenzsituationen bilden sich immer wieder neue Ansätze verstärkter Identität, die sich durch Ich-Abgrenzung wie auch durch Abgrenzung an der Gruppengrenze bildet und die oft zu bedeutsamen Begegnungen, Auseinandersetzungen und Kämpfen, Gefühlsausbrüchen und Todesängsten in der Gruppe zwischen den verschiedensten Gruppenmitgliedern und einzelnen Patienten mit dem Therapeuten führen. Manchmal treten jedoch Grenzsituationen und bedeutsame Erlebnisse in den Gruppenprozeß von außen herein, wie Arbeitslosigkeit, Tod von Angehörigen, Krebserkrankung oder Tod des Therapeuten. Diese Grenzsituationen müssen mit der gleichen Ernsthaftigkeit und Echtheit in die therapeutische Arbeit miteinbezogen werden, die ja letztlich auch immer um die Frage von Sein oder Nichtsein, das psychische Überleben und Existierenkönnen des Menschen geht.

19. In der Endphase aller Therapie geht es um die Bearbeitung der Trennung, die erst dann möglich ist, wenn es gelungen ist, die Hauptkerne aller psychischen Leiden, nämlich die destruktiven Anteile, im therapeutischen Prozeß zur Auseinandersetzung kommen zu lassen und durch nachholende Ich-Entwicklung in der Gruppe zum konstruktiven Aufbaustein der Identität werden zu lassen. Denn die Identitätstherapie unter Wiederherstellung des Menschenrechtes auf eigene Identität ist die Aufgabe unserer ich-strukturellen Gruppenpsychotherapie.

Wissenschaft ist nicht nur ein Lebensstil, sondern auch untrennbar mit Humanismus und sozialer Gerechtigkeit verbunden. Alles psychische Leiden ist letztendlich Entfremdung von Menschlichkeit und Identität und alle Psychotherapie ist ein Prozeß von wachsender Menschlichkeit und Identität – eine Aufgabe, der sich auch unsere identitätsverbietende Borderlinde-Gesellschaft mehr und mehr stellen sollte, indem sie auf allen Lebensgebieten für mehr Menschlichkeit eintritt.

Ego-Structuring Group Psychotherapy

Günter Ammon

The Ego-Structurology is derived from the human being as a member of a group. Ego-structure is formed if the social energy of the group is given to the individual.

For an effectively working therapeutic group an adequate selection of the group members that is as heterogeneous as possible is of great importance. By the Ego-Structure-Tests and the investigation of the patients' development determined by their biographies and by group dynamics the healthy, constructive as well as deficient and destructive parts of personality are found out.

The therapy groups are half-open groups with about 8 to 12 group members that run for about 3 to 4 years and can be combined with individual or milieu-therapy.

The group process consists of three phases:

I. Initial phase: The therapist, as central person in the group, instils trust by helping the group members to express their feelings. He accepts the transference feelings directed to him by the group and protect the outsiders.

Therapeutic possibilities are enriched by the application of the video, sociometric techniques and the help of a co-therapist.

The patients fulfil co-therapeutic functions, too, mirroring unconscious parts of each other.

II. Intermediate phase: The development of destructive discussions, envy, jealousy, rivalry, anger splits the group into two permanently changing parties: one towards staying ill and one towards health. By continous interpretation of the group dynamic relationship and transference network considered in the context of the patients' life histories the destructive, aggressive processes are changed into constructive ones. The interpretation of identity-fear and symbiotic complexes shown in dreams, reflecting actual and past group situations, are of great significance.

A confrontation carried out with empathy helps the patient to experience the symptoms as ego-alien and that is the turning-point of a therapeutic process.

The more ego development takes place the more the psychosomatic symptoms disappear. By the experience of one's limits and boundaries the question of psychic existence arises again and again.

III. Final phase:

After having worked through the destructive aggression and having achieved crucial steps of ego development the final phase is reached. The aim of all therapy in this phase is working through the seperation, that means being free from symbiotic relationship without feeling guilty and thereby gaining freedom for a life of one's own.

Literatur bei der Redaktion

The Therapeutic Concept of the Dynamic-Psychiatric Hospital Menterschwaige*

Günter Ammon

The basic idea of the Hospital Menterschwaige is that mental illness is multidimensional in a disintegrated way and has to be treated in a multidimensional integrating way offered by the social-energetic and group-dynamic field provided by the network of the structures of the hospital and its verbal and nonverbal psychological, biological and social treatment methods of the hospital's team. These methods will be effective in relation to the qualification and personal ability of the team members and their cooperation and communication.

The therapeutic concept is based on the theoretic point of view that human life is a process including the process of health, work and love, as well as mental, biological and social illness, development distortions, social disaster and other misfortunes. Therefore, human beings are always in process and in development, and so is mental illnes and treatment. Consequently, diagnosis is also subject to changing processes with an interrelationship between biological, psychological and social processes, and integrative and disintegrative processes, as well. The impact of treatment efforts is not only resulting in the ideal end of the hospital treatment, but also in numerous results inbetween, marking always certain changes of diagnosis. These will be documented by the therapeutic notes of the individual and the group therapists, by the observations of the different verbal and nonverbal therapeutic efforts, such as the milieu and project type of therapy where the patients are within a small therapeutic community led by psychologists, painting-, music-, dance-, theatre-, movie- and sport-therapists (horseback riding, swimming, jogging, gymnastics).

My late teacher *Karl Menninger* spoke of a diagnosing process by the parallel processes in the milieu-treatment field: the diagnostic process, the treatment program process, the mere psychic process of the patient, the corrective supervision and the learning process of the psychiatrist and the casework process and learning process of the psychoanalytically trained social worker. These five processes are documented from time to time by the team or case conferences with the diagnosis, treatment programm, states of the humanstructural dysfunctions as recognized by the psychiatrists, evaluation of the psychiatrist's skill and the social worker's program for the patient after dismissal. This takes place at the so called case-conferences, in which the psychoanalyst or group psychotherapist, the psychiatrist, the psychologist, the milieu-therapist and the representative of the nursing staff together with the medical and neurological specialist and social worker

*published in: Dyn. Psychiat. (27) 31–34, 1994

conclude and evaluate the effectiveness of the treatment, changes (progressions or regressions) of the patient, and modify the present treatment plan, discuss the prognosis and the future plans for the patient under the guidance of a senior psychiatrist.

Important is a new evaluation of the so-called health diagnosis of the patient with all his developed abilities, interests, skills, faculties and knowledge. The improvement of the constructive and integrating power of the personality will be important for the patient's life including his capacity for love, relationship and work.

Fortunately, we are also in a position to use special diagnostic tools such as the Autokinetic Light Test as developed by *Harold Voth*, Topeka, the ISTA (Ego Structural Test – *Ammon* 1978), the Androgynity Test (ADA) (*Ammon* 1986) together with the MMPI, the Gießen Test, the Amthauer Intelligence Test and others, together with continous video documentation and documentation of the patient's paintings and results of the sleep and dream laboratory with EEG studies.

One of the concepts is the idea of identity therapy and retrieval of ego-development with an emphasis on repeat and repair and continous developing of slowly changing personality structures. The case-conferences are in certain way developmental points of the treatment's effectiveness, observed by means of questionaires after the discharge from the hospital.

The recent efficiency study about the effectiveness of the treatment in the Hospital Menterschwaige was published by *Burbiel* et al., covering a period of seven years after discharge (*Burbiel* et al. 1992).

According to his human structure, each individual patient gets a specific treatment programm and is thus included in different group situations with different therapists. In any case, the treatment should be adapted to the needs of the patient (*Ammon* 1986). The fields which integrate various treatment facets are the control group of the therapists, the special supervision of all milieu therapists, and the case-conferences, which are held for each patient at the beginning of his in-patient treatment and subsequently during treatment and at the time of the discharge from the hospital. A central core of the hospital work are the weekly meetings of the plenary Hospital group (in our case approximately 100 persons of staff and patients). This represents the whole therapeutic network of the hospital and functions at the same time as a kind of patients' parliament.

Das therapeutische Konzept der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige

Günter Ammon

Ammon stellt als eine der Grundlage therapeutischer Arbeit in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige das Konzept der Mehrdimensionalität vor: Krankheit bedeutet demnach Desintegration auf den psychologischen, biologischen und sozialen Ebenen. Entsprechend muß

die Therapie mehrdimensional sein, d.h. sie muß die Integration verbaler und nonverbaler Methoden innerhalb des milieutherapeutischen, gruppendynamisch-sozialenergetischen Feldes der Klinik bieten. Die Wirksamkeit der einzelnen Methoden ist bedingt durch die Qualifikation des therapeutischen Teams und durch seine Fähigkeit zur Zusammenarbeit und Kommunikation.

Menschliche Existenz – so auch Krankheit und Gesundheit – werden prozeßhaft, in ihrer Entwicklungsdimension verstanden. Deshalb müssen sowohl die therapeutische Entwicklung des Patienten als auch die begleitende Diagnostik (im Sinne von *Karl Menninger* als »diagnosing process«), das therapeutische Programm, die Supervision und das Lernen des therapetischen Teams prozeßhaft aufgepaßt werden. Wesentlich dabei ist die Integration dieser Ebenen in den regelmäßig stattfindenden Case-Konferenzen, bei denen in Anwesenheit des Psychoanalytikers, des Gruppenpsychotherapeuten, des Testpsychologen, des Milieutherapeuten, des Internisten sowie des Sozialarbeiters unter Leitung eines erfahrenen Psychiaters die therapeutische Wirksamkeit der Einzel- und Gruppentherapie, der Projektarbeit und der einzelnen non-verbalen Therapienmethoden dokumentiert, Korrekturen des Therapieplans vorgenommen und Prognose sowie Entlassungsmodalitäten festgelegt werden. Hier werden auch immer wieder die konstruktiven, integrierenden Aspekte der Persönlichkeit des Patienten, seine Fähigkeiten und Interessen und deren Entwicklung im Rahmen der sog. Gesundheitsdiagnose in den therapeutischen Prozeß miteinbezogen. Die Diagnostik der Klinik bedient sich neben herkömmlicher Tests wie dem MMPI, Gießen- und Intelligenztests auch der spezialisierten Instrumente des ISTA (Ich-Struktur-Test nach *Ammon),* des ADA (Androgynitäts-Dimensionstest nach *Ammon*), des Autokinetischen Lichttest (AKL), der Ergebnisse des Schlaf- Traumlabors, der begleitenden Videodokumentation und der Dokumentation der Bilder der Patienten in der Maltherapie. Das übergeordnete Therapiekonzept ist die vom Autor entwickelte Identitätstherapie mit ihrer »nachholenden Ich-Entwicklung« durch »repeat and repair«-Erfahrungen des Patienten, die eine allmähliche Entwicklung seiner Persönlichkeitsstruktur ermöglichen.

Die Effizienz der stationären Psychotherapie in der Klinik Menterschwaige, einschließlich einer Zeitspanne, die sich über 1 bis 7 Jahre nach Klinikentlassung erstreckt, wurde von *Burbiel* et al. (1992) veröffentlicht.

Zum Abschluß der Arbeit betont *Ammon* erneut die therapeutische Bedeutung der Integration unterschiedlicher – für jeden Patienten individuell indizierter – Therapieformen (s. *Ammon* 1986) durch die Kontrollgruppe der Therapeuten, die Supervision der Milieutherapeuten, die Case-Konferenzen und die wöchentlichen Großgruppen der Klinik, die mit etwa 100 Teilnehmern das gesamte therapeutische Netz repräsentieren und als eine Art Patientenparlament fungieren.

Literature at the editorial staff

Humanstruktureller Tanz – Heilkunst und Selbsterfahrung*

Günter Ammon

Der Humanstrukturelle Tanz ist Körper- und Bewegungssprache, Energieentwickler und -vermittler bei der zuschauenden und teilhabenden Gruppe, ist die zentrale Kraft eines sozialenergetischen und gruppendynamischen Feldes. Tanz bedeutet totale Hingabe zu sich selbst, zur Gruppe und zur Transzendenz. Beim Humanstrukturellen Tanz könnte man meinen, daß die Körper sich äußern und denken, sich verjüngen und altern und Affekte und Effekte hervorbringen. Als Körpersprache entwickeln hier die Körper vergangene, gegenwärtige und zukünftige Geschichte. Die Körper erzählen und geben gewissermaßen Erklärungen ab. Ich verstehe den Humanstrukturellen Tanz als eine Sprache von Mimik und Körperlandschaft und auch als eine Sprache der Bewegung und der Symbolik von Gestik. Der Humanstrukturelle Tanz geschieht in den Dimensionen von Raum und Zeit.

Seit Urzeiten war der Tanz der Schnittpunkt der Dimensionen von Kult und Heilung. Denken wir nur an die vielen in steinzeitlichen Höhlen dargestellten Tänze um große Muttergottheiten, die dem Fruchtbarkeitsritual dienten, wie ich sie in Aserbeidschan bei Baku am Kaspischen Meer studieren konnte. Während ursprünglich – zum Beispiel durch den Labyrinthtanz – die erst später Architektur gewordene Symbolik aller Mysterien, von Tod und Wiedergeburt, totaler Hingabe und strahlender Sich-Selbst-Findung getanzt wurde, wurde der Tanz dann in viel später entstandene labyrinthartige Tempel, wie zum Beispiel in der minoischen Kultur von Kreta, verlegt (*Wosien* 1986, *Kern* 1983, *Koch* 1984).

Bei einer Aufführung haben alle Mitglieder der Deutschen Akademie für Psychoanalyse im Amphitheater unseres Tagungszentrum in Paestum den Labyrinthtanz aufgeführt – als Gruppen- und Reigentanz mit einem breiten, roten Band, das das Labyrinth darstellte. Die Tänzer trugen dabei archaische Masken und auch Körperbemalung.

Grundelemente des Tanzes sind Ganzheitlichkeit, Energie, Entwicklung, Gruppe, Symbolik und Überwindung von Angst, Krankheit, Verzweiflung und Tod. Ganzheitlich bedeutet dies: Freiheit von dem lebens- und menschenfeindlichen Dualismus, der durch chronische schädliche und falsche Einstellungen Leben und kreative Energie des Menschen bis hin zu einem toten, ungelebten Leben einengt.

Erst sehr spät in der Geschichte der Menschheit wurde durch die Einführung dualistischer Religionen der Tanz aus den Tempeln verbannt, zusammen mit Körperlichkeit und naturgegebener Erotik. Während ursprünglich

* Veröffentlicht in: Dem Psychiat. (10) 317–342, 1986

im Tanz das Göttliche mit dem Dämonischen verwoben war und das Göttliche durch den tanzenden Menschen sprach, trat nun die Spaltung zwischen Gott und Teufel ein. Der Mensch wurde ein Zerrissener zwischen den Dualismen Gott – gut und Teufel – böse, und die Heilkunst wurde zunehmend Spezialisten überlassen.

Als einer der letzten großen Heiler und Weisheitslehrer, der auch Meditation und Tanz zur erziehenden Entwicklung und Heilung einsetzte, ist *Pythagoras* anzusehen, von dem viele seiner Zeitgenossen sagten, er sei ein Sohn Apolls, während andere ihn und seine Schüler blutig verfolgten (*Hesemann* 1987).

Bemerkenswert ist, daß *Pythagoras* seine Frau zu seiner Nachfolgerin bestimmt hat, während er sonst einer patriarchalischen Einstellung wegen der Trennung der Geschlechter bei gymnastischen Übungen verdächtigt wird.

Wie allgemein bekannt, entwickelte sich der Tanz in den letzten Jahrhunderten zu einem Kunsttanz, besonders in Europa an den Fürstenhöfen, während der Tanz bei den Naturvölkern seinen religiösen und heilenden Sinn bis in die heutige Zeit behielt. Ich denke da ganz besonders an die Kungs am Rande der Kalahari-Wüste, aber auch an viele andere verwandte Kulturen und besonders auch an den Heiltanz der Sufis (*Güvenc* 1986).

Erstaunlich ist, daß in Europa und Amerika der Tanz sich erst zu Beginn dieses Jahrhunderts aus dem Prokustesbett klassischer Ballet-Choreographie befreit hat zu einem Tanz nach klassischer Musik der *Isadora Duncan* (1878–1927; 1903) und dem Ausdruckstanz von *Laban* mit seiner pädagogischen Bewegungschoreographie, dem Ausdruckstanz der *Mary Wigman* – mit vorgegebenen Themen wie Trauer, Tod, Opfer, Hexentanz und choreographisch festgelegten Aufführungen – und ihren Schülern *Gret Palucca* und *Harald Kreuzberg* u. a. wie aber auch dem grenzüberschreitenden Grotesktanz von *Valeska Gert* (*Gert* 1950; *Peter* 1985), der Antagonistin von *Mary Wigman.*

Auf der Grundlage dieser Kulturrevolution des Tanzes, die einherging mit revolutionären Entwicklungen in Malerei, Architektur, Musik und gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen, entstand dann, besonders in den USA, der modern oder auch basic dance.

Als der eigentliche Schöpfer des modernen Ausdruckstanzes gilt *Rudolf Laban von Varalya* (1879–1958). Für ihn war Tanz der vollkommenste Ausdruck eines einheitlichen Erlebens der Welt sowie der eigenen Persönlichkeit: »Ich aber fand, daß das, was man geistige Einheitlichkeit, Menschlichkeit, wirklich allseitige Lebensbejahung oder ähnlich nennt, niemals durch den Denker oder den Träumer oder den Gewaltmenschen erreicht und dargestellt wurde, sondern einzig durch jene, die ihr Erleben und Handeln aus dem die ganze Welt erfüllenden Tanz der leiblich-seelisch-geistigen Erscheinungen schöpften. Ich sah auch, daß die Kunst des Tanzes der einzige reine Vollausdruck dieses Erlebens sein kann (...) Tanz ist alle Kultur, alle Gesellschaftlichkeit«, (zitiert nach *Müller* 1986).

Dabei war ihm die minutiöse Analyse der Körperbewegungen und ihres

Ausdrucksgehaltes wichtig. In seinem »Studio Art of Movement« in Manchester entwickelte Laban seine Tanzschrift mit den Kategorien Kraft, Zeit und Raum mit ihren Entsprechungen Bewegung, Rhythmus und Richtung. Eine bis ins Einzelne ausgearbeitete Theorie und Technik der Energie- und Ausdrucksqualitäten tänzerischer Bewegung findet sich in seinem Buch »The Mastery of Movement« (Laban 1980).

Seine bedeutendste Schülerin war *Mary Wigmann* (1886–1973), deren Name am engsten mit der deutschen Ausdruckstanzbewegung verbunden ist. Ihre expressionistischen Solo-Gruppentänze wurden in der Regel nur mit Schlagzeugbegleitung und Betonung der rhythmischen Bewegungsabläufe des Tanzenden gestaltet. Sie wurde zur Protagonistin der Befreiung der vom klassischen Ballet gegebenen Entfremdung des Tänzers zu einer Art gedrillter Marionette mit festgelegter Choreographie: »Der tanzende Mensch ward sich der strömenden Kraft seiner naturgegebenen Bewegungen wieder bewußt, und die rhythmische Sprache seiner Gebärden empfing Sinn und Bedeutung durch ihre Verankerung im lebendigen menschlichen Sein.« (*Wigman* 1936). In einem späteren Werk schreibt sie: »Und wenn auch die tänzerische Aussage selbst – in der Einmaligkeit ihrer Form gewordenen Erscheinung – sich nicht in das gesprochene oder geschriebene Wort bannen lassen will – weil sie dieses Worts nicht bedarf! –, so läßt sich doch wohl einiges über jene tiefe und reinste Beglückung mitteilen, die der Mensch empfängt, wenn er sich in den Augenblicken eines voll strömenden Lebensgefühls seine Erlebnisbezirke erschließt und erschafft.« (*Wigman* 1986).

Ihre »Sprache des Tanzes« ist die Sprache von Bewegungsabläufen, ähnlich der Konzeption von *Laban*. Auf die Frage, warum sie Tänzerin geworden sei, antwortete *Mary Wigman* einmal: »Weil der Tanz in seinem Ursprung lebendiges Leben ist und in seinen gleichnishaften Spiegelungen von diesem Leben kündet. Dazu wollte ich mich bekennen, mit allen Fasern meines Wesens.« (Zitiert nach *Müller* 1986).

Für die Entwicklung der amerikanischen Tanztherapie wurde die Norwegerin *Liljan Espenak*, die Dresdener Schülerin und Assistentin *Mary Wigmans* aus den Zwanziger Jahren, von Bedeutung. Sie war gleichzeitig eine Schülerin von *Alfred Adler*, trat als Tanzsolistin auf und ist heute noch gleichzeitig als Adlerianerin psychotherapeutisch in New York tätig (*Espenak* 1981). Anläßlich der *Mary Wigman* Ausstellung in der West-Berliner Akademie der Künste sagte sie auf einer Konferenz: »Das war das Große an Marys Unterricht: Wir konnten mit keiner Fälschung durchkommen, sie hat das alles immer durchschaut. ›Du wirst irgendwo hinkommen, wo es zu dir paßt‹, sagte sie zu mir, und ich habe diese ihre Methode in Amerika selbst weiter ausgebaut. Ich unterrichte an verschiedenen Universitäten.«

In den USA spricht man in diesem Zusammenhang von »Basic Dance« mit seinem spontanen Ausdruck, frei von Tanzstileinengung und Training, geprägt von Gefühl, Befindlichkeit, Vorstellungen, Wünschen und Bedürfnissen und der Kommunikation zu anderen. Hier wird der Tanz auch als eine Art Sprache aufgefaßt.

Tänzerinnen wie *Trudi Schoop (Schoop* 1981), *Liljan Espenak* und *Penny Bernstein (Bernstein* 1979; s. *Hermelink* 1986) schufen dann die moderne Tanztherapie: Sie taten sich mit tiefenpsychologischen Schulen zusammen, die sich besonders stark nach der Emigration zahlreicher ursprünglich kulturrevolutionärer Psychoanalytiker (*Jacoby* 1985) entwickelt hatten, und führten an den Kliniken Tanztherapie ein.

Der Berufsverband der amerikanischen Tanztherapeuten definiert nach *Elke Willke* (1985) Tanztherapie folgendermaßen: »Tanztherapie verwendet Tanz und Bewegung als psychotherapeutisches Medium in dem Prozeß, die psychische und physische Integration des Individuums zu fördern.«

Elke Willke versteht Tanz als eine jeweils persönliche Schöpfuung des Individuums in ständiger Erneuerung und Veränderung in einem Fluß von stets veränderten Anordnungen von Kombinationen von Körper, Raum und Zeit, Energie und Rhythmus.

Curt Sachs schreibt in »Eine Weltgeschichte des Tanzes«: »Der Tanz ist die Mutter der Künste... Tanz lebt gleichzeitig in Raum und Zeit. Der Schöpfer und die Schöpfung, der Künstler und das Werk sind immer noch eins. Rhythmische Bewegungsmuster, plastischer Sinn für Raum... dies schafft der Mensch in seinem eigenen Körper, bevor er Materie, Stein und Worte benutzt, um seinen inneren Erfahrungen Ausdruck zu verleihen... Der Tanz hebt die Unterscheidung auf zwischen Körper und Geist, selbstvergessenem Ausdruck, Gefühlen und beherrschtem Verhalten, zwischen gesellschaftlichem Leben und Isolation.« (*Sachs* 1976). Es ist diese mehrdimensionale und integrative Wirkung des Tanzes, in der Körper, Seele und Geist ganzheitlich zusammenwirken, von der hier der Tanzhistoriker spricht, die den Tanz zum bedeutsamen therapeutischen Medium macht.

Bei allen Fortschritten der Tanztherapie war und ist allerdings einengend, daß die Tanztherapeuten selbst in der Regel keine Psychoanalytiker und Psychiater waren, sondern in Abhängigkeit von der Administration der Kliniken und ihrer Ärzte arbeiten mußten, die der Tanztherapie den Stellenwert von Beschäftigungstherapie gaben – und teilweise heute hoch geben. Verdienstvoll und historisch ist jedoch, daß Tanztherapie überhaupt gemacht und entwickelt wurde besonders durch die American Dance Therapy Association (ADTA) mit ihren jährlichen Tagungen, ihrer Zeitschrift und einigen hundert wissenschaftlichen Arbeiten in den letzten 40 Jahren, in denen über die verschiedenen wissenschaftlichen Aspekte von tanztherapeutischer Methodik publiziert und diskutiert wurde.

Meine eigene Beschäftigung mit der Tanztherapie hat zwei große Wurzeln: erstens mein lebenslanges Ringen um die Phänomene Schizophrenie und Borderline-Syndrom und zweitens meine lebenslange autodidaktische Beschäftigung mit Tanz und seiner am eigenen Leibe erfahrenen – oft lebensrettenden – heilenden Wirkung von oft stundenlangen Tänzen, allein oder im Kreise von Freunden, wie aber auch durch eine kurze Periode von Bühnentanz zur Finanzierung meines Studiums

Meine harten psychiatrischen und psychoanalytischen Lehrjahre in den USA von 1956–1965 bewegten sich um Schizophreniepsychotherapie, Gruppendynamik und Mileutherapie (*Ammon* 1959) und die Grenzzustände der Persönlichkeit.

Bei den Phänomenen Schizophrenie (*Ammon* 1957, 1969, 1971a,b,c; 1972a,b; 1973, 1975, 1979a, 1980, 1986g) und Borderline-Syndrom (*Ammon* 1973a, 1976, 1979, 1984d, 1985b), um die ich mich immer bemühte – aus der Sicht von Verstehen-Wollen und Heilen-Wollen – traten für mich folgende Essentials in den Vordergrund:

1. die Grundstörung von Körper, Körpererleben, Körper-Ich und Körperbeziehung,
2. schwerste Kontakt- und Beziehungsstöruungen zu sich selbst und zu anderen,
3. Desintegration von psychischem Erleben, Wollen und Denken,
4. Störung des Energiehaushaltes und seiner Regulation zwischen Verarmung und Destruktion,
5. Versagen der Sprache als Ausdrucksmittel und als Kommunikation,
6. fehlende Regulation der Abgrenzungsfähigkeit zur Welt des Unbewußten wie auch zur Umwelt.

Bei dem von mir beschriebenen sog. Borderline-Syndrom (Ammon 1976) handelt es sich um Menschen, die ich als die »Unerreichten« (Ammon 1984a) bezeichnet habe. In der Regel zeigen sie oft äußerlich brilliant angepaßtes Verhalten,aber selbst nach längeren Therapien sind sie im seelischen Bereich unintegrierte, verarmte und identitätslose, standpunktlose Menschen mit tiefster Verlassenheit. Sie stellen die weitaus größte Zahl aller unserer Patienten in der Klinik und in ambulanter Praxis dar, die oft trotz vielfältiger verbaler Therapieversuche »Unerreichte« bleiben, da ihnen in der Regel ihre Anpassungs-, Unterwerfungs- und Verführungsdynamik einen großen sekundären Krankheitsgewinn gibt, der sie über die Leere ihres tiefen Leidens hinwegtäuscht und damit auch die Motivation zu verbaler Therapie nimmt. Oftmals haben diese Patienten beim Humanstrukturellen Tanz erstmals das Erleben, sich selbst, andere und ihre eigene beglückende Existenz zu spüren. Die von mir beschriebene Identitätstherapie setzt hier am Körper-Ich, der frühesten Ich-Struktur des Menschen (*Ammon* 1985a), an.

Für diese Menschen entwickelte ich die Humanstrukturelle Tanztherapie mit dem Ziel, ganzheitlich verschiedenste Persönlichkeitsstrukturen zu erreichen und zu entwickeln und dabei die Körpersprache als Bildsprache an die Stelle der verbalen Sprache und ihrer Logik zu setzen (*Ammon* 1986a–e). Nachdem ich über einige Jahre hin wirkungslos konventionelle Tanztherapieformen – wie meditativen Tanz, Jazztanz, Folkloretanz usw. – eingesetzt hatte und die professionell eingesetzten »Tanztherapeuten« keinen psychologischen Zugang zu den Patienten finden konnten, blicke ich inzwischen auf eine Erfahrung von fünf Jahren mit Humanstruktureller Tanztherapie zurück.

Die Grundelemente des Humanstrukturellen Tanzes sind:

1. Das freiwillige und spontane Tanzen des Einzelnen in der Mitte der geschlossenen Tanzgruppe – mit selbstgewählter Musik oder ohne Musik oder nach Trommeln –, unter Leitung des Tanztherapeuten/in und des Co-Therapeuten/in. Die Patienten drücken sich nach der gewählten Musik tänzerisch aus, wobei ihnen die Bekleidung selbst überlassen ist. Manche Patienten tanzen im Straßenanzug, manche im Tanzdress, manche in Tüchern, d. h. je nach ihren Bedürfnissen. Im Vergleich zu den freien Tanzgruppen der Institute, Klausurtagungen und Balintwochenenden unserer Akademie fällt es den Patienten der Klinik sehr schwer, sich unbekleidet zu zeigen wegen ihrer Störung im Körpererleben und Körper-Ich.

   Hier wird die Tanztherapie auch zu einem Diagnostikum, da der Therapeut die Stärke der Einengung von Bewegungsmöglichkeit in Raum und Zeit beobachten kann, wie auch die Kontaktfähigkeit zur Musik, zur Gruppe und zu sich selbst. Aber auch die Fähigkeit zur Entspannung, zum Ausdruck von Emotionen und Katharsis sowie von Gestaltung und energetischer Kraft kommt zum Ausdruck. Wichtig ist auch die Beobachtung des Gesichtsausdrucks, der Mimik, des Blickes (manche Patienten können nur mit geschlossenen Augen tanzen), die Haltung des Körpers, die Beziehung zum Boden, die Möglichkeiten von Sprüngen in die Luft, die Nähe und Entfernung von der Gruppe, die Bewegung des Körpers in sich und die rhythmische Fähigkeit. Es ist auch die Möglichkeit des Tanzes ohne Musik oder mit Trommeln gegeben. Das pantomimische Tanzen ohne Musik erfordert kreativen Ausdruck und einen stärkeren Bezug zur eigenen Körperlichkeit, während des Tanzen mit einer Trommlergruppe Kontakt und Beziehung zu den Trommlern und besonders auch zu der Gruppe, die sich durch rhythmisches Klatschen, Zurufe und Summen beteiligt, erfordert.
2. Nach jedem Tanz erhält die Tänzerin bzw. der Tänzer ein Feedback von Gruppenmitgliedern und Therapeuten über deren Wahrnehmung und spricht über sein eigenes Erleben beim Tanz. Oftmals klaffen hier Selbst- und Fremdwahrnehmung eklatant auseinander. Manchmal fühlt sich der Tänzer durch die Wahrnehmung der Gruppe gekränkt, reagiert wütend oder mit beleidigtem Rückzug. Oftmals decken sich jedoch auch Selbst- und Fremdwahrnehmung, und der Tänzer fühlt sich verstanden. Besonderer Wert wird bei diesen Besprechungen auf das prozeßhafte Geschehen im Tanz selbst, aber auch in der Beziehung des jetzigen Tanzes zu früheren Tänzen, gelegt. Das Übereinstimmende von Musik und Tanz, der Kontakt zu sich selbst und zur Gruppe, das Ungewollte und Spontane, »Echte« und Spürbare wird angesprochen, aber auch Züge von Gewolltem, Aufgesetztem und Gekünsteltem kritisiert. Der Therapeut greift auch mitunter in die Diskussion mit ein, um die Darstellung des Tänzers auf sein Verhalten in anderen Situationen

in der Klinik, wie zum Beispiel in der Gruppenpsychotherapie, Reit- oder Maltherapie, zu beziehen.

3. Das Phänomen der Sozialenergie spielt eine große Rolle in der Tanztherapie. Sozialenergie sehe ich – in Abgrenzung zum Freudschen Triebkonzept – als psychische Energie, die immer in Abhängigkeit steht von zwischenmenschlichen und gruppendynamischen Bezügen, von der Umwelt des Menschen, gesellschaftlichen Faktoren und seinem Sein in dieser Gesellschaft, was auch die Arbeit des Menschen und seine Erotik einbezieht. Durch Sozialenergie entwickelt sich ein Mensch, kann er wachsen und sich verändern, seine Identität ausbilden wie auch die Ich-Struktur als Ganze (*Ammon* 1982).
4. Zur Unterstützung dieser Prozesse werden routinemäßig alle Tänze auf Video aufgenommen und stehen den Teilnehmern der Tanzgruppe zur Verfügung, d. h. daß jeder Tänzer sich selbst auf dem Video noch einmal erleben kann, wie auch die umgebende Gruppe, und den Unterschied seines Erlebens während des Tanzes selbst und seiner Selbstwahrnehmung auf dem Video erkennen kann. Die Videoaufnahmen werden hier vorwiegend als Therapeutikum eingesetzt, dienen aber auch der Fortbildung und Forschung nach ausdrücklichem Einverständnis der Patienten.
5. Bereits nach einem halben Jahr führte ich auf der Grundlage meines bei *I. H. Schulz* erlernten Autogenen Trainings die Meditation ein, die durch die Erfahrung meiner Indienreise vertieft und erweitert werden konnte. In der Regel meditieren wir nach Meditationsmusik oder manchmal auch nach klassischer Musik mit oder ohne Eingaben, wobei ich dann nach *I. H. Schultz* Schwere- und Wärmeerlebnisse kommen lasse sowie mit Identitäts- und Chakrenmeditation arbeite. Inzwischen hat einer meiner Mitarbeiter, Dipl. Psych. *Daniel Hermelink,* für uns eigene Meditationsmusik komponiert und auch Kassetten mit meinen Eingaben hergestellt, die ich neuerdings auch oftmals einsetzte, wenn ich die Sitzung selbst leite, wodurch ich selber tiefer in die Meditation komme.
   Bei der Meditation in der Welt der Töne werden wir oft in Erstaunen gesetzt durch bunte Bilder von Dingen, die wir noch nie gesehen haben, und erreichen manchmal danach ein Trance-Erlebnis. Manche Teilnehmer sehen sich selbst in Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft, ihren Körper mit Aura und Passagen ihres Lebens wie in einem Film vorbeigleiten.
   Es handelt sich hier um ein mehrdimensionales Geschehen von Körperlichkeit, Spirituualität, Bewegung, Musik, Meditation, Psychotherapie, Kreativität und Gruppendynamik. Die ersten Tänzer tanzen dann sozusagen aus der Meditation heraus, und bei besonders tiefgehender Meditation – mit manchmal außergewöhnlichem und bedeutsamem Bilderleben – befindet sich dann die gesamte Tanzgruppe in einem meditativen Zustand.
6. Das spontane Geschehen des Tanzes selbst öffnet sozusagen den Fluß von belebender Energie aus dem Nicht-Bewußten, was durch die Medita-

tion verstärkt wird. Der Tanz wird zur via regia zum Unbewußten – auch für das Miterleben der Zuschauer, weil beim Tanz der Umweg über verbale Vermittlung fortfällt.

Interessanterweise ergaben sich hier keine Schwierigkeiten bei schizophren strukturierten Patienten, während präpsychotische Patienten von sich aus spontan nicht meditierten – was von uns aus ihnen auch empfohlen wurde oder von ihnen auch bewußt abgelehnt wurde. Dazu ist anzumerken, daß wir jeweils eine spezifische Indikation zur Aufnahme in die Tanzgruppe – aufgrund der humanstrukturellen Diagnostik wie Interviews, ISTA, MMPI, ADA, TAT – stellen. Ganz selten kam es auch vor, daß sog. Grenzfallpatienten (Borderline-Patienten) die Kontrolle über sich verloren, die dann aber durch beruhigende Worte des Therapeuten bei Leiserdrehen der Musik oder bei beruhigendem Summen der Gruppe die Kontrolle wiedererlangten, was durch unsere Videoaufnahmen dokumentiert ist.

Besonders heilend wirkt auch der Humanstrukturelle Tanz bei durch Depression unerreichbar gewordenen Patienten, die sich sozusagen aus der Depression heraustanzen mit Wutausbrüchen wie Stampfen und Hämmern auf den Fußboden oder Schreien.

Die Zwangskranken tanzen sich besonders beim langen Trommeltanz, bei dem oft die ganze Gruppe mitklatscht und der Therapeut durch Zurufe anfeuert, erstaunlich frei, was dann eine Wende in ihrem therapeutischen Prozeß bedeutet, wobei sich auch ihr Gesichtsausdruck schlagartig ändert. Auch Körper und Körperformen verändern sich oftmals erstaunlich: die Körper werden gestraffter, schlanker, weicher und strukturierter, wie auch besonders das Gesicht. Entscheidend wichtig ist jedoch dabei, daß sich die Beziehung zum eigenen Körper, das Körpergefühl und Körperleben und die Beziehung zu dem eigenen psychischen Selbst verändert und herstellt. Meine Mitarbeiterin *Marie Berger,* die bereits nach einem halben Jahr an der Tanzgruppe teilnahm, hat durch ihre Untersuchung über die Veränderung des Körpererlebens durch den Humanstrukturellen Tanz einen objektivierenden, wissenschaftlichen Beitrag geleistet mit qualitativer Interviewtechnik unmittelbar nach dem sog. Ersttanz in Verbindung mit dem TAT. Darüber hinaus hat sie durch ihre eigenen Tänze, die sie von Zeit zu Zeit tanzte, auch Möglichkeiten multidimensionaler Entwicklung im Medium des Tanzes aufgezeigt.

7. Bei den Feedbacks wie aber auch aus der Gruppe wird der Schwerpunkt auf die konstruktiven Seiten des Tanzes und der prozeßhaften Entwicklung, die der jeweilige Tanz für den Patienten anzeigt, gesetzt. Nur störende Aspekte, die Entwicklungswiderstand deutlich machen, unterliegen einer Kritik. Es kommt bei dem Tanz nicht auf Perfektion oder Schönheit an, sondern auf den Mut, sich selbst im augenblicklichen Zustand zu zeigen.
8. Zum Abschluß der Tanzsitzung tanzen dann alle Teilnehmer der Gruppe gemeinsam in Meditation nach der gleichen Meditationsmusik

wie beim Beginn. Auch hier ist alle Freiheit die Grundlage der Tanzarbeit: einige bewegen sich auf der Stelle tänzerisch mit geschlossenen Augen, viele liegen auf dem Rücken auf dem Boden, andere sitzen im Yoga-Sitz auf der Tanzfläche, wieder andere sitzen auf den Knien, und einige wenige bleiben auf den Stühlen in meditativer Haltung mit geschlossenen Augen sitzen. Grundsätzlich werden in letzter Zeit bei der Abschlußmeditation keine Eingaben gemacht. Auch die Tonbandkassetten, die es im Handel gibt, haben auf der Rückseite keine Eingabe, sondern nur meditative Musik.

Probleme der Sexualisierung, die der nicht Informierte, der Ignorant, vermuten würde, haben kaum eine Rolle bei unserer Tanzarbeit gespielt.

Unerwarteterweise fand der Humanstrukturelle Tanz einen begeisterten Widerhall in unseren Institutionen, Veranstaltungen und bei den Zweigen unserer Weltgesellschaft für Dynamische Psychiatrie. So entstanden freie Tanzgruppen, besonders an den Instituten unserer Akademie in Berlin und München, aber auch in Freiburg, Basel, Mainz und auf den Klausurtagungen von DAP/DGG in Paestum und Stelzerreut, und auch auf den jährlichen Kongressen von WADP und DAP, sowie besonders in Holland, aber auch in Moskau.

Inzwischen wurden auch eine Reihe von humanstrukturell ausgebildeten Psychoanalytikern meiner Schule im Humanstrukturellen Tanz ausgebildet und leiten Tanzgruppen, besonders *Maria Berger, Agnes Wiehl-Volbehr, Heidi Mönnich, Ilse Burbiel, Gertraud Reitz, Margit Schmolke, Petra Hieber* u. a., die alle auch selbst humanstrukturell tanzen und sich auch auf den Kongressen tänzerisch gezeigt haben.

Der Humanstrukturelle Tanz wurde eine feste Institution als Selbsterfahrung auf unseren Klausurtagungen, Selbsterfahrungs-Balintwochenenden und Kongressen für alle Teilnehmer. Man muß sich dabei vorstellen, was es für einen Menschen bedeutet, zum ersten Mal in die Mitte einer Gruppe zu treten und sich tänzerisch zu zeigen, dabei fotografiert zu werden, auf Video aufgenommen zu werden und sich der Kritik zu stellen. *Jovanna Wex* beschrieb dies im Magazin 2000 wie folgt: » Im ersten Tanz von Maria Berger leuchtete die Seele stark hindurch und berührte uns alle tief. Maria tanzte nicht nur die Sehnsucht nach den Seinszuständen der Seele, nein sie zeigte, wie es aussieht, wenn ein Mensch im Tanz dieses Sein erreicht. Ihr Tanz zeigte klar und deutlich, daß Ganzheit die Vereinigung von Gegensätzen bedeutet. Sie tanzte kraftvoll und doch zart und leicht. Mal ging es nach innen, mit geschlossenen Augen in sich gekehrt, mal nach außen, mit Offenheit auf die Gruppe gerichtet. Sie tanzte traurig und dann wieder voller Lebenslust, Übermut und Freude. Trotz löste sich ab mit liebevoller Verspieltheit. Trauer tanzte sie am Boden, Freude drückte sie gelegentlich mit Luftsprüngen aus. Auch Stille und Klang waren nicht im Widerspruch zueinander, sondern bildeten eine wundervolle Einheit im Schluß des Tanzes. Und schließlich bemerkte ein Gruppenmitglied auch noch zu ihrem Tanz, daß sie eine Einheit zwischen Frau und Mann herge-

stellt hatte, Einheit trotz Getrenntheit. Jemand sagte: »Ich hatte den Eindruck, Ammon hätte mit dir getanzt.« Natürlich hatte er die ganze Zeit still dagesessen. ›Und darüber hinaus‹, sagte diese Person, von der ich leider nicht mehr weiß, wer es war, ›darüber hinaus hast du trotz dieser Einheit eine eindeutige Individualität gehabt.‹ Ja, das hat Maria Berger auch. Die Ganzheit, Vereinigung von Widersprüchen, im Tanz oder im realen Leben bedeutet den Eintritt in eine mystische Dimension... Ich habe niemanden auf dieser Klausurtagung gesehen, die oder der nicht aus der Begrenztheit der alten Strukturen herausgegangen wäre, niemanden. ...Ein Gruppenteilnehmer drückte das so aus: ›Das Geheimnis, das die Grenzüberschreitung möglich macht, ist die Gruppe, die dem Tänzer ihre ganze Aufmerksamkeit, Liebe und Energie schenkt, in die er oder sie sich völlig fallenlassen und sich geborgen fühlen kann.‹ ...Der Gruppenteilnehmer sagte noch: ›Ich habe, wie die meisten von uns, immer wieder eine gehörige Angstschwelle zu überschreiten, bevor ich mich in die Mitte stelle und während die ersten Klänge der Musik ertönen. Aber nach und nach werde ich ganz ruhig, höre nur noch die Musik und spüre meinen Körper. Das Denken hört auf, und der Tanz geschieht mehr, als daß ich ihn mache. Der Körper entfaltet sich in der Musik und ist zu Bewegungen und Ausdrucksformen fähig, die ich bisher noch nie an mir kennengelernt habe, von denen ich nicht einmal eine Ahnung hatte.‹

Zum Beispiel der stille, völlig eingeschüchtert und schwermütig wirkende W., 28 Jahre alt. Auf Trommelmusik und afrikanische Gesänge tanzt er endlich am dritten Tag seinen ersten Tanz. Er tanzt so wild, bewegt und frei, nachdem er seine Angst hinter sich gelassen hat, daß wir nur noch staunen. Plötzlich ist er lebendig, kraftvoll, zeigt einen großen Reichtum an Bewegungsmöglichkeiten und tanzt sich bis in geradezu ekstatische Kraft. Wir sind begeistert. Ammon sagt: ›Dieser Tanz spart ihm 10 Jahre Analyse‹.

Und damit niemand denkt, nur junge Leute seien zu solchen Wandlungen fähig. Frau K., 50 Jahre alt. Noch morgens sagt sie traurig, sie sei zu alt, um spielerisch zu sein, traute sich auch am 4. Tag noch nicht zu tanzen. Wir ermutigen sie, erklären ihr, Alter sei dafür keine Grenze. Das sei ein Aberglaube. Abends wagt sie es dann. Und sie tanzt so jung, so verspielt, geradezu verliebt in sich, wie ein junges Mädchen. Es ist einfach hinreißend, sie so zu sehen. Von da an ist sie viel lebendiger, mutiger, offener und sieht viel jünger aus... Ein anderes wunderschönes Erlebnis bot uns die 44jährige R. Sie hatte ein trauriges Gesicht, depressiv nach unten gezogene Mundwinkel, die Schönheit ihres Körpers versteckte sie, indem sie sich schwerfällig langsam und unauffällig machte. Schon am zweiten Tag tanzt sie zu Live-Trommeln, beginnt vorsichtig und langsam, aber wird dann immer lebendiger, tanzt mit dem ganzen Körper, mit einer Vielfalt von Bewegungen. Schon in diesem Tanz wird ihre Schönheit mehr und mehr sichtbar. Am Ende strahlt sie. Im Verlauf der Gruppe wird sie immer strahlender, offener, jünger und schöner. Sie verläßt Paestum am Ende als strahlende

Frau, deren Schönheit offen sichtbar ist und die sich auch selbst daran erfreut...

Herr S. zum Beispiel, 44 Jahre alt. Er ist immer sehr dezent und unauffällig gekleidet, so daß man ihn kaum sieht. Er trägt eine Brille. Beim ersten Mal ist er noch sehr vorsichtig, zeigt noch wenig von sich. Auch das ist immer o.k., weil jeder am besten sein eigenes Tempo benutzt. Am vorletzten Tag hat er dann genug Vertrauen gesammelt, tanzt in Badehose und ohne Brille und zeigt seinen schönen zarten und doch männlichen und ausgewogenen Körper. Und diesmal tanzt er mit Leichtigkeit, Lebendigkeit, Kraft und Zartheit, Freude an der Bewegung, Lust an seinem Körper und an neuen Bewegungsmöglichkeiten. Im Laufe des Tanzes wird er immer offener. Am Schluß tanzt er einen langsamen Walzer, in dem deutlich wird, daß er anfängt, sich lieb zu haben. Sein Gesicht lächelt gelöst. Kontrolle und Manipualtion aufgeben, das lernen wir, bei diesen Tänzen zuzulassen« (*Wex* 1986).

Diese Beobachtungen von einer unserer Arbeit fremden Berichterstatterin sollen die Atmosphäre unserer Arbeit auf einer Klausurtagung wiedergeben, wo keine therapeutische Aufgabe die Tanzarbeit beherrscht. Trotzdem sehen wir zweifellos befreiende und therapeutische Effekte beschrieben, aber auch die eindrucksvolle Einwirkung der Tänze der Einzelnen auf die gesamte Gruppe.

Wir können auch als weiteres Essential des Humanstrukturellen Tanzes hervorheben, daß der Tanz, besonders in der Therapietanzgruppe eine gleich starke heilende Wirkung auf Tänzer wie auf Zuschauer hat. Letzteres ist verständlich aus der mitgehenden Identifikation mit der Tänzerin oder dem Tänzer.

Was den mit der Heilung eng verbundenen kreativen Prozeß angeht, steht hier das von Tänzer und Tänzerin wie Zuschauer unerwartete kreative spontane Element im Mittelpunkt, und die Zuschauer sind Teilhaber an einem kreativen Prozeß, der weder durch Regie noch durch Choreographie und in der Regel auch nicht durch Wille und Wollen bestimmt ist. Dies unterscheidet den Humanstrukturellen Tanz selbst auch als Kunsttanz auf der Bühne von üblichen Kunst- und Vorführungstänzen oder überhaupt von anderen künstlerischen Gestaltungen. Es »passiert« – und Tänzer oder Tänzerin sind gleichermaßen überrascht und an dem kreativen Geschehen beteiligt. Man mag es nun erleben als das Unbewußte, das sich äußert, oder als das Göttliche. Es ist ein kreatives, spirituelles Ereignis, einzigartig und nicht wiederholbar. Es bleibt erhalten durch Videoaufnahmen, die nicht störend wirken, da sie routinemäßig durch Mitglieder der Gruppe gemacht werden.

Interessanterweise mußten wir feststellen, daß – im Gegensatz zu den Tanztherapiegruppen schwerkranker Patienten unserer Klinik Menterschwaige – die Mitglieder der freien Tanzgruppe vorwiegend in Strings, Tangas oder nackend tanzten und damit auch ihren gesamten Körper und seine Sprache in den Tanz einbrachten.

Ebenso interessant erscheint es, daß neben dem kreativen und oft künstlerischen Element bei den freien Tanzgruppen von Instituten und Tagungen auch tief ergreifende kultische Elemente in den Tänzen auftraten. Es waren oft Tänze, die wie Gebete wirkten oder wie letzte Hingabe zum Göttlichen, zu Menschen und zur Gesellschaft, oftmals auch rituelle Züge hatten, die die Vereinigung zwischen Himmel und Erde, Mensch und Kosmos symbolisch darzustellen schienen.

Zu betonen ist, daß aus dem Unbewußten – vielleicht könnte man hier auch an das von *C.G. Jung* postulierte archetypische, kollektive Unbewußte denken – kultische Züge hervortraten, ohne daß allerdings an einen Kult gedacht werden könnte.

Der Tanz ist hier in seiner körperlichen Ausdrucksfähigkeit eine »königliche Straße zum Unbewußten«. Ich möchte meinen, daß der Ausdruck »Tanz« hier eigentlich nicht zutreffend ist. In gewisser Hinsicht schon, wenn wir an die archaischen Kulturen und ihre Ausdrucksmöglichkeiten denken. Es kommt aber nicht auf das an, was wir mit dem Ausdruck ›Tanz‹ gewöhnlich verbinden: ein schönes, ästhetisches Tanzerlebnis mit wohlgeformten Tänzerinnen und Tänzern – es ist etwas ganz anderes. Es kommt nicht auf Bewegungsqualitäten oder auf einen besonderen Rhythmus an. Wichtig ist, den Körper sprechen zu lassen, manchmal nur mit den Händen, dem Gesicht oder mit einfachem Stillstehen.

In der Tanztherapie drücken sich auch Menschen mit Hüftgelenksverletzung, mit meningitischen Schädigungen, mit Adipositas, auch alte Menschen u.a. aus. Auch in Selbsterfahrungsgruppen haben Menschen getanzt, die poliomyelitische Störungen hatten, so daß sie nur mit einem Stock gehen konnten oder ein Bein nachziehen mußten. Auch Menschen mit orthopädischen Hüftleiden haben sich ergreifend ausgedrückt auf unserer Tanzterrasse in Paestum, und es haben alte Menschen und sehr fettleibige Menschen dort nackt getanzt, wobei alle anderen Teilnehmer aus der Gruppe Tränen in den Augen hatten. Das Eindrucksvolle hat nicht immer das konventionell Schöne zu sein. Es kommt allein darauf an, wie viel oder wie wenig Raum sich der Tänzer oder die Tänzerin gestattet oder wieviel Phantasie aus dem Unbewußten strömt und zur Gestaltung kommt und wie spürbar der Mensch dabei ist: es findet ein energetischer Austausch zwischen Zuschauern und Tänzern statt, eine befreiende Bewußtseinerweiterung für Tänzer und Zuschauer.

Oft stehen unsere Tänzer in der Mitte der Tanzgruppe und wissen am Anfang gar nicht, was sie tanzen wollen, und plötzlich tanzt es sozusagen aus ihnen heraus, ganz spontan, ohne Denken, ohne Vorübung, ohne choreographisches Bewußtsein. Sie sind dann selbst ganz erstaunt und ergriffen von dem, was da passiert, manchmal so stark, daß sie weinen oder den Tanz abbrechen. Und die Zuschauer sind oft überrascht über Menschen, von denen sie nie erwartet hätten, daß sie so beeindruckend, rührend und erhebend tanzen würden.

Der Tanz selbst ist ein schöpferisches Geschehen, in ihm findet ein kreativer Akt statt: psychologisch gesehen handelt es sich um einen Zustand

wie wir ihn oft beim Aufwachen oder Einschlafen erleben. An dieser Stelle möchte ich aufgreifen, was ich kürzlich über die Dynamik des Schöpferischen geschrieben habe in der Enzyklopädie »Der Mensch« (*Ammon* 1983a): daß wir all das, was uns antrainiert wurde an rationalem Denken, was zur kontrollierenden Instanz der linken Hirnhemisphäre gehört, wieder etwas in den Hintergrund drängen müssen. Die rechte – die diejenige des Unbewußten, des Kreativen, der Phantasie, der Träume, der konzeptionellen Denkweise ist – muß wieder reaktiviert werden bei den Menschen in unserer Gesellschaft, um sie für die Kreativität und für schöpferische Möglichkeiten freizumachen, die jeder Mensch hat. Insofern möchte ich sagen, daß der Tanz, mag er für den esoterischen Menschen ein Ausdruck des Göttlichen sein, eine Brücke zum Kosmos und zur Transzendenz, für den wissenschaftlich Denkenden auch eine Reaktivierung des Schöpferischen im Menschen, eine Rekreativierung oder überhaupt eine Kreativierung ist.

Hierin liegt, glaube ich, mit das wesentliche Moment des Tanzes für den sog. gesunden Menschen,der den Tanz nicht als Therapeutikum braucht.

Für den kranken Menschen scheinen solche Erfahrungen zu Beginn weit in der Ferne zu liegen. Hier kommt der Gedanke nicht auf, daß es auf tänzerisches Können ankäme, allzu spürbar ist die Angst, die überwunden werden muß, um sich der Gruppe gegenüber zeigen zu können, in der Gruppe sein Leid und manchmal auch seine leidvolle Lebensgeschichte darzustellen. Manchmal können sich die Patienten kaum bewegen oder es steht ihnen nur eine einzige Bewegungsmöglichkeit, wie zum Beispiel im Kreis herumzurennen, zur Verfügung. Manchmal bleiben die Tänzerin oder der Tänzer erschüttert oder weinend inmitten des Tanzes stehen, dann tritt vielleicht ein anderer Patient hinzu, und sie tanzen zu zweit oder zu dritt weiter. Manchmal wagt ein Patient gar nicht zu tanzen und wird dann von einem anderen begleitet, der ihm hilft, sich zu zeigen, und ihn dann alleine weitertanzen läßt, sobald er sich sicherer fühlt. Und oft drücken die Tänze Wut und Aggression aus. Selbstverständlich fehlen auch in der Klinik, zumal gegen Ende des Aufenthalts, nicht Lust und Freude am körperlichen und tänzerischen Ausdruck, der zum ergreifenden Tanz werden kann. Aber es fehlen auch nicht Versuche, durch Perfektion und »schönes Tanzen« den Menschen dahinter zu verbergen, und wenn im Laufe des Entwicklungsprozesses solche Menschen dann eines Tages spürbar werden und beginnen, in großer Schlichtheit zu tanzen, so ergreift dies alle Zuschauer.

Die Tanztherapie darf nicht als eigenständige Therapie angesehen werden, sondern man muß sie als einen Aspekt des gesamten Klinikmilieus sehen, als eine von dessen verschiedenen therapeutischen Facetten, die als eine methodenintegrative Einheit zu verstehen sind.

Methodenintegration antwortet auf die ganzheitliche Einheit von Sozialenergie, Ich-Struktur, unbewußtem Persönlichkeitskern und bewußten Verhaltensweisen, Identität, Gruppe und auch besonders dem menschlichen Körper, die jeweils nur als Felder einer ganzheitlichen Betrachtungs-

den Krankheitsverständnis ergibt sich für jeden einzelnen Patienten eine individuelle Behandlungskonzeption aus den verschiedenen Möglichkeiten des breiten Therapieangebots der Klinik (*Ammon* 1982).

Der besondere Ort der Tanztherapie in diesem Therapieangebot der Klinik ergibt sich aus den integrierenden Auswirkungen des Tanzes auf den Tänzer, der sich im Tanz ganzheitlich mit Körper, Geist und Psyche erlebt. Tanztherapie ist darüber hinaus gleichzeitig Körpertherapie, aber auch eine besondere Form von Gruppentherapie, die sich überwiegend auf den einzelnen Patienten konzentriert.

Zur Zeit erforschen wir in der psychologisch-diagnostischen Abteilung unserer Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige auch Zusammenhänge zwischen den tiefen Schlafstadien III und IV mit seinen Deltawellen im Elektroencephalogramm und der Meditation im Humanstrukturellen Tanz sowie die Beziehungen zwischen Traumerleben und dem Bilderlebnis in der Meditation.

Als fremdartig und geradezu wahnhaft mußten wir erleben, daß unerwartet brutale Angriffe von Behördenbürokratie und Polizei über unsere Klinik und Tanztherapie hereinbrachen, vergleichbar nur mit *Hitchcocks* Film »Die Vögel«. Dabei wurden 800 Videobänder unserer Tanztherapie durch die Sittenpolizei beschlagnahmt und mit der lapidaren Bemerkung eines Kriminalkommissars: »Wir haben nicht das gefunden, was wir gesucht haben«, zurückgegeben.

Hier handelt es sich um ein bedeutsames geisteswissenschaftliches und kulturgeschichtliches Ereignis, das nur Beispiele in der Inquisition oder in den Verfolgungen von *Sigmund Freud* oder *Wilhelm Reich* oder in den Verfolgungen eines *Paracelsus* oder *Pythagoras* kennt. Daß Menschen aus aller Welt empörte Briefe an die Ministerien schrieben, erschütterte diese nicht; Routineantworten waren die Regel, mit Ausnahme eines ausführlicheren Briefes an einen US-Zwei-Sterne-General.

Zu der Frage, warum ausgerechnet der Tanz – eng verbunden mit dem Thema »Die Androgynität des Menschen«, – des West-Berliner Kongresses, der zu dieser Zeit vorbereitet wurde, solche brutalen Angriffe, die sich allein auf schäbige anonyme Anzeigen berufen konnten, auslösten, möchte ich am Ende den Bericht des Journalisten *Hans Krieger* vom Bayerischen Staatsanzeiger zitieren, den er über den klinischen Nachkongreß in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige im Anschluß an den erwähnten Kongreß geschrieben hat: »...Vielleicht haben jene Psychologen recht, die sagen, die psychisch Kranken trügen stellvertretend etwas aus für die Gesamtgesellschaft, was diese aus sich verdrängt. Von der Dynamik dieser Verdrängung war etwas zu ahnen bei der abendlichen Tanztherapie in der Menterschwaige. Ein Mann, der in einer knappen Woche entlassen werden sollte, tanzte seinen Abschied von der Klinik und wurde vom Schmerz so überwältigt, daß alle tief erschüttert waren. Und dann wurde der Tanz einer jungen Frau, nur von Trommeln begleitet, zu einem ergreifenden Kampf um ihr Leben. Die innere Bedrohung war sehr unmittelbar

zu spüren, freilich auch die Energie, mit der die rhythmisch mitklatschenden Mitpatienten, den Lebenswillen dieser Frau unterstützten. Solche aufwühlenden Szenen rühren auch beim Betrachter an Gefühle, die sich selten zeigen dürfen, weil sie das innere Gleichgewicht bedrohen. Dem entgehen zu wollen, ist eine wohlverständliche Fluchtreaktion, auch wenn sie mit eigener Verhärtung und menschlicher Verarmung bezahlt werden muß.« (*Krieger* 1986)

Human-structural Dance – Art of Healing and Self-Experience

Günter Ammon

The author describes the development of dance throughout human cultural history beginning from the stone age with fertility rites to cave drawings from Azerbeidschan, from the mysterium of the labyrinth dance leading to labyrinth temple structures to the mystery schools of the antique world with their holistic unity of human and spiritual dimensions of body, soul and mind. He describes also holy and demonic aspects of the symbolic religous dancing during the monistic period, before dualism was introduced.

The impact of the discovery of the German expressive dance movement with *Laban* and *Mary Wigman* is described and seen by *Ammon* as the root of the modern dance culture and modern scientific dance therapy as developed since the 40th of our century by the American Dance Therapy Association (ADTA): Of interest for the author are particularly *Lilian Espenak, Penny Bernstein* and *Trudi Schoop.*

Ammon understands his theoretical conception of human-structurology as a holistic conception of man with different personality structures of biological, physiological, non-conscious psychological and spiritual aspects. Health means for him integration and identity of human-structures. Illness means desintegration with no identity. This approach is a holistic one with the important concept of spectral theory. Therefore the human-structural dance therapy has the aim to integrate personality. The main therapeutic use is for patients who cannot successfully work just on a verbal level. This is particularly important for schizophrenic and Borderline patients, about whom the author points out following essentials:

1. A basic disturbance in body-ego, body-experience and relationship to the own body.
2. Severe disturbances in human relations and contact to the own self and others.
3. Desintegration of psychic experience, of will power and thinking.
4. Disturbance of the energy homeostasis and its regulation between deficiency and destruction.
5. Disabiltiy of verbalisation as means of expression and communication.

6. Missing regulation of demarcation to the unconscious and to environment. *Ammon's* main interest is the therapy of Borderline and schizophrenic patients.

The essentials of his human-structural dance are:

1. The voluntary and spontaneous dance of the individual in the center of a closed dance group with personally chosen music and dress or without music or with drums under the coordination of the dance therapist and the cotherapist.
2. After every dance there is a discussion between the members of the group, the therapist and the dancer. Important is here the self-experience and the feedback of the group.
3. The efficiency of human-structural dance therapy can be explained by the principle of social energy. *Ammon* sees social energy as psychic energy which always depends on interpersonal and group dynamic relations. Social energy is necessary for the development of personality.
4. The regular work with video. Every patient has the right to see the videos. The discussion of the video is of great importance as a main therapeutic tool, but also for research and training.
5. The author works with meditation on the basis of the autogenic training of his teacher *I. H. Schultz* regularly at the beginning and at the end of the dance session. He uses own meditation music composed by his co-worker, the clinical psychologist *Daniel Hermelink*. The author works also with identity- and chacra-meditation.
6. Most important is his work with his conception of social energy. The spontaneity of the dance opens the unconscious supported by meditation. The author puts it in this way that the ego-structural dance is the via regia to the unconscious.

   Ammon discusses briefly the aspects of humanstructural dance therapy with patients suffering from schizophrenic reaction, borderline syndrome, obsessive compulsion and depression.
7. The author stresses particularly the point of the process during the dance and the development process of each patient during the dance therapy.
8. The author points out that dance therapy is not a therapy on its own, but only one dimension of different methods of treatment for example a combination between formal group therapy with dance therapy and theater therapy etc., but within the conception of methods integration.
9. Important is only that the patient shows himself his or her momentaneous condition and feelings without any kind of interest for perfection or beauty of dance.

   The author gives examples of patients with adipositas, with anorexia nervosa or of physically disabled patients or elderly people who show themselves in the group touching many people to tears.
10. *Ammon* stresses the importance of the co-therapist *Maria Berger,* who works not only on the level of interpretation, but also through the impact of her own dances and research projects.

The author differentiates his human structural dance as follows: therapy, self experience, art and cult. Differences and similarities are pointed out, but also the gliding transitions during the holistic occurrence of the dance, in which the main structures of human psyche, body and mind are integrated.

At the psychological-diagnostic department of the Dynamic Psychiatric Hospital Menterschwaige a research project is carried out in which the relations between the deep-sleep phases III and IV with their delta waves in the EEG and meditation of the human-structural dance are investigated, and also the relations between dream and visual experiences during meditation. Furthermore a research is done by *Maria Berger* about the change of body experience by human-structural dance therapy with means of qualitative interview technique after the first dance in combination with the TAT.

At the end of his paper the author mentions the experienced unexpected brutal attacks of bureaucracy and police against the Dynamic Psychiatrc Hospital Menterschwaige Munich which seems like a paranoic delusion, and he compares it with the Hitchcock movie »The Birds«. He mentions that 800 videos of his dance therapy were confiscated by the police and later returned with a lapidary remark of a detective superintendent: »We have not found what we were looking for.« *Ammon* is reminded of similar attacks against scientists during history. A well-known scientific journalist might be right when he interpreted the event like this: those psychologists are right who see the mentally ill people express the repressed feelings of the whole society.

Literatur

Ammon, G. (1957): The Psychotherapeutic Process of a Painter with Schizophrenic Reaction, Demonstrated with Pictures. In: Procedings 6. Convent. of Inter. am. Soc. F. Psychol., Mexico City, Univ.
- (1959): Theoretical Aspects of Milieutherapy. In: Bulletin of the Menninger School of Psychiatry, Topeka, Kansas, USA. Neuauflage 1977 (Berlin: Pinel-Publikationen)
- (1969): Verifikation von Psychotherapie bei schizophrener Reaktion. In: Conf. Psychiatrica, Vol. 12, No. 1
- (1971 a,b,c): Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie. In: Dyn. Psychiat. (4) 9–28; 123–167; 181–201
- (1971 d): The Psychodynamics of Dream, Psychosis and Reality in Schizophrenia, from the Aspect of Ego-Regulation (with Case Study). Lecture held at the IV. International Symposium on Psychotherapy of Schizophrenia in Turku, Finnland, 4.–7.8.1971
- (1972): Auf dem Weg zu einer Psychotherapie der Schizophrenie. In: Dyn. Psychiat. (5) 81–107
- (1972 a):Verschiedene Ausdrucksformen bei schizophrener Reaktion. In: Jap. Bull. of Art Ther.
- (1972 b): Über die psychodynamische Beziehung von Traum, Psychose und Realität in der Schizophrenie unter dem Aspekt der Ich-Regulation. In: Psychotherapie und Psychosomatik (20) 366–378
- (1973): Schizophrenie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Dynamische Psychiatrie (Darmstadt/Neuwied: Luchterhand) – Erweiterte Neuausgabe: 1980 (München: Kindler)
- (1973 a): Borderline-Syndrom. In: ebd.
- (1975) Hrsg.: Psychotherapie der Psychosen (München: Kindler)
- (1976): Das Borderline-Syndrom, ein neues Krankheitsbild. In: Dyn. Psychiat. (9) 317–348

- unter Mitarbeit von *Ammon, Gisela* und *Marsen, B.* (1979f): Das Borderline-Syndrom und das ich-strukturelle Arbeiten. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
- unter Mitarbeit von *von Wallenberg-Pachaly, A.* (1979a): Schizophrenie. In: ebd.
- (1980): Ich-strukturelle und gruppendynamische Aspekte bei der Entstehung der Schizophrenie und deren Behandlungsmethodik. In: Dyn. Psychiat. (13) 429–450
- (1982): Methodenintegration aus der Sicht der Dynamischen Psychiatrie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)
- (1982 a): Das sozialenergetische Prinzip in der Dynamischen Psychiatrie. In: ebda.
- (1983): Ego-structural Conception of Art Therapy. In: Japanese Bulletin of Art Therapy (14) 93–100
- (1983 a): Zur Dynamik des Schöpferischen. In: Kindlers Enzyklopädie »Der Mensch«, Bd. VI (Zürich: Kindler)
- (1984 a): Die Unerreichten – Zur Behandlungsmethodik des Urnarzißmus. In: Dyn. Psychiat. (17) 145–163
- (1984 b): Der androgyne Mensch. In: Dyn. Psychiat. (17) 235–253
- (1984 c): Die Bedeutung des Körpers im ganzheitlichen Verständnis der humanistischen Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (17) 339–356
- (1984 d): Das Borderline-Syndrom – ein neues Krankheitsbild in Abgrenzung zur Schizophrenie (Diagnostische, klinische und therapeutische Aspekte). In: Dyn. Psychiat. (17) 357–380
- (1985): Der mehrdimensionale Mensch. Vortrag gehalten auf dem 3. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP und XVI. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 1.–5.3.1985 in der Fachhochschule München. In: Dyn. Psychiat. (18) 99–100
- (1985 a): Die Rolle des Körpers in der Psychoanalyse. In: *Petzold, H.* (Hrsg.): Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven (Paderborn: Junfermann)
- (1985b): Körper, Tanz und Therapie. Vortrag gehalten im Deutschen Museum, München, am 16.1.1985
- (1986): Der mehrdimensionale Mensch. Zur ganzheitlichen Schau von Mensch und Wissenschaft (München: »Pinel«)
- (1986 a,b,c): Humanstruktureller Tanz. Selbsterfahrung, Meditation, Körpererleben, Therapie. Vortrag gehalten auf dem 4. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP und XVII. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 14.–15. März 1986 an der Hochschule der Künste Berlin, an der TU Berlin am 11.4.1986 und 26.9.1986 sowie an der Ludwig-Maximilian-Universität München 14.11.1986
- (1986 d): Humanstruktureller Tanz – Selbsterfahrung, Meditation, Körpererleben, Therapie. In: Krankengymnastik (38) 862–867
- (1986 e): Tanz als Therapie – Humanstruktureller Tanz in Theorie und Praxis. In: Magazin 2000 (8) Nr. 64, 48–52
- (1986 f): Die Androgynität des Menschen. Vortrag gehalten in der Asociación Médica Domincana (AMD) in Santo Domingo am 31.10.1986
- (1986 f): Schizophrenie als ganzheitliches Geschehen. Vortrag gehalten in der Urania Berlin am 16.12.1986 und auf dem 5. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP und XVIII. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 6.–10. März 1987 in der Fachhochschule München
- (1986 h): Interview mit *Günter Ammon* über Humanstrukturellen Tanz durch *Paul Kalkbrenner* im Tagungszentrum Paestum am 1.9.1986. In: Dyn. Psychiat. (19) 343–352
- (1986 i): Zur Dynamisch-Psychiatrischen Konzeption und Behandlungsmethodik (Rehabilitation von psychiatrisch-psychisch Kranken). In: Dyn. Psychiat. (19) 308–316
- (in Vorbereitung): Der Humanstrukturelle Tanz (Therapie, Selbsterfahrung und Tanzkultur) (München: »Pinel«)

Bernstein, P.L. (1979): Eight theoretical approaches in dance-movement therapy (Dubuque)

Duncan, I. (1903): Der Tanz der Zukunft. Eine Vorlesung (Leipzig: Diederichs)

Espenak, L. (1981): Dance Therapy, Theory and Application (Springfield, Illinois: Charles C. Thomas)

Gert, V. (1950): Die Bettlerbar von New York (Berlin: Arani)

Güvenc, R.O. (1986): Alttürkische Musik und schamanische Heiltänze. Vortrag (mit Demonstration) gehalten auf dem 4. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XVII. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 14.–18. März 1986 in der Hochschule der Künste Berlin

Hermelink, D. (1986): Sozialenergetische Aspekte der Tanztherapie – ein Vergleich. Diplom-Arbeit am Psychologischen Institut der FU Berlin
Hesemann, M. (1987): Ganzheitliche Wissenschaft und integrativer Lebensstil bei Pythagoras. Vortrag gehalten auf dem 5. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XVIII. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) von 6.–10. März 1987 in der Fachhochschule München
Jacoby, R. (1985): Die Verdrängung der Psychoanalyse (Frankfurt/M.: Fischer)
Katz, R. (1985): Num. Heilen in Ekstase (Interlaken: Ansata)
Kern, H. (1983): Labyrinthe. Erscheinungsformen und Deutungen. 5000 Jahre Gegenwart eines Urbilds (München: Prestel)
Klein, P. (1983): Tanztherapie – Eine einführende Betrachtung im Vergleich mit Konzentrativer Integrativer Bewegungstherapie – (Suderburg)
Koch, U. (1984): Labyrinthe. Labyrinthe. Irrwege, Wirrgarten, Suchbilder und ein Ariadnefaden zum Herausfinden. (München: Hugendubel)
Krieger, H. (1986): Der Wahn wird liebevoll ausgehungert. Ein therapeutisches Modell geriet ins Zwielicht: Die Dynamisch-Psychiatrische Klinik Menterschwaige. In: Bayerische Staatszeitung und Bayerischer Staatsanzeiger vom 27.3.1986
Laban, R. (1980): The Mastery of Movement (Estover, Plymouth: Macdonald & Evans)
Müller, H. (1986): Mary Wigman, Leben und Werk der großen Tänzerin. Herausgegeben von der Akademie der Künste, Berlin (Weinheim und Berlin: Quadriga)
Peter, F.M. (1985): Valeska Gert (Berlin: Frölich & Kaufmann)
Sachs, C. (1976): Eine Weltgeschichte des Tanzes (Hildesheim)
Schoop, T. (1981): ... komm und tanz mit mir! Ein Versuch, dem psychotischen Menschen durch die Elemente des Tanzes zu helfen (Zürich: Musikhaus Pan)
Wex, J. (1986): Nahrung für Körper, Geist und Seele. In: Magazin 2000 (8), Nr. 64, 52–55
Wigman, M. (1936): Vom Wesen des neuen Tanzes. In: *Laban, R.V., Wigman, M.* u.a.: Die tänzerische Situation unserer Zeit (Dresden)
– (1986): Die Sprache des Tanzes (München: Battenberg)
Willke, E. (1985): Zur Verwendung des Mediums Tanz in der Psychotherapie. In: *Petzold, H.* (Hrsg.): Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven (Paderborn: Junfermann)
Wosien, M.G. (1986): Tanz im Angesicht der Götter (München: Kösel)

Psychoanalytische Gruppendynamik*

Günter Ammon

In den letzten Jahren können wir ein ständig wachsendes Interesse an unseren gruppendynamischen Klausurtagungen verzeichnen. Unsere Arbeit hat erleben lassen und zeigen können, welche befreiende Kraft in der psychoanalytischen Gruppendynamik steckt und eine Bewegung zu neuen Gebieten menschlichen Zusammenlebens aufgezeigt. Wir können sehen, welche große Bedeutung die Gruppendynamik in unserer Gesellschaft, in unserer Kultur hat.

In bestimmten Phasen haben unsere gruppendynamischen Klausurtagungen ein Ausmaß an Tiefe im Erleben des Einzelnen erreicht, daß es häufig sehr ernüchternd und desillusionierend war, wieder in den Alltag der Familie und Arbeitsstätte zurückzukehren. Die entscheidende Aufgabe der gruppendynamischen Arbeit muß es deshalb sein, ein Gleichmaß zu vermitteln zwischen dionysisch orgiastischem Rauscherlebnis, das nur eine Gruppe vermitteln kann, und dem Aspekt der Meisterung von Realität und des Mutes, Realitäten zu hinterfragen, und verändernd, kreativ die Aufgaben der Realität zu bewältigen.

Ich habe mir heute zur Aufgabe gestellt, über Gruppendynamik und Gruppenpsychotherapie, über gruppendynamische und gruppenpsychotherapeutische Prozesse, deren Gemeinsamkeiten und Verschiedenheiten zu sprechen und dabei die historische Entwicklung dieser Richtungen und Arbeitsweisen vom psychoanalytischen Standpunkt aus zu betrachten.

Seit *Freuds* Entdeckung und grundlegender Erforschung des Unbewußten und des Prinzips der Determination menschlichen Handelns und Erlebens durch unbewußte Prozesse sind über drei Generationen vergangen. Inzwischen hat sich die Psychoanalyse in vielen Bereichen der psychologischen, pädagogischen und Sozial-Forschung und Praxis als Grundlagenwissenschaft mit spezifischer Methodik durchgesetzt. Parallel dazu und in Wechselwirkung mit der Psychoanalyse hat die Sozialpsychologie und dabei insbesondere die Gruppenforschung eine zunehmende Bedeutsamkeit erlangt. Es gibt kaum einen Bereich zwischenmenschlicher Beziehungen, der von der Erforschung durch die experimentelle Psychologie und die verstehende Tiefenpsychologie ausgespart blieb, dies gilt z.B. für die Sozialisationsforschung, die Untersuchung von Motivationen und auch den Bereich der Erotik. Wir sind aber noch weit davon entfernt, von der Fülle und Verschiedenartigkeit der gewonnenen Erkenntnisse und Einsichten befriedigt zu sein und eine übergreifende Theorie über wesenhafte Verhaltens- und Erlebnisformen des sozialen Menschen formuliert zu haben. Die Forderung konservativer Philosophen und Theologen an die wissenschaft-

* veröffentlicht in: Dyn. Psychiat. (11) 1, 22, 1978

liche psychologische Forschung, die darin besteht, den Menschen in seiner Entität und Naturhaftigkeit ungestört zu lassen und den Bereich seiner sogenannten Intimität zu respektieren, wirkt immer noch nach.

Während der experimentelle Ansatz der möglichst exakten Überprüfung von Hypothesen und Theorien dient, kommt die psychologische Forschung m.E. nicht ohne ein intuitives Herangehen an Phänomene aus. Besonders die Erforschung immanenter Phänomene, die den Untersucher als Menschen, d.h. als sich selbst zu untersuchendes Objekt miteinbezieht, bedarf jener »frei schwebenden Aufmerksamkeit« eines Analytikers, der sich als Forschungsinstrument begreift. Die für die Psychoanalyse typische Untersuchungssituation und Methode ist zuerst durch *Freud* in der sogenannten Standardsituation der psychoanalytischen Therapie angewandt worden, nachdem er 1895 die Technik der Hypnos und der Suggestion zugunsten einer Analyse der freien Assoziation bei den entspannt liegenden Patienten aufgegeben hatte. Damit hatte *Freud* völlig unvorhersehbare Entdeckungen im Bereich der zwischenmenschlichen Beziehungen und Kommunikation gemacht, die sich später – mit Einschränkung in Bedeutung und Technik – auch auf Situationen transponieren ließen, in denen mehr als zwei Menschen in Beziehung zueinander treten. Während *Freud* sich auf die Erforschung der Zweiersituation beschränkt hatte, war es das Verdienst der Sozialpsychologie, die Forschung auf Phänomene und Dynamik in Kleingruppen zu erweitern, wobei die von der Psychoanalyse postulierte Vorstellung, daß diese Dynamik weitgehend von unbewußten latenten Empfindungen und Kräften bestimmt sei, die das Verhalten des Individuums in der Gruppe mitbestimmen, berücksichtigt werden sollte. *Freud* selbst hatte sich auch der Forschung der unbewußten Dynamik von Gruppen und Massen zum Teil in Anlehnung an *Gustave Le Bons* Beschreibungen von Massensuggestion zugewandt. Dabei folgte *Freud* der individualistischen Auffassung von der Verherrlichung des Einzelschicksals und der Diskriminierung der Massen als unreifer Organisation von regredierten Einzelnen mit schwer kontrollierbaren Affekten. Außerdem stand einer psychoanalytischen Erforschung der Gruppenbeziehung entgegen, daß *Freud* bei der Beschreibung der Triebschicksale der Ethik und Moral des viktorianischen Zeitalters verhaftet blieb, indem er die Vorstellung der Sublimierung von Bedürfnissen als eigentlich einzig lobenswerte Lösung des Konflikts zwischen Triebwunsch und kulturell gefordertem sogenannten Triebverzicht vertrat. Trotzdem ist es seinem Ansatz zu verdanken, daß Patienten nun als Subjekt betrachtet werden konnten, die mit ihrem Arzt in eine therapeutische Wechselbeziehung treten, die es ihnen ermöglicht, an der Erforschung und Behandlung ihrer Konflikte mitzuarbeiten. Diese Art von Selbsterfahrung, die Selbstanalyse, war für *Freud* das wesentliche, das er seinen Patienten zu vermitteln versuchte. Damit versetzte er sie in die Lage – und das ist ein sehr wichtiger Punkt, der sehr oft von werdenden und erfahrenen Psychoanalytikern vergessen wird – später auch ohne Arzt ihre eigenen Schwierigkeiten lösen zu können.

Dasselbe Prinzip, das das Ziel einer Ich-Autonomie verfolgt, wurde in der gruppendynamischen Forschung angewandt, zumal die psychoanalytische Gruppendynamik interdisziplinär vereinigend wirken sollte. *Kurt Lewin*, ein Vertreter der gestaltpsychologischen Schule und der Sozialpsychologie, übertrug 1947 Forschungsmethodik und gestaltpsychologische Erkenntnisse auf die Erforschung der Motivation des Handelns und der in Gruppen wirksamen Kräftefelder, die jedes Handeln beeinflussen und determinieren. Er betrachtet die Gruppe, ebenso wie *Freud* seinen Patienten, als autonomes Subjekt. Die Methodik der Selbsterfahrungsgruppe, d.h. die Methodik einer Gruppe, die sich selbst entdeckt und in der sich der einzelne selbst erfährt, war m.E. ein ähnlich bedeutsamer Schritt wie die Anwendung der freien Assoziation für therapeutische Zwecke durch *Freud* fast ein halbes Jahrhundert zuvor. Die gruppendynamische Studiengruppe erforscht selbst ihre unbewußte Dynamik und gibt dieser im Gruppengespräch Öffentlichkeit und zwar größere Öffentlichkeit als in der psychoanalytischen Primärsituation von Analytiker und Analysand und mehr Öffentlichkeit, als viele Menschen in ihrem ganzen Leben in unserer Gesellschaft je bekommen haben oder bekommen können. Der Mensch in unserer Gesellschaft bekommt nur wenige Male Öffentlichkeit, z.B. wenn er geboren wird, bei der Taufe, bei der Hochzeit oder bei der Beerdigung, und diese Öffentlichkeit wird immer mehr eingeengt, wie Sie wissen.

Dem Menschen Mündigkeit zu geben und Öffentlichkeit zu gestatten, ist meiner Meinung nach eines der entscheidendsten Momente unserer Gruppendynamik ebenso wie der Gruppenpsychotherapie und kann nicht hoch genug eingeschätzt werden. Dies bedeutet, daß eine ganze Gruppe einem Menschen zuhört, daß man wichtig und ernst genommen wird, bekannt ist und verstanden wird, daß man geliebt wird, daß man aber auch Gegner hat, mit denen man sich auseinandersetzten muß. Daher ist es kein Zufall, daß immer mehr Menschen sich unserer gruppendynamischen Schule anschließen und immer weniger sich technokratischen Gruppenspielen zuwenden, von denen sie enttäuscht mit leeren Händen nach Hause gehen. Das trifft besonders auf die so großartig begonnenen Encounter-Gruppen zu, in denen Menschen ein enormes, fast irrlichtartiges Phänomen von Nähe und Angenommenheit erleben, in einer Potenzierung, die völlig unnatürlich ist. Am Ende der Gruppe werden sie abrupt fallengelassen, was wie die Erfahrung gezeigt hat, in schwerste Depressionen bis hin zu Suizidalität führen kann.

Die unbewußte Dynamik einer psychoanalytischen Studien- und Forschungsgruppe habe ich immer als ein Naturgeschehen erfahren und verstanden; als eine Dynamik, in der außerordentlich tiefgreifende psychische Prozesse in Bewegung gesetzt werden. Die Grundtatsache der Gruppendynamik als Naturgeschehen ist häufig mißverstanden und kritisiert worden in dem Sinne, daß Gruppendynamik im Interesse bestimmter Ziele verwendet würde. Um dieser Gefahr zu begegnen, braucht eine solche Gruppe einen gründlich ausgebildeten und erfahrenen Gruppenleiter mit gruppen-

dynamischer und psychoanalytischer Schulung, der als Beobachter, als zentrale Figur, als Katalysator und als Gruppen-Hilfs-Ich der Gruppe zur Seite steht.

Ich denke in diesem Zusammenhang an die Zeit der Studentenbewegung 1969 im Auditorium Maximum der Freien Universität Berlin, wo ich vor 2500 Studenten und Akademikern zum Thema Gruppenpsychotherapie sprach. In dieser Veranstaltung hatte eine kleine linksradikale Gruppe von mir gefordert, Psychotherapie und damit auch Gruppendynamik müßte heißen: Erziehung zum Klassenkampf; andernfalls gäbe ich eine politische Bankrotterklärung ab. Ich habe diese politische »Bankrotterklärung« sehr gern abgegeben, denn Gruppen sind nicht dazu da, politisch oder in einer anderen Weise mißbraucht zu werden. Ähnliche Kritik wurde mir entgegengebracht, als ich auf dem psychotherapeutischen Kongreß der Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der DDR 1976 über Gruppendynamik als Naturgeschehen sprach. Es wurde dort argumentiert, daß der gruppendynamische Leiter außerordentliche Macht habe, zu der er sich bekennen und diese Macht gebrauchen solle. Ich glaube auch an eine Macht des Leiters. Es ist die Macht, den Menschen zu sich selbst zu führen, ihn einen humanen, kreativen und erotischen Umgang mit anderen Menschen erleben zu lassen; es ist jedoch keine Macht der Manipulation. Manipulation hat nichts mit analytischer Gruppendynamik im Sinne von Selbsterfahrungserforschung zu tun. Ein Mißbrauch von Gruppen ist natürlich möglich, wenn auch die Gruppe selbst hier kontrollierend, korrigierend und beobachtend eingreifen kann.

Mills hat 1964 bereits darauf hingewiesen, daß alle Menschen Mitglieder mehrerer Kleingruppen sind und daß die Zahl der Gruppen weitaus höher ist als die Zahl der Individuen. Bei einer Zahl von drei bis fünf Gruppen, in denen der Mensch lebt, kämen wir auf 9 bis 15 Milliarden Gruppen auf dieser Welt. Dabei handelt es sich um verschiedenartigste und nur zum geringsten Teil gruppendynamisch transparente Gruppen. Die eben erwähnte Gefahr der Manipulation ist sehr ernst zu nehmen, besonders in unreflektierten Gruppen. Deshalb meine ich, daß eine der großen humanen Aufgaben unserer Gruppendynamik, die das Leben menschlicher machen soll, Entfremdung am Arbeitsplatz, in der Familie, in der Freundschaftsgruppe, in politischen und Freizeitgruppen beseitigen soll, gerade darin besteht, dem Menschen die Möglichkeit gruppendynamischer Durchleuchtung zu geben mit dem Ziel, die Gefahr der Manipulation, der Entfremdung und Unmenschlichkeit in unserer Gesellschaft abzubauen. Entfremdete und menschenfeindliche Tendenzen in unserer Gesellschaft sind außerordentlich weitreichend, wenn wir an die wachsende Verbürokratisierung denken, durch die Menschen immer mehr verwaltet werden, die Verwalter zunehmend Automaten sind, die nur in Verwaltungs- und bürokratischen Kategorien denken und antworten können.

Kehren wir zurück zu der Tatsache, daß wir in Gruppen leben und lernen müssen, darin zu leben. Der Mensch ist kein Einzelwesen, das auf einer Insel

geboren wurde, wenn dies auch den Narzißmus mancher Menschen kränken mag. Es sollte gesehen werden, gerade im Interesse der Einzigartigkeit des Einzelnen und seiner Möglichkeiten, dazu beizutragen, bewußt und unbewußt mit dieser Realität leben zu lernen – ja mehr noch, Wege zu finden, an Gruppen in dieser Welt zu bauen, in denen das Individuum sich zu seinen größtmöglichen inhärenten Fähigkeiten entwickeln und emanzipieren kann. Ich möchte betonen, daß der Mensch in unserer heutigen Gesellschaft weit unter seinen ihm gegebenen menschlichen Möglichkeiten lebt. Wir wissen, daß in früheren Kulturen ganz andere Möglichkeiten von »human potentialities« realisiert wurden. Unsere Zeit bietet wiederum besondere technische und organisatorische Möglichkeiten, wobei der heutige Mensch aber etwa nur 30% der ihm zur Verfügung stehenden Möglichkeiten ausschöpfen kann. Gruppendynamik, wie wir sie verstehen und praktizieren, versucht demgegenüber, dem Menschen zu helfen, aus seinem Inneren bisher noch nicht erobertes Land zu gewinnen und es für sich selbst, für die Gruppe und für die Gesellschaft verfügbar zu machen.

Im Gegensatz zu *Mitscherlich*, der von der zerstörerischen kollektiven und vermassenden Kraft und der Gefährlichkeit der Gruppe, in der der Einzelne in seiner Einzigartigkeit untergeht, spricht, verstehe ich Gruppenarbeit als Antipode einer sogenannten Vermassung oder Aufhebung des Ichs.

Lassen Sie mich ein detailliertes Beispiel für Schwierigkeiten und Konflikte in der Gruppenbildung und ihrer Leitung geben. Als wir mit den Vorbereitungen für den Aufbau einer psychoanalytisch-gruppenpsychotherapeutischen Arbeit 1960 im Rahmen der Menninger Foundation in den USA – damals einem der bedeutendsten Zentren der psychoanalytisch orientierten Dynamischen Psychiatrie – begannen, waren wir insgesamt fünf Psychiater, Psychoanalytiker und Psychologen mit meist langjähriger einzeltherapeutischer Erfahrung. Im Rahmen der »Menninger School of Psychiatry« hatten wir die Möglichkeit, durch *H.D. Perlmutter*, einem Schüler *Kurt Lewins*, in die gruppendynamische Forschung eingeführt zu werden. Die eineinhalbjährige Vorbereitungszeit war ausgefüllt durch eine intensive Arbeit mit dem Ziel, Kollegen, Verwaltung, Pflegepersonal und Mitarbeiter unserer wissenschaftlichen Projekte für den Plan eines gruppenpsychotherapeutischen Programms zu gewinnen und ein Bewußtsein für die klinische Notwendigkeit unseres Vorhabens, psychoanalytische Gruppentherapie einzuführen, zu schaffen. Ich möchte dieses Beispiel hier deswegen ausführen, weil ich immer wieder erfahre, daß Kollegen mit einer psychoanalytisch dynamisch-psychiatrischen Ausbildung unserer Schule, die von der Wirksamkeit der gruppenpsychotherapeutischen Arbeit überzeugt sind und versuchen, innerhalb der hierarchischen Strukturen großer Landesnervenkliniken Gruppenpsychotherapie einzuführen, mit dieser Anstrengung in der Regel scheitern. Damals in den USA hatten wir im Gegensatz dazu eine psychoanalytisch orientierte Klinik gewissermaßen als Experimentierfeld zur Verfügung. Es war die kleine Privatklinik, das soge-

nannte C.F. Menninger Memorial Hospital, mit insgesamt 120 Patienten. Die meisten Ärzte waren psychoanalytisch vorgebildet, denn das Training zum Facharzt in der »Menninger School of Psychiatry« war dynamisch-psychiatrisch und psychoanalytisch orientiert. Schwestern und Verwaltung waren aufgeklärt. Selbst bei diesen scheinbar günstigen Vorbedingungen der Situation und jedes einzelnen Team-Mitgliedes für die Einführung der Gruppenpsychotherapie stießen wir im Amerika der 60er Jahre auf eine reservierte Haltung dem Vorhaben gegenüber; und obwohl bereits 10 Jahre zuvor Gruppenpsychotherapie unter der Leitung von *Jerome Frank* betrieben worden war. So benötigten wir eineinhalb Jahre intensiver Vorbereitungsarbeit. In dieser Zeit nahm die Kerngruppe selbst den Charakter einer gruppendynamischen Selbsterfahrungsgruppe an. Die Führungsrollen innerhalb dieser Gruppen wechselten mehrfach. Wir lernten allmählich, die gruppendynamischen Aspekte unserer eigenen Arbeitsgruppe wahrzunehmen, zu reflektieren und in unseren Vorbereitungen zur Einführung von Gruppenpsychotherapie in der Menninger Klinik zu berücksichtigen. Auf dieser Erfahrungsbasis mit Hilfe eines bis zu einem gewissen Grad vorbereiteten institutionellen Rahmens konnten wir dann mit dem Aufbau psychotherapeutischer Gruppen beginnen, die in der Folgezeit zu einem wesentlichen Bestandteil unserer therapeutischen Arbeit in der Klinik wurde. Die Kerngruppe wurde nach dem Start des Programms zur Kontrollgruppe, die den einzelnen Gruppentherapeuten Gelegenheit gab, Erfahrungen auszutauschen und gemeinsam durchzuarbeiten. Sie diente ebenfalls den Co-Therapeuten und den Anfängern zur gründlichen Reflexion ihrer Arbeit.

Die Erfahrung, die sich immer wieder bestätigt, zeigt bis heute, daß es keine bessere Ausbildung zum Gruppenpsychotherapeuten gibt als durch eine intensive Erfahrung als Co-Therapeut mit einem erfahrenen Gruppenpsychotherapeuten an der Seite. Darüber hinaus ist es notwendig, daß die Ausbildung zum Gruppenpsychotherapeuten in dem größeren Rahmen einer Institution stattfinden muß. Gruppenpsychotherapeutisches Arbeiten lernt man nur durch intensive Selbsterfahrung im Hier und Jetzt des gruppenpsychotherapeutischen Prozesses innerhalb einer aktiven gruppenpsychotherapeutischen Institution der lehranalytischen Praxis, von der man sich im Zuge der Zeit emanzipiert und loslöst, aus der man sozusagen geboren wird, ähnlich wie auch die Mitglieder einer gruppenpsychotherapeutischen Gruppe am Ende der Therapie sich aus der Gruppe lösen und sich in eigener Identität finden.

In beiden Situationen, der psychoanalytischen Gruppendynamik wie der Gruppenpsychotherapie gilt es, eine Lernerfahrung und Erlebensfähigkeit kontinuierlich zu ermöglichen. Die gründliche Ausbildung des Gruppenleiters und die Möglichkeit, seine Erfahrung im Rahmen einer Kontrollgruppe reflektieren zu können, bilden für die gruppendynamische und gruppenpsychotherapeutische Arbeit eine conditio sine qua non.

Immer wieder wird die Kritik, sowohl im positiven als auch im negativen Sinne vorgebracht, Gruppenpsychotherapie [illegible]

könne sich von der Gruppe nicht trennen, man würde von der Gruppe verschlungen, man verliere sein Selbst, man wäre auf Lebenszeit an die Gruppe gebunden. Das Gegenteil ist der Fall. Das Anliegen einer psychoanalytischen Gruppendynamik oder Gruppenpsychotherapie besteht darin, daß der Einzelne im psychodynamischen Lebensraum einer Gruppe, der eine Reflexion erlaubt, sich selbst, seine Möglichkeiten und Grenzen, erfährt. Ebenso kann er erfahren, in welch tiefgreifender Weise eine Gruppe zur Findung und Erweiterung der eigenen Identität und Kreativität beitragen kann. Zentrale Aufgabe der Gruppe ist es, von Anfang an die Trennung vorzubereiten und dann aktiv den Trennungsprozeß zu unterstützen. Nach einer gelungenen Abgrenzung und Loslösung aus der Gruppe wird es möglich, erfahren zu können, wie frei man für andere Gruppen im Leben ist, in die man eintreten kann, an denen man im eigenen Recht bauen kann, die man selber schaffen kann mit dem, was an eigener Identität gewonnen ist. Für die gruppendynamische Arbeit sind diese Überlegungen von besonderem Gewicht. In der nachholenden Ich-Entwicklung innerhalb der psychoanalytischen Gruppentherapie, in der immer auch Gruppendynamik stattfindet, oder in der Ich-Entwicklung, wie wir sie in unseren psychoanalytischen Kindergärten zu ermöglichen und zu fördern versuchen, hat die Erfahrungsfähigkeit in Gruppen oft lebensentscheidenden Charakter.

Sowohl bei Laien als auch bei erfahrenen Gruppendynamikern muß ich immer wieder feststellen, daß viele dem Mißverständnis unterliegen, Gruppendynamik und Gruppenpsychotherapie entsprächen sich inhaltlich und in ihrer Zielsetzung so sehr, daß man von einer Abgrenzung beider Disziplinen absehen könne. M.E. werden mit einem solchen Vorverständnis bei vielen Interessenten der Gruppendynamik Hoffnungen geweckt, die nicht erfüllt werden können. Auch werden Therapiebedürftige darin unterstützt, ihre Ambivalenz und Abwehr gegenüber einer Therapie auszuagieren, indem sie von einer Trainingsgruppe zur anderen ziehen und sich jedesmal im Schutz des Milieus der Gruppe wohl und sicher fühlen, aber in ihrer äußeren Realität kaum nennenswerte Lösungen für ihre quälenden Schwierigkeiten realisieren können. Wir haben dieses Phänomen als eine Art Gruppensüchtigkeit bezeichnet. Eine solche Gruppendynamik erhält für die Betroffenen den gleichen Stellenwert wie Psychopharmaka und wirkt antiemanzipatorisch wie jedes Psychopharmakon. Eine Gruppendynamik, die ihre Grenzen kennt und definiert, kann nicht nur allgemein prophylaktisch wirken, sie kann auch den betroffenen Teilnehmern helfen, ihre Bedürfnisse nach Therapie zu erkennen und zu äußern. Unsere Schule bemüht sich darum, in verschiedenen Ansätzen bei aller Gemeinsamkeit die grundlegenden Unterschiede zwischen gruppendynamischen Lern- und Lehrgruppen und psychotherapeutischen Behandlungsgruppen aufzuzeigen, selbst wenn beide Gruppentypen auf psychoanalytischer Grundlage stehen.

Zunächst zu den Gemeinsamkeiten: Für beide Gruppen ist die Entwicklung und Erhaltung von Gruppengrenzen von grundlegender Bedeutung.

geregelt wird: die Kontinuität, die Häufigkeit und zeitliche Ausdehnung der Sitzungen, die Verpflichtung der Teilnehmer zur regelmäßigen und pünktlichen Teilnahme, zur Verschwiegenheit nach außen und zur bestmöglichen Offenheit nach innen. In beiden Gruppenformen wird mit dem Phänomen der Angst und des Wiederstandes in den jeweiligen Entwicklungsphasen des Gruppenprozesses gearbeitet. Die Sprache dient als Kommunikationsmittel. Nonverbale Mittel werden berücksichtigt und in begrenztem Rahmen auch strukturiert eingesetzt, z.B. körperliche Berührung und Blickkontakt. Die Übernahme spezieller Rollen und Funktionen durch prädisponierte Mitglieder wird aufgezeigt, gedeutet und eventuell verändert, d.h. negative Rollenfixierungen werden mehr oder weniger aufgehoben.

Zu den wichtigsten Unterschieden von Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik gehören die Zielsetzungen und der Umgang mit Übertragung und Regression. Von den Mitgliedern der verschiedenen Gruppen wird ein verschiedener Grad an Ich-Stärke erwartet, sowie ein unterschiedliches Konfliktpotential. Die Zielsetzung einer Selbsterfahrungsgruppe ist das Studium der Dynamik, die sich in der Gruppe entfaltet und die die Selbsterfahrung des Einzelnen und seine Entwicklung im Rahmen der Gruppe im Hier und Jetzt aufzeigt. Die Zielsetzung einer Therapiegruppe ist die Therapie von krankem Verhalten und Erleben, deren Genese bis in die krankmachende Situation der Familiengruppe und oftmals bis zur Situation der frühen Mutter-Kind-Symbiose zurückreicht. Es ist klar, daß das Dort und Damals eines jeden Gruppenmitgliedes mehr oder weniger stark sein Verhalten und Erleben in der Hier- und Jetzt-Situation der Gruppe mitprägt. Der Grad der Auswirkung dieser Prägung wird in den Studiengruppen gedämpft, weil die Zielsetzung nicht die Untersuchung der psychogenetischen Determinanten einer Krankheit ist, sondern das Erkennen von Verhaltensweisen im Spiegel der Gruppe. Diese Spiegelfunktion der Gruppe ist von enormer Bedeutung. Sie spielt auch eine große Rolle in der gruppendynamischen und gruppenpsychotherapeutischen Kontrollgruppe, in der sich die zu untersuchende Gruppe, über die berichtet wird, abbildet. Allzu starke Übertragungs- und Regressionsäußerungen in der Studiengruppe sind als ein Widerstand gegen die Erfahrung und Wahrnehmung der Hier- und Jetzt-Situation anzusehen, als eine Art Flucht in die Tiefe, und insofern Ausdruck von Angst vor der Erfahrung einer gänzlich neuen Situation. Wird diese Angst nicht verstanden und auf die Gruppenebene bezogen interpretiert, so wird der Vorgang der Regression verstärkt und das betreffende Mitglied überlastet. Andererseits müssen auch Übertragungsmanifestationen berücksichtigt werden, sonst blockieren sie den Entwicklungsprozeß der Gruppe und verhindern den kreativen Umgang mit primärprozeßhaften Äußerungen im Sinne einer tiefen Bewußtseinserweiterung. Für die Therapiegruppe jedoch sind gerade jene Übertragungs- und Regressionsäußerungen von äußerster Bedeutung. Da es hier um Konfliktlösung im Spiegel der Gruppe bzw. bei archaischen Ich-Störungen um eine nachholende Ich-Entwicklung geht, wird systematisch

mit Übertragungsprozessen gearbeitet. Die Gruppe trägt jedes einzelne Mitglied, begleitet es sozusagen zurück in seine Vergangenheit, erforscht mit ihm unbewußte Konflikte, nachdem diese in der Gruppe manifest und wiedererlebbar geworden sind. Hierzu benötigt die Therapiegruppe – vor allem vom formalen Aspekt her gesehen – viel mehr Zeit und eine enge Frequenz der Sitzungen, außerdem Psychoanalytiker, die gleichzeitig als Gruppenpsychotherapeuten geschult sind, als Leiter mit eigenen Therapieerfahrungen. Obwohl sich ein Therapeut teilweise mit anderen Inhalten des Seelenlebens beschäftigt als der Gruppendynamiker, ist die Arbeitsintensität und die Belastungsfähigkeit der beiden Gruppen annähernd gleich. Das nachfolgende Schema mag die Unterschiede der Übertragungsebene veranschaulichen.

Unterschiede und Gemeinsamkeiten

Psychoanalytische Gruppendynamik	Psychoanalytische Gruppentherapie
qualifizierte Zusammensetzung und Leitung	qualifizierte Zusammensetzung und Leitung
zentrale Figur (Leiter und Co-Leiter)	zentrale Figur (Psychotherapeut und Co-Therapeut)
Vertrauenssituation	Vertrauenssituation
Sprache	Sprache
nonverbale Verständigung	nonverbale Verständigung
Berücksichtigung von Übertragungsmanifestationen	Arbeit mit unbewußten Prozessen
therapeutische Effekte, gruppendynamischer Prozeß,	systematische Arbeit mit Übertragungs- und Widerstandsprozessen, gruppendynamische Manifestationen, therapeutischer Prozeß
zeitliche Begrenzung oder längerfristige Gruppen mit variabler oder auch kontinuierlicher Frequenz	zeitlich unbegrenzt, kontinuierliche Frequenz
vorwiegende Bearbeitung des Hier und Jetzt	vorwiegende Bearbeitung des Dort und Damals
Identitätserweiterung und Erkennen von Verhaltensweisen im Spiegel der Gruppe	Identitätsfindung und Konfliktlösung im Medium der Gruppe
Anfangsphase:	*Anfangsphase:*
Vertrauensfrage	Vertrauensfrage
Gruppenbildung	Gruppenbildung
Mittelphase:	*Mittelphase:*
Kampf um die Rolle	Übertragungsprozeß
kreative Bewußtseinserweiterung	nachholdende Ich-Entwicklung
Regression als Widerstand	Regression als Ausdruck des psychoanalytischen Prozesses
Tendenz, die gruppendynamische Situation in eine gruppenpsychotherapeutische umzufunktionieren	Tendenz, die gruppenpsychotherapeutische Situation in eine gruppendynamische umzufunktionieren
Endphase:	*Endphase:*
Klärung der Beiträge der einzelnen Mitglieder und ihrer Selbsterfahrung	Auflösung des Übertragungsprozesses
Durcharbeiten von Trennungsangst	Durcharbeiten von Trennungsangst

Wie aus dieser Tabelle ersichtlich, sind die Aufgaben und Zielsetzungen verschieden. Die Gruppendynamik hat die Aufgabe, dem Teilnehmer zu

ermöglichen, sich selbst in der Gruppe zu erfahren, d.h. seine Rolle und Position, die er im Gruppenprozeß manchmal abwechselnd, manchmal starr fixiert einnimmt, seine Beiträge, die er im Gruppenprozeß leisten kann, die »Feed-back-Mechanismen« durch die Gruppe, den Leiter und die Mitglieder, das Studium dessen, was in der Gruppe passiert, wie etwa: Leitersturzaktionen, Untergruppenbildungen, Aggressionsdynamik, schöpferische Entfaltung, Kooperation in der Gruppe, Erotik in der Gruppe, Denken in der Gruppe und – last not least – die Macht des Unbewußten. Es ist das Ziel, wie bereits erwähnt, daß die Teilnehmer diese gewonnenen Erkenntnisse und Einsichten auf sich selbst in ihren Beziehungen und in den Gruppen, in denen sie leben, anwenden können.

Gruppendynamische Arbeit kann deshalb nie eine Gruppendynamik als Selbstzweck sein.

Aus dieser Intention heraus ist es kein Zufall, daß sich aus unserer gruppendynamischen Arbeit auch eine besondere Form der Balint-Gruppenarbeit entwickelt hat. *Balint* selber war vorrangig daran interessiert, in der Arbeit mit Ärztegruppen im Zusammenhang mit ihren jeweiligen Falldarstellungen psychoanalytisches Verständnis zu vermitteln. Ich selber habe *Balint*, der ein Schüler *Ferenczis* war und am damaligen Berliner Institut seine Ausbildung fortsetzte, in den USA gut kennengelernt. Gruppendynamische Prozesse der Ärztegruppe selbst hat *Balint* damals in keiner Weise berücksichtigt. In der Balintgruppenarbeit unserer Berliner Schule dagegen werden gruppendynamische Erkenntnisse auf berufsspezifische Balintgruppen angewendet und so Erziehern, Ärzten, Psychologen, Juristen und vielen anderen Berufsgruppen als Erfahrung zur Verfügung gestellt. Gruppendynamik in diesem realitätsnahen Sinn läßt den gesellschaftsbezogenen Aspekt deutlich werden, wenn man zum Beispiel an den möglichen Einfluß von Balintgruppen mit Juristen auf die Rechtsprechung oder Balintgruppen mit Politikern auf die Handhabung öffentlicher Angelegenheiten und Verwaltung denkt.

Kehren wir zurück zu der Abgrenzung zwischen Gruppendynamik und Gruppenpsychotherapie, so ist zu sagen, daß gruppendynamische Arbeit – auch wenn sie keine therapeutische Zielsetzung hat – durchaus einen therapeutischen Effekt haben kann. Dies geht aus dem oben Gesagten hervor. Die Gruppenpsychotherapie hingegen hat eine rein therapeutische Aufgabe, die Teilnehmer erleben sich als krank, als Patienten und als behandlungsbedürftig. Sie werden von qualifizierten Psychotherapeuten in Einzelgesprächen voruntersucht. Selbstverständlich entwickelt sich auch in der Gruppenpsychotherapie eine Gruppendynamik, die nach meiner Theorie für die therapeutische Arbeit außerordentlich wichtig ist und für sie nutzbar gemacht werden sollte.

Allen Verfahren der Gruppendynamik, der Balintgruppe und der Gruppenpsychotherapie ist, bei aller Verschiedenheit der Zielsetzung, die ich aufgezeigt habe, eine Bemühung gemeinsam, nämlich den gruppendynamischen Prozeß zu einem kontinuierlichen Lernprozeß und die Gruppe zu einer erfahrungs- und erlebnisfähigen, beweglichen Institution werden zu lassen.

Von ganz entscheidender Bedeutung ist dabei die Zusammensetzung der Teilnehmer, d.h. die Strukturierung der Gruppe. In diesem Bereich stehen wir noch ganz am Anfang der Erforschung. Ich habe bereits vor 20 Jahren in der Menninger-Foundation die Erfahrung gemacht, daß mit der Zusammensetzung der Gruppen der Gruppenprozeß steht und fällt. Es gibt jedoch keine objektiven Kriterien für die bestmögliche Strukturierung. Oft ist es eine Sache der Erfahrung und Intuition, zu spüren, wie die Gruppe im Sinne der Schaffung einer Gruppenkultur nach *Bion* zusammengesetzt sein sollte. Als generelle Richtlinie kann man sagen, daß die Gruppe möglichst einheitlich sein soll, was Intelligenz und Alter der Teilnehmer anbetrifft. Hinsichtlich Rasse, Religion, politischer Einstellung, Beruf und Geschlecht sollte sie möglichst inhomogen sein. Zur Zeit werden im Rahmen unseres Forschungsprojektes zur weiteren Differenzierung und testmäßigen Erfassung der Ich-Struktur in ihrer Manifestation in verschiedenen Entwicklungsstadien und Krankheitsbildern exaktere Kriterien ermittelt mit deren Hilfe Grundregeln für die Zusammensetzung einer Gruppe erstellt werden können. Auch sind wir dabei, Zusammensetzung und Prozesse von Gruppen mit Hilfe soziometrischer Fragebögen zu untersuchen. Diese dynamisch-soziometrische Untersuchung erstreckt sich auf alle Gruppen: Gruppendynamische Selbsterfahrungsgruppen, Balint-Gruppen, Kindergarten-Gruppen, Eltern-Gruppen, gruppenpsychotherapeutische Gruppen, milieutherapeutische Gemeinschaften, milieutherapeutische Gruppen in der Münchner Dynamisch-Psychiatrischen Klinik, Gruppen der Ausbildungskandidaten in unseren Ausbildungsinstituten, der Lehranalytiker und der Gruppendynamiker. Die Ergebnisse dieser Untersuchung geben Hinweise für den Rückschluß von bestimmten Verhaltensweisen auf unbewußte Prozesse. Im Laufe der Gruppenentwicklung können wir sehen: Wer steht zu wem, wo bildet sich eine Untergruppe, wer ist Außenseiter, wie stehen die einzelnen zum Leiter der Gruppe, wie ist die Beziehung des Leiters zu seiner Gruppe oder zu einzelnen Mitgliedern der Gruppe? In bezug auf den Prozeß zeigt sich bei wiederholter Anwendung der Fragebögen: Wie entwickelt sich zum Beispiel der Außenseiter, entwickelt er sich von einem »Omega« zu einer Gegnerposition oder ist es dem Gruppenleiter gelungen, das Gruppenmitglied wieder in die Gruppe hereinzubringen; wie laufen die Aggressionsprozesse, wie die erotischen und wie die kreativen Prozesse zwischen den Gruppenmitgliedern und den Leitern, wie drücken sich in der Gruppe destruktive und psychosomatische Reaktionen aus? Diese Verlaufsstudie ist außerordentlich interessant, besonders auch als Instrument der Überprüfung der Erfahrung und Beurteilung, die der Leiter selbst über seinen Gruppenprozeß abgibt.

Ich möchte nun auf die besondere Bedeutung der Aggression in Gruppen näher eingehen. Wie Sie wissen, habe ich mich seit vielen Jahren mit der Erforschung destruktiver und konstruktiver Aggression in der Gruppe befaßt. Ich habe bereits mehrfach die Bedeutung der Bearbeitung der Aggression im Gruppenprozeß hervorgehoben. Es ist die Aufgabe eines Gruppen-

leiters, besonders die Möglichkeit destruktiver Entwicklungen in einer Gruppe schon bei ihrer Zusammenstellung zu berücksichtigen und während des dynamischen Prozesses rechtzeitig zu erkennen. *Stock* und *Liebermann* (1962) haben als wichtigen Fokalkonflikt die Wut auf den Therapeuten behandelt. Wir finden immer wieder eine unglaubliche versteckte Wut, die gerade auch die Schweiger in der Gruppe haben und die selbst von erfahrenen Gruppenleitern häufig nicht erkannt wird. In der praktischen Arbeit mit Gruppen lege ich im Sinne eines behandlungstechnischen Prinzips großen Wert darauf, die Aggressionen auf mich als den Gruppenleiter zu ziehen, was dem gruppenpsychotherapeutischen und gruppendynamischen Prozeß auch deshalb besonders dient, weil dadurch die Prügelknaben der Gruppe in der Gruppe gehalten werden können und die dem Leben der Gruppe dienenden Prozesse die Oberhand gewinnen. Es ist einer der gröbsten Kunstfehler bei Gruppendynamikern und bei Gruppenpsychotherapeuten, wenn sie es vermeiden, die Aggression auf sich zu ziehen, ihnen im Gegenteil ausweichen. Das macht sich dann darin bemerkbar, daß sich die Destruktivität gegen die Gruppe richten muß, die Gruppe dann auseinanderfällt und stirbt, weil die Aggressionen agiert werden und der Bearbeitung unzugänglich bleiben. Ebenfalls ist es ein Fehler im umgekehrten Sinne, mit aller Kraft auf die Herausforderung der Aggression, die zu einem bestimmten Zeitpunkt in der Gruppe nicht vorhanden ist, rigide zu beharren. Es handelt sich dann vielmehr um Angst und Aggressionen des Leiters selbst, die auf die Gruppe unter Umständen zerstörerische Auswirkungen haben können. Auch ist es falsch, Aggressionen künstlich zu kanalisieren, wie auch *Sbandi* (1973) im Zusammenhang mit der Handhabung von Techniken, mit Aggression umzugehen, kritisch bemerkt: »In der Ungeduld der Leiter – ihrem beinahe ängstlichen Drängen –, die Teilnehmer aufgeschlossen zu machen, sie von Hemmungen zu befreien und sie zur Äußerung ihrer verhaltenen Gefühle zu bewegen, lassen sich diese zu stark direktivem Verhalten verleiten. So wird zum Beispiel ein Gruppenmitglied, das nach Auffassung des Gruppenleiters während einer Sitzung nicht in der Lage ist, seine Aggression loszuwerden, dazu veranlaßt, auf bestimmte Objekte seine Energie zu entladen. Ein anderes Mal wird die Schwierigkeit der Gruppenmitglieder, miteinander verbal in Kommunikation zu treten, dadurch eliminiert, daß der Gruppenleiter alle auffordert, die Sitzung zu unterbrechen und eine nonverbale Übung durchzuführen«. Diese Kritik möchte ich noch verstärken, denn Gruppendynamik ist ein sehr ernstes, einschneidendes Geschehen, und keineswegs ein Gesellschaftsspiel. Wenn man eine Gruppe leitet, dann muß man wissen, was man tut und warum man das tut. Diese Forderung gilt gleichermaßen für alle Formen der Gruppenarbeit.

So ist es besonders wichtig, immer auch die Situation der Gruppe als ganzes im Auge zu halten. Gefühle der gesamten Gruppe in einer bestimmten Phase des Gruppenprozesses übernimmt sehr häufig das jeweils psychogenetisch prädestinierte Gruppenmitglied im Sinne einer Rollen-

die gesamte Gruppe Träger z.B. von Angst, Aggression oder Sexualität. Es verhält sich dann in bezug auf die homöostatische Balance einer Gruppe ähnlich wie das schwächste Mitglied einer kranken Familiengruppe, das in die Rolle des Krankheitsträgers gedrängt wird. Der Krankheitsträger kann hier im gruppendynamischen Sinn des Sündenbockmechanismus verstanden werden. So haben meine Forschungen auf dem Gebiet der Psychosomatik deutlich gemacht, daß es das schwächste Mitglied der Familiengruppe ist, welches in die Psychosomatik hineingedrängt wird und daß es oft derjenige in der Familie ist, der psychisch »gesünder als gesund« erscheint, wie *Karl Menninger* dies formuliert hat. Diese Dynamik habe ich zuletzt ganz besonders auch bei der Krebserkrankung (vgl. *Bahnson*) gefunden. Jede psychische Krankheit ist mit starker destruktiver Aggression verbunden, die der Patient im Sinne eines Wiederholungszwanges immer wieder gegen sich selbst richtet. Im Verlauf des therapeutischen Prozesses können wir beobachten, daß diese Dynamik durchbrochen wird, wenn es dem Patienten ermöglicht wird, offen aggressiv zu sein und gerade darin verstanden und angenommen zu werden.

Gisela Ammon hat in ihrer Arbeit »Beobachtungen in einem Psychoanalytischen Kindergarten« den Zusammenhang von destruktiver Familiengruppe und aggressivem Verhalten des Kindes in der Kindergruppe beschrieben und auch 1969 auf dem ersten Kongreß der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft in Paestum vorgetragen. Als Beispiel führte sie ein dreijähriges Mädchen an, das andere Kinder vom Tisch stieß, ihnen die Hände einklemmte und die Süßigkeiten wegaß. Die extreme destruktive Aggression des Kindes in der Kindergartengruppe, die aus der Gruppensituation nicht verständlich war, verschwand völlig, als es gelang, die Aggression der Eltern in deren Therapie sichtbar zu machen und zu beobachten.

Gruppenbildung und Gruppenprozesse entwickeln sich in der wesentlichen Auseinandersetzung mit der zentralen Figur und den verschiedenen Phantasien und Übertragungen, die ihr gelten. In der Anfangsphase des gruppendynamischen Prozesses besteht die Aufgabe des Leiters vorwiegend darin, durch Auswahl und Zusammensetzung der Mitglieder der Gruppe den Gruppenbildungsstreß, wie ich es nennen möchte, aber auch die Widersprüchlichkeiten in der Gruppe so weit zu fördern, daß sie einerseits zum Problem werden können, andererseits aber die Gruppensituation nicht sprengen. Wichtig bei diesem Prozeß ist die vorhin schon erwähnte Bildung von Gruppengrenzen, d.h. Abgrenzung der Gruppe vom Leiter und von der Institution, in deren Rahmen sie sich trifft. Erst in einer so geschlossenen Gruppe ist es dem Einzelnen möglich, sich vom Hintergrund der Gruppengrenze abzuheben und seine besondere Position in Richtung auf die eigene Identitätsfindung in der Gruppe zu entwickeln. Diesen Vorgang habe ich besonders in meinen Arbeiten »Was macht eine Gruppe zur Gruppe« (1973) und »Gruppendynamik der Aggression (1970) zum

Hintergrund der Institution und ihrer Leiter in die Bearbeitung miteinzubeziehen. Erst dann kann die Gruppengrenze der eigenen gruppendynamischen oder gruppenpsychotherapeutischen Gruppe entstehen. Geschieht das nicht, so verharrt die Gruppe in einer Art unbewußt gebliebener Symbiose mit der Institution, und die Aggressionsprozesse können keine Gestalt annehmen, um bearbeitet zu werden. Sie pendeln verschwommen hin und her und richten sich sowohl gegen die Institution als solche wie gegen deren Leiter. Die reale Auseinandersetzung mit dem Leiter der Gruppe kann nicht stattfinden.

Für die Mittelphase gruppendynamischer Selbsterfahrung ist es charakteristisch, daß die Gruppe als Ganzes sich als »mütterliches Element« erfahren kann, die zentrale Figur wird gleichzeitig mehr und mehr in ihren besonderen realen Funktionen für die Gruppe erlebt und erforscht. Die Beobachtung der Gruppe als »mütterliches Element« ist von vielen Gruppenpsychotherapeuten gemacht worden. Ich habe 1973 darüber geschrieben, ebenfalls *Bion* 1961; *Durkin* 1976; *Foulkes* 1948; *Scheidlinger* 1964; *Walter Schindler* 1951, 1955 und 1966; *Gibbart* und *Hartmann,* 1973. Die von einzelnen Mitgliedern der Gruppe zunächst als Einschränkung ihrer Individualität erlebte und gefürchtete Bildung einer kohärenten Gruppengrenze erweist sich schließlich im Prozeß der Auseinandersetzung für jeden einzelnen als Arbeitsgrundlage und als notwendige Basis zur Bewußtseinserweiterung und Identitätserweiterung. Innerhalb dieser Gruppengrenze kann verstehend und unterstützend, konfrontierend und interpretierend auf die verschiedenen Mitglieder eingegangen werden. Auf diese Weise wird ihnen der Weg gewiesen zur Bildung und Verstärkung einzelner Ich-Funktionen und eigener Identität. Ich möchte in diesem Zusammenhang *Anzieu* (1971) erwähnen. Er gibt eine umfassende Darstellung der Verbindung von Klein- und Großgruppenarbeit bei Seminarsituationen. *Anzieu* benutzte besonders sogenannte Ur-Phantasien, Mythologie und Ideologiebildung, die er als zwischenmenschliche und damit als Gruppenphänomene ansieht. Dieses Moment von dem ich auch überzeugt bin und es miteinbeziehe, hat großen didaktischen Wert, weil hier ein Bilderdenken angeboten wird, das in den Kulturen der Menschheit tief verwurzelt ist und den Menschen darauf verweist, daß er Bestandteil bestimmter Gruppen und Kulturen ist, aus denen heraus er seine Individualität entwickelt.

Gemeinsam für die Effizienz jeglicher Gruppenarbeit ist letztlich jedoch die erfolgreich durchgeführte Trennungsphase, auf die ich bereits mehrfach hingewiesen habe (vgl. auch *Ammon, Ament* 1967) und auf die ich immer wieder zurückkomme. Die Durcharbeitung der Trennung entscheidet darüber, ob die gesamte analytische Arbeit als zwischenmenschliche Erfahrung internalisiert und mitgenommen werden kann oder, mit einem Bild ausgedrückt, ob es so ist, als wenn man mitten in einer Operation blutend vom Operationstisch fortgehen muß. Deswegen habe ich den Satz geprägt: Eine abgebrochene Therapie ist viel schlimmer als eine gar nicht erst begonnene.

In gruppendynamischen Lehr- und Lerngruppen und gruppenpsychotherapeutischen Gruppen ist die Trennung deshalb so wesentlich, da sie

keine Lebensgemeinschaften sein können. Wir haben vielmehr die Aufgabe, Menschen zu helfen, besser mit der Gruppenrealität ihres eigenen Lebens umgehen zu können. Allerdings sei hier noch einmal betont, daß es dabei um mehr geht, als durch Gruppenspiele erfolgreiches Gruppenverhalten zu trainieren. Auch erscheint eine Abgrenzung gegenüber der Konzeption aktionszentrierter Selbsterfahrungsgruppen, wie sie in der Bundesrepublik Deutschland vor allem von *Däumling, Heigl* und *Heigl-Evers* vertreten werden, notwendig.

Diese Ansätze verarbeiten zwar in ihren Theorien verschiedene sozialpsychologische und psychoanalytische Aspekte und damit auch Aspekte des Unbewußten. Dies geschieht aber vor allem im Sinne psychosozialer Spiegelung intra-psychischer Konflikte, deren Vorgehen durch eine Kombination sozio- und gruppendynamischer Funktionsverteilungskonstanten nach *Raoul Schindler* mit der von *Schultz-Hencke* entwickelten antriebspsychologischen Neurosenlehre bestimmt wird. Diese psychoanalytische neofreudianische Richtung läßt aber ein übergreifendes Konzept des Unbewußten in der Persönlichkeit vermissen. Sie setzt das Unbewußte gleich mit Äußerungen psychischer Gehemmtheit und den daraus folgenden Störungen des Selbstwertgefühls. Das Verhalten der Menschen wird danach durch residuale Formen von Antriebssprengstücken bestimmt, wie *Schultz-Hencke* es genannt hat, die abgespaltenen Restimpulsen der ehemals integralen Einheit des Antriebslebens entsprechen. So hat es sehr den Anschein, als sei dieses mit psychoanalytischen Elementen neo-freudianischer Provenienz besetzte gruppendynamische Konzept der erwähnten Autoren in den sozialpsychologischen Traditionen angesiedelt. Dies zeigt sich deutlich in den technischen Resultaten dieser gruppendynamischen Theorie im Hinblick auf die Umsetzung in den Bereich der angewandten Psychotherapie. Die Psychoanalyse in dem bezeichneten Sinn ist im Modell der aktionsorientierten Gruppe mit den in ihren Entwicklungsphasen sich herauskristallisierenden Strukturkonstanten untergeordnet, abgesehen davon, daß unter diesen theoretischen Voraussetzungen die unbewußten Determinanten des Verhaltens sich in Aspekten erschöpfen, die sich allein auf das Individuum beziehen. So ist alles Verhalten letzten Endes trieb- bzw. antriebsbestimmt. Auf diese Weise wird die unbewußte Psychodynamik der Grenzfallsyndrome als einem der wichtigsten Krankheitsbilder unserer Zeit und der genetisch vor aller Triebentwicklung anzusetzenden Phänomene der Persönlichkeitsdesintegration, welche gerade unter den Prämissen sozialer Verhaltenseinübung innerhalb gruppendynamischer Gruppen wachgerufen werden können, nicht mehr erfaßt.

Es kann sehr leicht zu unkontrollierten Ausbrüchen von unbewußtem Material kommen, wenn Leiter von Gruppen ihrer Gruppendynamik lediglich eine an Triebkonflikten orientierte Psychoanalyse zugrunde legen oder wenn diese nicht mit ontogenetisch früher liegenden Ich-Entwicklungsprozessen und deren Verstümmelung vertraut sind. Schon aus diesen Gründen halte ich es im Rahmen einer gruppendynamischen Theorie für

unabdingbar, die unbewußte Dynamik der Ich- und Identitätsbildung in die Theorie der Gruppendynamik aufzunehmen. Besonders auch, weil sich psychische Krankheiten unserer heutigen Gesellschaft als Persönlichkeitsstörungen im Sinne des Borderline-Syndroms entwickeln.

Meine Forschungen haben immer wieder bestätigt, daß sich Strukturen der Persönlichkeitsidentität auf der Inhärenz gruppendynamischer Prozesse in den Identitätsformationen des Ichs seit seinen symbiotischen Anfängen im Kontext von Gruppen aufbauen.

Ich kann deshalb nicht verstehen, daß Psychoanalytiker neo-freudianischer oder orthodox-freudianischer Observanz Gruppentherapie betreiben, ohne dabei zu berücksichtigen und zu begreifen, daß der Mensch ein Gruppenwesen ist, sondern daß sie ihre individualpsychoanalytische Theorie und Praxis einfach einer Gruppe überstülpen, was oft dazu führt, daß mit ihrer Methodik der Einzelne sozusagen in der Gruppe behandelt wird.

Es grenzt in diesem Zusammenhang an Zynismus, wenn man die Gruppentherapie vom wirtschaftlichen Standpunkt aus als »ökonomischer« betrachtet als die Einzeltherapie.

Gruppendynamische Konzeptionen müssen in systematischem Wechselbezug mit der psychoanalytischen Theorie der Ich-Bildung stehen. Von hier aus kann meines Erachtens der Forderung nach sozialer Verantwortung in der Praxis gruppendynamischer Studiengruppen schon im Feld ihrer theoretischen Grundlegung entsprochen werden. Was in einem Menschen vorgeht, wird meines Erachtens erst in dem Maße verständlich, wie es gelingt, dem Öffentlichkeit zu geben, was zwischen ihm und den Mitgliedern einer Gruppe vorgeht, zu der er gehört, auch wenn es sich, wie meistens bei gruppendynamischen Veranstaltungen, um begrenzte Zeiteinheiten handelt. Es liegt auf der Hand, daß die Schaffung von sogenannten Langzeitgruppen, die sich in einem Kontinuum mehrmals jährlich treffen, von Vorteil ist. Wir haben mit derartigen Gruppen, wie Sie wissen, auf unseren gruppendynamischen Klausurtagungen begonnen und bisher sehr gute Erfahrungen gemacht, was die Persönlichkeitsentfaltung Einzelner sowie die Gruppendynamik Studierender betrifft. Abschließend möchte ich noch einmal betonen, daß psychische Prozesse immer Gruppenprozesse sind, und daß eine erfahrungsfähige Gruppe die Grundlage bildet für menschliche biologische, psychologische und soziale Existenz.

Psychoanalytical Group Dynamics

Günter Ammon

Günter Ammon presents within the historical development of psychoanalytical and socio-psychological research his own method of group dynamics as a new way of human life, as an integrating factor which leads to new emotional experiences, new steps of identity development and new

possibilities of coping with interpersonal reality. In his paper *Ammon* differenciates group dynamics from analytical group psychotherapy all the more as both have developed on the historical bases of *Freuds* psychoanalysis and *Kurt Lewins* socio-psychological group research. *Freud* had made far-reaching discoveries within the field of interhuman communications when he applied free association to the treatment of psychic diseases and the research of unconscious relations between the medical doctor and the patient. Lateron this new method could be applied to the relationship of more than two persons. This new knowledge that interhuman processes are determined to a large extent by unconscious feelings and motivation was applied by *Kurt Lewin* to explore the dynamics of small groups. Just as *Freud* concentrated his methods on the capacity of self-analysis which leads to ego-autonomy, *Kurt Lewin* discovered and developed the method of groups experiencing themselves, which means groups discovering themselves and enabling each member to make new experiences within the group. Both of these discoveries, as *Ammon* points out, are of equal importance.

The group dynamical group aims at exploring its own unconscious dynamics and gives it a new publicity, much more than within the analytical dual situation between patient and analyst, and also more publicity than most people ever can experience during their whole life. One of the most essential factors of psychoanalytical group dynamics is the possibility of giving human beings this publicity within the creative process of a group. This is reason for the increasing interest in psychoanalytical group dynamics, in contrast to technocratical group games and encounter groups.

Ammon understands the dynamics of all human groups as a natural event and is strictly against any kind of canalisation, manipulation and abuse of group dynamics, especially in the field of politics. Although there is the possibility of abusing groups it is of much more importance that on the other hand the group leader has the far-reaching power to lead human beings towards themselves, towards a human creative and erotic relationship with other human beings. Group games, however, or training certain forms of behaviour and any kind of manipulation have nothing to do with psychoanalytical group dynamics. On the contrary, psychoanalytical group dynamics as they have been developed by *Ammon* are to enable the participant to live in a more conscious and free way within more and more alienated and burocratic groups.

Group dynamical work within unreflected institutions is not possible. An attempt, for example, to work within the hierarchy of traditionally structured psychiatric hospitals according to the rules of group dynamics or group psychotherapy is as a rule due to fail. As an example, *Ammon* points out how difficult it was for him and his co-workers to introduce analytical group psychotherapy in the C.F. Menninger Memorial Hospital in the USA. Although all the members of the team were psychiatrists experienced in psychoanalysis and although the administration of the

hospital was willing to cooperate it took as much as one and a half year until it was possible to work according to the rule of group psychotherapy. For the inner group of psychiatrists this preparational time itself got the character of group dynamical self-experience, on the basis of which it finally became possible to build up group psychotherapy. After the beginning of therapeutic work this inner group of psychiatrists became the control group, in which the training of group psychotherapists became possible by intensive self-experience in the group. The training of group dynamical leaders as well as the training of group psychotherapists can be achieved only within institutions which are able to reflect their own structure according to the structures of group dynamics. Only within the boundaries of such an institutional group it is possible for candidates to develop their own identity.

Group dynamical and group psychotherapeutic groups are often experienced by participants in a positive as well as in a negative sense as real life groups. In such cases there is either an expectation to find a group forever or there is a tendency to feel completely dependent or to be devoured by the group, being extremely unable to find one's own demarcation. In contrast to such experiences, however, the group should help the participants to find identity and creativity on their own. This, however, is possible only if the group and the leader have achieved the capacity to make new experiences and if the leader is able to reflect his experiences within the control group. In the group dynamical work of the psychoanalytical kindergarten and in the therapeutic groups this capacity to make new experiences and the ability to permit separation are of vital importance.

Although psychoanalytical group dynamics and analytical group psychotherapy have many things in common, especially their emancipatory aim, *Ammon* stresses the point that there are also clear differences. Both methods have in common the development of group boundaries, continuity and limitation of time, regular participating, total discretion towards the outside world and open-mindedness within the group. Both kinds of groups work with phenomena like anxiety, transference and resistance, the most important means of communication being language, supported by non-verbal communication. But there are also great differences, such as their aim and the dealing with transference and regression. The aim of group dynamics is the studying of psychodynamics in the here and now, whereas the therapeutic group aims at the therapy of ill behaviour and experiencing its genesis which reaches back to early childhood. Although in analytical groups, too, the participant's behaviour is formed by early childhood experiences, working with the here and now is predominant, whereas prevailing phenomena of transference or regression must be considered as resistance against experiencing of the actual group situation. On the other hand transference manifestation must be interpreted, if they hamper the group process. In therapeutic groups, transference and

individual's internalized conflict, which then can be observed within the group and be resolved in the sense of a retrieval of ego-development. Group dynamics, however, has its purpose not in itself. It rather aims transfering these experiences on other fields of human existence. This is practised especially in the so-called Balint-groups which are groups for special professions such as medical doctors, teachers and psychologists. In these groups the dynamics of self-experience is combined with specific problems and dynamics of professional work.

The structuring of both groups is very important. They require experienced group leaders. Generally speaking, intelligence and age of the participants should be similar, but as far as profession, religion, race and sex are concerned, the group should be inhomogeneous. Sociometric questionnaires are useful for structuring purposes. They accompany the following group processes and are useful in revealing developments, especially those of a destructive nature.

The group leader's function has a central importance in both groups. He is a participant observer, a central figure; he serves the group both as a catalyst and as a group-ego aid. One of the major mistakes which a group leader could make would be to avoid aggression. The group leader should rather allow aggressive demarcation as well as any arising aggression at his person. This should enable group participants considering themselves to be in a »scapegoat« position to be re-integrated into the group.

Just as in an ill-making family group the weakest member becomes the carrier of the »illness« (especially in a destructive sense) so a psychogenetically predestined member takes on a similar role within the group and thus becomes the bearer of emotions, aggression, sexuality or anxiety. The decisive responsibility of the group leader is to apply the behaviour of this group member to the rest of the group to give him a feeling of being understood and to integrate him in the group.

In the early stages of the group process group boundaries are required and set up by aggressive approaches towards the group leader as a central figure, respectively with transferences and fantasies which are directed towards him, this means especially, the aggressive feelings, the working through of which must not be avoided by the group leader. The working through of feelings and fantasies which the group has concerning the institution is also of great importance. This is the basis from which individuals can differenciate themselves within the group boundaries and form their own identity.

In the central phase of development the whole group can be experienced as a »motherly element« whereas the central person and each member are observed with their specific qualifications and functions. So the closing of these group boundaries which at first caused fear and aggression prove to be a necessary working basis for conscious identity expansion.

Ammon stresses the importance of the separation phase in dynamic

Separation means for the participant to be able to take unencumbered the experience gained out of the group, to acknowledge the unique group process and to be able to leave the group which is not intended to become a life-long community.

Concluding his lecture, *Ammon* shows contradiction among representatives of an orthodox psycho-analysis, who cover their individual and instinct concept of personality with their own practised group therapy without considering the unconscious dynamics of ego- and identity-development in the family group and later groups.

In comparison, *Ammon* has always found that the structures of ego- and identity-development are combined with the context of group dynamic events from the early symbiotic stages on. Psychic processes are always group processes and a group capable for experiencing forms the basis for the biological, psychological and social existence of human beings.

Literatur bei der Redaktion

Dynamic Human Structural Psychiatry Today*

Günter Ammon

1. Introduction

Our School of Dynamic Psychiatry, or more specifically, of Human Structurology has been developed during the last 25 years and is based on my psychotherapeutic work as a classical psychiatrist and psychoanalyst in Germany and USA. Fundamental for this development was the fact that the classical therapeutic ways of thinking turned out to be of little help for the treatment of patients, suffering from severe psychic dieseases, such as the large disease group of borderline, psychosomatics, and from addiction as well as for the patients with compulsion, schizophrenia and manic depressiv reaction. Neither the attempt to confine the standard method to the therapy of patients with only neurotic forms of reaction nor to extend this method to the treatment of more severe psychic diseases turned out to be successful. Even the classical forms of psychoanalytic diseases such as hysteria, phobia and compulsive neuroses could be traced back to disorders developed in an early state of life, which are deeply engraved and close to psychosis – we speak of ego-structural defects – and which made me think over and question the traditional modes of approaching and treating psychic diseases.

On the basis of these considerations and the experiences I gained at the Menninger Foundation, Topeka, USA (1956 – 1965) with *Karl Menninger,* I increasingly focussed my studies on the application of group dynamics, group psychotherapy and milieu therapy (cf. *Ammon* 1959). In particular, I concentrated on diseases like schizophrenia (*Ammon* 1957), borderline syndrome (*Ammon* 1976) and addiction (*Ammon* 1973). Individual therapy, however, remained necessary for narcissistic paranoic personalities, who are unable to stay in a therapeutic group owing to their severe primary group experiences.

I gained particular insights through my research on child development and family dynamics of the polygamous Lacandon-Mayas (cf. *Ammon* 1966) as well as through my studies of the peyote cult of the North-American Indians (cf. *Ammon* and *Patterson* 1971). During the subsequent years I was given the opportunity to develop my work in a free and undogmatic atmosphere at the »Topeka State Hospital«, the C.F. Menninger Clinic and in four large psychiatric clinics in Kansas State where I had the position of a counsellor. The basic training I received at the »Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV)« (German Psychoanalytic Association) together with the psychoanalysis, I obtained from *Carl Müller-Braunschweig* (1952 to 1956), and an additional analysis which I later underwent at the »Topeka Psychoanalytic Institute« with *Ishak Ramzy*, can be regarded as a classical psychoanalytic training being the counterpart to my psychiatric work in America and Germany.

After my return to Berlin I concentrated on the aspect of aggression in my work. The study of aggression (*Ammon* 1970) was the first step towards the personality model we developed in our School of Dynamic Psychiatry. The core of all psychic diseases can be seen in the ego-function of aggression as an orginally constructive one, which turns into destructive aggression only under specific group dynamic environmental influences. With this view of psychic diseases I fundamentally differed from the viewpoint of traditional psychoanalysis and psychiatry. Aggression turned out to be the crucial point in the development of the human being whose health or disease depends on the dynamics of his group. The concept of aggression as it is seen in the »drive model« therfore could not be used for diagnostic purposes, research and therapy. Our thinking changed from traditional forms to completely new ones. The topographic psychoanalytic model of ego, id and super-ego was no longer useful and was therefore replaced by the ego-structural model.

My theory of group dynamics and personality is continuously developing, starting from my study of aggression up to my theory of human-structurology today. The development still goes on and will not be terminated for reasons lying in the system itself, since our personality model is a holistic one, which cannot be terminated by an empiric research study. Within the ego-structure of personality I distinguish between the primary, organic structures describing the neurophysiological and biological functions of man, the central ego-functions located in the unconscious which are among others aggression, ego-demarcation, anxiety, creativity, sexuality, narcissism and identity, and the secondary ego-functions to be found mainly in the conscious, predominantly determining the behaviour, capabilities and skills of a person. All ego-functions are group-dependent, i.e. developed through the experiences made in a group dynamic process within the course of one's life, whereby the experiences made in the early childhood are of greatest significance. The three areas are not strictly demarcated but permeable, i.e. there is a synergism of unconscious, conscious, mental and bodily activities, which must always be seen in a dynamic context.

Dynamics in this connection means an interrelation of dynamic processes, i.e. processes which are interactive in man himself, in his constructive and destructive personality strutures, which are always in a dynamic interactive process with the environmental group. In our view such processes being internalized in early childhood constitute the most essential part of man's unconscious. According to the School of Dynamic Psychiatry the unconscious is no longer an area filled with suppressed sexual and aggressive conflicts, but rather with developed personality structures.

A further dimension within the human structural model is the spectrum of interacting and co-operating human functions, i.e. their regulating, integrating and disintegrating forces. In describing this dimension I would rather speak of the regulation of ego-integration, the spectrum of which reaches from the integrated and self-regulated ego on the one hand, with the human-

functions supporting and complementing each other, to a disintegrated and regulation impeding personality on the other hand.

On the basis of research work on brain hemispheres as has lately been carried out by our colleagues in the Soviet Union and America it was possible to relate neurophysiological processes and functions of the brain hemispheres to our ego-structure model (cf. *Ammon* 1982a). The various ego-functions as well as the whole ego-structure are to be seen on a spectrum, the reason of which my theory is also referred to as spectral theory, i.e. each ego-function is formed by all three areas of ego-functions (the areas of primary, central and secondary functions). Depending on the viewer, one may concentrate more on the one or the other area.

Each ego-function can be seen again in terms of a spectrum; the spectrum of constructiveness, destructiveness and deficiency. These three forms of expressing an ego-function are covered up by our ego-structure test (*Ammon* 1976, 1982a), which up to now is standardized for the ego-functions of aggression, anxiety, narcissism, and ego-demarcation. On the basis of this test we are able to construct a personality profile, which can again be used for diagnostics in Dynamic Psychiatry. Diagnostics in this respect is always seen in connection with a patient's therapeutic development in the course of his treatment. By means of the spectral theory of personality the Dynamic Psychiatry adopted a differentiated dynamic concept of disease and a corresponding understanding of health, according to which man is no longer categorized on the basis of symptoms. I therefore speak of the gliding spectrum of archaic ego-diseases, which can be diagnosed on the grounds of ego-structural disorders and deficiencies, and which we encounter with our ego-structural spectrum of treatment.

The concept of ego-structure, which also implies group dynamics, allows for a verification of the various forms of psychic diseases in terms of their ego-structural, psychodynamic, and family dynamic aspects as well as for a corresponding delimitation. The consideration of the common and the discriminating aspects of the various forms of psychic diseases in terms of ego-structure forms the basis for an effective conception of treatment.

In the course of treatment a person's state of disease changes, i.e. the psychic, bodily, and mental dimensions of personality change and therefore the diagnostics must also be changed. Thinking in terms of Dynamic Psychiatry means to view man in a process of continuous development and to be able to influence this development by means of psychotherapeutic measures.

The first dynamic psychiatric clinic founded in 1975 was followed by the Dynamic Psychiatric Clinic Menterschwaige in 1979 with a separate department for diagnostics and research, where we continuously review and further develop the ego-structure test as well as doing sociometric and efficiency research. First results from the autokinetic light test, which I further developed, have already been presented (cf. *Ammon* 1982a). The ego-structure test, the autokinetic light test and the latest results from brain research complement one another and strengthen the hypothesis of human-structurology

At the international symposion on the unconscious in Tbilisi (Soviet Union) in 1979, I was able to encourage further research on the relation between neurophysiological and psychological unconscious structures of personality, an intention of personal importance to me. Results from neurophysiological researches made by *Zenkov* (1978) and *Rotenberg* (1982), as well as results from research on the unconscious presented by *Bassin* and *Sherozia* (1979) turned out to be in line with the results of my own researches on human-structurology.

In concluding this introduction I would like to stress once again the fact that Dynamic Psychiatry is concerned with man as a whole, with aspects of disease as well as those of health in his personality, whereby processual and dynamic relations between man's individual personality structures are investigated. Phenomenological psychiatry studying the symptoms of the suffering person and carrying out treatment predominantly on a psychopharmacological basis can be regarded as a useful support to human structural psychiatry and vice versa.

2. *Group Dynamics*

Dynamic Psychiatry is associated with a specific view and understanding of man. Human beings are group beings. The group, its dynamics, its atmosphere, its social energy as well as its social-dynamic and cultural dependence on larger social groups determine man's life and identity. Group-dynamic development begins in the pre-natal phase of life determined by group-dynamic influences on the mother, her psychological and physiological state of health, as well as her attitude towards the growing living being inside herself. Development becomes particularly crucial in the early post-natal phase, during which concurrently maturation of the brain takes place.

It is important to consider dynamics as a whole. Individual reactions between individual persons always reflect also the entire group dynamic situation. Group-dynamic constellations can be seen as a fine woven fabric, comparable to a field of forces which essentially determine all their actions and reactions. Group dynamics are more than the sum of interactions and role behaviour of individual group members, since it always contains an unconscious, an actual as well as a group historical dimension. The environment, the group and particularly the clinic are regarded as a social energetic and group dynamic field.

Group dynamics are always characteristic of processual changes and internal homeostasis. Constructive group dynamics are marked by the fact that development and changes in the sense of identity development for each individual group member is tolerated and encouraged in the group and that the group allows for communication. Destructive group dynamics mean that the group members actively prevent such processes in a way that communication does not support progress, that the individual again and

again is kept back for fear of changes. In deficient group dynamics any communication, growth and identity development is prevented right from the beginning – comparable to the reflex of playing dead.

3. Social Energy

Identity and group belong together since only through the individual's experience as being reflected within the group it is possible that ego and identity development can take place. Identity means that a person remains the same and yet does not remain the same. Identity is a process, a continuous search and ongoing development leaving traces behind. There is no phase in life where identity finally can be found, it must always be searched for a new. Identity grows through social energy. Social energy is necessary to stay alive. A new born baby that does not receive social energy would die. Social energy is the strength and the power which people give each other. Social energy is not always constructive but can also be destructive or deficient.

Constructive social energy means to develop an understanding and interest for other people, to communicate with them, to take them serious as human beings (*Ammon* et al. 1981, 1982b, *Griepenstroh* and *von Wallenberg Pachaly* 1979). Destructive social energy still implies contact to and relationship with others but the effects are destructive. Child abuse is an example of an extreme form of destructive social energy (*Ammon* 1979a). Deficient social energy is withheld social energy; it means to ignore other people.

Instead of the traditional concept of libido, I introduced the concept of social energy in my theory. Social energy is used to build up ego-structure and develop the individual ego-functions: ego-structure can be regarded as manifest social energy.

4. Symbiosis Complex – Anxiety – Narcissism

The symbiotic phase which ends approx. at the age of three, is an essential and crucial period in child development. The child gradually learns to communicate, constructively articulate and assert his needs, but also to demarcate himself from the most important persons in his surroundings, particularly from the mother. In this phase, the child begins to experience himself as an own individual person. I have called this process the complex of symbiosis (cf. *Ammon* 1973, 1979b). In my theory, anxiety and sexuality are to be seen in a group-dynamic and ego-structural context in the same way as aggression. Anxiety can be constructive, destructive or deficient. Constructive anxiety is the driving force for development and identity. Every new step is accompanied by anxiety which must be experienced and lived through. The most extreme form of destructive anxiety is paranoia. In this case anxiety is connected to destructive narcissism and destructive

aggression, so that the person immediately destroys any contacts as soon as it develops, in order to fend off the simultaneously arising panic anxiety. In the state of deficient anxiety, i.e. total absence of experiencing anxiety, life seems to be motionless and dead.

Constructive anxiety can be developed when there is contact between the child and his surrounding group, and when the child is able to communicate his anxiety within the group. The child reacts with destructive anxiety, when the family group tries to suppress situations in which the child may experience anxiety and in which the group may experience anxiety regarding the child. Deficient anxiety frequently arises when the family members assume an attitude of »laissez-faire« towards the child regardless of what the child tries to communicate.

5. Sexuality

Identity development implies the development of sexuality, which is one of the central ego-functions predominantly embodied in the unconscious. Sexuality is determined by the atmosphere prevailing in the group of early childhood, the behaviour of the group members towards each other, the way they deal with masculine/feminine behaviour, as well as by constitutional aspects rather than by the anatomy of the sexual organs.

Regarding the scale of masculine/feminine, the child undergoes a highly differentiated development and by nature carries both, masculine and feminine aspects in his personality, a reality which I call the principle of androgynity. One of the roots of psychic disorders is a person's need for being accepted rather than ignored and realized by the surrounding groups and by society; instead, the child is requested to fit into rigid and strictly demarcated roles.

The role of sexuality is an aspect of man's identity which is closely related to creativity, and which may be supported, restricted, impeded or extended, depending on the dynamics of the surrounding group and the society. The above described ego-functions play among others a significant role in the ego-structural network and ego-functional interdependencies. The development of a child does not take place by itself in a »normal average« environment. The child develops by constantly communicating and asserting his own needs in different ways within the dynamics of the surrounding group. This is finally why we have significant differences among the various personalities. Man is constantly influenced by the dynamics of his group, thus developing his identity. Therapeutic consequences resulting from the above said must be considered with respect to the methods of treatment for the varios ego-structural disorders in their entirety.

6. Treatment

Dynamic Psychiatry takes into account the dynamics of the patient's current life group as well as his realtionships to others. Unemployment,

difficulties at work, conflicts in partnership or other situations of stress often trigger out a psychic disease having its roots in early childhood, in which constructive or destructive-deficient life processes or diseases have been originated. The patient's current group situation frequently reflects his psychogenesis.

For this reason, group dynamic processes in the institute, the clinic as a whole, the milieu therapeutic community, the day and night clinic as well as polyclinics and outpatient departments are brought into action for the treatment of the individual patient and his group. In this way, the entire field of social energy, group dynamics and milieu therapy in the clinic together with the therapeutic networks serves the treatment of the patient.

The spectrum of treatment includes individual therapy, group dynamically oriented group psychotherapy, working on a project in a therapeutic milieu, which is of particular importance, therapy in groups which include also the nonverbal aspects like theater, music and dance therapy, all forms of art therapies, and those specific to individual interests and sport therapy. Each individual patient receives a treatment program in correspondence with his particular ego-structure, and is thus exposed to a number of different group situations. Treatment must always fit the needs of the patient.

Dynamic Psychiatry is an understanding psychiatry realizing man as a personality in his own right and concentrating on still available potentials of identity. Therefore, therapy in Dynamic Psychiatry can be regarded as identity therapy. Working on ego-structures is a fundamental principle of treatment in Dynamic Psychiatry. It is the core of identity therapy (*Ammon* 1978).

Therapy in this context means being concerned with deficient and destructive ego-parts on the basis of a therapeutic alliance with the sound ego-parts of personality. The core of this concern is the destructive aggression, from which treatment of the other destructive and deficient ego-functions can be proceeded, especially the ego-function of narcissism. Archaic feelings of rage and isolation are set free and the patient's dynamics become clear, which he unconsciously creates again and again, so that in the therapeutic milieu the patient is able to make up for an ego-development.

Ego-structural therapy takes place in extreme situations. One of the therapist's tasks is to create such situations for the patient and make them open to experience. For this purpose it is necessary that the therapist presents himself as a human being with feelings and attitudes.

In this connection I would like to critically review the *Freud*ian concept of transference. In my opinion development must have taken place in order to be suppressed. Therefore, in cases of severe archaic ego-diseases it cannot be the task of the therapist to lift suppressed matters or interpret transferential processes, but rather to present himself as a human being, enter into a relationship with the patient and in this way enable the patient to make new experiences.

The relation between therapist and patient is a relation between partners, carried by an attitude of respect towards the patient, who is taken seriously in his personality. The cause of the person's disease is not to be found in suppressed conflictual matters, but rather in genuinely suffered deficiencies. Suppressed matters must not be lifted but rather deficient development must be made up for, unstructured personality must obtain a new structure.

In this I agree with *Bassin* (1981), who critically examined the concept of transference; according to *Bassin* the positive impacts of psychotherapy are based on the therapist's empathy and taking part in the patient's experiences rather than on the forms and methods of traditional psychoanalysis. Under this viewpoint *Bassin* discusses my concept of social energy and the importance of what the understanding of contact between indiviuals as a specific form of relationship means for the therapeutic process, but also for other forms of relations. Regarding the therapist only as a screen for transferences means to depersonalize him, which is just the contrary of psychotherapy. Therapy is always a process of humanization. A precondition for therapeutic communication is to create a social-energetic field in which therapy on destructive ego-parts can take place. Working on destructive, ill ego-parts is often regarded by paranoic patients as being attacked in their entire personality; they feel rejected and avoided, they experience once again the rejections and insults they were exposed to in earlier phases of life, and hence react destructively by fending off contact.

Therapy is considered as a process. From time to time, changes and developments, but also symptomatic behaviour are recorded. In case conferences we then discuss gained personality structures, changed behaviour, bodily and psychic aspects. Conferences on difficulties in and failure of treatment methods or even deterioration of a patient's state of health are often important and helpful.

Decisive for a successful treatment of patients with severe diseases is the quantity of social energy a therapist is able to give as well as the forces of the social-energetic field, i.e. the constructivity within the group dynamics of the entire clinic milieu.

According to efficiency results of our treatment, documented by psychological researches in our department of diagnostics, 80% of the patients show an essential improvement, i.e. they get back their fitness for work and society; 60% activate human and creative forms of living, working and relationships; 20% of the patients showed no improvement or change due to breaking off treatment, disturbing influences by family pathology, narcissistic-paranoic self-relatedness, as well as lacking motivations and insights. As a rule, such patients are in a chronified, hospitalized state.

7. Psychotherapeutic Behaviour

Psychotherapeutic behaviour as it is taught and studied in our school and which is subject to supervisional processes, contains the following aspects:

1. Spectral-theoretic understanding of disease and treatment;
2. Ego-structure model;
3. Social-energetic principle and its significance;
4. Aspect of signalizing of being understood and inducing openness to contact:
5. The therapist presenting himself as a person for direct communication and discussion, whereby he also communicates feelings aroused by the patient's behaviour;
6. Attempt to correct distorted perceptions, thinking and affects;
7. Investigation of the constructive-creative aspects of the patient's personality and evaluation of his alternatives and perspectives for the future;
8. Evaluation of the peculiarities in the patient's sexual structure and resulting needs;
9. Intensive treatment of the patient's group dynamics, hereby considering the function of reflection in therapy as well as working as far as possible directly and continuously with the family group during the process of treatment;
10. The alpha and the omega of each and every treatment is the first contact between therapist and patient. Whether in individual sessions or group sessions, the therapist must see to it that the contact is always important for both, the therapist as well as the patient.

Dynamische humanstrukturelle Psychiatrie heute

Günter Ammon

Der Autor beschreibt in dieser Arbeit sein Humanstrukturkonzept, das er in den letzten 25 Jahren entwickelt hat. In der Einleitung stellt er seine Erfahrungen am Berliner Psychoanalytischen Institut unter *Carl Müller-Braunschweig,* desweiteren in der Menninger Foundation mit *Karl Menninger* und dem Psychoanalytischen Institut in Topeka mit *Ishak Ramzy* dar. Grundlegend war dabei, daß er feststellte, daß die klassischen Behandlungsweisen und -theorien von wenig Nutzen für die schweren Erkrankungen wie Borderline Syndrom, Psychosomatik, Sucht, Zwang, Schizophrenie und manisch-depressive Reaktion war. Er stellte bei diesen Krankheitsformen Humanstruktur-Defekte fest, die in ihrer Entstehung auf die frühe Gruppendynamik in der Kindheit zurückgehen und die selbst bei der Hysterie, Phobie und Zwangsneurose vorhanden sind.

Ausgehend davon beschäftige sich der Autor mit weitergehenden Behandlungsmethoden wie der Gruppenpsychotherapie, der Milieutherapie und der Anwendung von Gruppendynamik. Einzeltherapie sieht er weiterhin als wesentlich für narzißtisch paranoische Persönlichkeiten und neurologische Erkrankungen an. Dabei erkannte er die Bedeutung der Aggression und ihre Rolle als Dreh- und Angelpunkt in der Behandlung psychischer Erkrankungen. Der Autor versteht Aggression als Humanfunktion,

die ursprünglich konstruktiv ist und sich erst in ihrer Entwicklung in der Primärgruppe destruktiv oder defizitär verändern kann. Dies bedeutete bereits die Loslösung vom Triebverständnis der klassischen Psychoanalyse. Ausgehend davon löste das Humanstrukturmodell das topographische Modell von Es, Ich und Über-Ich ab.

Im Humanstrukturmodell faßt *Ammon* die Persönlichkeit in zentrale, sekundäre und primäre Humanfunktionen zusammen. Die zentralen Humanfunktionen sieht er im Unbewußten verankert wie Angst, Kreativität, Narzißmus, Ich-Abgrenzung, Sexualität usw. Sekundäre Humanfunktionen sind im bewußten Bereich und bestimmen das Verhaltens-Ich, die primären Humanstrukturen sind alle neurophysiologischen und biologischen Funktionen des Menschen.

Alle Humanfunktionen sieht der Autor in einer dynamisch-synergistischen Verwobenheit, wobei jede Humanfunktion primäre, zentrale und sekundäre Anteile hat. Das Unbewußte wird dabei als ein Niederschlag internalisierter Gruppenerfahrungen und Ort der Entwicklungsmöglichkeiten von Persönlichkeitsstrukturen gesehen. Die Entwicklung der Humanfunktionen wird in konstruktiven, destruktiven oder defizitären Ausprägungen verstanden, die immer in einem Austauschprozeß mit der umgebenden Gruppe zu sehen sind. Eine wichtige Rolle spielt dabei die Funktion der Ich-Integration, die ein selbstreguliertes Ich oder eine desintegrierte Persönlichkeit zur Folge haben kann.

Durch den Ich-Strukturtest nach *Ammon* können bis jetzt Humanfunktionen erfaßt werden wie Aggression, Angst, Narzißmus und Ich-Abgrenzung. Dadurch kann ein Persönlichkeitsprofil individuell erstellt werden, das für die Diagnostik und Behandlung genutzt wird. Durch das spektraltheoretische Verständnis der Persönlichkeit wird eine differenzierte Diagnostik von Krankheit und Gesundheit mit Aufgabe von Symptom- und Kategoriendenken notwendig.

Der Autor spricht hier auch von einem gleitenden Spektrum von archaischen Ich-Krankheiten, was bedeutet, daß sich im Laufe der Behandlung die Krankheit verändert und damit auch die Diagnose. Der Mensch wird dabei in einem ständigen Entwicklungsprozeß verstanden.

In seinem gruppendynamischen Prinzip versteht *Ammon* den Menschen als Gruppenwesen. Zentral ist die Ausprägung der Gruppenatmosphäre, der Dynamik und der Sozialenergie. Gruppendynamische Konstellationen müssen wie ein feines Netzwerk, das einem Kräftefeld gleichgesetzt werden kann, verstanden werden. Gruppendynamik ist mehr als die Summe der Interaktionen und des Rollenverhaltens der Mitglieder, sondern bezieht die unbewußte und die aktuelle und gruppengeschichtliche Dimension mit ein. Die Umgebung, die Gruppe und besonders die behandelnde Klinik werden als ein sozialenergetisches, gruppendynamisches Feld gesehen. Sozialenergie ist die Kraft und Unterstützung, die sich Menschen untereinander geben können. Sie ist notwendig für die Identitätsentwicklung, wobei die Identität als sich ständig in Entwicklung

befindlich verstanden wird. Sozialenergie kann konstruktiv, destruktiv oder defizitär ausgeprägt sein. Konstruktive Sozialenergie bedeutet Verständnis und Interesse für andere Menschen zu haben, zu kommunizieren und andere Menschen ernst zu nehmen. Destruktive Sozialenergie bedeutet zwar Beziehung und Kontakt, aber in einem zerstörerischen Sinne, wie z.B. Kindesmißhandlung. Defizitäre Sozialenergie bedeutet das Ignorieren von anderen Menschen. Das Sozialenergiekonzept löst das Libidokonzept ab. Konstruktive Sozialenergie ist wichtig für den Aufbau der Ich-Struktur. Ich-Struktur kann als manifestierte Sozialenergie gesehen werden.

Den Symbiosekomplex sieht der Autor als grundlegend für die Entstehung archaischer Ich-Krankheiten und für die Behandlung von Psychosen an. Die symbiotische Phase liegt in der Zeit bis zum 3. Lebensjahr. In dieser Zeit entwickelt sich das Kind zu einer eigenen Person. Wird ein Kind in der Symbiose festgehalten, kann es zu schweren Identitätsdefiziten kommen.

Desweiteren werden die Humanfunktionen der Angst, des Narzißmus und der Sexualität beschrieben, die hier exemplarisch für alle weiteren zentralen Humanfunktionen stehen wie Ich-Abgrenzung, Kreativität, Aggression bis hin zur Identität als Funktion, aber auch als individuelles Geschehen.

Die Entwicklung der Persönlichkeit des Kindes mit den verschiedenen Ausprägungen seiner Humanstruktur sieht *Ammon* immer in Abhängigkeit von der umgebenden Gruppendynamik. Der Mensch steht in ständigem Austausch mit seiner umgebenden Gruppe, und so entwickelt sich seine Identität.

Für die Behandlung wurde 1975 die erste Dynamisch-Psychiatrische Klinik gegründet, der 1979 die Dynamisch-Psychiatrische Klinik Menterschwaige in München folgte. Die diagnostische Abteilung entwickelte den Ich-Struktur-Test und führt soziometrische und Effizienzforschungen sowie Autokinetische Lichttestuntersuchungen durch. Die Ergebnisse der sowjetischen Hirnforschung wie z.B. von *Zenkov, Rotenberg, Bassin* und *Sherozia* ergaben weitgehende Übereinstimmungen mit der Humanstrukturologie. In der Therapie wird der Patient sowohl in seiner Lebensgruppe, in seinen Beziehungen zu anderen Menschen, in seiner Arbeitssituation, in seinen Partnerschaftskonflikten, Streßsituationen wie auch zentral in seiner kindlichen Entwicklung mit konstruktiven, destruktiven und defizitären Prozessen berücksichtigt. Oft spiegelt die Lebensgruppe die frühe Gruppendynamik, die verantwortlich für die Entwicklung war, wider.

Das gesamte sozialenergetische gruppendynamische und milieutherapeutische Feld der Klinik sieht der Autor als ein Behandlungsfeld für die Therapie schwerer humanstruktureller Erkrankungen. Das Spektrum der Behandlung reicht von Einzel-, Gruppenpsychotherapie, Milieutherapie, nonverbalen Therapieformen wie Theater-, Musik-, Tanz- und Kunsttherapie, Interessengruppen bis hin zu Sporttherapie. Jeder Patient bekommt ein eigenes, individuelles Behandlungsprogramm, das für seine spezifische Ich-

Struktur geeignet ist. Die Behandlung soll immer auf die Bedürfnisse des Patienten abgestimmt sein.

Dynamische Psychiatrie heißt Identitätstherapie. Die therapeutische Arbeit auf humanstruktureller Ebene bedeutet, daß die defizitären und destruktiven Persönlichkeitsanteile durch ein Bündnis mit den gesunden konstruktiven Ich-Anteilen erreicht und verändert werden können. Der Kern der Bearbeitung ist die destruktive Aggression, von der aus die anderen defizitären und destruktiven Humanfunktionen behandelt werden können, besonders die Ich-Funktion des Narzißmus, so daß im therapeutischen Milieu der Patient eine nachholende Ich-Entwicklung erfahren kann.

Notwendig für den therapeutischen Prozeß sind immer wieder Grenzsituationen und daß der Therapeut sich als Person mit eigenen Gefühlen und Einstellungen zur Verfügung stellt. Nach Meinung des Autors ist bei schweren psychischen Erkrankungen erst eine Persönlichkeitsentwicklung notwendig, damit Verdrängung stattfinden kann. So geht es in Abgrenzung zu Freud bei diesen Patienten nicht in erster Linie darum, Konflikte aufzudecken und Übertragungsprozesse zu interpretieren, entscheidend für die Therapie ist vielmehr die partnerschaftliche Beziehung zwischen Therapeut und Patient und ein mehrdimensionales sozialenergetisches Feld mit neuen Erfahrungsmöglichkeiten.

Die Therapie wird als Prozeß gesehen, der von Zeit zu Zeit in seiner Entwicklung und im Symptomverhalten überprüft und aufgezeichnet wird. In Case-Konferenzen werden die Persönlichkeitsentwicklungen auf der körperlichen, psychischen und auf der Verhaltensebene im Kontakt mit dem Patienten besprochen.

Die Effizienzstudien der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik zeigen eine wesentliche Verbesserung bei 80% der Patienten, wobei 60% ein kreatives, aktives Leben mit Arbeit und Beziehungen führen können. 20% zeigen keine Verbesserung. Zusammenfassend akzentuiert *Ammon* die grundlegenden Voraussetzungen für ein adäquates psychotherapeutisches Verhalten in der dynamisch-psychiatrischen Behandlung: Ein spektraltheoretisches Verständnis von Gesundheit und Krankheit, das sozialenergetische Prinzip, das Humanstrukturmodell, ein Therapeut, der sich als Person zur Verfügung stellen muß, die Korrektur von falscher Wahrnehmung, Denken und Gefühlen, Untersuchung und Einbeziehung der konstruktiven und kreativen Aspekte der Persönlichkeit des Patienten und der Zukunftsperspektiven, die Evaluation der Sexualstruktur, die Einbeziehung der Lebensgruppe und der Familiengruppe in den Behandlungsprozeß und die Bedeutung der ersten Begegnung zwischen Patient und Therapeut.

Literature

Ammon, Günter (1957): The psychotherapeutic Process of a Painter with Schizophrenic Reaction Demonstrated with pictures. In: Proceedings 6. Convent. of Inter. Am. Soc. F. Psychol., Mexico City, Univ.
- (1959): Theoretical Aspects of Milieutherapy. In: Bulletin of the Menninger School of Psychiatry, Topeka, Kansas, USA. Neuauflage 1977 (Berlin: Pinel-Publikationen)
- (1966): Beobachtungen und Erfahrungen eines Psychiaters und Psychoanalytikers mit den Lakandon-Mayas Mittelamerikas. In: Mitteilungen Berl. Ges. Anthropol. 1, 52-55
- (1970): Gruppendynamik der Aggression – Beiträge zur psychoanalytischen Theorie. (Berlin: Pinel-Publikationen). Nachdruck: Kindler-Verlag München 1973
- (1973): Dynamische Psychiatrie. (Darmstadt, Neuwied: Luchterhand)
- (1976): Das Borderline-Syndrom, ein neues Krankheitsbild. In: Dyn. Psychiat. (9) 317-348
- (1978): Das Verständnis eines Entwicklungsdefizits von Ich-Strukturen in Persönlichkeit und umgebender Gruppe als Grundlage für Wissenschaft und Praxis einer Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (11) 120-140
- (1979a): Kindesmißhandlung (München: Kindler)
- (1979b): Entwurf eines Dynamisch-Psychiatrischen Ich-Struktur-Konzepts – Zur Integration von funktional-struktureller Ich-Psychologie, analytischer Gruppendynamik und Narzißmus-Theorie. In: *Ammon, Günter* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Bd.1 (München: Ernst Reinhardt)
- (1982a): Hirnstrukturen, Unbewußtes und Ich-Strukturologie. In: *Ammon, Günter* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)
- (1982b): Das sozialenergetische Prinzip in der Dynamischen Psychiatrie. In: *Ammon, Günter* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)

Ammon, Günter; Patterson, P.G.R. (1971): Peyote: zwei verschiedene Ich-Erfahrungen. In: Bewußtseinserweiternde Drogen in psychoanalytischer Sicht. (Berlin: Pinel-Publikationen)

Ammon, Günter; Ammon Gisela; Griepenstroh, D. (1981): Das Prinzip von Sozialenergie – gleitendes Spektrum und Regulation. In: Dyn. Psychiat. (14) 1-15

Bassin, F.V. (1978): Unbewußtes und Verhalten. (Stuttgart: Hippokrates)
- (1981): Aus der wissenschaftlichen Korrespondenz Dr. Günter Ammons. In: Dyn. Psychiat. (14) 318-321

Bassin, F.V. und *Sherozia, A.E.* (1979): Die Rolle der Kategorie des Unbewußten im System der gegenwärtigen wissenschaftlichen Erkenntnis über die menschliche Psyche. In: Dyn. Psychiat. (12) 353-376

Griepenstroh, D. und *Wallenberg Pachaly, A. v.* (1979): Das energetische Prinzip bei Freud u. Ammon. In: *Ammon, Günter* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)

Rotenberg, V.S. (1982): Funktionale Dichotomie der Gehirnhemisphären und die Bedeutung der Suchaktivität für physiologische und psychopathologische Prozesse. In: *Ammon, Günter* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)

Zenkov, L.R. (1978): Einige Aspekte der semiotischen Struktur und der funktionalen Organisation des rechtshemisphärischen Denkens (in russischer Sprache). In: The Unconscious: Nature, Functions, Methods of Study. Bd. 1 (Tbilisi: Metsniereba Publ. House)

Identität – ein Geschehen an der Grenze von Raum und Zeit. Zum Prinzip der Sozialenergie*

Günter Ammon

Identität und Menschsein sind seit Uhrzeiten nicht voneinander zu trennen. Ich möchte meinen, überhaupt sind Menschsein, Menschlichkeit und Identität nicht voneinander zu trennen; ebenso gehören zum Menschsein das Unbewußte, das Nichterkannte neben dem Erkennbaren, die Dimensionen des Wachseins und des Schlafes, wie auch die Dimensionen von Leben und Tod. Der Raum, der zwischen diesen Bereichen liegt, ist der Raum, in dem der Mensch steht mit seiner Identität, in der er sich selbst erlebt und verändert. Hier trifft er auf andere Menschen in Gruppen, zu denen er in Beziehung tritt, die ihn verändern und die er verändert.

Dieses Grundverständnis von menschlicher Existenz spiegelt sich wider in meinem gruppendynamischen und ich-strukturellen Denken sowie in meiner Erklärungsweise psychischer Energie. Ich gehe aus von einem Verständnis des Menschen, der lebt mit dem wesentlichen und bedeutsamsten Anliegen, nach eigener Identität zu ringen, sich selbst zu erleben mit und durch andere, sich auszudrücken in Gruppen, sich zu entwickeln im Kontakt und in Auseinandersetzung mit dem anderen in der Gruppe.

Diese Ich- bzw. Identitätsentwicklung schlägt sich nieder in den gruppenabhängigen Ich-Strukturen, von denen die im Unbewußten liegenden zentralen Ich-Funktionen am bedeutsamsten sind und in interdependenter Beziehung stehen mit den sekundären Ich-Funktionen der Fähigkeiten und Fertigkeiten und den Ich-Funktionen des primären Ich, den biologischen und neurophysiologischen Funktionen des Menschen mit dem Gehirn als Träger des Niederschlags bewußter und unbewußter menschlicher Erfahrungen.

Die bisher ungenutzte Gehirnsubstanz, die die noch unerahnten Möglichkeiten und Potentialitäten des Menschen enthält, die zwar in ihm liegen, aber noch nicht genutzt sind – oder vielleicht in seinem individuellen Leben auch gar nicht mehr genutzt werden –, rechne ich in ihren potentiellen ich-strukturellen Entwicklungsmöglichkeiten ebenso zum Unbewußten wie den ich-strukturellen Niederschlag lebensgeschichtlich erfahrener Gruppendynamik.

Der Begriff der Identität ist Ausdruck des holistischen Menschenbildes in der Dynamischen Psychiatrie, der unbewußte und bewußte, kreativ-konstruktive und destruktiv-defizitäre Aspekte des Menschen umfaßt, seine biologische, neurophysiologische Seite und seine Existenz als Gruppen-

und Gesellschaftswesen einbezieht, aber auch den gesamten Menschen mit seinen Fähigkeiten, Fertigkeiten und seinem Tätigsein meint.

Der Begriff der Identität ist zu denken auf verschiedenen Ebenen in unterschiedlichen Dimensionen, die ich im folgenden darstellen möchte.

Zunächst verstehe ich die Identität als vorwiegend zentrale Ich-Funktion des Unbewußten, als Ich-Funktion, die in Interdependenz steht zu anderen Ich-Funktionen und die konstruktive, destruktive und defizitäre Ausprägung haben kann.

Wenn wir eine Ich-Funktion mit unserem Ich-Struktur-Test untersuchen, so erhalten wir jeweils einen Wert für jeden dieser drei Bereiche, wobei ein Wert signifikant die beiden anderen überragt. Dieser Wert wird dann abgebildet im Persönlichkeitsprofil und wir gehen von dieser Ausprägung der Ich-Funktion aus, wenn wir das Persönlichkeitsprofil beschreiben.

Eine konstruktiv ausgeprägte Ich-Funktion meint immer konstruktiv bezogen auf den Menschen in seiner ganzheitlichen Identität. Destruktiv meint eine auf Erkrankung weisende Ausformung, deren Kommunikationscharakter zur Umgebung jedoch erhalten geblieben ist. Eine defizitäre Ich-Funktion erscheint zunächst als nicht vorhanden. Beziehen wir dieses Modell auf die Ich-Funktion der Identität, so können wir sagen:

1. daß konstruktive Identität das Wesen eines Menschen bezeichnet, der selbstbestimmt auf schöpferische Weise mit anderen zusammen leben kann;
2. daß destruktive Identität das Wesen eines Menschen meint, der destruktiv agierend sich selber darstellt. Ein typisches Beispiel für destruktive Identität sind die Borderline-Kranken, die immer wieder mit einer neuen Fassade sich brillierend darstellen, ohne sagen zu können, wer sie sind auf dieser Welt und was sie wollen.
3. Nicht zu wissen, wer er ist und was er will, ist auch ein Charakteristikum für einen Menschen mit defizitärer Identität. Gegenüber einem Menschen mit destruktiver Identität sind diese Menschen jedoch nicht in der Lage, destruktiv zu agieren; was sie kommunizieren können, ist allein das Loch und die Leere, die in ihnen ist. Narzißtisch depressive Menschen sind ein Beispiel für defizitäre Identität.

Der Ich-Funktion der Identität sind andere zentrale Ich-Funktionen zuzuordnen, die in enger Verbindung zur Identität und gemeinsam in interdependentem Zusammenhang stehen, d.h. sind diese Ich-Funktionen destruktiv oder defizitär, wird auch die Identität destruktiv oder defizitär sein.

Besonders zu nennen sind hier die Ich-Funktionen der Ich-Abgrenzung, der konstruktiven Aggression, der Kreativität, der Sexualität, des Narzißmus, der Gruppenfähigkeit, die alle dem zentralen Ich und dem Unbewußten zuzuordnen sind. Bedeutsam für die Identität sind auch die im zentralen Ich verwurzelten Regulationsfunktionen wie die Frustrationsregulation und besonders die Sozialenergieregulation.

Diese Dimension der Identität als Ich-Funktion stellt die intrapsychische

tem im Menschen, wobei ich als Arbeitshypothese annehmen möchte, daß der Synergismus von Bewußtem und Unbewußtem, von zentralem und sekundärem Ich im Biologischen, d.h. besonders in den neurophysiologischen Bahnungen des Gehirns eine Entsprechung findet.

Die dialektische Spannung von Unbewußtem und Bewußtem wird in der Identität – und hier ist nun die Dimension der Identität als Struktur gemeint – zur Synthese.

Identität als Struktur meint die Gesamtheit aller Ich-Funktionen in ihrer jeweiligen Ausprägung und Interdependenz in bezug zu dem Entwicklungsstand des Menschen, um dessen Identität es geht.

Hiermit ist die zweite Dimension von Identität angesprochen, die interpsychische Ebene, in der die Identität bezogen wird auf die gesamte Persönlichkeit in Abgrenzung zu anderen Menschen, zu Gruppen und der Gesellschaft.

Identität habe ich – und hiermit ist die dritte Dimension der Identität angesprochen – als Grenzgeschehen zwischen dem einzelnen Menschen und der Gruppe beschrieben. An dieser Grenze in der Auseinandersetzung zwischen Individuum und Gruppe findet Identitätswachstum statt, Identität ist ein interpersonelles Geschehen oder besser gesagt immer auch ein gruppendynamisches Geschehen. Durch diese gruppendynamische Ebene im Verständnis von Identität tritt die Dimension des Raumes, d.h. des zwischenmenschlichen Raumes, des Ortes der Begegnung hinzu. Mittels seiner Identität bringt ein Mensch sich in Gruppen ein, entsprechend der Ausprägung seiner Identität wird er diese Gruppen in Bewegung bringen, Auseinandersetzungen um Bedürfnisse und damit auch um die Grenzen der Gruppe finden statt.

Die dialektische Spannung auf der gruppendynamischen Ebene von Identität liegt zwischen den Polen Individuum und Gruppe. Dadurch aber, daß Identität immer auch Auseinandersetzung des einzelnen in der Gruppe bedeutet, Auseinandersetzung, die sowohl das Individuum, wie auch die Gruppe verändert, entsteht aus diesem Spannungsverhältnis heraus eine neue Dimension: die Identität als psychische Energie, als »Motor« für ich-strukturelle Entwicklung, als Sozialenergie, als ökonomisches Prinzip.

Das ökonomische Prinzip – die Sozialenergie, wie ich sie nenne – steht im Zentrum des Interesses moderner wissenschaftlicher Forschung, dies gilt besonders für unsere Schule der Dynamischen Psychiatrie.

Aus diesem Grund möchte ich an dieser Stelle auf das Prinzip der Sozialenergie näher eingehen und die Entwicklung beschreiben, die dieser Begriff in unserer Schule genommen hat.

Habe ich vor ca. zehn Jahren noch von einem unspezifischen Energiereservoir gesprochen, das die Entwicklung des Menschen vorantreibt, so ist es aufgrund gezielter Beobachtungen in der klinischen Erfahrung immer deutlicher geworden, daß diese psychische Energie, die den Ich-Struktur-Aufbau bewirkt und damit das Persönlichkeitswachstum bestimmt

a) keine physikalische Größe mit entsprechender Gesetzmäßigkeit sein kann und
b) immer gruppen-bzw. personenabhängig ist.

Im 1. Handbuch der Dynamischen Psychiatrie habe ich vom narzißtisch-energetischen Prinzip der Sozialenergie gesprochen und die Sozialenergie als Funktion lebensgeschichtlich früher narzißtischer Zuwendung durch die Primärgruppe und späterer realitätsbezogener narzißtischer Gratifikationen aus aktuellen Gruppenzusammenhängen betrachtet. Die Sozialenergie selbst bewirkt den Ich-Struktur-Aufbau, sie kommt zustande, vermittelt durch die Identität des Menschen, der mit eben dieser Identität in Gruppen lebt, sich auseinandersetzt und so im gruppendynamischen Gesamtgeschehen Sozialenergie erhält und anderen Menschen gibt.

Damals nahm ich an, daß es die narzißtische Zufuhr sei, die diesen sozialenergetischen Austausch ermöglicht.

Unter narzißtischer Zufuhr verstand ich die für die Ich-Entwicklung und geistig-seelische Existenz des Menschen notwendige Bestätigung seiner konstruktiven, nicht der psychopathologischen Persönlichkeitsanteile, Geborgenheit, Zuwendung, Sicherheit und Liebe. Diese narzißtische Zufuhr hielt ich für die Quelle des Energiereservoirs des Ich, das entsprechend unterschiedlich stark oder schwach ausgebildet zu denken ist. Auch in diesem Zusammenhang sprach ich schon von einer notwendigen Regulation der narzißtischen Zufuhr, die ich bezogen auf den therapeutischen Prozeß wie folgt beschrieb: »Zwischen narzißtisch energetischer Zufuhr und konfrontatorischem Arbeiten findet eine flexible Regulation durch den Therapeuten statt. Eine Überregulation hinsichtlich des konfrontatorischen Arbeitens kann zur Reaktivierung archaischer Verlassenheitsangst führen. Eine Überregulation hinsichtlich zu großer narzißtischer Zufuhr kann zu einer arretierten symbiotischen Situation führen, in der letztlich kein Strukturgewinn in der therapeutischen Arbeit erreicht wird« (*Ammon*1979).

Diese Sichtweise hat sich in den letzten zwei Jahren aufgrund weiterer klinischer Studien erneut differenziert.

Wir konnten herausfinden, daß es immer beide Elemente sind, sowohl eine narzißtische Bestätigung der Persönlichkeit in ihrem Sein und Handeln, wie auch eine sozialenergetische Zufuhr, d.h. Auseinandersetzung, Kritik und ein Infragestellen, die in einem ausgewogenen regulierten Verhältnis zu einem Ich-Struktur-Wachstum führen, und zwar sowohl in der nachholenden Ich-Entwicklung psychisch Kranker, wie auch im Sinne von Identitätserweiterung bei an sich grundsätzlich konstruktiven Menschen.

Der in der frühen Lebensgruppe erfahrene sozialenergetische Austausch, der bestimmt wird durch die diese Gruppe kennzeichnende Gruppendynamik, ist verantwortlich für die spezifische ich-strukturelle Entwicklung des Kindes und damit für seine weitere Entwicklung, z.B. auch für seine gruppendynamische Situation in der Schule. Andererseits erweitert die Schule bzw. zuvor noch der Kindergarten die Identifikationsmöglichkeiten des

Kindes, die es im günstigsten Fall aufnehmen und dadurch seine Identität bereichern kann.

Sozialenergie als psychische Energie ist damit als motivationaler Faktor im Entwicklungsprozeß von Individuen zu verstehen, wobei die Motivation sich sowohl auf das Sein wie auch auf das Verhalten des Menschen bezieht. Angewendet auf das Ich-Struktur-Modell bedeutet das, daß Sozialenergie die Energie ist, die den Strukturaufbau veranlaßt, die Ich-Struktur daher sozusagen als geronnene Sozialenergie zu verstehen ist, und die Identität die Summe der erfahrenen Sozialenergie in quantitativer und qualitativer Dimension wiedergibt. Sozialenergie hat damit Transmitterfunktion zwischen der Gruppendynamik einer Gruppe und den ich-strukturellen Konsequenzen für einzelne Persönlichkeiten der Gruppe aus dieser Dynamik heraus. Die Sozialenergieregulation, d.h. die Dimension, Sozialenergie zu geben und zu bekommen, bezeichne ich als zentrale Ich-Funktion, die eng verbunden ist mit der Identität.

Hier zeigt sich auch die Verbindung der Ebenen und Dimensionen, die die Identität ausmachen, die Widerspiegelung aller Ebenen auf der Ebene, die im Vordergrund steht, – entsprechend meinem Grundsatz einer holistischen Wissenschaft, in der jeder Aspekt des Abstrakten sich im Konkreten findet, jedes Besondere alle Beziehungen des Allgemeinen in sich birgt.

Identität ist Funktion, Struktur, Ort, gruppendynamischer Niederschlag und ökonomisches Prinzip, wobei jede Dimension in den anderen enthalten ist.

Hinzuzufügen als fünfte Dimension ist die prozeßhafte Ebene der Identität. Gemeint ist die Identität als dynamisches Entwicklungsprinzip, als Prozeß fortwährender sozialenergetischer Auseinandersetzungen des Menschen, der Kontakte zu anderen in Gruppen, deren gruppendynamisches Geflecht ihren Niederschlag findet in der Ich-Struktur sowie in der Erweiterung und dem Wachstum einzelner Ich-Funktionen.

Ist Identität als Prozeß definiert, als dynamisches Geschehen, als etwas, das immer wieder neu zu erringen ist, so spielt auch die Dimension der Zeit eine bedeutsame Rolle, – will man erfassen, was der Begriff Identität in der Human-Strukturologie bedeutet.

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

Die Identität als Geschehen an der Grenze von Raum und Zeit spielt auch eine Rolle in der Dialektik von Identität und Unbewußtem.

Wie ich eingangs sagte, verstehe ich als zum Unbewußten gehörig den strukturellen Niederschlag aus der lebensgeschichtlich erfahrenen Gruppendynamik, wobei der Dynamik lebensgeschichtlich früh erfahrener Gruppen besondere Bedeutung zukommt.

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

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

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

An anderer Stelle (*Ammon* 1982) spreche ich von diesem Geschehen als sozialenergetischem Kreis. Stationen dieses sozialenergetischen Kreises sind zunächst: Sozialenergieaustausch, Ich-Struktur im Unbewußten, Identität und Gruppenbezüge, in denen sich der Kreis zum Sozialenergieaustausch hin wieder schließt.

Sozialenergetische Austauschprozesse, zunächst in der Primärgruppe, bestimmen die Ausprägung der Ich-Struktur des Menschen. Seine ichstrukturelle Beschaffenheit wiederum gibt den Stand seiner Identität an. Mittels dieser Identität setzt der Mensch sich selbst wieder in Gruppenbezüge, die neuen sozialenergetischen Austausch bewirken und damit den sozialenergetischen Kreis wieder eröffnen im Sinne einer Identitätserweiterung.

Die Vorstellung eines sozialenergetischen Kreises macht aber noch ein weiteres Moment deutlich, nämlich den Teufelskreis, der in einer pathologischen Entwicklung steckt, die Zwangsläufigkeit, mit der psychisch kranke Menschen sich immer wieder Menschen und Gruppen suchen werden, die ihnen nur passager Sozialenergie geben, ihre Krankheit stabilisieren und destruktiv narzißtische Bestätigung als Bestätigung der kranken Ich-Anteile erteilen. Diese Form von Beziehung habe ich auch als narzißtische Komplizenschaft bezeichnet (*Ammon* 1981).

Deutlich wird an dieser Stelle aber auch, wo eine psychotherapeutische Behandlung einsetzen kann. Die Gruppenbezüge, die der sich in die Therapie begebende Kranke sucht, die seine Krankheit erhalten, werden passager

ersetzt durch eine therapeutische Gruppe oder Einzelbeziehung, in der sozialenergetische und damit strukturbildende und persönlichkeitsverändernde Prozesse ablaufen können. Therapeutische Aufgabe ist also die Strukturierung eines sozialenergetischen Feldes, das in seiner konkreten Ausformung angepaßt werden muß an den Stand der Identitätsentwicklung im Hier und Jetzt des Patienten, d.h. auch an das Bild seiner Krankheit.

Das Prinzip der Sozialenergie, wie wir es zunehmend besser differenzieren können, zeigt Schritt um Schritt zugleich seine Relevanz nicht nur für die Theorieentwicklung, sondern auch für eine konkrete psychotherapeutische Behandlungspraxis. Die Bedeutung des Prinzips einer sozialen Energie hat sich, nicht nur beschränkt auf die psychoanalytische Forschung, in den letzten Jahren immer mehr als notwendig erwiesen.

Die amerikanische Sozialpsychiatrie beschäftigt sich mit diesem Fragenkomplex ebenso wie die sowjetische *Uznadze*-Schule. *Lenin* bereits verwendete den Terminus der sozialen Energie, worauf mich *Dimiter Petrow* aufmerksam machte. *Hans Böttcher* (1981) spricht von einer interpersonell-energetischen Ebene, der er die motivationale einschließlich der informationellen zuordnet.

Die Idee der psychischen Energie kann nicht mehr auf der Grundlage eines mechanistischen Verständnisses als »Quantum von Hirnenergie« diskutiert werden, wie mein wissenschaftlicher Freund *Filipp V. Bassin* mir kürzlich schrieb, sondern muß bezogen werden auf den Charakter interpersoneller Beziehungen.

Besonders eklatant zeigt sich diese Notwendigkeit in der Sichtweise und Interpretation der Hospitalismusforschung von *René Spitz*. Aufgrund der Triebtheorie, auf deren Boden er steht, kommt er zu dem Schluß, daß sich die Säuglinge, um die kein Mensch sich sorgend und liebend kümmert, aufgrund ihrer dualistischen Triebstruktur selbst töten, da ihre Triebe kein Objekt finden (1946).

Unseres Erachtens ist die menschliche Wärme und Zuneigung, das Sich-Kümmern, Ernst- und Annehmen, das, was diesen Säuglingen fehlt und für ihren Tod verantwortlich ist, eben die fehlende Sozialenergie. Die Deprivationsexperimente von *Harlow* (1966) können ebenfalls zur Untermauerung dieser These herangezogen werden, ebenso *Makarenko* (1957) sowie die späteren sowjetischen Pädagogen, worauf ebenfalls *Bassin* mich hinwies. Auch *August Aichhorn* (1925) und seine Arbeit mit Jugendlichen möchte ich in diesem Zusammenhang erwähnen, ebenso *Istvan Benedek* (1968) in seinen Bemühungen um psychisch Kranke auf einer psychiatrischen Versuchsstation, dem »Landgut«, aber auch *Luria* (1970), *Leontjev* (1971) und *Galperin* (1980) gehören dazu, die u.a. mit Gehirnverletzten des 2. Weltkrieges arbeiteten und auf diesem Wege Menschen wesentlich geholfen haben bei gleichzeitiger Eröffnung neuer Wege für die Wissenschaft.

Persönlichkeitsveränderung, ich-strukturelle Änderung und auch Identitätswachstum vollziehen sich immer an einer Grenze, – einer Grenze,

an der ein tiefer menschlicher Kontakt entsteht und an der ein Mensch auf die Frage nach sich selbst zurückgeworfen ist.

Jede bedeutsame Begegnung, die den Menschen in seiner zentralen Persönlichkeit erreicht, formt ein Stück weit seine Persönlichkeit, so daß diese Persönlichkeit letztendlich zu denken ist als ein neues ganzheitliches Resultat aus einer Kette von bedeutsamen Begegnungen und Grenzsituationen, durch die eine ganzheitliche Identität sich abgrenzt und formiert.

Deswegen möchte ich auch weniger von einer verinnerlichten Gruppendynamik sprechen, als nunmehr von verinnerlichter sozialenergetischer Gruppendynamik, die das Kind beeinflußt durch die Wertsetzung in der Primärgruppe und in den nachfolgenden wichtigen Gruppen. Diese Wertsetzung betrifft die verschiedenen Seinsbereiche des Menschen wie die Wertsetzung von Arbeit, die Wertsetzung des Umgangs mit der Zeit, des Umgehens mit Kontakten und Freunden, die Wertsetzung von Ideen, von Aufgaben, von Bedeutsamkeiten geistiger und auch sozialer und politischer Art. Das alles sind Wertsetzungen, die ein Kind in den primären Gruppen lernt, Bedeutsamkeiten, die ihren Niederschlag im Unbewußten finden und die Identität prägen.

Auf dieser Basis wird Auseinandersetzung möglich, d.h. ein gegenseitiges Sich-Mitteilen von Bedürfnissen, Wünschen, zustimmenden und ablehnenden Gefühlen. Sozialenergetische Zuwendung heißt immer auch, dem anderen einen Spiegel vorhalten und ihm zeigen, wer er ist, wo er steht und wohin er sich entwickeln kann. Zur sozialenergetischen Zuwendung gehört aber ebenso, den anderen Menschen ernst zu nehmen in dem, was er ist, was er weiß und tut, daraufhin eine Auseinandersetzung zu beginnen und sich einzulassen auf den anderen.

Sozialenergetische Auseinandersetzung wird immer den ganzen Menschen berühren, ihn in Frage stellen und ihm damit neue Wege eröffnen.

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

Ich spreche von konstruktiver, destruktiver und defizitärer Sozialenergie. Sozialenergie ist auf diesem Spektrum zu betrachten, was auch von der theoretischen Seite her, wo ich die Sozialenergieregulation als zentrale Ich-Funktion des Unbewußten verstehe, nahegelegt ist.

Bedeutet konstruktive Sozialenergie Energie, die ihren Niederschlag in konstruktiven ich-strukturellen Neubildungen hat aufgrund ernsthafter Auseinandersetzung und bedeutsamen Ereignissen, kann man auch von destruktivem Kontakt sprechen, von bedeutsamen Ereignissen, die destruktive, lebensverbietende Konsequenzen haben und zur Ausbildung destruktiver Ich-Strukturen führen. Immerhin ist aber in diesen destruktiven Auseinandersetzungsformen ein menschlich ernster Kontakt vorhanden, Struktur bildet sich, aber eben in destruktiver Ausprägung.

Defizitäre Sozialenergie ist demgegenüber eine totale Verweigerung eines menschlich ernsthaften Kontaktes, die gar keine Strukturbildung in Gang setzt. Ein Beispiel für defizitäre Sozialenergie sind die hospitalisierten Kinder, von denen *Spitz* berichtet, die m.E. eben aufgrund des Mangels an Sozialenergie sterben müssen. Defizitäre Sozialenergie kann aber auch in Form von ständigem, undifferenziertem Bestätigen eines Menschen geschehen. Damit meine ich die Situationen, die sich zusammensetzen aus immer neuen Verweigerungs- und Verlassenheitssituationen, in denen die miteinander nur formal in Beziehung tretenden Menschen sich nie wirklich spüren können, keine gemeinsame Wahrnehmung und Sprache existiert, jeder mit dem Bild vom anderen in Beziehung tritt, wie es häufig in pathogenen Symbiosen der Fall ist.

Sozialenergie ist etwas, das jeder Mensch braucht, das ihn zum Leben erweckt, wie es in der alten ägyptischen Kultur so eindrucksvoll und anschaulich dargestellt wird im Symbol des Ank, dem ägyptischen Kreuz als Zeichen mit der Bedeutung »Du sollst leben«, das die Götter den Sterblichen einhauchen, das den Pharaonen übergeben wird und auch im Aton-Kult des Echnaton in den Sonnenstrahlen symbolisiert ist, die in gebenden Händen enden. Ich möchte auch meinen, daß die mittelalterlichen Heiligenscheine, die ja ursprünglich die gesamte Persönlichkeit mit einem goldenen Schein umgaben – der kleine Heiligenschein um den Kopf ist eine Verkürzung der ursprünglich angenommenen Aura jedes Menschen –, um darzustellen, was wir heute als Ausstrahlung bezeichnen, die Sozialenergie in ihrer Ausstrahlungsform und Hinwendung, in ihrem sich mit dem anderen Menschen Verbinden, im Kontakt und Beziehung Herstellen ausdrücken.

Sozialenergie, Gruppe, Identität, Ich-Struktur und Unbewußtes beschreiben Inhalte, die eng zusammenhängen, in gegenseitiger Abhängigkeit zueinander stehen und gemeinsam den Prozeß von menschlicher Entwicklung, die immer ein lebenslanger Prozeß ist, bestimmen.

Diese Zusammenhänge zu erfassen, haben wir eben erst begonnen. Neue Wege der Erkenntnisfindung sind hierzu erforderlich, wie mir scheint.

Der Begriff von Wissenschaft und Erkenntnis hat sich gewandelt über die Zeiten. Eine rationalistische Erforschung der Welt hat die Wissenschaft verselbständigt, wesentliche menschliche Seinsbereiche ausgegrenzt, dabei auch das Unbewußte, die Gruppe, den Menschen in seiner ganzheitlichen Existenz und Kultur. Man kann sagen, daß die Erforschung des Unbewuß-

ten deshalb erst neu begonnen worden ist und sich in ihren Anfängen bewegt, sie geht aber andererseits um Jahrtausende zurück, wenn man unsere derzeitige Auffassung von Wissenschaftlichkeit erweitert und z.B. an die großen Lehren Altägyptens, Mesopotamiens und der Reiche der Sumerer bis hin zu den Kulten von Kreta denkt. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse aus alten Kulturen, die auf ganz andere Weise gefunden wurden als durch unsere heutigen Methoden, sind erstaunlich.

Ein Beispiel dafür sind die astronomischen Angaben, die von den Mayas (ca. 900-1224 n. Chr.) stammen, die eine Genauigkeit erreichen, die dem Stand heutiger Wissenschaft, die über komplizierte Hilfsmittel verfügt, sehr nahe kommt. Dies läßt sich am Kalendersystem der Mayas verdeutlichen. Zählt der Julianische Kalender 365,2500 Tage pro Jahr, der Gregorianische 365,2425 Tage, verzeichnet der Kalender der Maya 365,2420 Tage pro Jahr und kommt unserem heutigen wissenschaftlichen Kalender, der die Anzahl von 365,2422 Tagen annimmt, am nächsten (*Alonzo* 1980).

Dargestellt werden die Erkenntnisse der Mayas in ihrer Architektur, die wiederum mit der Religion und dem Leben überhaupt eng verbunden ist, was hinweist auf eine ganzheitliche Lebens- und Erkenntnisweise, in der in unserer Kultur getrennte Lebensbereiche integriert sind.

Alonzo (1980) untersuchte die Pyramide des Tempels Kukulcan in Chichen Itza. Einige seiner Ergebnisse möchte ich im folgenden darstellen, da sie Aufschluß geben über die enormen geistigen Leistungen, die damals vollbracht wurden und in dem Bauwerk verborgen sind.

Jede Seite dieser Pyramide hat 91 Stufen, die Stufen der vier Seiten addiert ergibt – bezieht man die obere Plattform mit ein – die Zahl 365 und beschreibt damit die Anzahl der Tage des Jahres. Die Mayas, deren Zahlensystem auf der Zahl 20 beruht, zählen ihr Jahr in 18 Monaten – 18 Ecken weist die Plattform auf – mit jeweils 20 Tagen. Eingeschlossen in ein Jahr sind die sogenannten »5 bösen Tage«, die hinzugezählt wiederum die Zahl 365 ergeben. Das, was in unserem Denken ein Jahrhundert darstellt, ist im Denken der Mayas an die Zahl 52 gebunden, die einen Lebenszyklus beschreibt. Auch diese Zahl findet sich in der Architektur des Tempels von Kukulcan wieder, und zwar in den versenkten 26 Panelen an jeder Seite der Treppe, die zusammen die Zahl 52 ergeben.

Dieses Spiel der Zahlen wird mit eindrucksvoller Genauigkeit fortgesetzt im Geschehen von Licht und Schatten am Tempel des Kukulcan an den Daten der Tag- und Nachtgleiche. Der Tempel von Kukulcan ist um 17 Grad gegenüber dem magnetischen Nordpol versetzt, wie übrigens auch zahlreiche andere Bauten der Mayas und der mesoamerikanischen Kulturen. Am 21. März und am 22. September projizieren sich die Decken der Plattform der Reihe nach auf den Rand der Balustrade der Nordtreppe als sieben gleichschenklige Dreiecke, wobei das letzte den Hals eines großen Schlangenkopfes bildet. Der Kopf der Schlange ruht auf der Basis der Balustrade. Dieses Lichtphänomen erweckt den Eindruck einer sich wellenförmig bewegenden Schlange und bekanntlich

stellt die gefiederte Schlange ein bedeutsames religiöses Symbol der Mayas dar.

Die Wissenschaft findet sich im Mythos – worauf auch *Paul Feyerabend* (1976) hinweist –, der Mythos wird dargestellt von der Architektur, die wiederum die Kultur und damit das gruppendynamische Geschehen der in dieser Kultur lebenden Menschen abbildet.

Die moderne ethnologische und anthropologische Forschung thematisiert ganz ähnliche Fragen. *Hans G. Kippenberg* (1980) versucht, vom Standpunkt der uns fremden Konzeption her eine Kritik an der Universalisierung unseres Begriffes von Wissenschaft und ihrer möglichen Erkenntnisse und Erkenntnisweisen zu entwickeln und die Frage nach dem Verstehen fremden Denkens aufzuwerfen. Hier Zugänge zu finden, hängt m.E. zusammen mit dem, was wir als das Unbewußte erforschen, wie z.B. die Sprache des Unbewußten in Symbolen, Bildern, Musik und Träumen.

Ob wir diese Zugänge finden werden, hängt mit unserer Methodik zusammen, mit der Frage, wie wir an dieses Problem herangehen. Auch hier spielt m.E. die Identität eine Rolle in ihrer methodischen Dimension. Identität als Prozeß habe ich in der Dialektik von Raum und Zeit beschrieben. Raum und Zeit sind Dimensionen, die im Unbewußten integriert sind, zum einen durch die gruppendynamische Bestimmtheit des Unbewußten, zum anderen durch die zeitliche Bestimmtheit.

Um das Unbewußte zu erforschen, brauchen wir eine Methodik, die diese Dimensionen integriert und die die Sprache des Unbewußten, die m.E. nicht im rationalistischen Sinne systematisiert werden kann, erfaßt.

Eines der schönsten Symbole des Unbewußten stellt m.E. das Labyrinth dar. Bereits *Freud* wies auf das Labyrinth als Symbol des Unbewußten hin (1932), das sich in seiner Urform in der Oase Fajum findet, vor allem aber über das kretische Lybyrinth des Minotaurus bekannt geworden ist.

Die kretischen Höhlenlabyrinthe sind wiederum verbunden mit Mythen und den Mysterienkulten, die *Kerényi* (1967) ausführlich untersuchte. Sie zeigen in ihrer Symbolik Formen, Wandlungen und Ausdrucksweisen des Unbewußten und gleichzeitig Lebens-, Verstehens-, Denk- und Daseinsweisen einer frühen Kultur, d.h. ihre Gruppenidentität.

Das Labyrinth ist zu verstehen als eines der ältesten Symbole des Unbewußten, das konkret symbolisch den Eintritt in die Höhle des Unbewußten ausdrückt, das hinweist auf die unbewußten bedeutsamen Begegnungen im Labyrinth und das zu Grenzsituationen menschlicher Existenz hinführt, zu Tod und Wiedergeburt, und auch hier, vermittelt über das Grenzerleben, macht sich das prozeßhaft Entwickelnde und im Flusse Verändernde erfahrbar, geht es um Identität. Wesentlich dabei ist die Fähigkeit des Sich-selbst-erleben-Könnens in allen Bereichen des eigenen Wesens, wie es der selbstverständliche Gedanke der frühen, antiken Philosophen in der Auffassung der Kulte in antiker Sichtweise war.

Sich selbst als existierend wahrzunehmen, sich selbst zu erleben in der Zeit und im Raum, der durch die Beziehung zu den anderen Menschen ge-

bildet wird, möchte ich in den Mittelpunkt eines holistischen Menschheitsverständnisses stellen, – ein Verständnis, das Bewußtes und Unbewußtes verbindet im Begriff der Identität.

Identity and Social Energy

Günter Ammon

In my way of thinking the notion identity stands for a holistic concept of man and an integrative view of personaltiy. With this concept I try to find ways to a holistic mode of cognition.

The concept of identity is the integration of different psychic dimensions. These dimensions are as follows:
(1) The intrapsychic dimension of identity as the central ego-function of the unconsciousness, interdependent on other ego-functions, and as ego-structure, synergetically relating the unconsciousness and the consciousness to each other, as well as relating the primary, biological ego to the central, unconscious ego and to the secondary, behavioural ego;
(2) The interpsychic dimension, i.e. personal features characteristically differing from one person to the next;
(3) Identity as a dynamic process evolving on the border between the individual and the group, identity as interpersonal space, and identity as provoking change in other persons;
(4) The dimension of identity as an economic principle, i.e. psychic energy as social energy and thus as the dynamic nucleus of ego-structural development.

Social energy is energy which causes the ego-structure to grow. This ego-structure is to be understood as social energy which has manifested itself as the result of group-dynamical contacts, processes and conflicts. The essential feature of these group-dynamical relations is taking the other person seriously, both in terms of approval and of criticism. Social energy is the motivational factor of the developmental process of any individual. Identity is the sum-total of the social energy which one has received up to now, both in a quantitative and in a qualitative respect. Social energy fulfils a transmitting function between the here-and-now of group processes and the effects on the ego-structure of the given person.

The dimensions of identity as a function, as a structure, as interpersonal space, as the result of group-dynamical experiences, and as an economic principle imply each other.

These dimensions are
(5) supplemented by the dimension of identity as a process; this dimension comprises time, i.e. the life-time of a person which to turn into real life, into a life lived is up to him. The time factor is dialectically related to the interpersonal space provided by the groups in which an individual lives and develops.

Space and time are related to each other through the unconsciousness with its potentialities. The unconsciousness is to be understood both as the group-dynamical milieu with its potentialities and the given person's future life-time with its potentialities. So, identity is a synthesis of the unconscious potentialities of the person's life up to now, of the group-dynamical here-and-now, and of the potentialities of his further life. In this synthesis the group-dynamics which the person is a part of becomes his ego-structure, depending on how much identity has an effect as social energy.

Social-energetic processes can be understood as sections of a social-energetic circle: the receiving and giving of social energy leads to the formation of the ego-structure in the unconsciousness, i.e. to identity; identity leads to further group contacts – in this way the circle of the giving and the receiving of social energy is complete. The level of identity-development is reflected by the ego-structure.

The concept of a social-energetic circle also helps to understand the vitious circle of pathological development, the inevitability for psychically ill people to have destructive and deficitary group experiences, and it helps to realize the starting-point of social-energetically constructive group-dynamics as a therapeutic means. In therapy, existential border situations are essential for the patient, for in such situations his identity can grow. The identity of a person is shaped by every meaningful contact; therefore identity is to be conceived of as the ever-changing, holistic result of a chain of meaningful contacts and border situations.

Therefore, social energy is either more constructive, or more destructive or more deficitary. If you take social energy to be a function of social-energetical regulation, i.e. as an ego-function (which I attribute to the central ego), then the functional dimensions »constructive«, »destructive«, and »deficitary« also apply to the concept of identity. Deficitary social energy is the lack of serious, meaningful relations to other people; destructive social energy is to have meaningful, but destructive relations to other people with corresponding life-denying effects on ego-development, leading to a destructive ego-structure.

I think in order to understand identity, the unconsciousness, and social energy new ways of scientific exploration have to be found. Archaic cultures were able to gather knowledge in a scientifically exact and holistic way, drawing on their unconscious potentialities without being equipped with the scientific methodology of today; this teaches us to become aware of the fact that holistic knowledge and holistic modes of cognition have been lost because of the separation and the shutting-off of many fields of human experience.

Literatur bei der Redaktion

Das Prinzip der Sozialenergie im holistischen Denken der Dynamischen Psychiatrie*

Günter Ammon

Die Vorstellung von psychischer Energie hat die Wissenschaft immer wieder beschäftigt. Bei *Freud* findet sich die Auseinandersetzung mit diesem Komplex zum Begriff der Libido, der eng gekoppelt ist mit seinem Verständnis vom Menschen als vorwiegend durch Triebe geführtes Wesen.

Aufgrund unserer Beobachtungen von Entwicklungsverläufen gesunder Kinder in ihren Familien, gruppendynamischen Prozessen gesunder Menschen und unseren klinischen Erfahrungen hat sich immer mehr herauskristallisiert, daß psychische Energie

a) keine biologisch-physikalische Größe mit entsprechender Gesetzmäßigkeit sein kann und
b) immer gruppen- und personenbezogen zu sehen ist.

Sozialenergie verstehe ich, allgemein gesprochen, als eine dem Individuum aus seiner Umwelt gegebene Energie. Diese Energie vermittelt sich im und durch zwischenmenschlichen Kontakt. Wie dies vorzustellen ist, werde ich später näher beschreiben.

Sozialenergie dient dem Individuum zur Entwicklung der Ganzheit seiner Persönlichkeit: seiner Körperlichkeit, seinem Wesen, seinem Verhalten. Die fundamentale Veränderung gegenüber einem herkömmlichen psychologischen und psychoanalytischen Energieverständnis liegt darin, daß menschliches Wachstum primär verstanden wird auf der Basis sozialer, zwischenmenschlicher Prozesse und nicht – wie das Endogenitätsdenken meint – aufgrund innerindividuell isoliert ablaufender biologischer Eigengesetzlichkeiten. Hieraus ergeben sich Konsequenzen für die allgemeine und spezielle Theorieentwicklung einerseits, für die Weiterentwicklung therapeutischer Methodik andererseits. Beziehungen zwischen Menschen werden mit diesem Konzept in ihrer qualitativen Wirksamkeit benennbar. Das Verhältnis zwischen Mensch und Gruppe und auch zwischen Individuum und Gesellschaft wird dynamisch und energetisch beschreibbar, was wesentliche Konsequenzen für gruppendynamisches und therapeutisches Arbeiten hat.

Die Psychoanalyse verstehe ich als Behandlungswissenschaft. Aus dem therapeutischen Tätigsein heraus habe ich den Begriff der Sozialenergie als konsequente Schlußfolgerung der Anwendung meines Narzißmus-Konzeptes geprägt.

Die Vorstellung psychischer Energie hat im Zuge der Theoriebildung und -entwicklung mehrfach Veränderung erfahren (vgl. *Ammon* 1979, *Ammon* et al. 1980; *Griepenstroh, v. Wallenberg Pachaly* 1979). Sprach ich

* veröffentlicht in: Dyn. Psychiat. (16) 169–184, 1983

zunächst von einem unspezifischen Energiereservoir, aus dem das Wachstum der Ich-Funktionen hervorgeht, in Abgrenzung zu *Freuds* Begriff der Libido in biologisch-physikalischem Verständnis, wurde mir immer deutlicher, daß psychische Energie keine primär aus dem Inneren des Menschen heraus entstehende Größe ist, sondern mit dem sozialen Umfeld des Menschen im Zusammenhang steht. Das soziale Umfeld wiederum, die Kultur, die Gesellschaft bestehen aus und in der Interdependenz unterschiedlichster Gruppen. Jede Gruppe besitzt ihre eigene Dynamik, die beeinflußt wird von weiteren Gruppenbezügen, in denen die Gruppe bzw. einzelne Mitglieder der Gruppe stehen, bis hin zur Großgruppe der Gesellschaft. Psychische Energie entstammt diesem Geflecht unterschiedlicher Gruppendynamiken, was es im einzelnen näher zu untersuchen gilt.

Psychische Energie ist soziale Energie unter Menschen und gehorcht gruppendynamischen Gesetzmäßigkeiten. Dies bedeutet nicht, daß nicht auch die Beschäftigung mit einem Gegenstand oder einer Sache sozialenergetisch wirksam sein kann. Es heißt aber, daß diese Beschäftigung immer in einem durch Beziehungen bestimmten Umfeld abläuft – ich spreche vom sozialenergetischen Feld – und damit wieder von Kontakten getragen wird. Ich sage dies auch in Abgrenzung zu Interaktionsmodellen, die eine Vorstellung von »Sender« und »Empfänger« implizieren, wenn sie Kontakte beschreiben. M.E. geht es hier nicht um eine lineare Dimension, sondern um die Dimension eines Kraftfeldes, das durch Kontakt gebildet wird und durch Veränderung aktueller und latenter Beziehungen differenziert seine Struktur und Wirksamkeit verändert.

Sozialenergie als psychische Energie sehe ich immer in Abhängigkeit von zwischenmenschlichen und gruppendynamischen Bezügen, von der Umwelt des Menschen, gesellschaftlichen Faktoren und seinem Sein in dieser Gesellschaft.

Sozialenergie entsteht durch Kontakt, Auseinandersetzung, Geborgenheit, Verläßlichkeit, Liebe, durch Forderungen an die Identität, durch Forderungen und Aufforderungen zum Tun, zur Tätigkeit und zur Aufgabe. Gerade die Bedeutung der Verläßlichkeit möchte ich an dieser Stelle noch einmal hervorheben als vom Analytiker zu erwartende grundlegende Eigenschaft. Der Patient muß sich auf seinen Analytiker verlassen können, erst dann ist eine Beziehung tragend, die Auseinandersetzung standhält und in der auch Anforderungen gestellt werden können.

Menschen, die nicht oder zu wenig gefordert werden, sind verlassene Menschen mit Sozialenergiedefiziten. Durch Sozialenergie entwickelt sich ein Mensch, kann er wachsen und sich verändern, seine Identität ausbilden wie auch die Ich-Struktur als Ganzes.

Sozialenergie ist notwendig zur Erhaltung des Lebens. Ein neugeborenes Kind, das keine Sozialenergie bekommt, würde sterben. So ist es m.E. auch kein gegen das eigene Leben gerichteter Trieb, der hospitalisierte Säuglinge zum Sterben verurteilt, wie *René Spitz* (1957) es beschreibt,

sondern der Mangel an Zuwendung, Wärme, Ernsthaftigkeit und Fürsorge, der zum Tod dieser verlassenen Kinder führt. Sozialenergie geben, heißt zunächst nichts anderes als Verständnis und Interesse am anderen zu haben, sich mit einem anderen Menschen einzulassen, auseinanderzusetzen, ihn auch mit seinen Ängsten Sorgen und Schwierigkeiten ernstzunehmen. Man muß sagen, daß diese, von mir hier aufgezählten Elemente, auch Merkmale eines Therapeuten darstellen und Kriterien für die Auswahl von Ausbildungskandidaten sein sollten.

Sozialenergieausstausch ist immer ein wechselseitiges Geschehen, aus dem alle daran Beteiligten Veränderung und Wachstum erleben. Sozialenergie ist Kraft und Stärke, die Menschen untereinander sich geben können und die ihren Niederschlag findet in allen Bereichen der Ich-Struktur. Sozialenergie kann entsprechend der Gestaltung der gruppendynamischen Konstellation, in der die zwischenmenschliche Auseinandersetzung stattfindet, konstruktiv, destruktiv oder defizitär sein, und das ist der derzeit neueste Stand unserer Theoriebildung. Bestimmend für die Form der Ausprägung sehe ich die gruppendynamischen Bezüge, in denen Auseinandersetzung und Bestätigung stattfindet – ich spreche vom sozialenergetischen Feld, um diesen gruppendynamischen Raum zu beschreiben. Dieses Feld kann nun durch konstruktive, destruktive oder defizitäre Dynamik bestimmt sein und wird auch immer Elemente jeder dieser Dynamiken enthalten in unterschiedlichem Verhältnis.

Jeder Mensch wird selbst erfahren haben, wie die Begegnung mit einem Menschen ein tiefes und gutes Gefühl hinterlassen kann, wie erfrischend eine solche Begegnung ist und wie sie Denken und Fühlen anregt. Das Gefühl, erkannt und verstanden zu werden, den anderen zu verstehen und zu erkennen, kann durchaus auch verbunden sein mit einem Disput, einer kritisch-dialektischen Auseinandersetzung. Der Mensch findet sich in anderen wieder, erlebt sich durch die Augen des anderen und erfährt ein Gefühl, ernstgenommen zu werden und sinnvoll zu sein. Konstruktive Sozialenergie zeigt sich in bedeutsam empfunden Begegnungen, die von früher Kindheit an Einfluß auf die Entwicklung der Persönlichkeit nehmen.

Konstruktive Sozialenergie ist gekennzeichnet dadurch, daß Auseinandersetzungen zu Entwicklung, Wachstum, Veränderungen der Persönlichkeit und der Ich-Struktur führen. Konstruktive Sozialenergie ist u.a. daran zu erkennen, daß Beziehungen belastbar sind, d.h., daß auch Gefühle wie Angst und Aggression ausgehalten und in die Auseinandersetzung einbezogen werden. Ich möchte hier von einer Interdependenz von Sozialenergie, Kontaktfähigkeit und Angsttoleranz sprechen. Von der Stärke der Angsttoleranz können wir auf die Kontaktfähigkeit und auf das Ausmaß an Sozialenergie, über das ein Mensch verfügt, schließen. Sozialenergie verstehe ich als die treibende und tragende Kraft jeglicher Form von humanstruktureller Entwicklung und Veränderung des Menschen im konstruktiven, destruktiven und defizitären Sinne.

Defizitäre Sozialenergie ist insuffiziente oder verweigerte Sozialenergie, das Ignorieren von Menschen. Eine der größten Strafen, die Eltern Kindern antun können, ist der sogenannte Liebesentzug. Mangel an Sozialenergie entsteht, wenn alle Zuwendung, alles Interesse, alles Bedeutsame an Kontakten bewußt oder unbewußt verweigert wird. Auch der Körperkontakt ist außerordentlich wichtig für die Sozialenergie. Menschen, die nie gestreichelt worden sind und nie Körperkontakt erlebt haben, haben auf einem großen und tief in ihre Persönlichkeit eingreifenden Gebiet keine Sozialenergie bekommen und defizitäre Strukturen entwickelt. Die defizitäre Dynamik von Sozialenergie drückt sich in fehlendem Interesse und fehlender Zuwendung bei formaler Betreuung aus. Es fehlt ein Verständnis für den Menschen, seine Eigenarten und eine Auseinandersetzung mit ihm. Diese Dynamik ist typisch für tote Beziehungen, die oft durch symbiotische Selbstaufgabe gekennzeichnet sind. Defizitäre Sozialenergie findet oft auch ihren Ausdruck in Verwöhnungs- bzw. Versagungsbeziehungen.

Destruktive Sozialenergie ist demgegenüber gekennzeichnet durch offene Destruktion unter Menschen, durch Verbote, Lebenseinengungen, Bestrafungen, Beschimpfungen und Zwänge aller Art. Extreme Bespiele für destruktive Sozialenergie sind die Kindesmißhandlung, aber auch eine destruktive Zerstörung von Identität.

Konstruktive, destruktive und defizitäre Sozialenergie sind in ihrer Dynamik vielfältig gestaltet und finden ebenso vielfältig gestalteten Niederschlag in der sich verändernden oder entwickelnden Ich-Struktur.

Im Zusammenhang mit meiner Konzeption der Energie als Sozialenergie ergibt sich eine in der Psychologie meines Wissens neue Konzeption von Entwicklung. Entwicklung ist an interpersonelle, kreative und sozialenergetische Austauschprozesse gebunden. Sie ist kein teleologischer oder epigenetisch vorgezeichneter Prozeß. In unserem Denken heißt Entwicklung wachsende Erweiterung der Ich-Struktur, d.h. sowohl der bewußten wie der unbewußten und der neurophysiologischen Anteile der Ich-Funktionen. Besonders bedeutsam sind in diesem Geschehen, welches insgesamt ein lebenslanger Prozeß ist, die Zeit der kindlichen Entwicklung, das sozialenergetische Feld und die Gestimmtheit, die Beziehungen emotionaler Art in der Familiendynamik und in der entsprechenden sozialenergetischen Atmosphäre. Diese gesamte Gestimmtheit der umgebenden Gruppe ist spiegelbildlich wiederzufinden in der Ich-Struktur des Kindes. Die Ich-Struktur kann man als manifestierte Sozialenergie verstehen. Die gesamte Gruppendynamik spielt im ich-strukturellen Aufbau eine Rolle, fördernd, störend oder auch hemmend, und sie ist verantwortlich für eine konstruktive Entwicklung, aber auch für Defizite der verschiedenen Ich-Strukturen und der Identität als ganzer.

Zunächst erhält das Kind bzw. bereits das ungeborene Kind, Sozialenergie durch die Mutter. Die Mutter ist Teil einer oder mehrerer Gruppen und der gesellschaftlichen Umgebung. Gruppen reagieren auf werdende

ihrem ungeborenen Kind. Auch gesellschaftliche, politische und kulturelle Aspekte spielen hierbei eine Rolle. Der größte Teil der Vermittlung von Sozialenergie zwischen Mutter, Kind und Gruppe verläuft auf der Ebene des Unbewußten, und zwar um so mehr, je jünger das Kind ist. So spielen die Sprechweise und die Sprache der Mutter eine Rolle, der Tonfall der Stimme, mit der sie sich dem Kind zuwendet und den das Kind mit eigenem Tonfall in Lauten und Schreien wie in anderen Äußerungen von Gesten und Gebärden beantwortet. Diese Formen können wir als die primären Äußerungen des Unbewußten beschreiben, als eine Kommunikation von Gruppe, Mutter und Kind in einem sozialenergetischen Austausch. Im Idealfall geht dieser Austausch einher mit Gefühlen von Getragenheit, Sicherheit und Wohlbefinden sowie gegenseitiger Anerkennung der Persönlichkeit in Verbindung mit dem, was wir Empathie und Verstehen und auch einfühlendes Verständnis in die innere Wahrnehmung des anderen nennen und durch die auch ein Einklang mit den äußeren Wahrnehmungen des anderen mit der eigenen inneren Wahrnehmung hergestellt werden kann. Es handelt sich auch um Wahrnehmungen von Abgrenzungsbedürfnissen oder von Aggressionen, von neuen Gedanken, Gefühlen und Zärtlichkeitsbedürfnissen, die von dem Kind ausgehen.

Wesentlich ist in diesem Zusammenhang das Menschenbild, d.h. das was in der jeweiligen Gruppe als erstrebenswert und vorbildlich gilt. Es ist oft von großer Bedeutung, was in den ersten Lebensgruppen als konstruktiv empfunden wird und wieviel Raum, Zeit, Echtheit, innere Ruhe und Gelassenheit in der Vermittlung mitwirken. Wertsetzungen, die die verschiedenen Seinsbereiche des Menschen betreffen, wie besonders die Arbeit, das Umgehen mit der Zeit, mit Kontakten und Freunden, als bedeutsam geltende Ideen, Aufgaben und geistige Interessen, Standpunkte in sozialen und politischen Fragen spielen dabei eine Rolle.

Der in der frühen Lebensgruppe erfahrene sozialenergetische Austausch ist verantwortlich für die spezifische ich-strukturelle Entwicklung des Kindes. Besonders die Ausprägung und der Umgang mit den Ich-Funktionen der Aggression, der Angst und des Narzißmus ist dabei wesentlich, worauf ich noch zurückkommen werde.

Identität und Gruppe gehören zusammen, denn erst durch ein Erleben und Erfahren der eigenen Persönlichkeit im Spiegel der anderen Menschen und durch ein Wahrnehmen, Ernstnehmen und Erkennen der anderen in der Gruppe kann Ich- und Identitätsentwicklung stattfinden. Identität ist das Bleibende in einer Persönlichkeit und sie ist gleichzeitig nichts Bleibendes. Identität ist ein Prozeß, ein fortwährendes Suchen, eine fortwährende Entwicklung. Identität wird nicht in einem bestimmten Augenblick oder in einer bestimmten Lebensphase endgültig gefunden, sondern sie ist etwas, was immer wieder neu gefunden werden muß. So gehört zur Identität immer das Fragen, die Frage an die anderen Menschen und die Frage an sich selbst.

Die Identität wächst durch Sozialenergie. Wachstum der Identität ist ohne Identitätsforderung nicht möglich. Zunächst ist jede Identitätsanforde-

rung an einen zwischenmenschlichen Prozeß gebunden. Die Aufforderung, sich zu zeigen, sich auseinanderzusetzen, aus Konformität, Abhängigkeit und Anpassung herauszutreten, fordert den Menschen heraus. Grenzen werden vermittelt, es wird um Auseinandersetzung mit konstruktiver Aggression gehen, und das bedeutet, daß Kontakt entsteht, Sicherheit und Vertrauen wachsen als Voraussetzung für Identitätswachstum. Werden Forderungen mit Interesse an den ganzen Menschen gerichtet, werden diese ihn im zentralen Ich berühren und verändern. Forderungen hingegen, bei denen es nur um ein Leistungsprodukt geht, werden mehr das sekundäre Verhaltens-Ich ansprechen und kein zentrales Identitätswachstum initiieren, höchstens eine Erweiterung der Fertigkeiten.

Veränderungen im zentralen Ich finden ihren Ausdruck auch in der Erscheinung des Menschen, in seinem Gesichtsausdruck, in seiner Gestik, Mimik, im Sein und Verhalten. Bleibt diese äußere Erscheinung über Jahre hinweg unverändert, wird sich auch im zentralen Ich eines Menschen nichts verändert haben. Ich meine auch, daß Leistungsforderungen besonders Möglichkeiten des Unbewußten aktivieren und ganz neue, bisher brachliegende Ich-Funktionskräfte hervorbringen und ungewöhnliche Ich-Leistungen herausfordern können.

Leistungsforderungen und ich-strukturelle Entwicklung gehören damit eng zusammen. Menschen, die ständig Leistungen verweigern, auf Anforderungen gekränkt reagieren – ich spreche vom sogenannten »Überlastungssyndrom« – werden sich daher auch nicht weiterentwickeln können. Kinder, die in ihrer Entwicklung keine Leistungsforderungen und Abgrenzung erfahren haben – ich spreche von Kindern mit sogenannten Verwöhnungs- oder Versagungsschäden – können nur über eine begrenzt differenzierte Ich-Struktur verfügen. Auch als Erwachsene erleben sich diese Menschen leer und identitätslos, wissen nicht, was sie wollen, verfügen nicht über genügend Frustrationstoleranz, so daß ihnen das Leben schwer und nicht zu bewältigen erscheint. Ihr Wille ist ein zielloser, zersplitterter, ständig fordernder Wille ohne Kontinuität, der nie erfüllt oder befriedigt werden kann. Hierdurch entwickeln diese Menschen auch als Erwachsene ständig narzißtische Erwartungen und leben in dauernder Abhängigkeit von narzißtischer Bestätigung, um sich überhaupt existent fühlen und funktionieren zu können, sie leben mit defizitärer Identität.

Hinweisen möchte ich noch auf einen weiteren Aspekt der Sozialenergie, der ebenfalls strukturbildend wirkt. Ich meine das, was ich als Grenzsituation, bedeutsame Begegnung oder bedeutsames Ereignis beschreibe. Wenn ich gesagt habe, daß Entwicklung als Kette von bedeutsamen Ereignissen zu verstehen ist, die von einer Atmosphäre der Kontinuität und Verläßlichkeit getragen sind, so möchte ich ergänzen, daß auch einmalige bedeutsame Ereignisse in menschlichen Grenzsituationen bestimmend für den weiteren Lebensweg eines Menschen und seine Identität sein können.

Ich habe immer wieder Menschen erlebt, die unter größtem Risiko, manchmal sogar unter Einsatz ihres Lebens, Grenzsituationen durchge-

standen haben. Erwähnen möchte ich in diesem Zusammenhang auch die Menschen, die um ihrer Erkenntnis, Einstellung und Überzeugung willen Entsagungen auf sich nehmen, sich äußerstem Risiko aussetzen, ihre soziale Anerkennung, Freunde und unter Umständen gar ihr Leben aufs Spiel setzen. Ich meine, wir müssen uns Grenzsituationen dieser Art als eine im extremen Maße durch Sozialenergie bestimmte Identitätsforderung vorstellen. Grenzsituationen und bedeutsame Ereignisse oder Begegnungen sind dadurch charakterisiert, daß sie den Menschen im zentralen Ich, d.h. seinem Unbewußten, berühren, treffen und von daher sozialenergetisch auswirken.

Dynamische Psychiatrie versteht sich als holistische Wissenschaft. Holistisch bedeutet in Abgrenzung zu Ansätzen von philosophischem und historischem Holismus die Betrachtung des Menschen als Ganzem in seiner Körperlichkeit, seiner Geistigkeit, dem Synergismus bewußter wie unbewußter Anteile, seinen Gruppen und gesellschaftlichen Bezügen. Den Begriff des Holismus möchte ich benutzen auf dem Hintergrund seiner Bedeutung in der griechischen Sprache: Er ist abgeleitet aus »Holon«, das Ganze, und »der Holismus meint eine Philosophie in welcher das Ganze die alles beherrschende Idee darstellt« (vgl. *Meier-Abich* 1954) und weiter auf der Grundlage seiner Bedeutung, wie z.B. *Jantsch* (1982) sie diesem Begriff in seiner erweiterten Systemtheorie beimißt. Mit der sich im 20. Jahrhundert entwickelnden philosophischen Richtung des Holismus, Vertreter wie *Smuts, Holdand* u.a. sind hier zu nennen, und den daraus abgeleiteten Konsequenzen haben wir ganz und gar nichts zu tun. So stimmte ich zwar zu, daß der Mensch von der Wissenschaft als Ganzheit zu verstehen ist, die unterschiedlichen Dimensionen seiner Existenz durch Integration in ihrer Bedeutung erst zu erkennen sind, meine aber, daß die menschliche Individualität als Ganzheit sich erst in der und durch die Auseinandersetzung in Gruppen und mit anderen Menschen realisiert. Menschliche Freiheit liegt damit in der Auseinandersetzung und nicht im willenlosen Aufgehen in einer imaginären Gemeinschaft. Ganzheitlichkeit zeigt sich in dem Ineinanderverwobensein gruppendynamischer und innerindividueller Prozesse.

Unter »holistisch« verstehe ich nun einen ganzheitlichen, zusammenklingenden Prozeß, ein In-Beziehung-Setzen der unterschiedlichen und veränderbaren Strukturen in der Zeit, die synergetisch zusammenwirken im Unbewußten und Bewußten.

Mein holistischer Ansatz zeigt sich besonders deutlich in dem Begriff der Sozialenergie und der Identität. Beiden Begriffen immanent ist die dynamische prozeßhafte Sichtweise der menschlichen Persönlichkeit. Identität ist ein Prozeß, der sich vollzieht in Raum und Zeit, ein Geschehen, das neben einer historisch gewachsenen, eine gegenwärtig wachsende und eine sich fortlaufend entwickelnde zukünftige Dimension besitzt. Das, was die Identität sich verändern macht, ist Sozialenergie. Insoweit fließen alle denkbaren Elemente über die Sozialenergie in der Identität zusammen. Ob dies, was dann individuell als Identität sich gestaltet, konstruktiv, de-

struktiv oder defizitär sein wird, hängt wiederum ab von der Qualität der Sozialenergie, d.h. von der Gruppendynamik als ganzer.

So meine ich, daß z.B. bei der schizophrenen Reaktion nicht die Mutter des so Erkrankten in ihrer Interaktion zu dem heranwachsenden Kind als krankheitsverursachend angesehen werden kann. Ursächlich für dieses Krankheitsbild ist eine spezifische Familiendynamik, an der mehrere Menschen beteiligt sind – neben der dominierenden, kalten Mutter z.B. ein weicherer, sich der Mutter anpassender und unterordnender Vater. Auch die Geschwister, Nachbarn und die typische Abgeschlossenheit und Isolation dieser Gruppe tragen zu der Dynamik bei, die letztendlich zum spezifischen Krankheitsbild führt. Aufgrund der individuellen Ausprägung der Lebens- und Gruppengeschichte jedes Menschen wird auch das entwickelte ich-strukturelle Geflecht individuell unterschiedlich sein, denn die Gruppendynamik leitet die Sozialenergiezufuhr, die sich wiederum entsprechend auf die einzelnen Ich-Funktionen in ihrer Interdependenz auswirkt. Von daher ist es m.E. auch unrichtig, psychisch Kranke in klar voneinander abgegrenzte Diagnosegruppen zu klassifizieren oder eine psychiatrische Diagnostik lediglich auf Symptomen aufzubauen – obwohl ich Symptome als Hinweis zu einem spezifischen Komplex eines Krankheitsbildes für richtungsweisend halte. Ich spreche vom gleitenden Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten und versuche so auf ich-struktureller Grundlage, den individuellen Differenzen in einzelnen Krankheitsbildern gerecht zu werden, was wiederum Auswirkungen auf die therapeutische Behandlung hat. Als hilfreich erweist sich dabei der Ich-Struktur-Test.

In der Human-Strukturologie unterscheide ich drei Ich-Bereiche, innerhalb dieser wiederum die Ich-Funktionen: das primäre Ich mit seinen biologischen und neurophysiologischen Funktionen, das zentrale Ich der im Unbewußten liegenden Ich-Funktionen und das sekundäre Ich der Fähigkeiten, der Fertigkeiten und des Verhaltens. Hypothetisch gehe ich davon aus, daß die Sozialenergie das ich-strukturelle Wachstum der Ich-Funktionen aller drei Ich-Bereiche bestimmt. Am offensichtlichsten nachvollziehbar ist dies beim sekundären Verhaltens-Ich. Sozialenergiezufuhr in diesem Bereich verläuft auf der rationalen Ebene von Bestätigung und Kritik. Verhaltensweisen, Fähigkeiten und Fertigkeiten entwickeln sich entsprechend der Aufmerksamkeit und Bestätigung, die der Mensch für diese in seiner umgehenden Gruppe erfährt, sprechen nicht unbewußte Gründe aus der Gesamtdynamik dagegen. Oben Gesagtes soll allerdings nicht bedeuten, daß ich nicht Faktoren wie Intelligenz, Begabungen und spezielle Eignungen annehme, die die Grenzen setzen für die Entwicklung, die sich in der Gruppe vollziehen kann.

Das zentrale Ich besteht in seinen Funktionen auf Seinsweisen, die einen Ausdruck im Verhalten auf unterschiedlichen Gebieten und in unterschiedlichen Formen finden. Sozialenergie in diesem Bereich ist besonders abhängig von der Gruppendynamik des sozialenergetischen Feldes. Neben offen aus- und angesprochenem Gruppengeschehen spielt hier die unbewußte

Dynamik der Gruppe eine Rolle, d.h. neben gesprochenem Wort und Verhalten auch Einstellungen, unbewußte Mitteilungen wie u.a. durch Mimik, Gestik, Bewegung, Gesichtsausdruck und vor allem Einstellungen, Erwartungen, Ängste und Wünsche. Die Gesamtheit der so bestimmten Dynamik einer Gruppe macht das sozialenergetische Feld aus, dessen energetisches Potential ins zentrale Ich jedes Einzelnen reicht und die Ausprägung der zentralen unbewußten Ich-Funktionen bestimmt.

Betrachten wir z.B. das destruktive Körper-Ich der psychosomatisch Kranken. Diese Menschen erlebten in ihrer frühen Gruppe Bestätigung, Zuwendung, Fürsorge und Wärme bei körperlicher Krankheit. Die Krankheit ist sozusagen vorwiegendes Kontaktmittel des Kranken. Gleichzeitig verhindert diese Brücke aber gerade einen Kontakt, der Auseinandersetzung und Entwicklung tragen könnte. Haben nämlich diese Menschen das Bedürfnis nach Identitätswachstum und Erweiterung ihres Lebensraumes, wird ihnen von der Gruppe in destruktiver Dynamik die Krankheit dazwischengestellt. Das Gefühl zu sich selbst wird bei diesen Menschen auch im weiteren Leben vorwiegend durch die körperliche Krankheit bestimmt. Ich habe diese Dynamik an anderen Orten ausführlich beschrieben (vgl. *Ammon* 1972, 1974, 1978). Das sozialenergetische Feld wirkt hinsichtlich der Ich-Funktion des Körper-Ich destruktiv, destruktive Sozialenergie schafft diese hauptsächlich destruktive Ausprägung.

Im primären Ich-Bereich und der konkreten sozialenergetischen Bezüge zu primär ich-funktionalem Wachstum liegt noch ein großes Feld von Forschungsarbeit vor uns. So gilt es, diesen Bereich mit Funktionen noch auszufüllen und vor allem, Beziehungen zu untersuchen zwischen der neurophysiologischen Hirntätigkeit, deren Beziehung zu menschlichem Sein und Verhalten sowie den sozialenergetischen Bestimmungen. Hinweisen möchte ich in diesem Zusammenhang auf unsere Forschungsarbeiten, die im 3. Band des Handbuches der Dynamischen Psychiatrie dargestellt werden.

In diesem Zusammenhang möchte ich nur auf die Tatsache verweisen, daß das menschliche Gehirn sich in großem Maße postnatal entwickelt und daß aus der unermeßlich großen Zahl möglicher synaptischer Verbindungen im Gehirn nur ein geringer Teil realisiert wird. Welche Auswahl von synaptischen Verschaltungen zustandekommen oder wie welche Nervenbahnen sich weiter entwickeln und besetzt werden, in welchem Maße und wie die gehirnlichen Möglichkeiten genutzt werden, ist – so möchte ich vermuten – abhängig von sozialenergetischen Einflüssen. Die Erkenntnisse moderner Hirnhemisphärenforschung lassen hier weitere Schlüsse zu (vgl. *Ammon* 1982, *Rotenberg* 1982, *Marsen* 1982), und auch die Theorie vom funktionellen System von *Anochin* (vgl. *Anochin* 1953, *Peschke* 1982) führt in Verbindung mit der Human-Strukturologie zu neuen Erkenntnisansätzen.

Als Arbeitshypothese nehme ich an, daß Sozialenergie auch als Entwicklungsprinzip im biologisch-körperlichen Seinsbereich des Menschen wirksam ist und insbesondere die Funktionsweise neurophysiologischer Funktionen und Strukturen bestimmt.

Dargestellt habe ich bis jetzt den entwicklungspsychologischen Aspekt der Sozialenergie sowie die die Persönlichkeits- und die Allgemeine Psychologie betreffenden Aussagen dieses Begriffes. Die Dynamische Psychiatrie versteht sich aber vorwiegend als Behandlungswissenschaft, so daß der behandlungstheoretische Aspekt der Sozialenergie erwähnt werden muß. Der Begriff der Sozialenergie verdankt seine Schöpfung ja gerade der Arbeit mit schwer psychisch kranken Menschen, so daß ich meine, daß auch gerade im Bereich der Therapie seine Anwendung von besonderer Bedeutung ist, sowohl im Hinblick auf die Diagnostik als auch auf die Behandlungsplanung und direkt therapeutische Arbeit sowie auf das ich-strukturelle Arbeiten.

Sozialenergetisches Geschehen zeigt sich in der therapeutischen Arbeit in faßbarster Art und Weise. Ich denke dabei z.B. an einen Menschen, der im Alter von 87 Jahren in unsere Dynamisch-Psychiatrische Klinik kam. Er war bereits auf dem »Fließband des Todes« gewesen, d.h. in einer internistischen Klinik zum Pflegefall erklärt worden und wartete auf die Verlegung in ein Altenpflegeheim. Sein Leben hindurch war er ein geistiger Mensch gewesen – eine Dimension seiner Person, die in der internistischen Klinik ignoriert worden war. Mitarbeiter und Patienten unserer Klinik, in die er dann kam, sprachen ihn genau an dieser Stelle seiner Persönlichkeit an. Er erfuhr neben intensiver ärztlicher Behandlung geistige, aber auch menschliche körperliche Anforderungen – Ebenen, auf denen er zur Auseinandersetzung aufgefordert wurde. Nach relativ kurzer Zeit gab er seine Bettlägerigkeit auf, hielt Seminare in der Klinik ab und zog nach einem knappen Jahr zurück in seine Wohnung, begann wieder in seinem Beruf zu arbieten – lernte, lehrte und lebte zwei weitere Jahre »unter eigener Regie« den Rest seines Lebens.

Ich-strukturelles Arbeiten mit archaisch ich-kranken bzw. narzißtisch gestörten Menschen erfordert zur Herstellung eines sozialenergetischen Feldes eine Regulation von narzißtischer Zufuhr bzw. narzißtischer Energie und sozialenergetischer Auseinandersetzung. Ein sozialenergetisches Feld ist es, das Voraussetzung für Vertrauen und damit Basis für eine Auseinandersetzung um defizitäre und destruktive Persönlichkeitsanteile schafft.

Elemente eines sozialenergetischen Feldes sind neben Geborgenheit und Vertrauen auch Abgrenzung und Konfrontation. In der Konfrontation werden dem Patienten die kranken Anteile vor Augen geführt, so daß er sich davon distanzieren, d.h. diese Anteile als ich-fremd erleben kann. Unterstützt wird durch das behandlungsmethodische Vorgehen der Abgrenzung die Ich-Funktion der Abgrenzung des Patienten einerseits gegenüber einer überschwemmenden Flut des Irrationalen, andererseits gegenüber der Welt der Realitäten. In der konkreten Behandlungspraxis kann dies auf unterschiedlichste Weise geschehen, wie z.B. dadurch, daß der Therapeut auf ständig wiederholtes wehleidiges Klagen nicht einfühlend eingeht, sondern sagt, daß er nicht mehr bereit ist, dies anzuhören; dadurch, daß er, versucht der Patient wiederholt ein Hickhack herzustellen,

dies mit Ruhe und Gelassenheit unterläuft, ohne sich provozieren zu lassen, oder auch dadurch, daß er bei psychosenahen Patienten Assoziationen und Traumanalysen vermeidet.

Sozialenergetische Auseinandersetzung bedeutet ein Ernstnehmen des ganzen Menschen, das etwas anderes ist, als konkretistisch auf Worte und Verhaltensweisen zu reagieren. In der therapeutischen Auseinandersetzung ist es wichtig, dem Patienten deutlich zu machen, auf welche Art und Weise er selbst sich wiederholt unglücklich, vereinsamt und isoliert macht. Dies immer empathisch zu tun, ist oft dadurch erschwert, daß der Patient aufgrund seiner unbewußten Dynamik den Therapeuten wütend auf sich macht, d. h. ihn dazu bringt, seine Wut zu tragen. Dies geschieht aufgrund der lebensgeschichtlich gewachsenen Angst, Aggressionen direkt zu äußern. In dem Augenblick aber, wo der Therapeut diese Wut nicht annimmt, sondern mit eigener Wut reagiert, ist der Kontakt zum Patienten – zumindest passager – zerstört, ihm wird nicht geholfen. Gelingt es, dem entgegengesetzt, mit Empathie dem Patienten klarzumachen, an welcher Stelle er, bildlich gesprochen, immer wieder »über seine eigenen Beine stolpert«, und ihn in seiner Destruktion zu bremsen, wird ihm geholfen werden können. In der Praxis ist dies allerdings nicht immer und oft nicht so leicht durchzuführen. Wir behandeln schwer kranke Patienten, Patienten, die in eine herkömmliche Psychoanalyse nie aufgenommen würden, und die gerade aufgrund ihrer Erkrankung oft starke Übertragungsgefühle und einen entsprechenden Sog zur Gegenübertragung entwickeln.

Zwischen narzißtischer Bestätigung und sozialenergetischem Arbeiten muß eine flexible Regulation durch den Therapeuten stattfinden. Narzißtisch Kranke erleben jede Leistungs-, Lern- und Veränderungsanforderung als existenziell bedrohlich und als schwere Kränkung. Eine Überregulation hinsichtlich konfrontatorischem Arbeiten kann daher zur Reaktivierung archaischer Verlassenheitsgefühle führen. Aus diesem Grunde heraus schlagen viele Menschen unter genannten Bedingungen jede Sozialenergie zurück. Dies gilt insbesondere für Patienten mit stark destruktivem und defizitärem Narzißmus. *Kohut* (1976) spricht, um dieses Phänomen zu bezeichnen, vom »aufgeblähten Selbst« dieser Patienten, was m.E. eine diffamierende Kategorisierung darstellt und dabei gleichzeitig die hinter der Paranoia und den Größenwahnvorstellungen stehende archaische Angst zu wenig berücksichtigt, die oft verborgen wird hinter destruktiv aggressivem Gebaren, aber auch defizitär aggressiv maskiert auftreten kann.

Ich habe bereits eingangs, als es um die Entwicklung des Kindes ging, von der Bedeutsamkeit der drei Ich-Funktionen Aggression, Angst und Narzißmus gesprochen. Allgemein spreche ich von dem ich-funktionalen Dreieck von Aggression, Angst und Narzißmus, was die Interdependenz dieser drei Ich-Funktionen im narzißtischen Krankheitsgeschehen verdeutlichen soll. Diese Verallgemeinerung soll zeigen, daß erst, wenn es gelingt, Kontakt zu einem Patienten herzustellen, die Angst geringer wird

und die aggressiven paranoischen Vorstellungen abnehmen, die immer auch mit narzißtischen Größenwahnvorstellungen verbunden sind. Eine aggressive Auseinandersetzung, in der es auch um den Narzißmus und den damit verbundenen Größenwahn gehen wird, wird erst auf dieser Basis ermöglicht. Auch die paranoische Eifersucht, unter der all diese Patienten leiden, kann so einer therapeutischen Bearbeitung zugeführt werden.

Übergeordnet könnte man sagen, daß das sozialenergieregulative Arbeiten mit dem Ziel einer Annahmefähigkeit von Sozialenergie wichtiger ist als ein eingeengtes Fokussieren auf die Übertragungsdeutung. Die Deutung bleibt, zumal bei archaisch ich-kranken Patienten, oft intellektuell, ohne strukturelle Veränderungen einzuleiten. Dies gilt sowohl für die Einzel- wie für die Gruppenpsychotherapie. Die Funktion, die eine Therapie bei archaisch ich-kranken Patienten erfüllen muß, soll sie eine wirksam bleibende Veränderung schaffen, läßt sich verdeutlichen an der interdependenten Beziehung von Sozialenergie, Identität und Gruppe, die ich auch als sozialenergetischen Kreis beschrieben habe (*Ammon* 1982), genauer gesagt aber eher eine spiralförmige Bewegung beschreibt, in der sich eben auf immer mehr ansteigender Ebene gleiche Mechanismen wiederholen.

Die Vorstellung des sozialenergetischen Kreises allerdings macht ein weiteres Moment deutlich, nämlich den Teufelskreis, der in einer pathologischen Entwicklung steckt, die Zwangsläufigkeit, mit der psychisch oder psychosomatisch kranke Menschen sich immer wieder die Gruppe suchen werden, die ihnen nur narzißtische Bestätigung geben und mit ihrer Krankheit mitagieren wird. Die pathologische Ich-Struktur bleibt so erhalten.

Aufgabe der Therapie, dynamisch betrachtet, ist daraus folgend, dem Patienten eine als therapeutisches sozialenergetisches Feld strukturierte Gruppe oder zunächst auch Einzelbeziehung zu schaffen, in der im Gegensatz zu den Gruppen mit pathologischer Dynamik, die der Patient sich sucht, Ich-Struktur-Aufbau, Veränderung und Wachstum stattfinden können, was ich auch als nachholende Ich-Entwicklung beschrieben habe. Hat der Patient den Weg zur Auseinandersetzung um seine eigene Identität beschritten, wird er sich selbst Gruppen suchen, in denen er diesen Prozeß fortführen kann. Die Therapie kann dann beendet werden, der Teufelskreis ist durchbrochen.

Der Begriff der Sozialenergie ist vor relativ kurzer Zeit von mir geprägt worden. Dennoch konnten auch zuvor schwer psychisch kranke Menschen Hilfe erfahren. Der Grund liegt m.E. darin, daß Therapeuten intuitiv ein sozialenergetisches Feld hergestellt haben, ohne benennen zu können, was die Wirksamkeit in der Behandlung eigentlich ausmachte. Anders herum meine ich, daß zum Herstellen eines therapeutischen sozialenergetischen Feldes weit mehr als theoretisches Wissen gehört: nämlich die Persönlichkeit, Standpunkthaftigkeit und Standfestigkeit des Therapeuten, der entsprechend arbeitet.

Abschließend möchte ich sagen, daß die Konzeption der Sozialenergie in ihrer Facettenhaftigkeit einen wesentlichen Aspekt im holistischen Den-

ken der Dynamischen Psychiatrie darstellt und auf theoretischer wie praktisch-therapeutischer Ebene einen synergistischen und integrativen Charakter besizt.

The Principle of Social Energy in the Holistic Thought of Dynamic Psychiatry

Günter Ammon

Social energy is psychic energy which is given to an individual by his environment. It emerges from and is mediated through interpersonal contact. Social energy serves the individual in the development of his personality as an entirety: His bodily development is also part of this. *Ammon* understands human growth primarily as a social and interhuman process differing from the conventional psychological and psychoanalytical conceptions, and not as a biological endogenic one.

The relationship between the individual and the group, between the individual and society and between individuals themselves is, according to this conception, not merely a relational happening simply modified by biological factors it is also an energetic one. According to *Ammon* psychic energy is social energy between people which is subject to groupdynamic principles. Social energy comes into being through contact, argument, security, reliability, love and by demands made on the identity, as by demands and urging one to act, occupy oneself and take up tasks. People of whom too little is demanded are abondoned people who have social energy deficits. A person can develop with social energy, he can grow and change, he can extend his identity as well as his Ego-strugture and his personality as a whole. Social energy is necessary to retain life including biological life. A newly born child that does not receive any social energy will die. To give social energy means to show interest and understanding for others, to get involved with other people, to argue with them and to take their fears, worries and difficulties seriously.

The exchange of social energy is always a reciprocal happening from which all concerned experience growth and change. It is embodied in all areas of the Ego-structure. Social energy can be constructive, destructive or deficient depending on the forms of the groupdynamic constellation in which the interhuman discussion takes place. Here *Ammon* speaks of the field of social energy, in order to describe this groupdynamic room for change and development of the personality. However, the field of social energy will always include elements of both destructive and constructive groupdynamics as well as deficient ones.

Constructive social energy is seen in experiences which are looked upon as being meaningful. It can be recognized in that the relationships can be weighed upon, that feelings of anxiety and aggression can be born and inte-

grated into arguments. Here *Ammon* speaks of an interdependency between social energy, the ability to make contacts and the toleration of anxiety. Contrary to this, deficient social energy is insufficient or denied social energy, a disregard of people. A lack of social energy arises when all attention, interest and meaningful contact is denied whether consciously or unconsciously. Bodily contact is also of extreme importance for social energy. People who have never been caressed and have never experienced bodily contact have not received social energy in a large sector of themselves which reaches deep within their personality. The deficient dynamics of social energy are expressed in a lack of interest and a lack of attention in the case of formal supervision.

There is a lack of interest in people as a whole and in their individuality. These dynamics are typical of dead relationships which are often marked by a symbiotic surrender of the self. Deficient social energy often finds expression in fastidious and failure relationships. Destructive social energy, on the other hand, is marked by open destruction between people, by prohibitions, constrictions on their lives, punishment, abuse and obligations of all kinds. Extreme examples of destructive social energy are child abuse and also the destructive demolishing of the identity.

From this *Ammon* derives a conception of the psychological development of man which is neither theologically nor epigenetically pre-marked. According to *Ammon*, psychic development is dependent on interhuman social energetic dynamics. One's Ego-structure is, according to this conception, to be understood as manifest social energy.

The largest sector of mediation of social energy takes place on the unconscious level as a matter of fact, the more, the younger the child. Thus the manner of speaking, and the speach of the mother play a role as does the tone of voice with which she approaches the child and to which the child answers with his own tone in sounds and screams or in expressions with gestures and movements. These forms of expression can be described as the primary expressions from the unconscious which, however, also include social evaluations of the mother's surrounding group. Experience shows that demands on the identity with interest in the person as a whole touch the central Ego and change it, demands, however, which only aim for the production of achievement appeal only to the secondary behavioural Ego and do not inititate central identity growth but at the most an extension of abilities.

An important moment in this connection are limit situations whereby an extreme demand for achievement is set upon the central Ego-functions e.g. anxiety, aggression, creativity and identity.

The term social energy is, at the same time, a holistic conception of psychology and of psychiatry as well as being connected to the scientific methodics of theory development and conceptions of research. The term holistic is described by *Ammon* as being a wholeness, an interactory process of the establishing of relations between various psychological

phenomena, behavioural patterns, structures and the dimensions of description of the human personality. In addition to this there is the interaction of conscious and unconscious. Groupdynamic processes and those within the individual and their unfolding in time and space can be seen together with social energy as being dynamic and as it were in procession.

Illness, too, is such a comprehensive happening, both psychic and physical illness. The wholeness of the interaction of all three areas of Ego-functions, of the primary, physiological Ego, the central to a great extent unconscious Ego and of the secondary behavioural Ego which is more to be appointed to the conscious, this makes the social energetic and groupdynamic illustration of the illnesses acquired in childhood understandable comprehensive in manner. *Ammon* has developed a new form of Personality Structure Tests (ISTA) out of this comprehensive conception, which are used together with personal, groupdynamic and social energetic discussion with the individual. The somatopsychic connections of brain activity are being used here successively included in the aim of showing social energetic processes within their expression in the functional activity of the brain.

From the view of methodical treatment one can derive from this conception that all psychotherapeutic work demands the establishment of social energetic fields for the catching up of Ego development, which can only be effective and successful in a social energetic field, as contrarily the term of social energy grew out of just this therapeutic method.

Literatur bei der Redaktion

Androgynität und ganzheitliches Menschenbild*

Günter Ammon

Androgynität ist der höchste Ausdruck und die alles umfassende Möglichkeit von Menschlichkeit und menschlichem Sein. Androgynität umfaßt alle Äußerungen und Erlebnisweisen von Geist, Körper und Seele. Androgynität bedeutet Synergismus und Integration vorwiegend weiblicher Emotionalität und Phantasiewelt mit vorwiegend männlicher Rationalität und Handlungsfähigkeit. Dies bedeutet humanstrukturell gesehen auch den Synergismus im höheren Nervensystem zwischen den Potentialitäten der rechten und linken Hirnhemisphäre, wie zwischen dem bewußten und nichtbewußten Kern der Persönlichkeit, zwischen Hingabe und Tätigsein und bildhaftem, konzeptionellem Denken mit denkerischen konkreten Konsequenzen.

Androgynität bedeutet auch die Freiheit des körperlichen Ausdrucks in Hingabe und Abgrenzung und die Freiheit erotischer Bedürfnisse jenseits herkömmlicher Rollenfixierungen. Androgynität bedeutet Emanzipation beider Geschlechter und nicht etwa eine Erkämpfung der Gleichheit der Frau mit dem Mann in der gesellschaftlichen Welt – bei Einzwängung der Frau in die männliche Rolle.

Die androgyne geistige Revolution ist der archimedische Punkt der großen Wendezeit, in der wir uns in der Welt von heute befinden. In der wohl gefährlichsten Grenzsituation menschlicher Geschichte, wo unsere Erde, zu der alle Menschen gehören, in Gefahr ist, durch nukleare Waffen zerstört zu werden als radikalster Ausdruck einer patriarchalischen, rationalistischen Gesellschaft, haben Denker und Forscher der verschiedensten Wissenschaften sich aus konsequenter Notwendigkeit ihrer Arbeit einem ganzheitlichen Denken zugewandt. Sie haben damit eine Abkehr von herkömmlicher aristotelischer Logik, Rationalität und mechanistischem Kategoriendenken vollzogen und zwar aus praktischen, methodischen Gründen, nicht aus ideologischen Vorstellungen. Sie alle wissen um die neuen Erkenntnisse von Astrophysik, Mathematik, Genetik, Biologie, Philosophie und humanistischer Psychologie, Psychotherapie und Psychiatrie, wozu auch ein politisches Denken in einer ganzheitlichen Sicht unserer Erde gehört.

Die Übereinstimmung in den Auffassungen von Raum und Zeit großer religiöser Führer und Philosophen ist eine Überraschung der Wendezeit wie auch die Eröffnung der geistig-spirituellen Dimension des Menschen in der Zeit seiner größten Bedrohung. Die sanfte Verschwörung eines neuen Humanismus geht durch die Länder der Welt und niemand kann dieses neue Bewußtsein aufhalten. Es ist die Realität des Geistes und damit auch

* veröffentlicht in: Dyn. Psychiat. (19) 133-146, 1986

des Friedens und der Aufhebung der Gegensätze zu einer neuen ganzheitlichen Schau von Mensch und Welt.

Viele Vortragende dieses Kongresses von Ost und West werden von ihren Arbeitsgebieten her diese Feststellung eines archimedischen Punktes der Menschheitsgeschichte deutlich machen.

Lassen Sie mich bitte jetzt zum Thema der Androgynität des Menschen im besonderen eingehen. Der Mensch ist androgyn, d.h. zweigeschlechtlich angelegt, sowohl körperlich wie psychisch. Er hat die Möglichkeit, sich sowohl männlich als auch weiblich zu erleben und zu verhalten. Androgynität, wie ich sie verstehe, beinhaltet ein ganzheitliches Verständnis des Menschen jenseits jeglicher Rollenfixierung, Verhaltensfixierung, Fixierung sexueller Praktiken, Einstellungen und Phantasien, und umfaßt androgynes Denken ebenso wie androgynen Lebensstil.

Aus der Geschichte unserer Wissenschaft sei zu erwähnen, daß *Freud* zwar nicht den Ausdruck »Androgynität« gebrauchte, aber von seiner sexuellen Präokkupation her von der biologischen und psychologischen Bisexualität des Menschen ausging. *Freud* stieß durch Diskussionen mit seinem Freund *Wilhelm Fließ*, einem Berliner Arzt, auf den Begriff der Bisexualität. Einer von *Freuds* Patienten gab die Ideen von *Fließ* an *Otto Weininger* weiter, aber ohne das Wissen *Freuds*. Für *Weininger* wurde die »Bisexualität« zum Hauptthema seines Buches »Geschlecht und Charakter«. *Freud* konnte aber die Bisexualität nicht mit der Triebtheorie erklären. Er schrieb in einer Fußnote zu seinen »Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie« (1905): »Jede Einzelperson weist vielmehr eine Vermengung ihres biologischen Geschlechtscharakters mit biologischen Zügen des anderen Geschlechts und eine Vereinigung von Aktivität und Passivität auf...«. Er stellte einen bisexuellen Urzustand der menschlichen Psyche fest, ein Zustand, wo »die Unabhängigkeit der Objektwahl vom Geschlecht des Objekts« vorherrscht. *Freud* übertrug diesen bisexuellen Urzustand auf die primitiven Gesellschaften und die frühhistorischen Zeiten und betrachtete diese archaischen Zustände der Bisexualität als »das Ursprüngliche«, aus dem sich die Heterosexualität genauso wie die Homosexualität heraus entwickelte.

Er sagt weiter: » Die Entscheidung über das endgültige Sexualverhalten fällt erst nach der Pubertät und ist das Ergebnis einer noch nicht übersehbaren Reihe von Faktoren, die teils konstitutioneller, teils aber akzidentteller Natur sind« (op. cit. Fußnote S. 22–23). »Seitdem ich mit dem Gesichtspunkte der Bisexualität bekannt geworden bin, halte ich dieses Moment für das hier maßgebende und meine, ohne der Bisexualität Rechnung zu tragen, wird man kaum zum Verständnis der tatsächlich zu beobachtenden Sexualäußerungen von Mann und Weib gelangen können. » (*Freud*, a.a.O.)

Es ist jedoch zu sagen, daß die Konzeption der Bisexualität viel älter ist als die erwähnten Arbeiten von *Fließ, Freud* und *Swoboda* oder die Pionierarbeiten von *Steinach, Halban, Sand, Goldschmidt* und *Hirschfeld*.

In fast allen Mythologien der Menschheit finden wir Gottheiten, die als Mann und Frau erscheinen. Sogar der Hermaphrodit, ein Mensch, der sowohl männliches als auch weibliches Geschlecht besitzt, wird in vielen primitiven Religionen als Gottheit verehrt wie die Ischtar von Babylon, die Aphrodite von Paphos und Karthago, Zurvan von Persien, Aion von Hellas, Tuisto von Germanina, Tiamat von Niniveh.

Manfred Lurker beschreibt in seinem Buch »Götter und Symbole der alten Ägypter« Androgynität wie folgt: Die Urgötter tauchen »als doppelgeschlechtliche Wesen« auf, sie zeugen und gebären. Die Androgynität ist ein Sinnbild für die Absolutheit des Schöpfers, der zur Erschaffung der Welt an kein Geschlecht gebunden ist und keines Partners bedarf. So erzeugt Atum aus sich heraus die Götter Schu und Tefnut. Hormapollon berichtet, daß der memphitische Urgott Ptah als mann-weiblich gelte. Bilder aus der Spätzeit zeigen den Gott öfter mit weiblichen Brüsten. Der Nilgott Hapi wird als zweigeschlechtliches Wesen dargestellt, mit Bart und den Brüsten einer alten Amme. Die thebanische Göttin Mut war »Mutter ihres Erzeugers« und ein sprachliches Symbol für ihre Allmutterschaft, die notwendig die Vaterschaft mit einschließt (eine Darstellung zeigt sie auch mit Phallus). Die Göttin Neith »schuf den Samen der Götter und Menschen« und hat den Beinamen »Vater der Väter und Mutter der Mütter«. In Esne konnte der Schöpfergott Chnum auch als Neith angesprochen werden, wobei diese das in ihm vorhandene weibliche Komplement darstellt. Nach einem im Louvre befindlichen Papyrus (3079) sagt Isis in der Totengeschichte des Osiris-Schauspiels von sich selbst: »Ich machte mich zum Manne, obwohl ich eine Frau war, um deinen (–Osiris–) Namen auf Erden leben zu lassen...« Für die alten Ägypter war es also nichts Widernatürliches, wenn den Göttern die Sexualpotenz beider Geschlechter zu eigen war.

Einer der berühmtesten androgynen Menschen des Altertums war der bis zum Transsexuellen hinneigende ägyptische Pharao Echnaton, der während seiner Regentschaft eine Gesellschaft und Herrschaft des Friedens, der Gleichheit der Geschlechter und der Menschlichkeit zu schaffen versuchte. Er hat sich selbst darstellen lassen als Pharao mit nacktem Körper und weiblichen Genitalien. Er lehnte jegliche Form von Gewalt und Krieg ab – bis hin zur eigenen Vernichtung und zum eigenen Untergang, da ihm Geistigkeit und Menschlichkeit wichtiger waren als Macht. Der Gegenpol einer ebenso androgynen Herrscherin im alten Ägypten war die bedeutende Pharaonin Hatschepsut, die ebenfalls eine Herrscherin des Friedens war. Sie wurde in der Kunst und in Monumenten männlich dargestellt. Interessanterweise wurde sie auch im Tal der Könige begraben.

Die Sumerer glaubten, daß ursprünglich alle Menschen bisexuell waren. *Platon* drückte diesen Glauben in seiner philosophischen Erklärung der Liebe als einem Sehnen nach der früheren hermaphroditischen Einheit der Geschlechter aus. Sein Schüler *Aristophanes* beschrieb den Kugelmenschen als den ursprünglichen bisexuellen Menschen.

Bei den Naturvölkern finden wir ein breites Spektrum im Umgang mit der geschlechtlichen Identität des Menschen. Es gibt sogar die Institution des Weib-Mannes, die mit einer besonderen sozialen Stellung verbunden ist und von allen Stammesmitgliedern als solche anerkannt wird. Z.B. erziehen bei manchen Stämmen die Eltern einen Knaben als Mädchen, wenn sie sich ein Mädchen gewünscht haben. Dies führt häufig zu einer besonderen seelischen Sensibilität, wodurch diese Menschen zu Heilern, Priestern, Wahrsagern und Schamanen werden können. Bei den Tschukden in Nordsibirien gibt es zwei Arten von Schamanen: die transsexualisierten Schamanen, d.h. diejenigen, die einen seelischen Transformationsprozeß durchlebt haben und die als mächtiger angesehen werden gegenüber den sogenannten normalen, nicht transsexualisierten Schamanen. Von den schamanistischen Heilern werden auch transsexuelle Riten durchgeführt, in denen einem männlichen Kranken z.B. verordnet wird, weibliche Kleidung zu tragen oder sich die Haare zu einem Kranz zu flechten.

Nach neuesten Forschungen müssen vier biologische Voraussetzungen geklärt werden, um Männlichkeit oder Weiblichkeit mit wissenschaftlicher Eindeutigkeit feststellen zu können:

1. Das Chromosomengeschlecht.
   Der normale Mensch besitzt 44 nichtgeschlechtliche Autosomen und 2 geschlechtsbestimmende Gonosomen. Beim Mann gehört ein Gonosom zum Typ X und das andere zum Typ Y. Es gibt aber eine große Zahl von Personen mit 45 oder 47 Chromosomen. z.B. 44 + X, 44 + Y, 44 + XXX, 44 + XXY, 44 + XYY usw. Diese Personen sind vom Organischen her bisexuell.
2. Das gonadophorische Geschlecht,
   d.h. das Vorhandensein von Wolffschen oder Müllerschen Gängen.
3. Das Keimzellengeschlecht
   wie Testikel oder Ovum.
4. Das Genitalgeschlecht
   wie Penis oder Vagina.

Nach *Richard Goldschmidts* Intersexualitätsforschungen kann man mit der Chromosomenanalyse, der Gonadenanalyse und der gonadophorischen Analyse zusammen mit der Anatomie der Genitalien verschiedene Stufen einer Skala von biologischen Sexualstrukturen finden.

Die Medizin stimmt darüber überein, daß phylogenetisch die Klitoris der Frau als ein rudimentärer Penis und die Prostata des Mannes als ein rudimentärer Uterus zu verstehen ist.

Es erhebt sich jedoch die Frage, ob die Bisexualität nur organisch zu sehen ist oder auch in ihrer psychologischen Verbindung. *Magnus Hirschfeld* war einer der ersten Wissenschaftler, der den verhaltensmäßigen und psychologischen Anteil des Menschen mit einbezog. Er entwickelte sogar die Vorstellung eines sogenannten dritten Geschlechts: »die Urninge«. Er benutzt diese Idee auch, um die Homosexuellen vor dem Gesetz der damaligen Zeit zu schützen. Andere Wissenschaftler wie *Bloch* sahen keine Be-

ziehung zwischen biologischen und psychologischen Bedingungen. Jedoch wurde seit *Freud* der Psychologie mehr Bedeutung zugemessen in Bezug auf sexuelle Bedürfnisse und Verhalten als biologischen Bedingungen.

Das Konzept der Bisexualität bedarf jedoch einer kritischen Betrachtung. Mit diesem Konzept wird der Mensch nur in seinem Geschlecht und seiner Sexualität gesehen, die übrige Person wird ausgeschlossen. Der Mensch wird als sexuelles Wesen verstanden, bestimmt von Trieben oder geprägt von biologischen und genetischen Strukturen. In meiner mehr als 30jährigen klinischen Erfahrung habe ich bei jeder Frau männliche Bedürfnisse und bei jedem Mann weibliche Bedürfnisse auf einem gleitenden Spektrum zwischen männlich und weiblich vorgefunden, aber auch verschieden starke Ausprägungen von unterdrückten Bedürfnissen. Gleichzeitig beobachte ich verschiedene Einstellungen dem Sexualverhalten gegenüber in der Gesellschaft. Meine Beobachtungen beziehen sich auch auf sogenannte gesunde Menschen aus gruppendynamischen Gruppen verschiedener Art, Kindergärten, Ausbildungsgruppen für Studenten und Lehranalysen.

Bisexualität verstehe ich als eine Dimension sexueller Bedürfnisse in der generell androgynen Natur des Menschen. Androgynität gehört zu einem ganzheitlichen Verständnis des Menschen, frei von Fixierungen an sexuelles Rollenverhalten. Sie drückt sich aus in einem allgemeinen Lebensstil mit den Dimensionen Körper, Geist und Seele. Von meinem ganzheitlichen Persönlichkeitskonzept ausgehend, umfaßt die Androgynität alle Dimensionen der Identität, nicht nur die Sexualstruktur, sondern die Geistigkeit, die Körperlichkeit, das androgyne Erleben, sowie Handeln und Tätigsein usw. Eine androgyne Persönlichkeit hat ein weites Spektrum an Erfahrungs- und Verhaltensmöglichkeiten zur Verfügung, aus denen sich die eigene Androgynität in Kontakt mit sich selbst entwickelt. Jedoch können Partner oder Gruppen die Androgynität eines Menschen im Laufe seines Lebens in der Struktur verändern.

Für die Entwicklung und das Zulassen von Androgynität ist die Gruppe nach unseren Erkenntnissen von eminenter Bedeutung, d.h. sie muß von Sozialenergie getragen sein, die dem Menschen gegeben wird und die durch die Vielfältigkeit der sich so entwickelnden Beziehungen wieder in die Gruppe zurückfließt. Sie ist notwendig zur Bildung der androgynen Struktur eines Menschen.

Sexualität, wie ich sie verstehe, darf nie von dem Erleben, den Bedürfnissen und Beziehungen des gesamten Menschen abgespalten werden. Sie ist immer gebunden an die Beziehung und den Kontakt zu einem Menschen und zu Gruppen. Androgynität bedeutet immer die Flexibilität von weiblichen und männlichen Bedürfnissen in einer Person. Alle fixierten, suchtartigen und zwanghaften Manifestationen menschlicher Sexualität sind jedoch dem Bereich psychischer Erkrankung zuzuordnen. Alle suchtartigen und zwanghaften Manifestationen von Sexualität sind auf einer Skala von Pathologie zu sehen. Pathologische Formen des Sexualverhaltens

zeigen immer Fixierungen im Rollenverhalten, einen Mangel an Kontakt, Liebe und Fürsorge für andere Menschen.

Bei genauerem Studium der Lebensgeschichte androgyner Menschen wird man immer wieder auf passagere Phasen oder Episoden homosexueller oder bisexueller Verhaltensweisen stoßen. So erinnere ich einen Patienten, der mit Depressionen und Arbeitslähmung zu mir in Behandlung kam. Seine Mutter hatte ihn vorwiegend wie ein Mädchen erzogen und ihn dementsprechend gekleidet und ihn bis zu seinem 12. Lebensjahr selbst gebadet. Während der Pubertät beobachtete er sich vor dem Spiegel mit weiblichem Genital, das er herstellte durch Zusammenpressen der Oberschenkel, wodurch er seinen ersten genitalen Reiz erlebte und sich an seinem weiblich erscheinenden Genital erfreute. Vom Vater wurde er mit dem Kosenamen seiner Mutter gerufen, geküßt und gestreichelt, während die Mutter ihn ohne jede Zärtlichkeit sehr kühl behandelte. Er entwickelte eine manifeste Homosexualität, die sich erst veränderte, als er 27 Jahre alt war und begann, ältere dominante Frauen zu lieben. Durch eine verständnisvolle psychotherapeutische, langjährige Behandlung konnte er sich seiner Androgynität schuldfrei bewußt werden und damit seine androgyne Identität dynamisch und kreativ leben. Er verlor dabei seine Homosexualität gänzlich.

Dies ist ein Beispiel, das für viele steht, wobei es nicht wichtig ist, mit kausalem Denken der Genese traumatischer Lebenssituationen nachzugehen, sondern die verstehende Beziehungen zum Therapeuten vorrangig zu sehen. Gesellschaftliche Rollenforderungen und Moralvorstellungen dürfen dabei nicht berücksichtigt werden, ebensowenig wie Denken in Kategorien oder konkretistische Logik; vielmehr ist der Mensch direkt bildhaft in der Welt seiner Phantasien, Bedürfnisse und geheimen Wünsche anzusprechen. Eine tiefe Vertrauensbasis mit der Teilung von Geheimnissen und mit grenzüberschreitendem Denken des Therapeuten ist dabei notwendig.

Da der androgyne Mensch jeweils auch die Empfindungen und Gefühle des andersgeschlechtlichen Partners zutiefst erlebt, wird er, wenn er die eigengeschlechtliche Einstellung übernimmt, besonders sensibel mit den Gefühlen des Partners umgehen können.

In den Untersuchungen über Androgynität von *Sandra Bem, June Singer* und *Charlotte Wolff, Peter Ehmann* und in einer kürzlich erschienen Dissertation an der Universität München werden »Bisexualität« und »Androgynität« synonym benutzt. Ich verstehe jedoch Bisexualität als nur einen Aspekt eines Menschen mit bisexuellem Verhalten.

Androgynität bedeutet eine ganzheitliche Sicht des Menschen, während die Bisexualität ein dualistisches Verständnis mit streng gesellschaftlich bestimmten Rollenfixierungen weiblich und männlich impliziert.

Eine der wichtigsten Autorinnen zur Androgynität ist *Sandra Bem*, die auch den Versuch unternahm, mit einem von ihr entwickelten Sex-Role-Inventory Männlichkeit und Weiblichkeit eines Menschen testpsychologisch zu erfassen. Im Rahmen der von ihr entwickelten Meßmethodik be-

stimmte sie Androgynität als Kombination hoher Männlichkeits- und Weiblichkeitswerte (*Bem* 1974). Das Verdienst *Bems* ist, daß sie für die Aufhebung der starren Geschlechtsrollenstereotypien plädiert. Sie betont, daß die Festlegung eines Mannes auf männliches Verhalten und einer Frau auf weibliches Verhalten zu einer Einengung der menschlichen Möglichkeiten führt, daß androgyne Menschen über ein größeres Verhaltensrepertoire verfügen, weil ihnen in verschiedenen Situationen Handlungsweisen zur Verfügung stehen, die eher als männlich oder als weiblich eingestuft werden können. Letzlich bedeutet also Androgynität bei *Bem*, daß der Mensch über Verhaltensweisen verfügt, die über gesellschaftlich normiertes Verhalten hinausgehen. Dieser Ansatz findet sich auch – wenngleich in kritischer Interpretation – in der Darstellung von *Zeldow* (1982), ebenso bei *Gadpaille* (1983) und *Kelly* und *Worell* (1977). Hierzu gehören auch eine Reihe von Autoren, die sich ausschließlich mit Feminismus und der Geschlechtsrolle der Frau beschäftigen; zu nennen sind u.a. *Needles* (1982), *Kraveth* (1976) und *Bardwick* (1970). Andere Forscher wie *Allgeier* und *Fagel* (1978) führten Untersuchungen hinsichtlich von Koitospositionen und Geschlechtsrollen und -normen durch.

Charlotte Wolff definiert Bisexualität als die Wurzel der menschlichen Sexualität. Für sie ist Bisexualität eine psychische Dimension – Androgynität bezieht sich in ihrer Darstellung nur auf die körperliche Ausgestaltung eines Menschen. Ihr Verdienst ist es, daß sie die Qual erkennt, unter der ein Mensch leidet, wenn seine geschlechtlichen Wünsche nicht seiner körperlichen Ausgestaltung entsprechen. Sie verdeutlicht auch am Beispiel der Transsexualität, daß der Mensch seinen sexuellen Wünschen und Neigungen ohne Tabuisierung nachgehen sollte. Hierin sieht sie die Basis für kreative Energie. Die Wurzel der Kreativität liegt damit für *Wolff* in der Realisierung sexueller Möglichkeiten.

Singer (1976) sucht den Ursprung von Androgynität in den Schöpfungsmythen von Völkern. Sie bezeichnet Androgynie als Archetypus der menschlichen Psyche, der zu den ältesten kollektiven Urbildern der Menschheit gehört. Sie ist der Auffassung, daß wir durch die Androgynie eine Ahnung von der kosmischen Ganzheit vor der mythischen Urtrennung in männlich und weiblich bekommen. Androgynie nimmt also einen übergreifenden Standpunkt über die männliche und weibliche Dualität ein.

Um Verwechslungen zu vermeiden, grenzt sie daher geschlechts-spezifische Rollen- und Verhaltensweisen, sowie Hermaphroditismus und Bisexualität vom Prinzip der Androgynie ab. Bisexualität bedeutet für *Singer* eine natürliche unbewußte Tendenz zu Androgynie hin, die damit beginnt, sich des männlichen und weiblichen Potentials bewußt zu werden. Androgynie würde dann verwirklicht werden, wenn die Fähigkeit zu einer harmonischen Beziehung zwischen den männlichen und weiblichen Aspekten in einer einzigen Person entwickelt sei.

Eine Reihe von Forschern hat in den letzten Jahren versucht, mit Hilfe von Fragebogen Männlichkeit, Weiblichkeit, Geschlechtsrollenverhalten

sowie Androgynität zu messen. Zu nennen sind u.a. *Sandra Bem* (1974) mit ihrem Bem-Sex-Role-Inventory, *Spence, Helmreich* und *Stapp* (1975) mit dem Personal Attributes Questionnaire (PAQ), *Heilbrunn* (1976) mit den Skalen »Männlichkeit« und »Weiblichkeit« aus der Adjective List. *Petra Wollschläger* (1981) entwickelte eine auf deutsche Gesellschaftverhältnisse bezogene Eigenschaftsliste zur Feststellung von weiblichen und männlichen Geschlechtsstereotypien.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß die vielfältige Literatur zum Thema Androgynität sich häufig ausschließlich mit der Erklärung der gesellschaftlichen Veränderungen im Geschlechtsrollenverhalten beschäftigt. Die hierauf aufbauenden Testverfahren messen den unterschiedlichen Grad phänomenologischer Ausprägung dieses Geschlechtsrollenverhaltens und die Resultate drücken hauptsächlich die sexuelle Dimension der Androgynität aus. Die Diskussion um die Meßbarkeit von Androgynität hat gezeigt, daß nur ein gleichzeitiges Erfassen von mehreren Dimensionen dem Verständnis von Androgynität gerecht wird.

Der Androgynitäts-Dimensionstest nach *Ammon* (ADA) basiert auf meinem holistischen Verständnis der Persönlichkeit. Der Test mißt die Androgynität auf den Ebenen des Sexualverhaltens und -erlebens, dem sozialen und beruflichen Rollenverhalten, dem männlich-weiblichen Erleben, Bedürfnissen und Phantasien und der Körperlichkeit. Die Dimension Sexualität bedeutet sexuelles Verhalten, Vorstellungen und Phantasien über Sexualität; die Dimension des beruflichen Rollenverhaltens bedeutet auch männliche oder weibliche Rollenfixierung in Beruf und anderen Aktivitäten. Die Dimension des Erlebens, der Phantasien und Bedürfnisse umfaßt androgynes Denken, Erleben als Mann oder Frau, Phantasien über Geschlechtlichkeit und Wünsche dazu. Die Dimension Körperlichkeit umfaßt sowohl die realen männlichen oder femininen Züge eines Körpers, z.B. ein Mann mit weiblichen Brüsten oder eine Frau mit schmalen Hüften und männlich flacher Brust als auch die Annahme des Körpers, wie er ist und die Wünsche und körperlichen Empfindungen dazu.

Wesentliches Konstruktionsprinzip des ADA ist, daß an den Enden jeder Dimension die fixierten und starren Verhaltensweisen stehen, beispielsweise starr fixiertes männliches bzw. weibliches Rollenverhalten in Beruf, Gesellschaft und Familie. Im mittleren Bereich jeder Skala liegen diejenigen Items, die das Verfügen über beidgeschlechtliche Möglichkeiten in jeder Dimension ausdrücken. Diese vier erwähnten Dimensionen stellen wesentliche Aspekte der Androgynität dar. Wir haben festgestellt, daß diese Dimensionen oft nicht gänzlich in die Persönlichkeit eines Menschen integriert sind. So können z.B. die weiblichen Gefühle eines Mannes mit seinem weiblichen Beruf übereinstimmen, aber nicht in der Verwirklichung seiner sexuellen Bedürfnisse zum Ausdruck kommen. Diese Diskrepanzen werden signifikant beim Vergleich der Eigenratings mit den Fremdratings. Wir können den ADA graphisch darstellen und können Fixierungen oder androgyne Aspekte auf jeder Dimensionsskala ersehen.

Zusätzlich zum ADA wurde ein gesonderter ärztlicher Untersuchungsbogen zur Erfassung der Körperlichkeit entwickelt.

Androgynität kann sich in den verschiedenen Lebensbereichen in unterschiedlichster Art und Weise ausdrücken, d.h. in den einzelnen Dimensionen vollkommen verschieden sein. Je mehr androgyne Bedürfnisse nichtbewußter Art und androgyne Körperlichkeit und das Erfüllen und Anpassen an erwartete Rollen auseinanderklaffen, desto mehr wird ein Mensch psychisch und körperlich leiden. Wird z.B. ein Junge von früher Kindheit an von den Eltern wie ein Mädchen erzogen, weil sie sich ein Mädchen gewünscht hatten, später aber werden an ihn Leistungsanforderungen gestellt, entsprechend der Familienphilosophie einen männlichen Beruf zu wählen, so wird dieser Mensch im späteren Leben Brüche in seiner Persönlichkeitsstruktur aufweisen.

Der ADA kann diese Brüche aufzeigen und eine Nichtausbalanciertheit zwischen den Skalen feststellen. Es kommt darauf an, daß diese Menschen flexibel mit diesen unterschiedlichen Ausprägungen in ihren Persönlichkeitsbereichen umgehen können. Wenn ihnen dies nicht gelingt, werden sie krank oder entwickeln eine double personality bzw. desintegrierte Persönlichkeit. Krankheit kann man hierbei positiv als eine Flucht aus einer unerträglichen Lebenssituation verstehen.

Aufgabe der Therapie wird es hier sein, dem Menschen seine Androgynität bewußt zu machen, ihn von Schuldgefühlen zu befreien und ihm zu ermöglichen, ein mit seinen Bedürfnissen übereinstimmendes identitätsträchtiges, kreatives Leben führen zu können. Eine Anpassungstherapie bei Menschen mit starken andersgeschlechtlichen Regungen und Bedürfnissen muß vermieden werden.

Ich habe in meiner Praxis immer wieder erleben müssen, auch besonders durch Berichte von Therapeuten und Patienten, wie sehr eine Anpassungstherapie schwerste Schuldgefühle, Rollenleistungsdruck und Depressionen hervorrufen kann. Mein Hauptanliegen war es daher, diesen vielen Menschen zu helfen, ihre Androgynität voll und kreativ zu entwickeln. Damit könnte auch die transsexuelle Chirurgie auf ein Mindestmaß an Extremfällen beschränkt werden. Statt einer transsexualisierenden Chirurgie kann man Transsexualisierung genauso durch therapeutische Methoden wie zum Beispiel Körpertherapie, Tanztherapie und eine verstehende und liebevolle Psychotherapie mit spielerischem Umgang mit Körperlichkeit herbeiführen. Wesentlich dabei wird immer die geistige Dimension des Menschen sein, die in dem Denken, Erleben und Handeln ein integratives Moment darstellt.

Das geistige Prinzip der Androgynität in meinem Verständnis bedeutet immer ein Loslassen von Fixierungen und konkreten Denk- und Handlungsweisen hin zu einer konzeptionellen und ganzheitlichen Sicht des Menschen.

Das geistige Prinzip der Androgynität bedeutet im tiefsten Sinne die Aufhebung der Gegensätze männlich und weiblich bzw. Mann und Frau,

der eigentlich tiefste gesellschaftliche Gegensatz, der für dualistisches Denken verantwortlich ist. Damit wird philosophisch gesehen der Gegensatz Freund und Feind aufgehoben im Sinne einer Friedensstiftung. Deswegen wird auch eine zukünftige androgyne Gesellschaft eine Dienerin am Frieden der Welt sein.

Dieses Verständnis hat immense Folgen für die Psychotherapie und Psychiatrie und führt zu einem besseren Verständnis der Natur des Menschen mit seinen biologischen, psychischen und spirituellen Dimensionen.

In der Umbruch- und Wendezeit, in der wir uns befinden, geht es um neue Werte für den Menschen in der Welt. Der archimedische Punkt unserer Wendezeit und ihres neuen Bewußtseins ist die Hinwendung zu einem Androgyniat, das eine über 2000 Jahre herrschende patriarchalische Welt ablöst. Wir erwarten damit auch ein Freiwerden eines großen kreativen Identitätspotentials des Menschen mit einer Integration seiner mehrdimensionalen Möglichkeiten und eine Überwindung unserer desintegrierten hedonistischen Borderline-Gesellschaft. Unser inniger Wunsch und unsere Hoffnung sind dabei, daß mehr Friedensfähigkeit in den Herzen der Menschen Platz findet und sich auswirkt auf das Leben auf unserer Erde.

Androgynity and Holistic Conception of Personality

Günter Ammon

Androgynity is conceived by the author as a multidimensional integration of female emotionality and phantasy with male rationality and activity. This means in structural terms also the synergism of the higher nervous system with the potentialities of the right and left brain hemisphere as also between the conscious and nonconscious nucleus of the personality, between devotion and activity, and pictorial, metaphorical and conceptional thinking with concrete consequences.

Androgynity means also the freedom of bodily expression with devotion and demarcation and freedom of erotic needs beyond common role fixations.

Androgynity means emancipation of both sexes and not the fight for equality of women within a male society.

Freud made use of the idea of psychological and biological bisexuality through discussions with his friend *Wilhelm Fliess.* But *Freud* was not able to explain bisexuality on the basis of instinctual psychology, although he mentioned that without considering bisexuality you will not understand the real sexual behaviours of man and woman.

The conception of bisexuality is far older than the mentioned scientific works of *Fliess, Freud* and *Swoboda,* the pioneer works of *Steinach, Halban, Sand, Goldschmidt* and *Hirschfeld.* In almost all mythologies of men we will find deities who appear as man and woman in one. The Sumerians

for example believed that originally all men were bisexual and *Platon*'s disciple *Aristotle* wrote about the idea of the globe man as the original bisexual person. According to modern research we have to differentiate four characteristics for the biological basis of masculinity or femininity:

1. The sex chromosomes
   The normal person has 44 non-sexual autosomes and two gonosomes. For the man belongs one gonosome to type x, the other to type y. For the woman both gonosomes belong to type x. However, there is a great number of persons with 45 or 47 chromosomes, for example 44 plus x, 44 plus y, 44 plus xxx, 44 plus xxy, 44 plus xyy etc.
   These persons are biologically bisexual.
2. The sex germ cells like testicle or ovum.
3. The sex of gonades. This is the point of sexual hormones like Oestrogen- or Androgen-secretion.
4. The sex of the genitals like penis or vagina.

According to *Richard Goldschmidt*'s research on intersexuality we have to apply chromosome-analysis, gonad-analysis and gonadophoric analysis together with the anatomy of the genitals and can find different steps on a scale between different sexual biological structures.

The author has observed in his clinical experience of more than three decades that there are always masculine strivings in every woman and female strivings in every man on a gliding spectum between male and female strivings, but there are also different degrees of consciousness and suppressed needs. He has observed different attitudes towards sexual behaviour in society. His observations included also so-called normal people in group-dynamic groups of different kinds, kindergarten, training groups for students and training analyses.

Androgynity belongs to a holistic understanding of man, free from fixation and sexual role behaviour. It means a general style of life with the dimensions of body, mind and psyche.

The author presents a case vignette of a successful, several-year-long treatment of the base of his ego-structural identity therapy with a man suffering from depression of his androgynous needs. The author stresses the point of the importance to help man to find his own androgynity to deal freely with his own potentialities.

Sandra Bem has developed a Sex-Role-Inventory-Test, where she tries to measure masculinity and femininity. Her merit is that she calls for giving up sex role fixation in child rearing and education and in society in general.

During the last years numerous researchers have tried to measure masculinity, femininity, sex role behaviour and androgynity.

Spence, Helmreich and *Stapp* developed the Personal Attributes Questionnaire, *Kelly* the Adjective List and *Furman* and *Young* the scales »masculinity« and »femininity« and *Berzins, Welling* and *Wetter* developed the Personality Research Form. *Petra Wollschläger* tries to measure female and masculine sex stereotypes on German society.

To mention is further *Charlotte Wolff* who defines bisexuality as a psychic dimension. She considers the realisation of sexual possibilities as the root of all creativity. *June Singer* means that androgynity can be realised when masculine and feminine aspects are combined in one person. The Androgynity-Dimensions-Test which the author has developed (ADA) is based on his holistic personality conception. The test measures androgynity on the levels of sexual behaviour, of social and professional role behaviour, of male-female experiences, needs and fantasies and of body structure. These four scales shall demonstrate important aspects of androgynity. These dimensions are often not completely integrated within the personality of man. If the different dimensions go apart in the life of a person, it can be said that he suffers more or less in his psyche and body. The ADA shall demonstrate these breaks. In addition to the ADA there has been developed a medical questionnaire for body structure.

The author's main concern is to help many people to develop their androgynity in each dimension in a creative way, as psychotherapy of adjustment to sex roles will always bring along guilt feelings and depressions to a person.

The philosophical principle of androgynity means an abolition of the dualism »male« and »female« or »man« and »woman«. This dualism in society is responsible for the dualistic thinking. Philosophically it means the abolition of the dualism »friend« and »enemy« and its supports a development towards peace. An androgynous society, »Androgyniat« in future will always serve the peace in the world.

Literatur

Ammon, G. (1946): Als die Mütter herrschten: In: Für Dich (1), Nr. 10, 8
– (1946): Kleopatra – Göttin und Königin. In: Für Dich (1), Nr. 14, 9
Bardwick, J.M. (1970): Psychological Conflict and the Reproductive System. In: Feminine Personality and Conflict. *J.M. Bardwick* et al (ed.), 3-28 (Belmont, C.A.: Brooks/Coole Publishing Co.)
Bem, S. (1974): The Measurement of Psychological Androgyny. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology (42) No. 2, 155-162
Berzius, J.I, Wellings, M.A., Wetter, R.E. (1978): A New Research of Psychological Androgyny Baret on the Personality Research Form. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, (46) No. 1, 126-138
Fagel, A.F. (1978): Coital Position and Sex Role: Responses to Cross-Sex Behaviour in Bed. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology (46) 588-589
Fließ, W. (1897): Die Beziehung zwischen Nase und weiblichem Geschlechtsorgan (Leipzig und Wien)
Freud, S. (1905): Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. In: Ges. Werke Bd. V. (Imago: London)
– (1930): Das Unbehagen in der Kultur. In: Ges. Werke Bd. XIV. (Imago: London)
Gadpaille, W.J., (1983): Innate Masculine/Feminine Traits: Their contributions to conflict. In: The Journal of the American Academy of Psychoanalysis (11) No. 401-424
Goldschmidt, R. (1916/17): Die biologischen Grundlagen der konträren Sexualität und Hermaphroditismus beim Menschen. In: Arch. Rassen-Gesellschaftsbiologie (12) H.1
Halban, J. (1900): Über den Einfluß der Ovarien auf die Entwicklung des Genitals. In: Mschr. Geburtsh. Gynäkol. (12) 496

Heilbrun, Alfred B. Jr. (1976): Measurement of Masculine and Feminine Sex Role Identities as Independent Dimensions. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology (44) 183-190
Hirschfeld, M. (1918): Jahrbuch für Sexuelle Zwischenstufen Bd. 1
Kelly, J., Furman, W., Young, V. (1978): Zum Problem typologischer Messung von Geschlechtsrollen und Androgynität. – Problems Associated with the Typological Measurement of Sex Roles and Androgyny. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology (46) No. 6, 1547-1576
Kelly, J.A., Worell, J. (1977): New Formulations of Sex Roles and Androgyny: A Critical Review, In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, (45) 1101-1115
Lebzeltern, G. (1982): Zu unrecht vergessene Freudbriefe. In: Dyn. Psychiatrie (15) 97-113
Lurker, M. (1981[2]): Götter und Symbole der alten Ägypter. (München: Goldmann Verlag)
Money, J., Ehrhardt, A. (1975): Männlich, Weiblich: Die Entstehung der Geschlechtsunterschiede (Reinbek: Rowohlt)
Needles, W. (1982/83): Reflections of the Sexual Dilemma of the Phallic Female: Biologic Considerations. In: The Psychoanalytic Review (69) 497-512
Sand, K. (1920): Moderne experimentelle Sexualforschung. In: ZSW (7)
Singer, J. (1981): Nur Mann – Nur Frau? – Wir sind auf beides angelegt (München: Pfeiffer)
Spence, J.T., Helmreich, R.L., Holahan, C.K. (1979): Negative und Positive Components of Psychological Masculinity and Femininity and their Relationships to Self-Reports of Neurotic and Acting out Behaviour. In: Journal of Personality and Social Psychology (37) 1673-1682
Steinach, E. (1910): Geschlechtstrieb. In: Zentralblatt für Physiologie, Bd. 24
Swoboda, H. (1904). Perioden des menschlichen Organismus (Wien)
Wolff, Ch. (1981): Bisexualität (Frankfurt/Main: Fischer)
Wollschläger, P. (1981): Geschlechterstereotype (Frankfurt/Main: Lang)
Zèldow, P. (1982): The androgynous vision, a critical examination. In: Bulletin of the Menninger Clinic (46) 401-413

Der mehrdimensionale Mensch*

Günter Ammon

Das mehrdimensionale Prinzip des Menschen in Gesundheit und Krankheit, Leiden und Heilkunst befreit den Menschen von den Makeln der Krankheit und der Unbehandelbarkeit und damit von Schuldgefühlen und Verzweiflung.

An die Stelle der Kategorie »Krankheit« tritt der Prozeß von Dysregulation der Homöostase von Geist, Körper und Seele, eine uralte Vorstellung von Heilmedizin und Menschsein, bis hin in die Welt der Mythen.

Durch das ganzheitliche Prinzip unserer humanistischen Dynamischen Psychiatrie wurde der Dualismus aller Lebensäußerungen des Menschen überwunden. Die Humanstrukturologie wurde entwickelt mit einem Verständnis eines ständigen prozeßhaften Wechselspiels von konstruktiv, destruktiv und defizitär beeinflußter und entwickelter Humanfunktionen primär biologischer, zentral nicht bewußter Funktionen von menschlichem Ausdruck durch Verhalten, Können, Denken, Arbeiten und Lieben. Durch die Beschäftigung mit Kindern, Familien, Studenten und Arbeitern, Kranken und Gesunden, Alten und Sterbenden entwickelte unsere Richtung ein sich immer mehr differenzierendes Bild multidimensionaler und funktionaler Äußerungen oben genannter Humanstrukturen, die wir früher als die verschiedensten Ich-Funktionen des sogenannten Ich-Strukturmodells bezeichnet haben. Als die wichtigsten zentralen Human- bzw. Ich-Funktionen sind in Koordination hier zu nennen: Kreativität, konzeptionelles Denken, Phantasie- und Traumfähigkeit, Sexualität, Aggression, Ich-Abgrenzung, Körper-Ich, Angst, Narzißmus und zentral die Identität mit ihren konstruktiven, destruktiven und defizitären Aspekten. In der Forschungsabteilung unserer Klinik wurde dann der Ich-Strukturtest (ISTA) entwickelt und führte zu einer Möglichkeit der Meßbarkeit der verschiedenen Humanfunktionen in ihren verschieden entwickelten Dimensionen. Grundsätzlich dabei ist, daß alle Funktionen als menschliche Möglichkeiten und Dimensionen angesehen werden, Möglichkeiten menschlichen Reagierens in Verbindung mit der dem Menschen gegebenen sozialen Energie und umgebender Gruppendynamik.

Deutlich wird dies, wenn wir denken an menschliche Dimensionen wie Angst, Hingabebereitschaft, Selbstwertgefühl, Abgrenzung, Identität, die an sich mehrdimensionale Sexualität und Androgynität des Menschen; wie auch sein Ausdruck im Denken, in Tätigsein und Arbeit. Das Annehmen des Menschen als ganze Person mit der ihm eigenen Ausstrahlung, Gesichtsausdruck der Augen und Sprechweise, der Haltung und Körperlichkeit und Kleidung, der Gruppenwelt, aus der er kommt, seinen Interessen,

* veröffentlicht in: Dyn. Psychiat. (18) 99-110, 1985

Bedürfnissen und Leiden, seinen Störungen, Hemmungen, Lähmungen und vielleicht verzweifelter Wut beinhaltet die erste bedeutsame Begegnung mit Menschen, die zu uns kommen. Detaillierte Auseinandersetzung im Gespräch, bei dem Tätigsein im therapeutischen Milieu in Klinik oder Institut, durch Studium von Lebensgeschichte, Familie, früheren Interessen und Leistungen, Gruppenbezügen, Freundschaften und Partnerschicksalen lassen den Menschen prozeßhaft mehr und mehr verstehbar werden bis hin zur Untersuchung im Traum- und Schlaflabor. Mehr und mehr werden dabei eindimensionale Einengungen des ursprünglich mehrdimensionalen Menschen deutlich. Denken wir dabei z.B. an einengende Bedürfnisverbote, die man auch als Lebensverbote bezeichnen kann, durch Familie, Gruppe und Gesellschaft, die Menschen dazu bringen können, ein freud- und beziehungsloses, von Routine, Zwang, anpassender Unterwerfung und unterdrückter Aggression bestimmtes Leben zu führen, was die Psychoanalyse mit der Kategorie Zwangsneurose bedacht hat.

Wir sehen hier auch das Zusammentreffen von eindimensionalem Verhalten und Erscheinungsbild mit eindimensionalem Kategoriendenken. Dabei sind die mehrdimensionalen Möglichkeiten und Bedürfnisse dieses Menschen für seine Heilung wichtiger als die Kausalität seines Zustandes. Einen Menschen zu kategorisieren und sich vorwiegend auf die Kausalität seiner Verhaltensweisen zu konzentrieren, zerstört jede menschliche Beziehung und ist deshalb anti-therapeutisch. Ja, selbst bei weiterer eindringlicher Beschäftigung mit dem Leidenden werden wir auch seine nicht gelungenen Befreiungsversuche durch Depression, Psychosomatik, destruktive Aggression und Sexualität bis hin zu psychotischem Reagieren und Flucht in Alkoholismus oder Drogen kennenlernen: eine Mehrdimensionalität destruktiver Flucht- und Befreiungsversuche aus nicht bewußt und unerträglich gewordener Einengung. Dabei werden die Untersuchungen ergeben, daß ähnlich Leidende verschiedene Ergebnisse haben, was die Vordergründigkeit und Stärke ihrer Leiden angeht, bzw. daß diese oder jene der oben beschriebenen Abwehrformationen fehlen. Besonders aber werden die Begabungen, Interessen, Ausbildungsgänge, körperlichen und geistigen Möglichkeiten und das androgyne Potential sowie die Strukturierung und Entwicklung der einzelnen Humanfunktionen im biologischen, psychologischen Verhaltens-Ich der Persönlichkeit mit ihren integrierenden Aspekten verschieden ausfallen.

Die ganzheitliche Betrachtung der konstruktiven, destruktiven und defizitären Aspekte eines Leidenden und des Beziehungsgeflechtes, besonders im Hinblick auf den Grad gestörter Identität, erbringt das notwendige mehrdimensionale Arbeitskonzept mit dem Ziel Heilung. Mehrdimensional bedeutet dabei auch immer Integration und Erzielung von Intergration durch diese fordernden sozialenergetischen und gruppendynamischen Felder. Auch die bisherigen Ergebnisse unserer Hirnstromuntersuchungen stellen das Kategoriendenken in unserer Wissenschaft in Frage und ergeben

Dimensionstestes und des autokinetischen Lichttestes individuelle Verstehensweisen einer Persönlichkeit mit skalenmäßigen Differenzen, selbst innerhalb verschiedener Dimensionen. Ich verweise in diesem Zusammenhang auf die Vorträge aus unserer Forschung auf diesem Kongreß sowie auf unsere bisherigen Veröffentlichungen.

Es mag hier deutlich werden, daß unsere Konzeption eine allgemeine für die Heilkunde schlechthin und auch für den gesunden Menschen ist. Die Anwendung von Krankheitsbegriffen im Rahmen einer ganzheitlichen Schau hat dabei nur den Stellenwert einer groben und der Kommunikation dienenden Orientierung. Im Schnittpunkt der Untersuchung ist diese Orientierung notwendig, da sie auch die Dimensionen von Störungen zusammenfaßt. Sie wird jedoch zum Störfaktor von verstehendem und heilendem Umgang, wenn sie zum Selbstzweck wird und den ganzen Menschen durch eindimensionale Betrachtung von Pathologie und Untersuchungsbefunden ausklammert. Erschütternd ist dieses Vorgehen oftmals nicht nur in den großen psychiatrischen Anstalten, sondern auch in den medizinischen Krankenanstalten unserer derzeitigen Welt, wo die zum Symptom und Krankheitsträger erniedrigten Menschen in völliger Abhängigkeit auf ihre Befunde warten, bis dann ihr »Urteil« mit der Diagnose gefällt wird, woran sich oft das zweite »Urteil« der Prognose anschließt, das ebenfalls den Menschen als ein geistig-seelisches Wesen ausklammert und in der Regel Krankheitsverlauf und Lebenserwartung mit einschließt. Ja selbst psychoanalytische Schulen sind davon nicht ganz auszuschließen, wenn sie z.B. das Urteil Psychose oder Schizophrenie fällen. Psychotherapeutische Schulen verfallen bei Überkonzentration von sog. Körpertherapien ebenfalls der Eindimensionalität, wenn sie die zwischenmenschliche Beziehung zwischen Leidenden und Therapeuten und psychodynamischer Prozesse im allgemeinen vernachlässigen, ebenso wie Richtungen, die den Körper tabuisieren.

Die humanistische Psychiatrie, die heute manchmal auch als New Age-Psychiatrie bezeichnet wird, hat sich in den letzten Jahren mit den Dimensionen der Androgynität, des Körpers, der Zeit, der Arbeit, der Religiösität und der Kreativität auseinandergesetzt.

Lassen Sie mich auf diese Dimensionen eingehen:

Eine wesentliche Dimension der menschlichen Persönlichkeit ist die Androgynität. Der Mensch ist androgyn, d.h. zweigeschlechtlich angelegt; sowohl körperlich wie psychisch. Er hat die Möglichkeit, sich sowohl männlich als auch weiblich zu erleben und zu verhalten. Dabei ist Androgynität entsprechend unserem ganzheitlichen Persönlichkeitskonzept auf den ganzen Menschen bezogen und betrifft alle Dimensionen der Identität, nicht nur die Sexualstruktur, sondern die Struktur des Lebensstils, der Körperlichkeit, der Berufs- und Arbeitswelt, die Partnerwahl usw. Einen Menschen aufgrund seiner anatomischen Gestaltung auf gesellschaftliche Rollenklischees zu fixieren, ist inhuman und oft krankmachend. Identitätstherapie heißt deshalb vor allem, den Menschen zu helfen, zu ihrer eignen

gung stehenden Potential. Bei Bewußtwerden seiner Androgynität wird der Mensch ein mit seinen Bedürfnissen übereinstimmendes identitätsträchtiges, volles und kreatives Leben führen können. Je größer androgyne Bedürfnisse nicht bewußter Art und androgyne Körperlichkeit mit dem Erfüllen und Anpassen an erwartete Rollen auseinanderklaffen, desto mehr wird der Mensch in psychische oder körperliche Krankheit getrieben.

In meinem humanstrukturologischen Verständnis ist der Körper integrierter Bestandteil der gesamten Persönlichkeit. Es ist deshalb von zentraler Bedeutung, daß der Körper wahrgenommen wird. Dazu gehört die Körperhaltung, der Gesichtsausdruck, die Stimme, die Art wie der Mensch sich bewegt, der Geruch des Körpers, der Händedruck, der Körperbau, die Beschaffenheit der Haut, die körperliche Ausstrahlung, die Art wie er sich kleidet sowie die Gestalt der primären und sekundären Geschlechtsmerkmale. Es war das einmalige Verdienst *Wilhelm Reichs*, den Aspekt der Körperlichkeit in der Psychotherapie entwickelt zu haben.

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

Liebevolle körperliche Berührung am ganzen Körper ist ein primäres Bedürfnis, ein Bedürfnis, das befriedigt werden muß, wenn das Kind sich zu einem gesunden menschlichen Wesen entwickeln soll. Dieses Bedürfnis nach körperlicher Berührung und körperlichem Angenommensein ist primär Grundlage aller psychischen Entwicklung und besteht solange der Mensch lebt. Es ist entscheidender Impuls für die Entwicklung von Kontaktfähigkeit, Gemeinschaftsfähigkeit und Identität, denn ein Mensch, der keine psychische Grundlage im Körpergefühl hat, entwickelt Gefühle von innerer Leere und Nichtangenommensein. Daher ist es die krankmachendste Form, Berührung, Zuwendung und Kontakt zu verweigern, da es einer Verweigerung von Sozialenergie entspricht. Hier könnte man sogar von einem hospitalisierten Körper sprechen. Lassen Sie mich in diesem Zusammenhang *Ortega y Gasset* zitieren: »Es ist klar, daß die entscheidende Form im Umgang mit Dingen nichts anderes als die Berührung sein kann. Und da es so ist, sind Berührung und Kontakt die unbedingte wichtigsten Faktoren in der Struktur unserer Welt.«.

In der von uns entwickelten Ich-strukturellen Tanztherapie mit Meditation hat der Einzelne in Verbindung mit selbstgewählter Musik – nach der

Meditation in der Gruppe – die Möglichkeit, sich körperlich auszudrücken und dabei seinen Körper zu zeigen oder zu verbergen und sich von Eindimensionalität zu Mehrdimensionalität zu entwickeln. Dies hat meine Mitarbeiterin *Maria Berger* auf dem Kongreß anhand von Videoaufzeichnungen nachgewiesen, in denen sie den Entwicklungsprozeß einer Patientin über zwei Jahre aufzeigte. Nach der Selbstdarstellung des Einzelnen folgt die Auseinandersetzung darüber im Gespräch mit der Gruppe. Am Schluß tanzt dann die Gruppe gemeinsam in Meditation.

Wir meditieren in der Welt der Töne und werden oft in Erstaunen gesetzt durch bunte Bilder von Dingen, die wir noch nie gesehen haben und erreichen manchmal danach tiefes Tranceerlebnis. Manche Teilnehmer sehen Passagen ihres Lebens wie in einem Film vorbeigleiten. Wir sehen hier ein mehrdimensionales Geschehen von Körperlichkeit, Bewegung, Musik, Meditation, Psychotherapie, Kreativität und Gruppendynamik. Diese Methodik wurde auch als Ich-struktureller Tanz auf Klausurtagungen und in Instituten von Mitarbeitern und Freunden zu einer beliebten Form von Selbsterfahrung und Ausdruck.

Die Dimension der Zeit ist in sich multidimensional. Jeder Mensch hat seine eigene Zeit. Die Zeit ruht in ihm, und er bewegt sich mit Zeit und Psyche um die in ihm ruhende Zeit, wie andererseits er sich um die ruhende Zeit der Ewigkeit in der kurzen Spanne seines Lebens bewegt.

Die Zeit ist relativ. Die verschiedenen relativen Zeiten eines Menschen, wie die biologische Zeit, die linear gemessene Zeit, die psychologische Zeit und die gesellschaftliche Zeit stehen in prozeßhafter Korrelation zueinander und sind abhängig von den gewachsenen Strukturen der Persönlichkeit. Die Lebenszeit hängt von uns selber ab. Sie ist etwas sehr Relatives und nicht meßbar. Die echte Lebenszeit liegt in der Begegnung und im Tätigsein. Unsere Therapie versucht, den Menschen Zeit zu geben, d.h. erlebte, gelebte Zeit. Das versuchen wir auf den verschiedensten Ebenen.

Ein Mensch kann eine bedeutsame Lebenszeit haben, indem er einem ihm wichtigen Menschen begegnet oder indem er eine bedeutsame Sexualität erlebt, in der die Zeit unerhört lang und lebendig ist und ihm Leben gibt, während er sonst manchmal Jahre dahingeträumt und seine Lebenszeit nicht wahrgenommen hat. Wieviele Menschen vergeuden die schönsten Möglichkeiten von Zeit in ihrem Leben!

Erlebte Zeit läuft nicht linear, sondern bewegt sich in vielen Dimensionen. Wir können auch sagen, daß die Zeiträume von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft ineinander übergehen, eins sind; d.h. daß in der Gegenwart eine Vergangenheit und eine Zukunft enthalten sind. Man hat Beziehungen zur Vergangenheit, Erfahrungen und Erinnerungen und diese haben Bedeutung in der Gegenwart. Die Vergangenheit ist also nicht etwas, was passiert und abgeschlossen ist, sondern sie hat heute und jetzt Bedeutung! Und die Zukunft ebenso. Man überlegt, welche Wünsche habe ich, welche Möglichkeiten oder welche Verantwortung, welche Aufgaben habe ich, was plane ich? Physikalisch gesehen gibt es außer den Dimensionen

von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft noch viele andere Dimensionen im Raum-Zeit-Gefüge, die wir mit unserem Denken nicht erfassen können. Besonders können mit Hilfe von Meditation, Hypnose oder bewußtseinserweiternden Trancezuständen parapsychologisch zu verstehende und erforschbare visionäre Erfahrungen von vergangener und zukünftiger Zeit gemacht werden.

Wenden wir uns nun der Dimension der Religiosität zu: Mythos, Kult und Religion ermöglichen jenseits des logisch-analytischen wissenschaftlichen Denkens und Erlebens durch das geregelte und geschützte gruppendynamische Geschehen im Ritual und die Begegnung mit dem Göttlichen eine tiefe Begegnung mit sich selbst – ein Erkennen –, ein sinnstiftendes Gemeinschaftserleben in der Gruppe und Orientierung für den Lebensentwurf der persönlichen Identität. Daher ist die Bedeutung der Religion daran zu messen, inwieweit sie dem Menschen in seinen tiefen Bedürfnissen dient, seine körperliche, geistige und kulturelle Entwicklung fördert und ihn zur kreativen und freien Begegnung mit seinen Mitmenschen ermutigt, im Bewußtsein der Begrenztheit seiner Lebenszeit.

Religion und Kulte können dem Menschen helfen, das Einssein mit dem kosmischen Göttlichen zu erlangen, Raum, Zeit und Todesfurcht zu überschreiten und seine einmalige Identität beim Durchschreiten seiner begrenzten Lebensspanne zu gestalten. Erst das Bewußtsein der Begrenztheit menschlichen Lebens befreit den Menschen zu sich selbst und seiner einmaligen Aufgabe in dieser Welt, die durch seine Lebenszeit bestimmt ist.

In archaischen Gemeinschaften waren Kult, Mysterium und Gruppe eine integrierte Einheit. Seit Jahrhunderten war es das Unbewußte im Menschen, das Mythen, Religionen, Kulte, Orakel, Beziehungen zur transzendenten Welt, zu Tod, Untergang und Wiederauferstehung, wie aber auch zur Medizin, Seelenkrankheit und Heilung beherrschte. Dies mutet an wie eine geistige Wanderung der Menschheit von der Magie steinzeitlicher Höhlenmalerei über Orakel, transzendentale Zustände, Wiedergeburts- und Opferkulte, rituelle Beschäftigung mit Tod und Erotik. Eine geistige Wanderung auch durch psychodramatisches religiöses Theater sowie durch die kultischen Sexualrituale in den Geburtshäusern der altägyptischen Tempel, wie ähnliche Kulte der Astarte in Babylon und der weit verbreiteten Lingam- und Phalluskulte von Indien bis Mexiko, über kultische Therapie eines *Imhotep* über *Aeskulap* bis hin zu *Hippokrates*, der schon die Einheit von Seele und Körper lehrte und als einer der ersten großen Psychotherapeuten gilt und zusammen mit seiner Familiengruppe die Kranken heilte, bis hin zu modern anmutenden Schlaftherapien und Traumdeutung im Aeskulap-Heiligtum in Epidaures sowie die Tanz- und Schlaftherapie von Pythagoras.

Arbeit und Tätigsein sind wichtig bei der Bildung der Identität des Menschen. Die Möglichkeit des Selbstausdruckes, Selbsterkennens und der Selbstverwirklichung liegen im Kontakt mit anderen und bilden eine Basis aller menschlichen Gemeinschaften. Die menschliche Psyche entwickelt

sich durch Tätigsein, das Tätigsein wird durch das gemeinsame Ziel motiviert. Deswegen muß der Arbeitsprozeß auch vom Verstehen der ökonomischen und gesellschaftlichen Verhältnisse aus betrachtet werden, wodurch die Arbeit selbst als ein wesentlicher Faktor der menschlichen Existenz erscheint.

Das gruppendynamische Feld ist entscheidend für die Funktion und Organisation von Arbeitsgruppen. Dabei unterscheiden wir dynamische und kreative Gruppen von statischen, erstarrten, »toten« Gruppen. In einer kreativen Gruppe gehen die Arbeitsziele über die Grenzen dieser Gruppe hinaus, was eine Annäherung an andere Gruppen ermöglicht; Gruppen dieser Art sind nicht starr und fixiert sowie auch nicht die Rollen einzelner Gruppenmitglieder im Rahmen dieser Gruppen. Auch die Rolle des Gruppenleiters kann unter Umständen, je nach der momentanen konkreten Gruppenaufgabe von verschiedenen Gruppenmitgliedern übernommen werden.

Nur in dieser Art von Gruppen, die genauso dynamisch nach innen wie nach außen sind, sind die Möglichkeiten zur Realisierung der Bedürfnisse, Ziele, Hoffnungen und Entwicklungen der Gruppenmitglieder vorhanden. Das Ziel der Gruppe wird nicht nur von der Projektleitung bestimmt, sondern das wesentliche Ziel ist die Persönlichkeitsentwicklung und Identitätsforderung der einzelnen Mitglieder, wobei die Entwicklung der Persönlichkeit unter dem Einfluß der Gruppe und Arbeit bis in ein hohes Alter möglich ist. In dieser Hinsicht werden von uns keine »biologischen« Begrenzungen anerkannt. Gruppen, deren Ziel begrenzt, in der Struktur bürokratisch und hierarchisch sind, sind »potentiell tot« oder unfähig, die geistige Entwicklung ihrer Mitglieder zu gewähren. Solche Gruppen werden letzten Endes destruktiv und verhindern die Ausführung der Arbeitsziele.

Die Sozialenergie bildet neben den Dimensionen Identität und Gruppe in ihren strukturellen und prozessualen Merkmalen die Dimension, die im Zusammenhang mit der Arbeit von außerordentlicher Wichtigkeit ist. Ein gruppendynamisches Feld ist erst dann konstruktiv, wenn es konstruktive Sozialenergie unter den Mitgliedern einer Gruppe hervorbringt. Die Entwicklung bzw. die Erweiterung der Identität eines Menschen, seine Selbstverwirklichung und die Befriedigung seiner Bedürfnisse, wie auch die Realisierung konstruktiver Arbeitsziele ist an das Entstehen und Fließen von Sozialenergie gebunden. Ihr Vorhandensein ist Maßstab und entscheidendes Kriterium für Konstruktivität und Kreativität der anderen genannten Dimensionen.

Herbert Marcuse hat die Eindimensionalität von Mensch und Arbeit in der Industriegesellschaft im Zusammenhang von Manipulation und Konformismus soziologisch und ökonomisch zu beleuchten versucht. Er verfiel mit seinen Vorschlägen von Aufklärung und der sogenannten großen Weigerung jedoch selbst eindimensionalem Denken.

In einer dynamischen Gruppe ist die Entwicklung des kreativen Potentials jedes ihrer Mitglieder möglich. Daher ist in meinem gruppendynami-

ben. Die Kreativität bezeichnen wir als Realisierung gesunder, konfliktfreier menschlicher Möglichkeiten, Kreativität kann nicht als eine individuelle Tätigkeit betrachtet werden. Als Grundlage der kreativen Atmosphäre betrachten wir zwischenmenschliche Kontakte mit unbewußter Verbindung zur Gruppe und zur Welt als Ganzem.
Kreativität bedeutet immer, etwas ganz neues, bisher nicht Gedachtes zu denken, zu tun und zu gestalten und somit auch noch völlig unbekannte Möglichkeiten aus dem nichtbewußten Persönlichkeits-Reservoir freizulegen.Kreativität muß nicht immer ihren Ausdruck in Kunst, Literatur, Musik, Theater oder dergleichen finden, sie äußert sich auch in einem kreativen Lebensstil, der in der Regel gruppengebunden ist.

Der Ursprung der Kreativität ist die fragende Neugierde, das heißt der Impuls, grundsätzliche Denkgepflogenheiten, herkömmliche Vorstellungen und Wissenschaftssysteme zu hinterfragen. Geschlossene »Systematisierung« lähmt Kreativität, freies Denken und Schaffen; denn sie behindert die zwischenmenschliche Entfaltung der fragenden Neugierde. Die Begriffe von Neugierde und Frage implizieren immer die Vorstellung des »Woran?« und »An wen?«; darin zeigt sich bereits der interpersonelle Charakter kreativen Geschehens.

Die Forschungen *Vadim S. Rotenbergs* (1982) haben ergeben, daß Kinder in ihrer ersten Lebenszeit vorwiegend in der rechten Hirnhemisphäre wahrnehmen und erleben, das heißt bildlich und ganzheitlich. Erst durch die Erziehung wird linkshemisphärisches Denken im Sinne des logischen und kausalen Verknüpfens nach den Prinzipien der aristotelischen Logik erlernt. Erwachsene müssen in der Regel zusätzliche Energie aufwenden, um sich von der Vorherrschaft logisch-verbalen Denkens zu befreien und wieder kreativ sein zu können.

Der kreative Akt selbst findet in einem besonderen Ich-Zustand statt, in einem Zustand der Entspannung, in dem Einfälle spielerisch kommen und gehen und die Ich-Grenzen geöffnet sind. Dieser Zustand hat mit der kreativen Aufgabe unmittelbar nichts zu tun. Es handelt sich vielmehr um das Kommenlassen von Gedanken im Gespräch in einer kreativ-erotisch gestimmten Atmosphäre. Auf keinem Gebiet können kreative Phasen willentlich herbeigeführt werden, in einer steifen Arbeitsatmosphäre sind sie undenkbar.

Diese Erfahrungen konnten durch hirnphysiologische Forschungsergebnisse von *V. S. Rotenberg* und *L. R. Zenkov* bestätigt werden. *Rotenberg* beschreibt die Aktivität der rechen und linken Hirnhemishäre bei kreativen und unkreativen Menschen anhand von elektroenzephalographischen Aufzeichnungen. Bei kreativen Persönlichkeiten befindet sich die rechte Hirnhemisphäre in kreativen Phasen in einem entspannten Zustand, gemessen an einem Überwiegen der Alpha-Aktivität, bei relativer geistiger und körperlicher Ruhe. Das bedeutet, daß während des kreativen Aktes der Zustand der Entspannung des Loslassens und Detachment am ausgeprägt-

lich aktivieren, um rechtshemisphärisches bildhaftes Denken, eine Voraussetzung des kreativen Aktes, zuzulassen. Zentral bei aller Psychotherapie ist das Denken, das bei allen psychischen Erkrankungen eine mehr oder weniger starke Tendenz zum Konkretismus hat, auf eine metaphorische und konzeptionelle Ebene zu führen. Bei konkretistischem Denken ist das Denken segmentiert und zwingt den Menschen zu unübersichtlicher und frustrierender Kleinarbeit hin zu einem Überlastungssyndrom.

Jede kreative Leistung ist mit durchlebten Grenzsituationen verbunden, in denen sich die Frage nach dem eigenen Leben stellt, in denen Angst, Selbstmordgedanken und auch psychosomatische Schwierigkeiten auftreten und der Mensch gegen seinen Willen von einem Zustand in den anderen fällt.

Die Mehrdimensionalität des Menschen stellt die oben beschriebenen Aspekte und Möglichkeiten menschlichen Seins im ganzheitlichen und integrierten Erleben und Denken dar. Fixierung im Erleben und Handeln, geschlossenes System- und Kategoriendenken, defizitäre und destruktive Entwicklungen, Dysregulation, Isolation und schließlich Desintegration stellen Prozesse und Strukturierungen von Eindimensionalität des Menschen dar.

Lassen Sie mich schließen mit einem Zitat zum Thema der Ganzheitlichkeit aus einer von mir 1950 veröffentlichten Arbeit: »Den schönsten Ausdruck für eine Einheit aus Zwiespältigem fand *Plato* in seinem Symposium, wo er sagt, daß alle Einheit Zusammenklang- und das Zusammenklang Übereinstimmung von Gegensätzen ist. Auf diese Weise würde auch der Rhythmus entstehen, und zwar dadurch, daß zwei Maße (schnell und langsam) zuerst einander widersprechen und dann übereinstimmen. Die Musik bringt hier also eine Harmonie in die Dinge – genau wie die Heilkunde diese bewirkt. *Plato* wendet nun diese Begriffe von Rhythmus und Einheit auch auf die Erziehung des Menschen an. In diesem Sinne würde auch alles wahre Lieben der Menschen zur Frömmigkeit hinstreben, das im sinnvollen Werben der Jugend um die Weisheit und des weise gewordenen Alters um jugendliche Nachfolge, also im ewigen Kreisen von Lehrer und Schüler, Alt und Jung seinen Ausdruck findet.

Diese Gedankengänge griff *Hermann Hesse* im »Glasperlenspiel« unter dem Symbol »Yan und Yin« erneut auf. Dort, in der pädagogischen Provinz, steht der verehrte Meister seinem Schüler gegenüber. Der Autorität und Würde des Alters hält die leicht voraneilende Figur der Jugend das Symbol des Anfangs und der Heiterkeit die Waage.

So sehen wir dort in der Meditation traumhafte Bilder entstehen, geboren aus dem Erkennen gewisser Zusammenhänge, die dann in diesen Bildern erlebt werden und schließlich graphische Gestalt annehmen. Auf diese Weise schließen sich erlebte Erkenntnisse zum Symbol zusammen.

Das Symbol verrät hier sein Geheimnis: es ist kein »feststehendes Zeichen« nach herkömmlicher Auffassung, sondern Endpunkt und Wiederbeginn eines geistigen Vorganges«

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

The Multidimensional Man

Günter Ammon

Ammon presents with his concept of the multidimensionality of man a holistic view of man and science. The onset of this concept developed within the author's practical clinical work leading to theoretical considerations of multidimensionality of man in health and disease. This development went its way from early studies with androgynity, matriarchate and the holistic principle of Yin and Yang in research, theory and healing. On this root *Ammon*'s scientific conception developed a holistic view of man, illness, teaching and methods of treatment.

With *Ammon* a paradigm change took place in psychiatry where the questioning and thinking in categories and causality lost its value. More importance became the holistic multidimensional thinking with the openness of man for his potentials to develop human dimenions within groupdynamic and social influences.

The basis was and still is the acknowledgement of the multidimensionality of body, mind and psyche of man, with an homeostatic understanding of degrees of integration and desintegration.

The basis was and still is the acknowledgement of the multidimensionality of aggression, creativity, sexuality, ego-boundaries, anxiety, narcissism, body image, conceptional thinking, phantasy and identity with their constructive, destructive and deficient aspects; and the forces of integration, regulation and coordination within the personality.

Most important of all is *Ammon*'s theory of the social energetic groupdynamic field of man (at this point the psychological interactional model was given up for the benefit of a holistic groupdynamic view) and the lifelong development of man within his changing and moving experience in time and space. Group dynamics and social influences as well as the necessity of an evolutionary process of social changes are influencial for the continuity of a development of *Ammon*'s open system of science, therapy and prevention. The author's social and groupdynamic approach on the androgyny of man, his studies of the homeostasis between body, mind and psyche in relation to work and activity, body, ego-structural dance, the experience of time, religiosity and creativity is described in this paper.

Mental illness means for *Ammon* one-dimensional limitations of the original multidimensional man or dysregulation and desintegration of the multidimensional aspects of a person. He criticizes psychiatric thinking in one-dimensional categories and says that the mulitdimensional potentialities and needs of man and particularly their recognition by the psychiatrist are more important for the healing process than the causality of his condition. He gives examples on categories of compulsive neurosis, depression, psychosomatics, destructive aggression and destructive sexuality, psychotic reaction and escape to alcoholism and drugs.

On the basis of preliminary results of *Ammon*'s and his collaborators' brain research he sees first points for the verification to measure social energetic forces. The diagnosis of illness appears within this frame as a creative destabilization of human structure at a certain moment of his life.

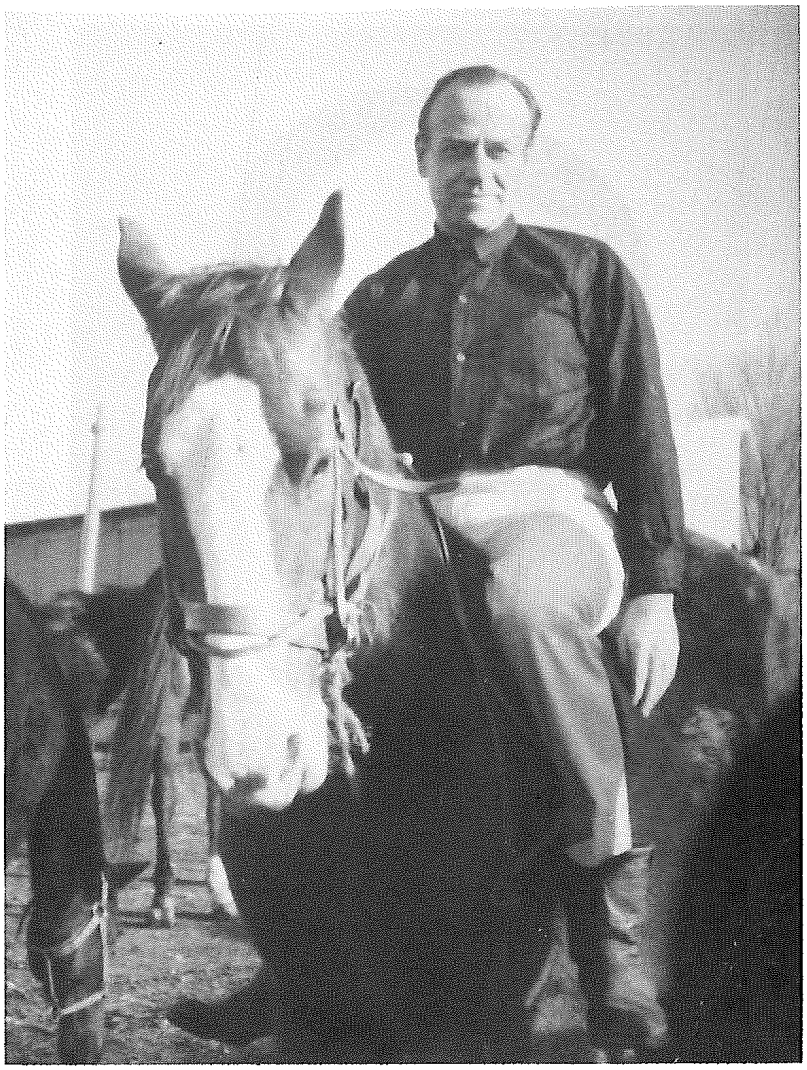
Literatur bei der Redaktion



Dr. Günter Ammon während seiner Ausbildung



1956–1965 in der Menninger Foundation, Topeka (Kansas) USA: Dr. Ammon (ganz rechts) im Gespräch mit Dr. Otto Kernberg (daneben) und weiteren Mitarbeitern der Menninger Foundation



Dr. Günter Ammon beim Reiten (hier während seines Aufenthalts in den USA)



Günter Ammon als »Consultant Psychiatrist« der Greater Kansas City State Hospitals vor dem Viking-Flugzeug, das ihn regelmäßig zu seinen Visiten transportierte



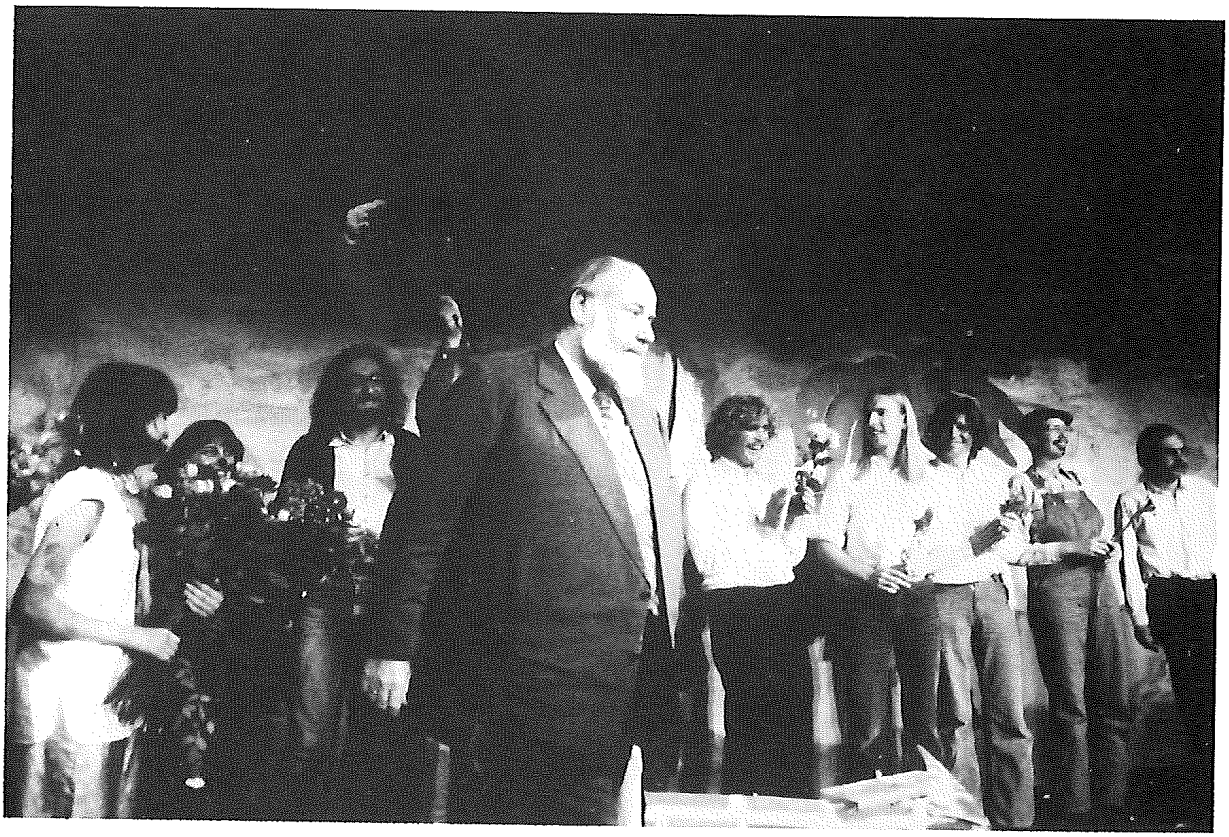
7. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) »Psychoanalytische Ausbildung« in Taormina/Sizilien 1975 – von rechts: Prof. L. Pincus, Dr. M.S. el-Safti, Prof. G.H. Graber, Prof. J. Lacan, Dr. G. Ammon, Prof. L. Bellak



Gastvortrag von Prof. Lucio Pincus, Vatikan. Universität Rom, im Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik, Berlin 1976



Dr. Günter Ammon bei einer Besprechung mit Mitarbeitern der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige während der Gründungszeit (Frühjahr 1979) in seinem Arbeitszimmer im Lehr- und Forschungsinstitut Berlin



Dr. Ammon mit den Schauspielern nach einer Aufführung von »Der kleine Prinz«, dem ersten Stück der Theatertherapiegruppe der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige



Beim 1. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP)/XIV. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) »Das sozialenergetische Prinzip in der Dynamischen Psychiatrie« in Lübeck-Travemünde 1982 v.li.n.re.: Kardinal Corrado Ursi, Dr. Winfried Schibalski, Christian Aichner, Dr. Günter Ammon, Georg Kress



1. Weltkongreß der WADP/XIV. Internat. Symposium der DAP »Das sozialenergetische Prinzip in der Dynamischen Psychiatrie« in Lübeck-Travemünde 1982: Dr. G. Ammon diskutiert zusammen mit Prof. Joshua Bierer (Mitte) mit Teilnehmern des Kongresses, darunter Prof. Friedrich S. Rothschild (links mit Brille) und Maria Berger (heute Ammon) (links neben Prof. Bierer)



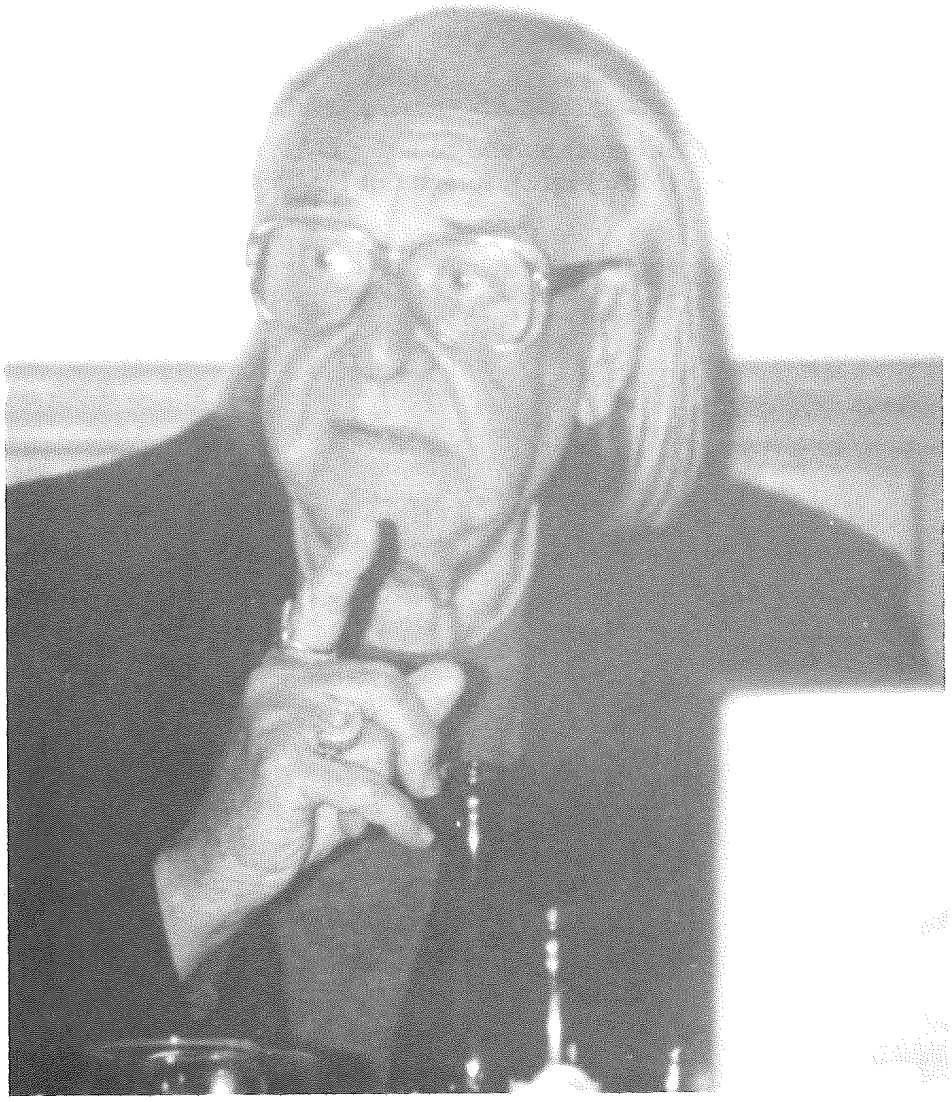
Große vierwöchige Reise durch ganz Indien Dezember 1984/Januar 1985: Dr. G. Ammon und die DAP-Delegation mit Prof. Sinha und Mitarbeitern des A.N.S. Institute of Social Studies in Patna



Dr. Ammon auf einer der beliebten Reisen mit DAP-Mitarbeitern nach Ägypten



V. Internationales Psychotherapie-Symposium, Universität Gdansk, Mai 1989, v.re.n.li.: Dr. Gertraud Reitz, Dr. Ilse Burbiel, Dr. Günter Ammon, Dr. Jerzey Pawlik, Prof. Andrzej Piotrwoski, Prof. Hanna Jaklewicz, Prof. Maria Orwid, Dipl.-Psych. Mario Ammon, ganz links Prof. Jerzy Aleksandrowicz



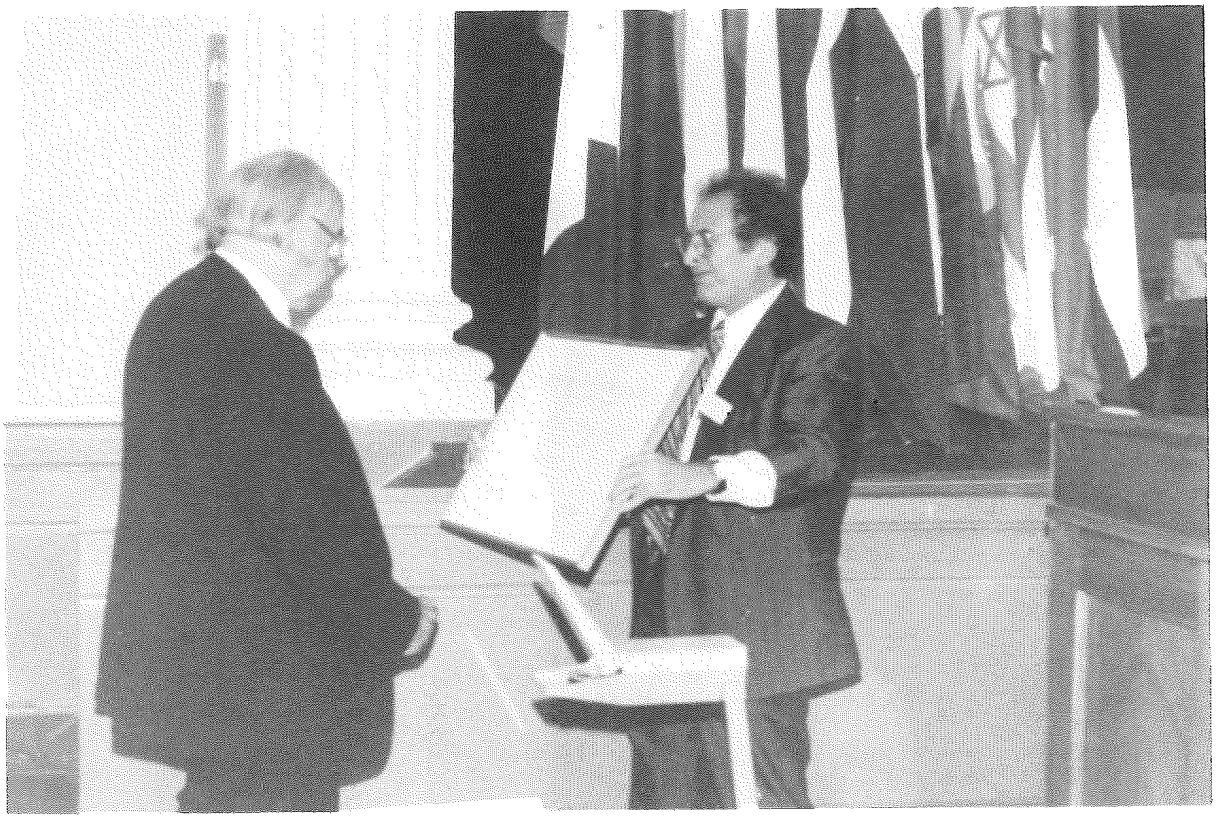
Dr. Günter Ammon bei einem Vortrag im Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) in München, Mai 1990



8. Weltkongreß der WADP/XXI. Internationales Symposium der DAP »Psychotherpie der Psychosen« in Berlin 1990: Dr. Ammon (Mitte) im Gespräch mit Dr. Belá Buda (links) und Dr. Ilse Burbiel (rechts)



Reise nach Nepal und Tibet im Anschluß an den Kongreß der World Association for Social Psychiatry in New Delhi, Indien, 1991: Dr. Ammon (rechts) mit buddhistischen Mönchen



10. Weltkongreß der WADP/XXIII. Internationales Symposium der DAP »Medicine and Psychology in a Holistic Approach to Health and Illness« im Bechterew-Institut St. Petersburg/Rußland 1994: Verleihung der Goldmedaille der Deutschen Akademie für Psychoanalyse an Dr. Günter Ammon durch Dr. Rolf Schmidts



10. Weltkongreß der WADP/XXIII. Internat. Symposium der DAP »Medicine and Psychology in a Holistic Approach to Health and Illness« im Bechterew-Institut St. Petersburg/Rußland 1994, v.li.n.re.: Dr. Ilse Burbiel, Dr. Günter Ammon, Prof. Modest Kabanov bei der Abschluß-Pressekonferenz



Dr. Günter Ammon (rechts) mit Teilnehmern der gruppendynamischen Tagung Weihnachten 1994 bei der Führung durch die griechischen Tempel von Paestum/Süditalien



Prof. Costa e Silva, Leiter der Abteilung für psychische Gesundheit in der World Health Organisation, zu Gast in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige München im Februar 1995, v.li.n.re.: Monika Dworschak, Maria Ammon, Prof. Costa e Silva, Dr. Rolf Schmidts, Dr. Egon Fabian, Dr. Günter Ammon

Nachrichten / News

Trauerfeier für Dr. med. Günter Ammon

»Der Mensch stirbt so, wie er gelebt hat« – eine häufige Aussage von *Ammon* zu seinen Lebzeiten in der Auseinandersetzung mit der Gruppendynamik um Tod und Sterben. Im »Mehrdimensionalen Menschen« schreibt er, daß ein gelingendes Sterben immer an die Voraussetzung eines erfüllten Lebens gebunden ist: »Nur wer die Begrenzung seines Lebens akzeptieren kann, wer sein Leben frei von irrationalen Ängsten und Schuldgefühlen verwirklicht, wer sich selbst existent erleben kann, nur der kann auch sterben« (*Ammon* 1986).

Angesichts der eigenen Lebensgrenze sprach *Ammon* in den letzten Monaten vor seinem Tod immer wieder über diese Grenze. Obgleich noch immer voller Pläne und Projekte, wie etwa Habilitation und Lehrstuhl in St. Petersburg sowie der neu zu gründenden zweiten Klinik, habe er nahezu alle seine wesentlichen Lebensziele realisiert und könne sich eigentlich zufrieden aus diesem Leben verabschieden. Angesichts einer bevorstehenden Operation und der damit verbundenen Risiken sprach er auch über seine Wünsche zur Gestaltung seiner Trauerfeier in Berlin und den ausdrücklichen Wunsch, auf Capri beigesetzt zu werden. Als er am 3. September 1995 starb, traf dies die engsten Angehörigen, seine Mitarbeiter und die Freundesgruppe um ihn sehr. Verloren sie doch mit ihm die zentrale Person einer außergewöhnlichen Bewegung, einen ungewöhnlichen Menschen, der sich bedingungslos dem Prinzip der Gruppe verschrieben hatte, dessen Denken in gruppendynamischen Prinzipien sich durch sein ganzes Leben zog.

Die Trauerfeier in der Evangelischen Kirche am Hohenzollerndamm in Berlin-Wilmersdorf mit Pfarrer *Neubert* fand am Sonntag, den 17. September 1995 statt. Noch einmal zeichneten sich viele gruppendynamische Aspekte des Lebens und Werkes eines Menschen ab, der stets in Gruppen lebte und auch die letzten Stunden seines Lebens in einer Gruppe von engsten Angehörigen und Freunden verbrachte.

Mehr als 400 Menschen aus den verschiedensten Teilen Deutschlands, dem europäischen Ausland und Israel, von den vielen Stationen und Lebensabschnitten eines großen Humanisten und des Begründers der Dynamischen Psychiatrie in Deutschland waren gekommen, um von ihm Abschied zu nehmen. Es hatte sich eine große Gruppe von Menschen versammelt, die sich ihm nahe und verbunden fühlte: Wissenschaftliche Freunde, Patienten und Mitarbeiter aus der Gründungszeit von Instituten und Klinik, aus der Zeit der zahlreichen Arbeits- und Studiengruppen in Deutschland, manche Teilnehmer einer Klausurtagung, eines Kongresses und auch eine große Gruppe von Patienten und Mitarbeitern der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige und den Instituten. Sie

waren vereint in gemeinsamer Betroffenheit und Dankbarkeit gegenüber einem Menschen, der in außergewöhnlicher Weise menschliche Begegnungen ermöglichte und die Fähigkeit besaß, vielfältigste Gruppen zu bilden.

Bereits am Vortag war beim stillen Defilée am Sarg des Verstorbenen eine Atmosphäre tiefer Trauer und Einkehr spürbar geworden, das Gefühl., diesen Verlust an menschlicher Beziehung nur gemeinsam bewältigen zu können. In der Kirche war eine Atmosphäre von großer Würde und Getragenheit fühlbar, jene Würde, um die *Ammon* zu Lebzeiten für jeden Menschen gekämpft und die er sich für seinen Abschied ausdrücklich gewünscht hatte. Die vielen Blumen und Kränze von wissenschaftlichen Institutionen und Fachgesellschaften, von Angehörigen, Freunden, Schülern, Mitarbeitern und Patienten mit ihren sehr persönlich gehaltenen letzten Grüßen zeugten von einer großen Achtung und Wertschätzung für den Verstorbenen. Wie es *Ammons* humanistischer Einstellung entsprach, saßen Patienten und Therapeuten, Freunde und Mitarbeiter unterschiedslos nebeneinander, machten noch einmal seinen bedingungslosen Einsatz um Gleichberechtigung und Partnerschaftlichkeit und die Untrennbarkeit von Wissenschaft und Menschlichkeit deutlich, wie *Ammon* sie immer gelebt und gelehrt hatte.

Auch in den sehr bewegenden Reden von Vetretern der Deutschen Akademie für Psychoanalyse und der polnischen, russischen, ungarischen und israelischen Zweige der World Association for Dynamic Psychiatry und der Klinik Menterschwaige wurde die Person *Ammons* als Wissenschaftler und als Mensch noch einmal deutlich. Frau Dr. *Ilse Burbiel,* wissenschaftliche Leiterin des Münchner Lehr- und Forschungsinstituts der DAP, betonte *Ammons* stets unbedingte Präsenz und seinen bedingungslosen Einsatz für die Aufgegebenen unserer Gesellschaft. Dr. *Rolf Schmidts,* Chefarzt der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, würdigte seinen Lehrer und dankte ihm sehr direkt für die Vielzahl klinischer Lernsituationen unmittelbar an seiner Seite.

Dr. *Ammons* lebenslanges Bemühen um eine Verständigung zwischen Ost und West zeigte sich in dem Bedürfnis der wissenschaftlichen Freunde aus Rußland, Polen, Israel, Ungarn und Slowenien, *Ammon* die letzte Ehre zu erweisen. Dabei kamen vor allem Vetreter derjenigen Völker, die im zweiten Weltkrieg am meisten unter dem Deutschen Volk gelitten und für die sich *Ammon* am meisten eingesetzt hatte. Dr. *Andrej Guzek* aus Warschau bedankte sich für die Unterstützung der polnischen Psychiatrie in der politisch schweren Zeit der 80er Jahre. Dr. *Marius Erdreich* als Vertreter von Israel betonte, wie entscheidend es gewesen war, daß *Ammon* durch seine Person half, das Bild des Deutschen im Ausland zu verändern und dadurch Freundschaft, Solidarität und Zusammenarbeit ermöglichte. In Vertretung des Direktors des St. Petersburger Bechterev-Institutes, Professor *Modest M. Kabanow,* hob Professor *August Schereschewski* die Vorbildlichkeit von Dr. *Ammon* als Arzt, Therapeut, Wissenschaftler und

Mensch hervor, sein unbedingtes Eintreten für Leben und Lebendigkeit. Während Dr. *Bela Buda* den tiefen Humanismus *Ammons* betonte, hob Prof. *Bernhard Stritih* die weitreichende Bedeutung des von *Ammon* entwickelten Konzeptes der Sozialenergie hervor. Bei allen Rednern war die innige und über viele Jahre bestehende Verbindung zu Dr. *Ammon* sichtbar und die Ergriffenheit der Wissenschaftler und Freunde spürbar.

Pfarrer *Neubert* wies in seinen Predigtworten auf die Fülle des von Dr. *Ammon* Geleisteten, die prägenden Erfahrungen seiner Lebensgeschichte, die Zentrierung in *Ammons* Lebenswerk auf die Möglichkeiten, die »konstruktiven Seiten« eines Menschen hin, die Beschäftigung mit den Potentialitäten anstelle der Defizite. Er regte an, jetzt, nach seinem Tode, eine Neubewertung, vor allem eine vorurteilsfreiere Bewertung von *Ammons* wissenschaftlichem Werk vorzunehmen. Musikstücke, die *Ammon* sehr bedeutsam waren, umrahmten die Trauerfeierlichkeiten und trugen zu einem würdigen Rahmen in guter Gestalt bei, wo der schmerzliche Verlust eines wertvollen Menschen nicht verdrängt oder hinwegorganisiert werden mußte, sondern für jeden Trauergast der notwendige äußere und innere Raum für Trauer und Abschiednehmen gegeben war.

Die Trauerfeier schloß mit dem gemeinsamen Singen des Liedes »We shall overcome...«, eines Liedes, das in leidvollen Zeiten der Geschichte der Dynamischen Psychiatrie zu einem Symbol der Überwindung von Schwierigkeiten wurde, einem Zeichen von therapeutischem Optimismus und einem Glauben an eine bessere Zukunft. Unter den Klängen von *Bachs* Präludium und Fuge in h-moll geleiteten die tief bewegten Trauergäste den Sarg aus der Kirche.

Der anschließende Empfang in den Räumen des Berliner Instituts – sehr liebevoll ausgerichtet von dessen Mitarbeitern – rundete eine bewegende Feier zur letzten Ehrung und Verabschiedung eines großen Gelehrten und herausragenden Menschen ab.

Dem letzten Wunsch von Dr. *Ammon* entsprechend wird die feierliche Urnenbeisetzung im Frühjahr 1996 auf dem akatholischen Friedhof der Insel Capri stattfinden.

Gerhard Wolfrum (München)

Ansprache von Dipl. Psych. Dr. phil. Ilse Burbiel
im Namen der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)

Liebe *Maria Ammon,*
liebe *Julia Ammon-Barzen,*
liebe *Angehörige und Trauergäste,*

wir sind gemeinsam mit Ihnen unendlich traurig über den Verlust unseres geliebten *Ammon,* unserem Gründungs- und Ehrenpräsidenten, Lehrer, geistigen Vater und treuen Freund. Wir verabschieden uns in Liebe, Dankbarkeit, Achtung und Verehrung von einem großen Menschen, der mit seiner sozialenergetischen und geistigen Kraft, seiner Güte und Wärme, seiner Großherzigkeit, seinem Mut und Standpunkt sich Zeit seines Lebens für die Leidenden in unserer Gesellschaft, insbesondere für die Aufgegebenen und Unerreichten eingesetzt hat.

Er rang darum, Brücken zu ihren verletzten Seelen zu schlagen, ihr Getrenntsein von anderen Menschen und der Welt aufzuheben unter dem Primat der Identität. So wie es ihm immer darum ging, Unverbundenes und Arretiertes im Menschen, in Gruppen, in der Theorie und Behandlung, zwischen den Wissenschaften, Gesellschaften und Kulturen über die Kraft der zwischenmenschlichen Begegnung zu verbinden hin zu einer Kreativierung des Menschen zum erfüllten Tätigsein und zu übergeordneten Zielen.

In leidenschaftlichem Erkenntnisdrang hat er im wissenden Schauen dank seiner großen intuitiven Kraft und seiner reichen Erfahrung für notwendige wissenschaftliche Entwicklungen gesorgt, die nicht nur in Deutschland, sondern in vielen Ländern der Erde im Dienste einer Erneuerung und Humanisierung der Psychiatrie Früchte trägt. Auch wenn der plötzliche Tod den Dialog mit *Ammon* unterbrochen hat, was uns zutiefst schmerzt, so ist es uns ein großer Trost, daß der innere Dialog mit ihm nie abreißen wird in unser aller Herzen und in unserer lebendigen Erinnerung an die vielen Begegnungen mit ihm, wenn er lehrte, erzählte, behandelte, zuhörte, dachte, lachte und weinte. Es tröstet uns, daß *Ammon* uns so einen Reichtum an Wissen, Erfahrungen, Einstellungen, Werten und Aufgabenfeldern dagelassen hat, eine Quelle, aus der wir immer wieder schöpfen und seine Arbeit weitertragen und entwickeln können.

Für seinen unerschüttlichen menschlichen, therapeutischen und wissenschaftlichen Optimismus, seinen tiefen Glauben an Entwicklung und Veränderung, seinen Zweifel und seine Kritik, seinen Humor und seine Verspieltheit, seine Großzügigkeit im Geben von Sozialenergie, seine unbedingte Präsenz, für die wesentliche Zeit, die er uns gegeben hat: daß wir so viele Jahre seines Schaffens, Lehrens, Forschens und Behandelns haben mit ihm teilen können, dafür sind wir ihm zutiefst dankbar.

Ansprache von Prof. Dr. med. August Schereschewski vom Bechterew-Institut in St. Petersburg

Meine liebe Frau *Ammon,*
meine lieben Kollegen,

mein Deutsch ist nicht gut, dennoch muß ich jetzt zu Ihnen sprechen. Ich habe heute Nacht gedacht: Tod und *Ammon* – es ist unmöglich! *Ammon* mit seiner Sozialenergie, *Ammon* mit seinem großen, großen Humanismus, *Ammon* mit seinen großen und vielen Schülern – er muß leben. Es ist unmöglich, daß *Ammon* tot ist. Alle, die hier sind, und Frau *Ammon* müssen alles dazu tun, daß das, was *Ammon* denkt, viele Ärzte, Psychologen und Sozialarbeiter kennenlernen. Sein Denken ist gut für alle Menschen. In nur zehn Jahren war *Ammon* in St. Petersburg ein großer Professor und Doktor. Er wird weiter zu uns kommen in Frau *Ammon,* in *Ilse Burbiel* und in unseren anderen lieben Freunden. *Ammon* ist für uns der Maßstab, der Maßstab als Arzt, der Maßstab als Mensch. Darum sind wir am Bechterew-Institut sehr, sehr traurig und nicht nur an diesem Institut, sondern auch in Moskau. Wir sind hier als Menschen, denn *Ammon* war mehr als ein Kollege für uns. Wir müssen alles dafür tun, damit das, was *Ammon* sagt, was *Ammon* schreibt, alle lesen, denken und tun können.

Ansprache von Dr. med Bela Buda, Vizepräsident der WADP, Chairman des ungarischen Zweiges

Liebe Frau *Ammon,* liebe Familie, liebe Freunde und liebe treue Gäste,

tief erschüttert in tiefer Trauer stehe ich hier und ich muß jetzt von *Günter Ammon* Abschied nehmen, muß jetzt Grußworte sagen, die ich niemals glaubte, einmal sagen zu müssen. Wenn man jemanden verehrt, hoch schätzt, liebt, hält man ihn für unsterblich. Das haben wir alle geglaubt, *Ammon* sei immer mit uns. Er strahlte immer Kraft, Optimismus, Lebensfreude aus. Wir konnten uns das nicht vorstellen, daß er uns einmal verlassen wird. Wir betrauern ihn besonders in Ungarn. Er war ein großer Freund der ganzen Gemeinschaft helfender Berufe in meinem Lande. Er hat uns mehrmals besucht, hat sehr viele Freunde, Schüler, Verehrer in diesem Lande. Es ist für uns ein riesiger Verlust, daß wir ihn niemals mehr persönlich begrüßen können. Ich glaube, daß auch die ganze Psychiatrie, die ganze Psychoanalyse und Psychotherapie einen großen Verlust erlitten haben. Er schuf ein riesiges Lebenswerk, das wissen wir alle. Er versuchte, eine Synthese von verschiedenen helfenden Berufen zu machen und es ist ihm fast gelungen. Aber er war noch im Aufbau seiner Theorien. Er wollte diese Synthese noch beenden, vervollständigen. Und das gelang ihm leider

nicht. Die Wissenschaft hat einen Verlust erlitten. Aber zuerst haben die Patienten den großen Verlust. Er hat immer darüber gesprochen. Er betonte immer wieder, daß es für ihn um eine Behandlungswissenschaft geht. Wissenschaft war für ihn nur in dem Maße wichtig, wie sie fähig war, den Patienten zu helfen. Dieser tiefe Humanismus, diese Verbundenheit mit der Sache von Patienten ist das wichtigste Erbe, das wir jetzt übernehmen müssen. Er hat uns eine Botschaft hinterlassen. Wir müssen die Arbeit fortsetzen und wir werden das tun. Wir sind alle verpflichtet, die Fackel, die er bisher gebracht hat, weiterzutragen. Ich muß jetzt endgültig Abschied nehmen von der Person des großen Lehrers, aber er wird ja in unseren Herzen leben. Wir werden ihn niemals vergessen und wir werden sein Erbe weiterführen.

Lieber Freund, *Günter Ammon,* ruhe in Frieden, die Ewigkeit erwartet dich.

Ansprache von Dr. med. Andrzej Guzek vom polnischen Zweig der WADP

Frau *Ammon,* liebe Freunde, verehrte Herrschaften,

wir verabschieden uns jetzt von einem großen Menschen, von einem großen Arzt und einem großen Kämpfer. Von einem Kämpfer gegen Konservatismus, Starrheit und Enthumanisierung der Psychiatrie und des Lebens. Das hat sich *Ammon* immer als ein Ziel gesetzt, daß jeder seiner Patienten, seiner Bekannten, seiner Schüler sich vollkommen entwickelt, ein vollkommenes Leben lebt. Das hat er auch selber getan. Und hier ein Paradox: ein vollkommenes Leben kann nie vollkommen sein, weil es voller Pläne ist bis auf die letzte Minue. So war es auch in seinem Falle. Die Pläne hat er bis zum Ende gemacht. Sie müssen auch fortgesetzt werden. Der Körper versagt, die Seele aber nicht. Nennt man es die Seele oder Sozialenergie oder Idee oder Geist. Es wird weiterleben, es wird in allen von uns, in seinen Schülern, seinen Patienten, Freunden und Bekannten weiterleben. Er wird in uns weiterleben. Er überschreitet die Grenze des Todes. Sein Leben war nicht leicht, er hat viele Probleme gehabt, an die man hier nur kurz erinnern sollte. Der Überfall der Polizei, das Unverständnis seitens verschiedener psychiatrischer Kreise in Deutschland; aber er hat auch sehr viele Freunde und Unterstützung in anderen Ländern und auch hier in Deutschland gehabt. Die Freunde bleiben ihm treu. Sein Leben hat er gut gelebt, den Menschen hat er viel gegeben. Wir sind Ihnen, Herr *Ammon,* sehr tief verpflichtet, was Sie für uns getan haben, besonders wir, die Polen, denen Sie treu beiseite standen auch in sehr schweren Zeiten, an die wir uns alle auch erinnern können. So möchten wir auch Ihnen treu bleiben, Ihnen, Ihren Ideen und sie verbreiten. Ruhen Sie auf der schönen Insel Capri, Herr Dr. *Ammon,* auf der Insel, die Sie so gemocht haben. Lassen Sie sich

von denen von uns, die vorbeikommen werden, besuchen und das genießen, was sie auch im Leben genossen haben, die Lebensfreude, weil sie auch dem Leben, der Welt, den Menschen freundlich und freudig immer gesonnen waren. Seien Sie sich sicher, daß Ihre Ideen von uns fortgesetzt werden.

Ansprache von Dr. med. Marius Erdreich,
Chairman des israelischen Zweiges der WADP

In December 1980 I participated for the first time at the International Congress of DAP in Munich. It was my first visit to Germany after the war. Doubts and questions were preoccupying me on my way from New York to Munich. The first meeting with *Ammon* was absolutely surprising. It was an overwhelming contrast between the expected and the reality. I had in my mind images of rigid characters, may be some dark shadows from the past relations between German and Jewish people during the Holocaust and I was absolutely overwhelmed by the contrast. During the first years the friendship and admiration became deeper. We stood together during difficulties for the German group of DAP, supported him against revenge and envy, when being persecuted by some Bavarian officials. He and his followers stood for Israel during the Gulf War, offered every kind of help. They stood up against the behaviour of the Neo Nazis and published a declaration condemning xenophobia and antisemitism. This declaration has been published in the prestigious official journal of the medical asscociation in Israel. In 1984, we had a symposion in Haifa on the dynamics of the Holocaust. The main lecture was *Ammon's*. At a certain moment he left the written material an continued his presentation, charged with sorrow and tears, participating with the audience in an extraordinary scenario. For *Ammon,* there is no statistical or other scientific approach to the Holocaust and its survivors. The Holocaust is too apocalyptic to be measured. *Ammon* made friends and he started the process of reapproachment between the people. *Ammon* created definitively a change in the attitude of many people to the German people.

As a professional, I found that the greatest contribution of *Ammon* to modern psychiatry is the idea of a social energy, the ego structure and the extraordinary authenticity in relations with staff and patients. Another great contribution is the psycho-analytic kindergarten that might create citizens fitting the rapid human ecological changes. He succeeded to create together with the younger colleagues, the best milieu therapy that I had ever seen. Trying to summarize his work before an audience at Tel-Aviv University, I described *Ammon* as the creator of a democratic psychoanalysis.

It is difficult to conceive a world without *Ammon.* He will always stay in my memory and in my heart. I assume you that our alliance will stay strong. This is what *Ammon* would like.

Dear *Ammon*, rest in peace, your heritage will live forever.

Ansprache von Professor Bernard Stritih,
Chairman des slowenischen Zweiges der WADP

Frau *Ammon,* liebe Familie, liebe Kollegen, liebe Patienten.,

heute haben wir uns hier zusammengetroffen, um Abschied von unserem Lehrer und Freund *Günter Ammon* zu nehmen. Wir sind tief berührt, es ist schmerzhaft und man kann schwer glauben, daß *Ammon* nicht mehr unter uns lebt, wirkt, lacht, und seine Sozialenergie ausstrahlt. Aber in diesem Moment bleibt uns Dankbarkeit für alles, was wir bekommen haben. Es bleibt uns auch Hoffnung, daß der Geist von *Günter Ammon,* seine Ideen und seine Sozialenergie auch in Zukunft weiterfließen werden. Es liegt jetzt an uns, die Richtung, die *Ammon* uns gezeigt hat, weiterzugehen und seine Ideen erfolgreich zu verbreiten. Und so bleibt uns auch die Hoffnung, daß dieser Moment, dieser traurige Moment nicht das Ende ist, sondern nur ein Punkt in der Geschichte der Psychiatrie und ein bedeutender Punkt in unserem Leben sein wird.

Ansprache von Dr. med. Rolf Schmidts,
Chefarzt der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige

Lieber *Ammon,* lieber Freund, lieber Günter, liebe Frau *Ammon,* liebe Familie, liebe Freunde hier

wir, die Patienten und Mitarbeiter der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige in München, hatten, seitdem Du die Klinik im Jahre 1979 gegründet und aufgebaut hast, das unerhörte Glück in ständiger Begegnung mit Dir zu erfahren, welche verändernde Kraft die menschliche Begegnung entfaltet. Wir wissen von Dir und durch Dich, wie sehr sie in einer Therapeutik mündet, die in nahezu aussichtslosen menschlichen Leidsituationen Wege zu eigener Identität in eigenem Recht befreit. Gerade wir haben teilgenommen an einer fachlichen und geistigen Entwicklung, die der modernen, den Menschen instrumentalisierenden und funktionalisierenden Medizin wieder einen Werthorizont erschließt. Wir waren beteiligt an einem Weg, der in der Befreiung wieder die Liebe zwischen den Menschen ermöglicht und entfaltet. So haben wir von Dir gelernt, daß Friede möglich ist und daß es unsere Verantwortung ist, ihn täglich neu zu erringen. Wir danken Dir von ganzem Herzen für Deinen Mut, die Menschlichkeit unbeirrbar in den Mittelpunkt Deines mitmenschlichen und ärztlichen Handelns gesetzt zu haben. Wir trauern um den unermeßlichen Verlust, daß Du nicht mehr unter uns bist. Wir wissen aber, daß die viel zu kurze Spanne Zeit mit Dir im Leben in uns weiterlebt und wirkt. Wir wissen, daß Du im Geist weiter bei uns bist. Dein Vorbild bleibt uns Zukunft und Ziel unseres Wirkens und Willens. Ich danke Dir.

Ansprache von Ingeborg Urspruch, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Dynamische Psychiatrie (DGDP)

Liebe Freunde, liebe Freunde von *Ammon*,

ich möchte hier am Ort von *Ammons* Wirken ein paar Worte zu Ihnen sprechen. Wir alle sind sehr betroffen von *Ammons* Tod, und wir alle trauern um ihn. Es wäre so gut gewesen und es war unser aller Hoffen, daß wir mit ihm noch ein weiteres Stück des gemeinsamen Weges hätten gehen können. Aber es stand nicht in unserer Macht. Die Zeit seines Todes war und ist seine Zeit, und wir müssen sie annehmen. Aber es fällt schwer.

Ammon selbst schreibt: »Jeder Mensch hat seine eigene Zeit. Die Zeit ruht in ihm und er bewegt sich mit Geist und Psyche um die in ihm ruhende Zeit, wie er auch andererseits sich um die ruhende Zeit der Ewigkeit in der kurzen Spanne seines Lebens bewegt.« Wir bleiben in Dankbarkeit zurück für seine Lebenszeit, die er in unserer Mitte wirkend verbracht hat, und für alles, was er uns dadurch gegeben hat. Denn *Ammon* war mit seiner ganzen Person ein Gebender.

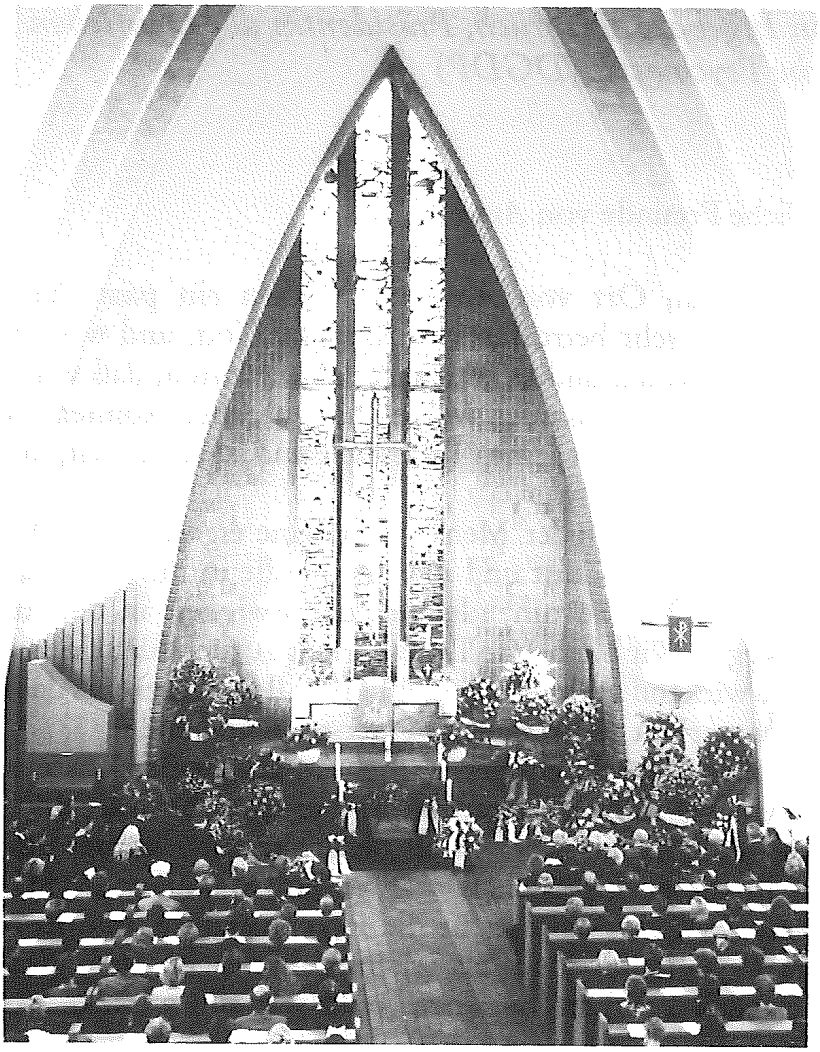
Er war ein großer Mensch, ein großer Lehrer, ein großer Wissenschaftler, ein großer Arzt und ein begnadeter Therapeut. Er war ein liebevoller und zuverlässiger Vater, Ehemann und Freund. Aber in all dem war auch immer ein Mensch der Wahrheit. Und in dieser Eigenschaft war er ein Mahner, ein Mahner für die Menschen unserer Zeit, ein Mahner für die Psychoanalyse, und insbesondere ein Mahner für die Psychiatrie. Und als Mahner hatter er auch den Kampf des Propheten im eigenen Land zu bestehen. Und wir alle wissen, was das für ihn bedeutet hat.

Aber seine Kraft und sein Wirken ist über die Grenzen seines und unseres Landes weit hinausgegangen in die ganze Welt. Und die Verständigung mit so vielen Menschen in aller Welt gab ihm wieder Kraft. So lebt er nicht nur bei uns weiter, sondern bei allen Menschen, die er erreicht hat in der ganzen Welt.

Ammon ist in Frieden gestorben und diesen Frieden hat er verdient, denn er war ein Mensch, der sein Leben in den Dienst einer bedeutenden Sinngebung gestellt hat und mit seiner ganzen Person und mit aller Konsequenz für diese Sinngebung gelebt hat. So war und ist er uns allen ein Vobild. Wir werden sein Werk fortsetzen. Den Weg dahin zu finden, wird unsere gemeinsame Aufgabe für die Zukunft sein. *Ammon* wird uns immer begleiten.

Ich danke Ihnen allen, daß Sie heute *Ammon* die Achtung und Ehre erwiesen haben, ihn auf seinem letzten Weg zu begleiten. Ich danke ganz besonders auch seinen treuen Freunden aus nahen und fernen Ländern, daß sie den weiten Weg hierher gekommen sind. Und ich hoffe, daß die nächsten Angehörigen, deren Schmerz noch ein ganz besonderer ist, Trost darin finden, daß wir auch – und mit Ihnen trauern.

Zum Abschluß ist es mir ein Anliegen, im Namen des Vorstandes der DAP, DGG, DGDP, DGPM und im Namen der nächsten Angehörigen, insbesondere *Maria Ammon* und ihren Kindern und *Julia Ammon*, den Freunden und wissenschaftlichen Mitarbeitern, wie auch den befreundeten Wissenschaftlern der WADP zu danken, für ihre liebevollen und bedeutsamen Worte, mit denen sie bei der Trauerfeier heute *Ammon* ihre Ehrerbietung erwiesen haben.





Bei der Trauerfeier in der Evangelischen Kirche am Hohenzollernplatz in Berlin-Wilmersdorf

Pressemitteilung der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP):

Zum Tod des Psychiaters und Psychoanalytikers Dr. med. Günter Ammon

Der Berliner Psychiater und Psychoanalytiker Dr. med. *Günter Ammon* ist am 3. September 1995 im Alter von 77 Jahren in einem Berliner Krankenhaus gestorben. Er ist international bekannt geworden als Begründer der Dynamischen Psychiatrie in Deutschland, die inzwischen in vielen Ländern der Erde als eine moderne und humanistische Psychiatrie bekannt ist und praktiziert wird. Er engagierte sich vor allem für eine Psychotherapie der Psychosen und psychosenahen Erkrankungen und darüber hinaus für eine Strukturreform der Psychiatrie.

Ammon hat Psychiatrie, Psychoanalyse, Psychosomatik und insbesondere die Gruppendynamik in das Theorien- und Behandlungsgebäude integriert. Wenn *Frieda Fromm-Reichmann* und *Harry Stuck Sullivan* die psychodynamische Ära der Schizophreniebehandlung eingeleitet haben, so kann über *Ammon* gesagt werden, daß er die gruppendynamische Ära der Schizophreniebehandlung eingeleitet hat.

Kernpunkte seiner Theorie sind die Neufassung der Aggressionslehre mit dem Begriff der konstruktiven Aggression im Sinne eines kreativen Herangehens an die Umwelt, das positive Verständnis des Unbewußten als Potential menschlicher Möglichkeiten, die Entwicklung des Humanstruktur-Modells als ein strukturdynamisches ganzheitliches Persönlichkeitsmodell und schließlich das sozialenergetische Prinzip als grundlegender neuer Zugang zum Problem psychischer Energie. Die menschliche Persönlichkeit wird im Verständnis von *Ammon* nicht durch eine Triebdynamik geformt, sondern durch die Beziehungserfahrungen, die der Mensch in den ihn umgebenden Gruppen macht, wobei die Dynamik der Primärfamilie prägend ist. Folgerichtig versteht *Ammon* die Entwicklungsenergie nicht als innerpsychische Libido (Triebenergie), sondern als »Sozialenergie«, die im zwischenmenschlichen Austausch entsteht und wirksam wird.

Ammon wurde am 9. Mai 1918 in Berlin geboren. Nach dem Studium von Medizin, Psychologie, Philosophie, Anthropologie und Archäologie in Berlin, Greifswald und Heidelberg arbeitete er zunächst in der Bluttransfusionsforschung, über die er auch seine Dissertation schrieb. Seine psychoanalytische Ausbildung absolvierte er am Berliner Psychoanalytischen Institut der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (DPV) bei *Carl Müller-Braunschweig.* Sein Interesse an der Erforschung und Behandlung der Schizophrenie führte ihn 1956 an die Menninger-Foundation in Topeka/USA, wo er in Zusammenarbeit mit *Karl* und *William Menninger* insbesondere die Gruppenpsychotherapie und Milieutherapie für die Behandlung von psychotisch erkrankten Patienten weiterentwickelte. Außerdem leitete er gruppendynamische Lehrgruppen an der Menninger School of Psychiatry und war langjähriger Consultant für die psychiatrischen

State Hospitals im Bundesstaat Kansas. In dieser Zeit absolvierte er außerdem seine zweite Lehranalyse am Topeka Psychoanalytic Institute bei *Ishak Ramzy,* einem Schüler von *Anna Freud.*

Nach seiner Rückkehr in die Bundesrepublik Deutschland 1965 gründete er 1968 als psychoanalytische Ausbildungsstätte des Berliner Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik, sowie 1969 die Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft (DGG) und die Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP), deren langjähriger Präsident er war. Unter seiner wissenschaflichen Leitung veranstaltete die DAP bis heute 23 internationale Symposien und Weltkongresse, seit 1982 gemeinsam mit der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, deren Präsident *Günter Ammon* bis zu seinem Tode war. 1968 gründete er außerdem die Internationale Fachzeitschrift »Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry« und fungierte seitdem als deren Herausgeber.

Mit der Weiterentwicklung psychoanalytischer Theoreme und Techniken durch die Integration des gruppendynamischen Prinzips trennte sich *Ammon* nicht wissenschaftlich von der Psychoanalyse, sondern griff alte psychoanalytische Fragestellungen auf. Die grundlegenden Konzepte und Arbeitselemente wie z.B. die Arbeit mit Übertragung, Gegenübertragung, Widerstand und die Arbeit mit dem Unbewußten sind beibehalten – theoretisch allerdings neu gefaßt – basierend auf den Konzepten der Humanstrukturologie, mit den entsprechenden Konsequenzen für die Behandlungsmethodik.

Ammon führte eine psychoanalytische Behandlungskonzeption in die Psychiatrie ein, welche die gesunden, kreativen Anteile des Menschen fördert und im Bündnis gegen die Erkrankung wirksam werden läßt. Zeitgemäße Psychotherapie wird damit im tieferen Sinne zur Gesundheitslehre. Gesund und krank bilden keine Dualität, sondern eine Einheit im ganzen Menschen. Psychische Krankheit bedeutet für *Ammon* eine Einengung des ursprünglich mehrdimensional angelegten Menschen auf wenige Dimensionen, bzw. Dysregulation und Desintegration der mehrdimensionalen Aspekte einer Person. Dabei ist für *Ammon* die Beschäftigung mit den mehrdimensionalen Möglichkeiten und Bedürfnissen des Menschen wichtiger als die Konzentration auf die Kausalität und Kategorisierung seiner Erlebens- und Verhaltensweisen in Krankheitsbegriffen.

Die von *Ammon* entwickelte Behandlungsmethodik psychisch schwer kranker Menschen, die sich meist verbal kaum artikulieren können, verbindet verbale Therapiemethoden (Einzel-, Gruppen- und Familientherapie) mit nonverbalen (Milieu-, Tanz-, Mal-, Theater, Musik- und Reittherapie) zu einem integrierten Behandlungskonzept, deren Effizienz durch eine systematische Effizienz- und Katamnestikforschung überprüft wird. Nach diesem therapeutischen Konzept hat *Ammon* 1979 die Dynamisch-Psychiatrische Klinik Menterschwaige in München aufgebaut, deren Chefkonsiliarius er bis zu seinem Tode war.

Ammons wissenschaftliches Werk umfaßt über 400 wissenschaftliche Publikationen und mehr als 20 Bücher, die er verfaßte bzw. herausgegeben hat und die teilweise in mehrere Sprachen übersetzt wurden. Zu seinen wichtigsten Büchern zählen »Gruppendynamik der Aggression« (1970, 2. Aufl. 1981); »Gruppendynamik der Kreativität« (1972), »Dynamische Psychiatrie« (1973, 2. Aufl. 1980), »Gruppenpsychotherapie« (1973, 2. Aufl. 1976), »Psychoanalyse und Psychosomatik« (1974), »Psychoanalytische Traumforschung« (1974), »Psychotherapie der Psychosen« (1975), »Analytische Gruppendynamik« (1976), »Kindesmißhandlung« (1979), das von ihm herausgegebene »Handbuch der Dynamischen Psychiatrie«, Band 1 (1979) und Band 2 (1982), »Der mehrdimensionale Mensch« (1986, 2. Aufl. 1995) sowie das Buch »Vorträge« (1988).

Ammon war Ehrenpräsident bzw. Ehrenmitglied zahlreicher internationaler wissenschaftlicher Fachgesellschaften und wurde mehrfach für sein wissenschaftliches und therapeutisches Lebenswerk geehrt. Erst kürzlich wurde er in die New York Academy of Science als ein aktives Mitglied aufgenommen. Anläßlich seines 75. Geburtstages verlieh ihm die Society for Medicine und Law in Israel die »Maimonides Purple Decoration« und die St. Petersburger Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde ernannte ihn als einzigen westlichen Psychiater nach *Kreapelin* zu deren Ehrenmitglied. Auf dem 10. Weltkongreß der WADP im St. Petersburger Bechterew-Institut im Oktober 1994 wurde er für seine Verdienste um die Humanisierung der Psychiatrie von der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) mit der Goldmedaille ausgezeichnet. Noch Anfang 1995 habilitierte er sich in St. Petersburg, wo er einen Lehrstuhl für Dynamsiche Psychiatrie an der Universität übernehmen sollte.

Ilse Burbiel (München) / *Helmut Volger* (Berlin)

Press Release of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP): On the decease of Dr. med. Günter Ammon – Psychiatrist and Psychoanalyst

The psychiatrist and psychoanalyst Dr. med. *Günter Ammon* (Berlin) died on September 3rd 1995 at the age of 77 in a Berlin hospital. He has become internationally renowned as founder of the Dynamic Psychiatry in Germany, which nowadays is known and practised in many countries as a modern and humanistic psychiatry. He was very much committed to the psychotherapy of psychoses and its closely related disorders and also to a structural reform of psychiatry. *Ammon* has integrated psychiatry, psychoanalysis, psychosomatics and particularly groupdynamics into his theory and method of treatment. These were *Frieda Fromm-Reichmann* and *Harry Stuck Sullivan* who inaugurated the psychodynamic era in the treatment of schizophrenia, and it was Ammon who inaugurated the group-dynamic era in the treatment of schizophrenia.

Central points in his theory are the revision of the theory of aggression by introducing the conception of »constructive aggression« in the sense of a creative »ad gredi« towards the environment, the positive understanding of the unconscious as potential of human possibilities; the development of the human-structure model as a structural-dynamic and holistic model of personality and finally the social-energetic principle as a basically new approach to the problem of psychic energy. The human personality – in the understanding of *Ammon* – is not shaped by drive dynamics but by the relationships a human being experiences in the groups he is a member of, the dynamics of the family group having thereby a forming and lasting character. Consequently *Ammon* does not understand developmental energy as an innerpsychic libido (drive energy), but as a social energy, emerging from and having influence on interpersonal relationships.

Ammon was born on May 9th 1918 in Berlin. After his studies of medicine, psychology, philosophy, anthropology and archeology in Berlin, Greifswald and Heidelberg he worked in the field of haematology, on which he also wrote his dissertation. He received his psychoanalytic training by *Carl Müller-Braunschweig* at the Karl-Abraham-Institute of the Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV) in Berlin. His strong interest in the research and treatment of schizophrenia led him to the Menninger Foundation in Topeka, USA in 1956, where he developed in cooperation with *Karl* and *William Menninger* in particular the group-psychotherapy and the milieu-therapy for the treatment of patients suffering from psychotic disorders. Besides he conducted group-dynamic teaching-groups at the Menninger School of Psychiatry and was for many years consultant for the Psychiatric State Hospitals in the Federal State Kansas. At that time he also received his second training analysis at the Topeka Psychoanalytic Institute by *Ishak Ramzy,* a disciple of *Anna Freud.*

After his return to the Federal Republic of Germany in 1965 he founded in 1968 the Berlin Training and Research Institute for Dynamic Psychiatry and Group Dynamics, in 1969 the Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft (DGG) and the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP), whose president he had been for many years. Under his scientific chairmanship the DAP has organized up today 23 International Symposia and World Congresses – since 1982 together with the WADP World Association forDynamic Psychiatry, whose president *Günter Ammon* had been unto his decease. In 1968 he also founded the international scientific journal »Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry« and was since then its editor.

In developing further psychoanalytic theorems and techniques by integrating the group-dynamic principle *Ammon* did not part from psychoanalysis, quite on the contrary did he reformulate old psychoanalytic questions. The fundamental concepts and elements of psychoanalytic work such as transference, counter-transference, resistance and the work with the unconscious were preserved – but put into a new theoretical framework

based on the concepts of human-structurology, with specific consequences for the treatment-methodology.

Ammon introduced a psychoanalytic concept of treatment into psychiatry, which supports the healthy, creative parts of man, making them effective in an alliance against illness. In this sense, current psychotherapy has become a science of health. Being ill or healthy does not constitute a duality, but an unified entity in man. In *Ammon's* understanding, psychic illness means a narrowing of the originally multidimensional human being to very few dimensions respectively a dysregulation and desintegration of the multidimensional aspects of a person. In this context it is for *Ammon* more important to think about multidimensional potentialities and needs of man than to focus on causality and categories of his modes of experience and behavior in terms of illness.

As is often the case, human beings who are seriously ill are not able to express themselves verbally, and their suffering cannot be understood, so *Ammon* complemented verbal (individual, group, and family therapy) with non-verbal methods of psychotherapy (milieu, dance, theatre, music, painting and hippotherapy) thereby producing an integrated network of treatment. His concept of treatment has been made reality in the Munich Dynamic Psychiatric Hospital Menterschwaige founded by *Ammon.* Since 1979 he has been Chief Consiliarius at this institution.

Ammons scientific work comprises more than 400 scientific publications and more than 20 books as author or editor, many of them being translated in several languages. His most important works are »Group Dynamics of Aggression« (1979), »Dynamic Psychiatry« (1973), »Psychoanalysis and Psychosomatics« (1974), »Group Dynamics of Creativity« (1972), »Group-Psychotherapy« (1973), »Psychoanalytic Dream Research« (1974), »Psychotherapy of Psychosis« (1975), »Analytic Group Dynamics« (1976), »Battered Child Syndrome« (1979), the »Handbook of Dynamic Psychiatry« Vol. I (1979) and Vol. II (1982) published by him, »Multidimensional Man« (19686) as well as the book »Lectures« (1988).

Ammon was honorary president resp. honorary member in numerous scientific organizations and was honoured repeatedly for his scientific and therapeutic life work. Just recently he was admitted as active member by the New York Academy of Science. On the occasion of his 75th birthday the Society for Medicine and Law in Israel awarded him the »Maimonides Purple Decoration« and the St. Petersburg Society for Psychiatry and Neurology made him honorary member as the only western psychiatrist beside *Kreapelin.* On the 10th World Congress of the WADP at the St. Petersburg Bechterew Institute in October 1994 he was awarded the Gold Medal of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) for his merits for the humanization of psychiatry. In the beginning of the year 1995 he was habilitating in St. Petersburg, where he was to take a chair of Dynamic Psychiatry.

Ilse Burbiel (Munich)/*Helmut Volger* (Berlin)

Psychiater Günter Ammon 77jährig gestorben

Berlin (dpa) – Der Berliner Psychiater und Gründer der »Dynamischen Psychiatrie«, *Günter Ammon*, ist im Alter von 77 Jahren gestorben. Wie die Deutsche Akademie für Psychoanalyse (Berlin/München) am Montag mitteilte, erlag er am Vortag in einem Berliner Krankenhaus den Folgen einer kurzen schweren Krankheit. Er galt als ein wichtiger Vertreter der sogenannten Neo-Psychoanalyse, die über *Sigmund Freud* hinausgehend die Psychotherapie und Psychiatrie modernisierte.

Ammon wurde am 9. Mai 1918 in Berlin geboren. Er studierte Medizin, Psychologie, Philosophie und Archäologie in Berlin und Heidelberg und war von 1956 bis 1965 in den USA an Forschungsarbeiten über Schizophrenie beteiligt. 1969 gründete er in Berlin die Deutsche Akademie für Psychoanalyse und 1979 in München die Klinik für Dynamische Psychiatrie. Die von ihm begründete Psychotherapie-Schule wird in vielen Ländern der Erde praktiziert; unter anderem war er Präsident der Weltgesellschaft für Dynamische Psychiatrie. Noch Anfang 1995 habilitierte er sich in St. Petersburg (Rußland), wo er einen Lehrstuhl für Psychiatrie übernehmen sollte.

Kern seiner Theorie ist die »Sozialenergie«, über deren gesunde Anteile der behandelnde Arzt Zugang zu seinen Patienten finden soll. Nach *Ammon* wird die Persönlichkeit nicht durch Triebe, sondern durch zwischenmenschliche Beziehungen bestimmt. In zahlreichen Büchern legte er seine Theorie und sein Wissen dar, darunter in einem zweibändigen Handbuch zur Dynamischen Psychiatrie (1979/1982) und zuletzt in »Vorträge« (1988).

(*dpa* bundesweit, 4.9.1995)

Translation of the News Report of the German News Agency (dpa) – Regional Bureau Berlin – 4 September 1995, 5.17 p.m.:

Psychiatrist Günter Ammon died at the age of 77

Berlin (dpa/bb) – The Berlin psychiatrist and founder of Dynamic Psychiatry«, *Günter Ammon*, died last Sunday, 3 September, in a Berlin hospital. As the German Academy for Psychoanalysis (Berlin/Munich) communicated to the press on Monday, 4 September, *Günter Ammon* died after a brief serious disease. He is considered as one of the most important representatives of the so-called Neo-Psychoanalysis, which – exceeding the bounds of the work of *Sigmund Freud* – modernized psychotherapy and psychoanalysis.

Ammon was born on May 9, 1918 in Berlin. He studied medicine, psychology, philosophy and archaeology in Berlin and Heidelberg, and

took part from 1956 till 1965 in research projects on schizophrenia in the USA. In 1969 he founded the German Academy for Psychoanalysis in Berlin and in 1979 the Clinic for Dynamic Psychiatry in Munich. The psychotherapeutic school which was founded by him is supported and put into therapeutic practice in many countries all over the world; among other functions he was president of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP. In 1995 he was habilitating in St. Petersburg (Russia), where he was to take a chair as a professor for psychiatry.

The core of his theory is the »social energy«, whose healthy parts offer the therapist access to his patient. According to *Ammon* the personality is not determined by drives, but by inter-human relations. In his understanding the psychically ill person can stabilize his identity by means of different verbal (group therapy) and non-verbal forms of therapy such as theatre and painting therapy. In numerous books he outlined his theory and science, in particular in his two-volume »Handbook for Dynamic Psychiatry« (1979/1982) and in 1988 in »Lectures«.

Die deutsche dpa-Meldung wurde in folgenden Zeitungen bzw. Zeitschriften abgedruckt:

Der Tagesspiegel, 5.9.1995
Berliner Zeitung, 5.9.1995
Berliner Morgenpost, 5.9.1995
Die Welt, 5.9.1995
Berliner Kurier, 5.9.1995
BZ, 5.9.1995
Münchner Merkur, 5.9.1995
tz, 5.9.1995
Burghauser Anzeiger, 5.9.1995
Badische Zeitung, 5.9.1995
Hamburger Abendblatt, 5.9.1995
Süddeutsche Zeitung, 6.9.1995
Nürnberger Nachrichten, 6.9.1995
Ärztezeitung, 6.9.1995
taz, 6.9.1995
Der Spiegel, 11.9.1995
Raum & Zeit, Nov./Dez. 1995

Im Berliner Ärzteblatt vom 2.10.1995 wurde die Pressemitteilung der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) unter der Rubrik »Personalia« abgedruckt.

Italienische Pressemitteilung der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 5.9.1995

Lo psichiatra Günter Ammon è morto

Lo psychiatra e fondatore della Psichiatria Dinamica, Dr. *Günter Ammon,* è deceduto domenica scorsa all'età di 77 anni in un ospedale a Berlino. Come communicato dall'Accademia Tedesca di Psicoanalisi, si è estinto dopo una breve ma grave malattia. *Ammon* viene considerato come un importante rappresentante di una Psicoanalisi modificata e modernizzata dopo *Freud.*

Ammon nacque il 9 maggio 1918 a Berlino. Dopo lo studio della medicina, della psicologia, della filosofia e dell'archeologia a Berlino ed Heidelberg, partecipò alla ricerca scientifica sulla schizofrenia e sul Borderline ed allo sviluppo della terapia di gruppo e della terapia d'ambiente (milieu therapy) alla Menninger Foundation di Topeka negli Stati Uniti dal 1956 al 1965. Fondò, ritornato a Berlino, l'Accademia Tedesca di Psicoanalisi (DAP) nel 1969 e, a Monaco di Bavirera, la Clinica di Psychiatria Dinamica nel 1979. La scuola psicoterapeutica da lui fondata è sostenuta e practicata in parecchi paesi del mondo. Ebbe, tra le molteplici cariche nell'ambito della psicoanalisi internazionale, la Presidenza dell'Associazione Internazionale della Psichiatria Dinamica (WADP). All'inizio del 1995 ottenne l'abilitazione presso l'Istituto Bekhterev di S. Petersburgo, dove stava per avere una cattedra di Psichiatria.

Uno dei concetti centrali della sua teoria è quello dell'energia sociale nei gruppi, che sostituisce la concezione freudiana della libido quale energia psichica dell'individuo. La personalità è, secondo *Ammon*, determinata, non dalle pulsioni ma dai rapporti interpersonali presenti nelle dinamiche dei gruppi di appartenenza storica. La terapia del sintomo porta soltanto ad un miglioramento superficiale. Solo una concezione integrativa della terapia che includa varie forme di terapia verbale (terapia individuale e di gruppo) e non verbale (terapia di danza, di musica, d'arte, di teatro, ippoterapia), integrate a livello dell'inconscio, può sviluppare e stabilizzare l'identità del paziente ed essere garante di crescita e miglioramento. Presentò la teoria della Psichiatria Dinamica nei suoi numerosi libri tra cui il Manuale della Psichiatria Dinamica in 2 volumi (1979/1982) e Conferenze (1988).

Ammon sviluppò una parte considerevole della sua attività scientifica in Italia. Negli ultimi anni collaborò con la Pontifica Facoltà Teologica Marianum (Prof. *Pinkus*) e l'Istituto Dermopatico dell'Immacolata (IDI) di Roma (Prof. *Decaminada*), e con l'Università die Firenze (Prof. *Eletti,* Presidente della sezione italiana dell'Associazione Internazionale della Psichiatria Dinamica). Fu membro dell'Accademia Tomaso Campanella di Roma. A Paestum, dove fondò il Centro di Conferenze »Casa Ammon«, fu insignito della cittadinanza onoraria. Il suo ultimo desiderio fu di essere sepolto nel cimitero accattolico dell'isola di Capri.

Paestum: Ammon ist tot

Auch Paestum trauert um den Psychiater und Gründer der Dynamischen Psychiatrie, Dr. *Günter Ammon,* verstorben im Alter von 77 Jahren in einem Berliner Krankenhaus. Er erlag einer kurzen aber schweren Krankheit. *Ammon* war Ehrenbürger von Capaccio/Paestum. Nach dem Studium der Medizin, der Psychologie, der Philosophie und der Ärchäologie in Berlin und Heidelberg nahm er an der wissenschaftlichen Erforschung der Schizophrenie, der Entwicklung der Gruppentherapie und der Mileutherapie in den USA von 1956–1965 teil. Nach seiner Rückkehr nach Berlin gründete er 1969 die Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) und in München 1979 die Klinik für Dynamische Psychiatrie. Die von ihm ins Leben gerufene psychotherapeutische Schule wird in vielen anderen Ländern der Welt unterstützt und praktiziert. Unter vielen anderen Aufgaben im Bereich der internationalen Psychoanalyse hatte er die Präsidentenschaft der Weltgesellschaft für Dynamische Psychiatrie (WADP) inne. Anfang 1995 habilitierte er sich im Bechterew Institut von St. Petersburg, wo er einen Lehrstuhl für Psychiatrie an der Universität übernehmen sollte. *Ammon* entwickelte einen wesentlichen Teil seiner wissenschaftlichen Vorträge in Italien, in den letzten Jahren arbeitete er zusammen mit der Pontifica Facoltà Teologica Marianum am Instituo Dermopatico dell'Immaculata Roma und der Universität Florenz mit Professor *Eletti,* dem Präsidenten des italienischen Zweiges der Weltgesellschaft für Dynamische Psychiatrie. Er war Mitglied der Akademie Tommaso Campanella in Rom. In Paestum, Stadt der Tempel, wo er das Tagungszentrum »Casa Ammon« gründete, wurde er mit der Ehrenbürgerschaft der Stadt ausgezeichnet. Sein letzter Wunsch war, im akatholischen Friedhof der Insel Capri begraben zu werden.

Il Giornale di Napoli, 12.9.95

Die italienische Pressemitteilung wurde weiterhin in folgenden Zeitungen veröffentlicht:

Capri News, 12.9.95
Capri Il Golfo, 13.9.95

Aus den Kondolenzbriefen zum Tode von Dr. Günter Ammon

World Psychiatric Association/Weltverband für Psychiatrie

September 13, 1995

Dear Maria,

It is with great regrets that I receive the news of Günter's unexpected passing. In his lifetime Günter has made important contributions towards the humanistic reform of psychiatry. His death is not only a loss to the WADP but also to the world.

May I share your sorrow in this time of loss and mourning.

Yours sincerely,

Felice Lieh Mak
President

World Health Organization/Organisation Mondiale de la Sante

September 8, 1995

Dear Mrs. Ammon

It is with great and deep regret that I learnt of the unexpected and sudden death of Dr. Günter Ammon. I consider this is not only a loss for you, his family, friends, and members of the WADP, but also for the humankind, as he struggled so much to obtain better conditons for mental health in the world. He will continue to be alive among all of us through his ideals and work achieved, which will pave the way to develop further progress in the field of mental health. One of his last endeavours was to collaborate with WHO in order to reach a wider audience in the world. This process has already been initiated and should soon become effective.

Yours sincerely,

Dr. J.A. Costa e Silva
Director
Division of Mental Health

The World Association for Medical Law

September 12, 1995

Dear Maria, dear members of the family, dear Ilse and Rolf, dear friends, dear members of the staff, dear patients,

I do not wish to lament our leader, father and teacher, who left us so suddenly. Within the mourning ories, and despite the bitter feelings of helplessness, we should be thankful and show gratitude for having the opportunity to meet Dr. Ammon, to know him and to share with him some parts of our life.

Dr. Ammon belongs to the Immortals, to that group of giants who were chosen by the divine grace in order to fulfil certain missions down on earth. How noble was the mission that had been laid on Dr. Ammon's shoulders – to alleviate the pain and the sufferings of the mental patients. He was well equipped for this sacred mission: The highest intellectual and intelligent qualifications, the deepest understanding of human nature, an endless tolerance, the true love for each and every patient, the rare capability of functioning both as an outstanding clinician, as a distinguished teacher, as a natural and international leader, and first and foremost – his preparedness to sacrify his life and his being, to undertake the assignment and to carry it out in its full sense and meaning.

How fortunate you are, my dearest friends, to know this giant personality and to even take part in his giant deeds. No, he did not leave you naked and bare. He fills and will always stay in your memory, your spirit, your mind, your whole personal history, in what you feel, at all your good deeds. It is therefore you, only you, who are realy able to carry out the true meaning of his mission on earth. Look around, friends: Bodily and mentally pain and suffering are still part of human life. Dr. Ammon showed you the way and taught you how to render help to your suffering neighbors. This, I believe was Ammon's testament. Be proud to be called to fulfill this destiny. Let this pride ease the pain you feel for missing your beloved father, and may he rest in peace and always kept adored by his big loyal family.

Prof. Amnon Carmi, President

The Bekhterev Institute, St. Petersburg, Russia

5.09.1995

Scientists of the Bekhterev Psychoneurological Institute express their grief concerning the decease of the outstanding psychiatrist wellknown in the world Dr. Günter Ammon and condole with Frau Maria Ammon, all colleagues and friends of the deceased.

Prof. Modest Kabanov, MD
Director
Bekhterv Institute

Prof. Yuri Popov, MD
Deputy Director
Bekhterev Institute

Prof. August Shereshevsky, MD
Head, Dptm. of Scientific Medical Information
Bekhterev Institute

Prof. Dr. Mauricio Knobel
University of Campinas
Brazil

September 6, 1995

Dear Maria and academy colleagues and friends,

with deep sorrow we learned about the unfortunate notice of the death of our respected and beloved friend and teacher.

Günter Ammon will be with us forever. His courage, his philosophy; his psychoanalytic theory and practice is an everlasting presence for all of us who were privileged with his books and articles. On my behalf, Clara Freud's and all our staff's, we pay homage to our Honorary Member and worldwide prestigious analytic thinker.

Your grief is also ours. Count on us eventhough it will impossible to be present at the funeral celebration.

With love,
M. Knobel

McGill University
Montreal
Canada September 8, 1995

Dear Dr. Burbiel,

I am shocked and numbed to know that our very dear friend, philosopher, and guide, Dr. Günter Ammon is no more with us. This is particularly sad because this was the time that WADP was indeed being accepted all over the world as the most effective integrated and holistic system of healing for the distressed and better mental health for the seemingly normal people. He was the one who brought very distinguished and caring persons from the diverse cultural backgrounds and got them involved in the movement of reach out the sick, the minority, the poor, and the marginalized people, to generate social energy, and to realize their potentials. WADP is a concrete model of how people who look and behave so differently can work together for a great cause which our beloved leader has designed for us.

When Mahatma Gandhi died, Prime Minister Nehru said first that the light has gone out. Then, he reversed and said that the light will never go out. The Leader has put it in our hearts and we shall take it to all people of the world. Let us take this vow that the light that Günter has given to us will be taken to all parts of the world. This is our pious duty.

Please convey my condolence to Mrs. Maria Ammon. We all are with her.

With deep sorrow on behalf of the Indian Branch and my behalf.

Jai. B.P. Sinha, Ph.D.
Visiting Professor at McGill &
President, Indian Branch of WADP

Ortschaft Capaccio
Provinz Salerno 14.9.1995

An die Familie Ammon

Wir haben mit Bedauern vom Hinscheiden Ihres geliebten Dr. Günter Ammon erfahren. Wir kannten seinen internationalen wissenschaftlichen Wert, noch bevor er nach Paestum gekommen war.

Er war einer der größten Erneuerer von Freuds Psychoanalyse, auf deren Gebiet er nicht nur körperliche, sondern auch sehr wichtige soziale Gesichtspunkte einführte. Seine Entdeckung der neuen Therapie, die nicht nur auf die Libido, sondern vielmehr und vor allem auf soziale Faktoren

zurückführbar ist, bleibt ein Meilenstein der wissenschaftlichen Formulierung der Psychoanalyse.

Wir aus Capaccio/Paestum haben ihn noch mehr geschätzt, als wir seine wissenschaftliche Arbeit auch in der Praxis angewendet sahen. Wir sind ihm dankbar dafür, daß er diesen ihm geliebten Ort wählte für seinen langen Aufenthalt und für seine Tätigkeit.

Wir möchten Ihnen deshalb unsere Hochschätzung und unser Beleid für den unersetzlichen Verlust mitteilen.

Der Bürgermeister

Prof. Dr. hab. Jerzy Aleksandrowicz
Krakow September 24th, 1995

Dear Maria,

having returned to Cracow after a prolonged absence I have learned with deep sorrow of the death of Günter, our eminent colleague and dear friend. He will long be remembered for his unfailing courtesy and kindness.

I wish to extend to you my sincere sympathy joining you in the sorrow you all feel at the loss of such a wonderful man and great scientist.

Please, accept on behalf of myself and my colleagues our condolences over the loss of Professor Günter Ammon.

Yours truly,
Jerzy Aleksandrowicz

Prof. A. Alexandrov
Chair of Medical Psychology
St. Petersburg Medical Academy 10. Oktober, 1995

Lieber Herr Wolfrum!

Ich trauere zusammen mit Euch allen über das Ableben Ihres Lehrers, eines großen Gelehrten und wunderbaren Menschen – Günter Ammon. Richten Sie bitte mein herzliches Beileid an Frau Ammon aus.

Ihr Prof. Arthur Alexandrow

Professor Dr. h.c.mult. Manfred von Ardenne 12. September 1995

Sehr verehrte Frau Ammon,

zum plötzlichen Tod Ihres Herrn Gemahl möchte ich Ihnen mein tiefempfundenes Mitgefühl aussprechen. Trotz der nur kurzen Begegnungen, die jetzt schon über 6 Jahre zurückliegen, habe ich Ihren Mann als Wissenschaftler hoch schätzen gelernt.

Ihr
Manfred von Ardenne

Psychiatrische Universitätspoliklinik
Kantonspital Basel Basel, 7. September 1995

Sehr geehrte Frau Dr. Burbiel,

die Nachricht vom Hinschied des Dr. med. Günter Ammon hat mich zutiefst betrübt. Die Begegnungen mit ihm waren stets anregend, und es war immer eine Freude, mit ihm die gemeinsam interessierenden psychodynamischen Probleme zu erörtern. Als ich ihn das letzte Mal in St. Petersburg am 10. WADP-Kongress traf, wirkte Herr Dr. Ammon geistig so aktiv, aber auch körperlich wieder so erholt, daß man nicht hätte ahnen können, wie schwer krank er war. Mit seinem Hinschied geht uns nicht nur ein großer Forscher und Lehrer verloren, sondern auch ein treuer Freund.

Ich versichere Sie meiner tiefempfundenen Anteilnahme am Leid, das Sie mit dem Hinschied von Herrn Dr. Ammon getroffen hat und darf Sie bitten, auch Frau Dr. Ammon mein Beileid auszudrücken.

In Verbundenheit

Prof. Dr. R. Battegay

Dr. Heinz Behrendt
Jerusalem 15.10.1995

Liebe Frau Ammon,

bei der Rückkehr aus dem Krankenhaus fand ich Ihren so traurigen Brief vor. Ich nehme ganz herzlichen Anteil an Ihrem Schicksal.

Günter Ammon war für mich stets eine ganz besondere Erscheinung. Was für mich das Bedeutsame war, ist die Umfassenheit seines Denkens, das einerseits unserer antiken Vergangenheit so sehr verbunden war und andererseits dieses Wissen der Modernen gegenüberstellte. Die glückliche Vereinigung des Antiken mit den Forderungen des Tages der modernen Psychologie erscheint mir als das Zentrum seines begnadeten Schöpfertums.

In ganz herzlicher Teilnahme
Ihr Heinz Berendt

Landesversicherungsanstalt Oberbayern
München
Dr. Ludwig Bergner

Dynamisch-Psychiatrische Klinik Menterschwaige

Mit großer Betroffenheit haben wir vom Tod des Chefkonsiliarius Ihrer Klinik erfahren.

Im Namen unseres Hauses darf ich Ihnen zu dem schweren Verlust unsere tiefe und aufrichtige Anteilnahme aussprechen.

Die Geschäftsleitung
Bergner

The International Journal of Social Psychiatry
Ececutive Editor
Mrs. S. Bierer 29th October 1995

Dear Sirs,

I am very sorry indeed to learn of the death of Dr. Günter Ammon. My husband Dr. Joshua Bierer and I with our small daughter were guests of Dr. Ammon some 13 years ago and I have not forgotten his most generous hospitality.

I know that my husband held Dr. Ammon in high esteem and valued all the work he had contributed to psychiatry and philosophy.

Please convey my condolences to Dr. Ammon's family.

Yours sincerely
Mrs. S. Bierer

Polish Psychiatric Association Executive Commitee
Warsaw, Poland
Deutsche Akademie für Psychoanalyse

Mit tiefem Bedauern haben wir die Nachricht vom Verscheiden von Prof. Dr. med. Günter Ammon aufgenommen. Prof. G. Ammon war Ehrenmitglied der Polnischen Psychiatrischen Gesellschaft seit 1983. Wir waren ihm insbesonders für seine hilfreiche und freundliche Tätigkeit und Haltung gegenüber polnischen Psychiatern in schwierigen Jahren unserer Geschichte dankbar. Wir werden immer das Gedenken an Prof. Ammon, den bewährten Freund von Polen, bewahren.

Ich bitte Sie mein tiefes Beileid seiner Familie, Freunden und Mitarbeitern zu übermitteln.

Prof. A. Bilikiewicz

Prof. Dr. hab. med. Jacek Bomba
Katedra Psychiatrii
Collegium Medicum
Uniwersytetu Jagiellońskiego
Krakow, Poland

September 26, 1995

Dear Ms Ammon,

With a great sorrow I learned about unexpected passing of Dr. Günter Ammon whom I respected and admired. His thinking, and above all attitude has been of great importance for many of us.

I am extremely sorry this sad information came to me too late to be able to express my feelings in Berlin, together with all who loved him.

Please accept my assurance that we all shall be keeping him in warm memory.

Yours,
Jacek Bomba

Rolf Bossi
München 18. September 1995

Wir alle trauern um einen Großen, für den es keinen Ersatz gibt.
Ihr
Rolf Bossi

Dr. med. Hallym Calehr
Berlin

Liebe Frau Ammon,

mein tiefstes Beileid, daß Ihr lieber Mann, Dr. Günter Ammon, gestorben ist. Er war einer der bedeutendsten Psychiater der Welt. Sein Verlassen hat uns alle tiefst ins Herz getroffen. Möge Gott der Allmächtigste seine Seele in Ruhe segnen und Ihnen, Frau Maria Ammon, viel viel Kraft geben.

Liebe Grüße und herzlichste Beileidteilnahme
stets Ihr ergebener
Dr. med. Hallym Calehr

John L. Carleton, M.D., L.F.A.P.A.
Santa Barbara, California 93108
Diplomate in Psychiatry
American Board of Psychiatry and Neurology September 19, 1995

Dear Maria,

please accept our sincere support and empathy at this time of your great grief and loss. My wife Ellen, I and our children Kip and Talitha send this message to you.

Günter was a shining star in this world of pain, sorrow and conflict. He gave us a real direction toward a way of helping those who suffer from mental illness. His guidance served all of humanity. Indeed, consistent with the announcement, we here in Santa Barbara will join you and »strive in his spirit for the human and spiritual goals which were always important for him.«

With love and best regards, we remain,
Ellen, Kip and Talitha Carleton
John L. Carleton, M.D.

Sir John and Lady Eccles
Contra (TI)
Switzerland September 12, 1995

Cordial greetings and our deep condolences,
Dr. Helena Eccles and John Eccles

Inci Ertem
Istambul
Turkey September 13, 1995

Dearest Maria and family,

I want to express my deep sorrow on Dr. Günter Ammon's death, and would like to sincerely share your loss and mourning.

Dr. Ammon was like the sun illuminating one way or another all those who have known him. He will be missed widely and deeply and I feel life will not be the same anymore for many.

I will think of you and pray for him.

With all my sympathies and love,
Inci Ertem

Erwin Essl
München

»Ein guter, edler Mensch,
der mit uns gelebt,
kann uns nicht genommen werden,
denn er läßt eine leuchtende Spur zurück.«
(Goethe)

Liebe Frau Ammon,

zum Heimgang Ihres lieben Mannes entbieten wir Ihnen und Ihrer Familie unser herzlichstes Beileid.

Wir denken gerne an die schönen gemeinsamen Stunden, die wir mit Ihnen allen verleben durften. Wir wünschen Ihnen viel Kraft, um das Lebenswerk dieses einzigartigen Menschen Dr. Ammon weiterzuführen.

In stillem Gedenken,
Ihre Renate und Erwin Essl

AOK Bayern
Direktion München
Johann Fahn
Direktor

Dynamisch-Psychiatrische Klinik Menterschwaige 20.9.1995

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Betroffenheit haben wir die Nachricht vom Tode von Herrn Dr. Ammon erfahren. Wir wissen aus der nun über viele Jahre gehenden Zusammenarbeit, wie seine Vorstellungen einer patientenorientierten, zukunftsstrukturierten Behandlung von Patienten die Arbeit besonders auch in Ihrer Klinik geprägt hat, es war ja auch sein geistiges Werk.

Wir sprechen Ihnen zum Tode von Herrn Dr. Ammon unsere herzliche Anteilnahme aus. Der Lehrer ist gestorben, seine Lehre wird von Ihnen weitergeführt.

Mit Anteilnahme
Fahn
Direktor

Studio Patroni Griffi & Partners

Napoli, 17.10.1995

Gentile Signora Ammon,

con grande condoglio ho appreso della morte del Dr. Günter Ammon. Mi lega a Lui il ricordo di antiche battaglie e di una amicizia consolidata attraverso molti anni. Ricordo gli incontri con Lui a Paestum ed a Monaco.

Riceva le espressioni della mia partecipazione al Suo lutto e la mia assicurazione di una collaborazione alle opere che certamente sopravviveranno alla morte di Günter Ammon.

Cordialmente
Luigi Patroni Griffi

Sehr geehrte Frau Ammon,

mit großer Betroffenheit habe ich vom Tode Dr. Günter Ammons erfahren. Mich verbindet mit ihm die Erinnerung an vergangene Kämpfe und an eine Freundschaft, die durch viele Jahre hindurch gewachsen ist. Ich erinnere mich an meine Begegnungen mit ihm in Paestum und München.

Empfangen Sie den Ausdruck meiner Anteilnahme an Ihrer Trauer und ich versichere Ihnen eine weitere Mitarbeit an einem Werk, das sicherlich den Tod Günter Ammons überdauern wird.

Herzlich
Luigi Patroni Griffi

Prof. Fida M. Hassnain
Srinagar, India September 22, 1995

To Maria Ammon and friends and members of WADP deep and sorrowful condolences. We have lost our great friend and Master – the philosopher of the New Age – who was more than a father and mother to us – his children he loved most and looked to their comforts with mercy and compassion. His passing away was sudden and unexpected, for according to astrological science he had to depart in the year 1998 but destiny took him away in 1995! Our heart cries in anguish and pain! It is a great shock to me! I also feel it a personal loss. I also understand the agony which you all, who were near and dear to Dr. Ammon, are feeling at this tragic event. We have no other alternative but submit to the Divine Will. From Him, all things have their beginning; and to Him do all things return. I pray:
Give us courage now to face the times ahead.
Knowing that in our sorrow and our grief,
You are our comfort and our hope!

No human has any claim to immortality. All have to be vanquished by death. But after every death there is a birth. As such, let us all, who loved Dr. Ammon, carry on the work, which he has left as his cherishable legacy. Man comes and goes but the work will go on forever! Capri is the chosen place of his body but his Soul lives to guide us in future.

Prof. F.M. Hassnain

Jozef Ph. Hes, M.D.
Ramat Hasharon
Israel September 17, 1995

Dear Ms. Ammon,

Ms. Rothschild informed me about your husband's passing away. I send you my warmest condolences with Günther's death. He contributed very much to psychiatry and was a dear friend of the Rothschilds.

I wish you strength to overcome your grief and to adapt to the new situation.

Sincerely yours,
Jozef Ph. Hes MD

Indian Branch of Dynamic Psychiatry

Dear Maria,

we are very sad and deeply distressed to hear about the sad demise of our dear friend and world renowned expert of his field Dr. Günter Ammon. We are with you at this moment of profound grief. We at the Indian Branch of Dynamic Psychiatry feel a great loss at the passing away of Dr. Ammon and share with you these moments of deep sorrow. We remember with much gratitude and thankfulness whatever the WADP did for us under the guidance of Dr. Ammon. Our friend Dr. Ammon shall remain in our minds and hearts forever. We wish and pray that you and the family of WADP will be able to hear this loss with the help of 'social energy' of which Dr. Ammon spoke so much.

Grieved members of the Indian Branch of Dynamic Psychiatry, Patna

S.F. Hussain
T.N. Sinha
Jyoti Verma
Suman Singh
Sarita Singh
J.B.P. Sinha
Rajeshwar Mishra
Arif Hassan
Sunita Singh
Sudha Rani
Hetukar Jha
and others

American Society of Psychopathology of Expression
Dr. Irene Jakab, Brookline, MA 02146
President ASPE

September 16, 1995

Dear Dr. Schmidts,

on behalf of the Board of Directors and the members of the American Society of Psychopathology of Expression, I am expressing our deepest sympathy to Maria Ammon and the family of Dr. Günter Ammon, as well as to the members of the GDPA (ASPE).

His death is a great loss to all of us. Dr. Günter Ammon was a Vice-President of the American Society of Psychopathology of Expression. He was a trusted friend and honored colleague.

Very sincerely yours,
Irene Jakab, M.D., Ph.D.

Prof. Hanna Jaklewicz
Institute of Psychology
University of Gdansk
Gdansk, Poland October 5, 1995

Dear Maria,

I am so emotionally moved because of Dr. Ammon's death. I share your sorrow and sadness. Dr. Ammon will always stay in my memory as a great personality and a man open to people's unhappiness.

With friendship,
yours
Hanna Jaklewicz

Dr. Ramakant Keni,
Honorary Research Scientist,
Consulting Geriatrician and Gerontologist
Bombay Hospital, India September 16, 1995

Dearest Maria,

may Ammon's glorious life be full of strength and energy, which he may give us all from time to time. May all his great dreams come true and his promises be fulfilled. May peace, harmony, joy and love surround his unique immortal life full of greatest achievements.

Please accept my deepest loves and regards.

Very affectionately,
Ramakant Keni

Hans-Peter Kiefer
München 6.9.1995

Sehr geehrte Frau Ammon,
sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren, liebe Patienten der Klinik Menterschwaige!

Tiefe Trauer hat mich erfüllt, als ich heute erfuhr, daß Herr Ammon vergangenen Sonntag nach schwerem Leiden verstorben ist. Hierzu möchte ich zunächst der Familie Ammon mein tiefstes Mitgefühl zum Ausdruck bringen.

Ferner gilt mein Mitgefühl und Leid all den Ärzten und Therapeuten, die Herrn Ammon, auf dessen beschwerlichem Weg, im Auf- und Ausbau, hinsichtlich einer menschlich, human helfenden dynamischen Psychiatrie, zum Wohle aller in der Klinik Menterschwaige behandelten Mitpatienten geholfen haben, mit und in Leidenschaft das zu tun: nämlich hilfsbereit und aufopferungsvoll gegenüber seinen Mitmenschen zu sein.

Zu guter Letzt', möchte ich auch meinen Mitpatienten noch was sagen: »Auch ich, der Hans-Peter Kiefer, habe mit dem Ableben Herrn Ammons einen 'wesentlichen Teil' meines bisherigen Lebens verloren, nicht aber die Leidenschaft, im Sinne Herrn Ammons weiter zu arbeiten, an sich, mit sich und mit den anderen, so gut es eben geht.«

In tiefer Trauer
Ihr Hans-Peter Kiefer

Dinamikus Psichológiai és Psichiátriai egyesùlet (DPP)
Dr. Györgyi Körmendy
Budapest

Sehr verehrte, liebe Frau Ammon,

nehmen Sie bitte unser herzlichstes Beileid entgegen. In Ihrer tiefen Trauer sind wir eins mit Ihnen, mit den Familienmitgliedern und den Kollegen. Wir, die Mitarbeiter der Ungarischen Vereinigung für Dynamische Psychologie und Psychiatrie trauern erschüttert um unseren geistigen Leiter, um Herrn Dr. med. Günter Ammon.

Unsere gemeinsame Arbeit begann im Jahre 1976, als wir sein Buch »Gruppendynamik der Kreativität« gelesen hatten. Damals haben wir im Sinne von Ammons Kreativitätslehre in dem großen, neuen Kinderkrankenhaus in Miskolc eine systematische Gruppenarbeit begonnen. Das schönste Erlebnis in Miskolc war der Besuch von Dr. Ammon im Jahre 1987.

Seit der ersten Begegnung mit Dr. Ammon haben wir auch aus der Ferne immer neben ihm gestanden und gewußt, daß er uns in seinen Gedanken und Arbeiten hilft. Es bestand eine Brücke aus Sozialenergie.

Wir bewahren seine Lehre in unserem Herzen, in unserer Tätigkeit für die Kranken, in den Kontakten und Beziehungen mit unseren Kollegen in Ungarn und in Deutschland.

Dr. Györgyi Körmendy und die Mitarbeiter und Mitglieder der DPP

Università degli Studi di Parma
Dipartimento di Filosofia
Cattedra di Filosofia Morale 6.10.1995

Sehr verehrte Frau Maria Ammon,

mit tiefer Trauer und Anteilnahme habe ich die Nachricht des Ablebens Ihres sehr hochgeschätzten Gatten Dr. Ammon empfunden.

Ich persönlich verliere einen Freund, aber auch die ganze Nation des deutschen Volkes, und darüberhinaus die ganze kulturelle Welt beweint den großen Mann der Kultur und der Wissenschaft.

Besonders die Schule der Psychoanalyse und der Psychiatrie verliert somit einen Beziehungspunkt und einen großen Förderer der kulturellen Initiativen.

Bitte, wollen Sie, liebe Frau Ammon, meine echte Anteilnahme entgegennehmen, mit dem Wunsch, daß seine Botschaft fortdauern möge.

Hochachtungsvoll
Ihr Antonio Lambertino

Dr. med. Grete Anna Leutz
Überlingen/Bodensee Überlingen, 19.9.1995

Liebe Frau Ammon,

von Südamerika zurückgekehrt erschüttert mich die Nachricht vom Tode Ihres Mannes! Beim Internationalen Kongreß für Gruppenpsychotherapie in Buenos Aires hatte ich Sie vermißt, Ihre Abwesenheit aber den Plänen zugeschrieben, die Ihr Mann dieses Jahr in St. Petersburg zu verwirklichen gedachte. In wenigen Wochen sowohl im Nordosten als auch äußersten Südwesten aktiv und präsent zu sein, erschien mir zu strapaziös für Sie beide.

Der Anzeige entnehme ich, daß er unerwartet gestorben ist und nicht qualvoll seinem Leiden erliegen mußte, mit dem er im Sinne des Mottos so vorbildlich umgegangen ist. Das ist ein Trost!

So ungebeugt, weitsichtig und tatkräftig wie ich Günter Ammon zuletzt beim Kongreß im Bekhterev Institut erlebt habe, wird er mir stets in Erinnerung bleiben.

Ihnen, liebe Frau Ammon, sowie allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die sein dynamisches Lebenswerk in seinem Sinne fortführen werden, wünsche ich Kraft zu dieser Aufgabe und spreche ich meine aufrichtige Teilnahme an Ihrem Schmerz aus.

Mit freundlichem Gruß
Ihre Grete Leutz

Prof. Dr. Dr.h.c. B. Luban-Plozza
Stiftung Psychosomatik und Sozialmedizin
Ascona, Switzerland September 10, 1995

Sgomenti per la ferale notizia. Siamo vicini con solidarietà e con profondo condoglio
Boris e famigliari

Wir sind bestürzt über die Trauerbotschaft. Wir fühlen uns nah in Solidarität und tiefer Trauer.
Boris und die Familie

Menninger Foundation

September 13, 1995

Dear Maria Ammon,

thank you for letting us know of Günter's passing. Indeed, he did make a significant contribution. Our thoughts and prayers are with you.

Sincerely,
W. Walter Menninger, M.D.

Juan Enrique Mezzich, M.D., Ph.D.
Professor of Psychiatry at the Mount Sinai School of Medicine of the City University of New York and Chairman of the Section on Classification and Diagnostic Assessment of the World Psychiatric Association.

I first met Dr. Günter Ammon in New Delhi on a warm autumn day of 1992. His handshake was firm and soft, his eyes inquisitive and hospitable. He spoke of the structure of mental health, of the role of the arts in healing, of the importance of human beings for each other.

It was impossible not to want to learn more about his ideas and his vision. And so I read about human-structural illness and about the power of social energy. This immediately influenced my own work, prompting me to explore a broader and more flexible concept of diagnosis, one in which the experience and perspectives of the patient were centrally attended to.

But what touched me even more than the brilliance of his thoughts was the depth of his empathy. At conferences in various corners of the world, he surprised me by asking not the usual »how good was my presentation« but »how I felt about it«.

My dear friends, members of the community of clinicians and scholars associated with Dr. Ammon, your are the living proof of the validity of his message. Let's restrain our tears. Dr. Ammon is now with us more than ever, free from the limitations of physical circumstance. He learned not to die and is now for ever tied-up to our hearts.

Juan Enrique Mezzich

Dr. Luiz Miller de Paiva
Prof. Adjuntoda Escola Paulista de Medicina October 19, 1995

I was in Jerusalem participating in the International Congress of Psychosomatic Medicine when we were advised on the death of Prof. Dr. med. Günter Ammon. As a chairman of the Round Table I spoke some words in honour of Prof. Ammon.

We Brazilians are sorry to have lost a friend and teacher in Psychiatry, Psychoanalysis and Psychosomatic Medicine. We learned a lot from Prof. Ammon during his visite to Sao Paulo and at the Congress of the WADP, DAP, DGPM and Dynamische Psychiatrie. His scientific battle will be a lasting example for us.

Please accept my condolences,
Prof. Dr. Luiz Miller de Paiva

Dr. J.P. Mishra
Clinical Psychologist
Head, Department of Psychology
General Secretary, Indian Association for Applied Clinical Psychology
Singhbhum College, Ranchi University
Chandil, India September 20, 1995

My dear Maria,

I really became very much shocked after hearing of the unexpected death of our beloved highly estimated and revered Dr. med. Günter Ammon. It is a great loss for us. I pray to God for his peace. Life is very uncertain. I am full of sadness at the death of our leader and great man of the world.

Yours sincerely
Dr. J.P. Mishra

Dr. Mehr A. Newid
Universität München

Sehr geehrte Frau Ammon,

die traurige Nachricht vom Tod Ihres Gatten hat mich sehr betroffen gemacht, zumal Ihr Gatte ein herausragender Wissenschaftler und weltberühmter Psychiater gewesen ist, der nicht nur sein ganzes Leben der Psychiatrie widmete, sondern sich auch als Person stets für andere Menschen einsetzte.

Ich übermittle hiermit mein herzliches Beileid und wünsche Ihnen und Ihren Mitarbeitern Kraft, sein Werk in seinem Sinne forzusetzen.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. Mehr A. Newid

Keigo Okonogi M.D.
Professor of Psychiatry
Neuro-Psychiatric Dept. School of Medicine
Keio University September 14, 1995

Dear Mrs. Ammon,

I have learned from your recent letter about the passing of your husband, Dr. Günter Ammon, on September 3. I am extremely saddened with the news, and wish to convey you my heartfelt condolences.

Sincerely,
Keigo Okonogi, M.D.

The Jagellonian University
Collegium Medicum
Department of Child and Adolescent Psychiatry September 14, 1995

Dear Mrs. Ammon,

I share your grief and I want you to know that you have got friends here.

Best regards,
Maria Orwid

Department of Psychiatry
Istanbul Faculty of Medicine
Istanbul University 20.10.1995

Sehr geehrte Frau Burbiel,

es hat mir außerordentlich leid getan, als ich vorgestern nach meiner Ankunft von einer relativ lang dauernden Reise den unerwarteten Tod von Herrn Dr. Günter Ammon, Ihres verehrten Lehrers, eines der wichtigsten Psychotherapeuten unseres Jahrhunderts zu erfahren. Bitte gestatten Sie mir an Ihrer Trauer teilzunehmen und mein tiefes Beileid auszudrücken.

Das besonders weitangelegte, vielseitige Lebenswerk von Günter Ammon wird für künftige Generationen der Seelenheilkunde sicher wegweisend sein und beispielhaft bleiben.

Mein Beileid wiederholt betonend verbleibe ich mit vorzüglicher Hochachtung und freundlichen Grüßen als

Ihr
Prof. Dr. med. Metin Özek

Wiesbadener Weiterbildungskreis
für Psychotherapie und Familientherapie (WIPF) 20.9.1995

Liebe Frau Maria Ammon,
liebe Kolleginnen und Kollegen,
liebe Hinterbliebene,

von ganzem Herzen nehmen wir Anteil an dem tiefen Schmerz durch den Verlust von Herrn Dr. Ammon. Von allen Grenzen, die dem Menschen gesetzt sind, ist der Tod die endgültige. Und es ist unsere Aufgabe, eine Antwort zu finden, eine Antwort auf die Frage: »Worin bestand der Wert dieses Lebens?«

Dr. Ammon hat uns die Beantwortung dieser Frage leicht gemacht. In den vielen Jahren seines Wirkens und Schaffens als Arzt, Therapeut und Ausbilder hat er uns oft und eindringlich vor Augen geführt, wie ein reiches Leben aussieht. Wir wissen, daß hinter all seiner Arbeit, über all seinen großen und kleinen Diensten, die er unserer Ärzteschaft geleistet hat, der Wunsch stand, die ihm zur Verfügung stehende Kraft zum Wohle aller anzuwenden, zum Nutzen derer, mit denen er sich verbunden fühlte. Ich glaube, wir dürfen ehrlichen Herzens von Glück sprechen, daß wir solch einen Menschen gehabt haben.

Gewiß, das Leben in unserer Ärzteschaft wird weitergehen. Die Lücke, die er hinterläßt, wird sich eines Tages wieder schließen. Aber zurück bleibt die Erinnerung an einen Menschen, dem wir mehr verdanken, als Worte hier ausdrücken können.

Ihre Familie Dr. N. Peseschkian
auch im Namen des Wiesbadener Weiterbildungskreises.

Rita Rogers

Dr. Ilse Burbiel,

very sad to hear about Dr. Günter Ammon's death. He was an inspiration to all of us and has created a web of interconnectedness and friendship for colleages across the globe. We will all miss him. Please extend my heartful sympathy to the rest of his family and also to his devoted co-workers like yourself.

Wish I could be with you!
Rita Rogers

Ana Rojnik
Ljubljana

Maria Ammon,
Julia Ammon-Barzen,
Dr. Georg Barzen
Jörg, Katharina und
Andreas Berger

Mein Mitleid zum Tode des großen Menschen, Psychiaters und unseres Lehrers der Dynamischen Psychiatrie – Humanistische Psychiatrie.

Er soll seine Ruhe finden in der Liebe von Maria Ammon und Julia Ammon, zusammen mit seinen Schülern und Freunden der Dynamischen Psychiatrie.

Meine ewige Ehre an Familie Ammon und Ammon-Barzen

Ana Rojnik

Universidad de Malaga
Departamento de Psiquiatria y Psicologia Medica
Prof. Dr. Manuel Ruiz Ruiz
Málaga
España

September 27, 1995

I would like to express on my own behalf and on behalf of the members of the Spanish Association of Analytic Psychotherapy our deepest sympathy and condolences on the death of Prof. Dr. Günter Ammon (R.I.P.). This is a great loss for worldwide psychiatry and our friend and master will aways be remembered.

With kindest regards
Prof. Dr. Manuel Ruiz Ruiz

Dr. Winfried Schibalski
Montova
Italien

4. September 1995

Liebe Frau Ammon,

ich habe soeben von dem Tod meines geliebten Lehrers, Freundes und Kollegen Günter Ammon erfahren, und möchte Ihnen wie auch allen Kollegen der DAP zusammen mit meiner Frau unser tief empfundenes Beileid über den Verlust der Sie in besonderer Weise trifft, ausdrücken.

Dr. Winfried Schibalski

Carlo Sforza
Andria, Italia

September 7, 1995

Gli uomini meravigliosi non muoiono mai.

Un caro ricordo,
Carlo Sforza e famiglia

Die wunderbaren Menschen sterben nie.

In herzlicher Erinnerung,
Carlo Sforza und die Familie

Miran Mozina and Bernard Stritih
Slowenian WADP Branch
Ljubljana
Slovenija

September 6, 1995

Dear Mrs. Ammon!

We have recieved the sad information about Ammon's death today. A rich flow of vivid memories immeadiately emerged and we stood for some silent moments. Ammon's departure is a big loss for family, friends, coworkers, patients, WADP and DAP organizations, for colleagues and for our world. For us he was an outstanding example of constant learning and search for deeper understanding of human nature. We will miss him but we will keep his spirit.

Please accept our deepest sympathy!
Representatives of Slowenian WADP Branch
Bernard Stritih
Miran Mozina

Yoshihito Tokuda, M.D.
Tokyo

October 18th, 1995

Dear Dipl. Psych. Maria Ammon and
Mrs. Julia Ammon-Barzen,

receiving the report of Dr. med. Günter Ammon's passing away I present my deepest condolences to you.

Looking back and seeing how indabted I and the members of the Japanese Society of Psychopathology of Expression and Art Therapy are to Dr. Ammon I would like to express profound gratitude to him and pray that his soul rest in peace.

Thinking about our friendship I find how extremely we owe our growth to Dr. Ammon. For instance, Dr. Ammon gave his precious theses to be published on our annual magazine, »The Japanese Bulletin of Art Therapy«. And when we went to the Congress in München he welcomed us warmly in the Dynamisch-Psychiatrische Klinik Menterschwaige.

I wish to express the sorrow of parting with the Great and Solemn Soul of Dr. G. Ammon.

And I pray that the day will come soon for the survived of his family to overcome the pain of his loss.

Sincerely yours,
Yoshihito Tokuda, M.D.

Institut für Psychologie I
Der Universität Erlangen-Nürnberg
Lehrstuhl I

24. September 1995

Sehr geehrte Frau Ammon!

Mit Bestürzung und Trauer habe ich Ihre Nachricht vom Tod Dr. Günter Ammons zur Kenntnis genommen. Psychotherapie und Psychiatrie haben einen bedeutende Persönlichkeit verloren. Günter Ammon war ein mutiger und innovativer Psychotherapeut, ein Wissenschaftler mit Intuition, ein großer Lehrer und ein praktischer Forscher, der mehr einsetzte, mehr für seine Patienten tat und mehr von sich selbst und von seinen Mitarbeitern forderte als konventionelle Psychotherapeuten. Mein herzliches Beileid.

Mit kollegialen Grüßen
Walter Toman

Department of Psychiatry
University Medical School of Pécs

Pécs, 13.9.1995

Ich möchte auch im Namen der Mitarbeiter unserer Klinik, unser tiefstes Beileid zum schmerzvollen Verlust von Dr. med. Günter Ammon mitteilen.

Wir behalten seine Persönlichkeit und sein Werk in bester Erinnerung.

Prof. Dr. med. Mátyás Trixler
Direktor der Klinik

Il Cardinale Corrado Ursi
Arcivescovo Emerito di Napoli
Italia

Gent. ma Signora,

Apprendo che l'amico Dr. med. Günter Ammon è tornato alla Casa del Padre ed ora, nel coro dei Beati, canta l'eterno Alleluja dei risorti al Risorto.

Assicuro il mio ricordo nella preghiera per lui ed imploro pienezza di spirituali consolazioni per Lei, i familiari e tutti gli amici.

Corrado Card. Ursi

Sehr geehrte Dame,

mit ist bekannt geworden, daß mein Freund Dr. Günter Ammon zum Haus des Vaters zurückgekehrt ist und nun im Chor der Seligen das ewige Halleluja der Auferstandenen dem Auferstandenen singt.

Ich versichere Ihnen, für ihn zu beten und ich bitte um die Fülle geistiger Tröstungen für Sie, Ihre Angehörigen und für alle Freunde.

Corrado Kard. Ursi

Dr. med. George A. Vassiliou
President
Athenian Institute of Anthropos
Athens, Greece

September 15, 1995

The Sciences of Anthropos lost a great man! His example and his spirit will be now inspiring all of his colleagues to coninue their efforts for Anthropos.

Dr. George A. Vassiliou

M. et Mme. Claude Veil
Paris

absents en septembre, viennennt d'apprendre le décès de M. le Dr. Günter Ammon. Ils sont très attristés par cette nouvelle, et garderont précieusement le souvenir de leur rencontre avec lui à Saint-Pétérsbourg. Ils pirent sa famille e ses collaboratteurs d'accepter l'expression de leurs condoléances émues.

M. und Mme. Claude Veil
Paris

abwesend im September haben wir soeben vom Tod Dr. Günter Ammons erfahren. Wir sind sehr betrübt über diese Nachricht und werden die Begegnung mit ihm in St. Petersburg wertvoll in Erinnerung behalten. Wir bitten seine Familie und seine Mitarbeiter ihr bewegtes Beileid entgegenzunehmen.

Jyoti Verma
Patna – India

September 7, 1995

Dear Maria,

I am deeply pained and sad to hear about the demise of our very own Dr. Günter Ammon. It is a personal loss to me and all of us here at the Indian Branch of WADP. This loss will remain inconsolable, but I am sure

all of us will learn to live with it bravely. I am with you und with Dr. Ammon's WADP family while sharing this moment of sorrow.

From now onwards, Dr. Ammon will remain with us in his metaphysical existence as pure knowledge, bliss and consciousness. He will be the guiding light and essence which will be felt and experienced even if not visible to the eyes.

I send my heartfelt condolence for this loss to you and each one at the WADP. I believe I have to console myself and all of us here, too.

Jyoti Verma

Dr. med. Hartwig Volbehr Konstanz, den 20.9.1995

Liebe Frau Ammon,

zum Tod von Günter Ammon möchte ich Ihnen und allen, die in den letzten Jahren mit ihm in enger Verbindung standen, mein Beileid aussprechen. Günter Ammon hat sein Leben gelebt. Er ist sich selbst und seinem Werk immer treu geblieben. Sein Tod ist für die Hinterbliebenen schmerzlich, für ihn Teil des Ganzen.

Ihr
Hartwig Volbehr

Mental Health Center
Shanton University
Prof. Wu Chen-I
Dr. Guo Sheng-chang September 14, 1995

Dr. phil. Ilse Burbiel

We are shocked about the death of Prof. Ammon. Words cannot express how grieved we are. Please accept our deepest sympathy for Mrs. Ammon.

Prof. Ammon made an outstanding contribution to dynamic psychiatry, which has been acknowledged in the world. His death is a heavy loss for psychiatry. His achievements and his care for Chinese mental health undertakings will always remain in our memory.

Our friendship lives forever.

Yours sincerely
Prof. Wu Chen-I
Dr. Guo Sheng chang

Hiroshima Shudo University
Professor, Clinical Psychology
Takashi Yamaguchi, M.D., C.G.P.
Visiting Professor, Harvard Medical School (MMHC)
Steering Committee Chairperson J.A.G.P.

October 25, 1995

Dear Mrs. Maria Ammon,

your information regarding your beloved husband's, Prof. Günter Ammon's sudden death saddened me and my Japanese colleagues a great deal.

This is our sorrow to you, Mrs. Ammon, and to your beloved ones in this belated letter, in which our secretary general, Dr. Mikiko Hasegawa as well as our past representative, Dr. Yoshihisa Tokuda join me.

Cordially,
Takashi Yamaguchi,
Japanese Representative, WADP

Clinic of Nervous Diseases of Moscow Medical Academy
Moscow, Russia

Dear Mrs. Ammon, dear friends and colleagues,

just now with a deep grief and feeling of great personal loss I have got the letter of the death of my good friend Dr. Ammon. So much deeper I sympathize you, Maria and your family who should be hurt so much more. G. Ammon used to cite T. Mann, saying that every farewell is sad, as it is a repetition of the last farewell. For great pity of all of us now this is not a repetition. The only consolation might be, that Gunter gave all his social, human and spiritual energy and so much of his immense intellectual power to all around him, that he will be surely living in our hearts minds and real work for well-being of people.

With deep grief and sympathy
Prof. Leonid R. Zenkow

Dr. med. Günter Ammon zum Professor ernannt
Jüngste Mitteilung des Psychoneurologischen Institutes W.M. Bechterew St. Petersburg

Aufgrund der von Dr. *Ammon* im Frühjahr 1995 im Fachbereich Psychiatrie und medizinische Psychologie in St. Petersburg vorgelegten Habilitationsschrift zum Thema »Mechanismen und Behandlungsmethodik von Grenzzuständen, ausgehend von der Dynamischen Psychiatrie: Das Borderline-Syndrom – eine humanstrukturelle Erkrankung« sowie einer damit verbundenen Defensio wurde ihm am 16.11.1995 vom wissenschaftlichen Rat des Psychoneurologischen Instituts W.M. Bechterew unter Vorsitz von Professor *Modest M. Kabanow* sowie der höchsten Attestationskommission der Akademie der Medizinischen Wissenschaften in Moskau der akademische Grad eines »Ordentlichen Professors« verliehen. Die feierliche Überreichung der Urkunde für die Professur erfolgte an die Witwe von Dr. *Ammon,* Frau Dipl.-Psych. *Maria Ammon* am 17.11.1995 im Bechterew-Institut in St. Petersburg anläßlich eines wissenschaftlichen Arbeitsbesuches. Bei dieser Gelegenheit wurde auch über die Möglichkeiten der Einrichtung eines Lehrstuhls für Dynamische Psychiatrie an der Universität St. Petersburg diskutiert sowie die konkrete Umstrukturierung einer Psychiatrie-Station des Bechterew-Instituts in eine dynamisch-psychiatrisch geführte Psychotherapie-Station besprochen.

Im nächsten Heft erscheint...

Luiz Miller de Paira (Sao Paulo)
Neutral Disease – Part II

Rolf Schmidts (Munich)
Group Dynamics of Plenar Group Meetings in the Dynamic Psychiatric Hospital Menterschwaige

Gabriele von Bülow (Berlin)
Methodological Problems in the Treatment of Separation from Therapy with a Borderline Patient Suffering from Depression and Paranoia

Ingeborg Urspruch (Munich)
Therapeutic Work with Actors at the Dynamic Theatre Therapy and the relation to the Russian Theatre Tradition of Stanislawski

Gertraud Reitz (Munich)
The Development of Body Ego Identity and Sexuality in Outpatient Dance Therapy

Egon Fabian (Munich)
Psychosomatics and Psychosis – A Structural Approach

Bernhard Richarz (Munich)
Psychodynamic Aspects in a Case of Alzheimer's Disease

Manuel Ruiz-Ruiz (Malaga)
Ecological Psychiatry-Dynamic Psychiatry. Convergence and Divergence

– Änderungen vorbehalten / Changes reserved –

Impressum

Verlag, Sitz und Geschäftsstelle/Publishing House, seat and office:
»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH München, Goethestraße 54, D-80336 München, Tel. (089) 53 96 74, Fax (089) 5 32 88 37
Verlagsleitung und Hauptgeschäftsstelle/Head Office:
Kantstraße 120/121, D-10625 Berlin, Tel. (030) 3 13 28 93, Fax (089) 3 13 69 59

Geschäftsführer des Verlages: Dipl. Ing. Werner Schütz, Kantstraße 120/121, D-10625 Berlin
Druck: Alfa-Druck GmbH, Buch- und Offsetdruckerei, Levinstraße 9a, D-37079 Göttingen
Herausgeber/Editor: Dr. med. Günter Ammon †, Meierottostraße 1, D-10719 Berlin (verantwortlich für den wissenschaftlichen Teil)
Buchbesprechungen/Book reviews: Dr. med. (Univ. Tel Aviv) Egon Fabian, Asamstraße 18, D-81541 München
Nachrichtenteil/News: Verantwortlich Dr. phil. Ilse Burbiel, Presse- und Informationsreferentin im Executive Council der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, Schwindstraße 1, D-80798 München;
Rechtsanwalt Thomas Hessel, Justitiar und Schatzmeister im Executive Council der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, Arcisstraße 59, D-80799 München
Anzeigen/Advertising Manager: Dipl. Psych. Maria Rettenberger, Schmellerstr. 17, D-80337 München (verantwortlich)
Abonnentenabteilung/Subscription management: Dipl. Ing. Werner Schütz, Kantstraße 120/121, D-10625 Berlin
Manuskripte nimmt die Redaktion entgegen/Manuscripts should be sent to the editorial staff

Anschrift der Redaktion/Address of the editorial staff:
Kantstraße 120/121, D-10625 Berlin

Mitglieder der Redaktion/Members of the editorial staff:
Dipl. Psych. Maria Ammon, Dr. med. Anette Binder, Dr. phil. Ilse Burbiel, Dipl. Psych. Gabriele von Bülow, Dr. med. Dorothee Doldinger, Dipl. Psych. Monika Dworschak, Dr. med. (Univ. Tel Aviv) Egon Fabian, Dr. med. Ulrike Fabian, Dr. phil. Gertraud Reitz, Dr. med. Bernhard Richarz, Dipl. Psych. Sylvelin Römisch, Dipl. Psych. Margit Schmolke, Dipl. Psych. Astrid Thome, Dipl. Psych. Gerhard Wolfrum.

Gesellschafter des Verlages (mit Einlagen über 5% des Stammkapitals):
Dipl. Psych. Maria Ammon, Berlin (14%); RA Thomas Hessel (7%);
Dr. med. Rolf Schmidts, München (6%)

Die veröffentlichten Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Manuskripte werden in allen Sprachen in dreifacher Ausfertigung entgegengenommen, deren Umfang nach Möglichkeit 20 doppelzeilige Schreibmaschinenseiten nicht überschreiten soll. Das Manuskript soll eine Zusammenfassung von mindestens zwei doppelzeiligen Schreibmaschinenseiten in Deutsch oder Englisch enthalten. Die Literaturangaben müssen jenen in diesem Heft entsprechen. Arbeiten können nur ohne Zahlung von Honorar zur Veröffentlichung entgegengenommen werden. Bilder und graphische Darstellungen können nur auf Kosten des Autors mitgedruckt werden. Der Autor erhält kostenlos 5 Beleghefte.
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 den »Pinel« Verlag für humanistische Psychologie und Philosophie GmbH München über. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos etc. wird keine Haftung übernommen.

Die Dynamische Psychiatrie erscheint zweimonatlich. Jahresabonnement DM 120,–, ÖS 880,–, SFr 108,– (zzgl. Porto), für alle Mitglieder der DAP, der DGG, der DGPM, der WADP und der DGDP, für Ärzte im Vorbereitungsdienst, Mitarbeiter der Psychoanalytischen Kindergärten gegen Nachweis nur in Deutschland DM 95,–, ÖS 700,–, SFr 86,– (zzgl. Porto). Studenten DM 63,–, ÖS 480,–, SFr 59,– (zzgl. Porto). Einzelheft DM 20,–, ÖS 145,–, SFr 17,–. 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 das folgende Konto: Berliner Volksbank (BLZ 100 900 00), Kto.-Nr. 24 011 208.

The authors's opinion does not necessarily reflect the opinons of the editiorial 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 5 voucher copies of the journal.
Generelly, only unpublished manscripts 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« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie 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. We do not undertake any liability for manuscripts, photos etc. which were not asked for by us.
Dynamic Psychiatry is published bi-monthly. Annual subscription rate $ 78, for WADP-members $ 62,–, for students 42,– (plus postage charge $ 8,–), per individual copy $ 13,–. 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« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH, Berliner Volksbank (BLZ 100 900 00), Kto.-Nr. 24 011 208.

Dr.Günter Ammon

Der mehrdimensionale Mensch



Zur ganzheitlichen Schau von Mensch und Wissenschaft

Zweite überarbeitete Auflage
ca. 420 Seiten
45 Abbildungen
mit ausführlichem Glossar
und Sachregister
Paperback DM 34,–
ISBN 3-922109-10-1

In einer Gesellschaft, die durch einengende Bedürfnisverbote den Menschen dazu bringt, ein freud- und beziehungsloses, von Routine und Zwang bestimmtes Leben zu führen, bahnt sich die Vision eines neuen Menschen an. "Der mehrdimensionale Mensch" ist das humanistische Konzept, das der Berliner Psychiater und Psychoanalytiker Dr.Günter Ammon in jahrzehntelanger Auseinandersetzung mit dem breiten Spektrum des menschlichen Potentials entwickelt hat.
Mehrdimensionalität bedeutet bei Ammon immer das Potential an konstruktiver Lebensentfaltung, das aus dem Einklang von Körper, Geist und Seele erwächst. Ein weiterer wichtiger Beitrag zum weltweiten Aufbruch zur Errichtung einer menschenorientierten Zukunft.

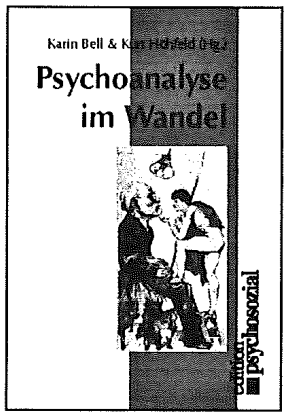
Günter Ammon (geb. 1918), Dr.med., Arzt für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapie, Psychoanalyse, ist Begründer der ganzheitlichen und humanistischen Dynamischen Psychiatrie. Als Präsident der "World Association for Dynamic Psychiatry" WADP,Bern, und Begründer der "Deutschen Akademie für Psychoanalyse", DAP, München, ist er an Lehr- und Forschungsinstituten in Berlin, München und in Süditalien tätig.

»PINEL« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH
Kantstraße 120/121, D-10625 Berlin .Tel. (030) 313 26 98 / Fax (030) 313 69 59

Psychosozial-Verlag



Horst-E. Richter
Die Gruppe
Hoffnung auf einen neuen Weg, sich selbst und andere zu befreien
Mit einem Nachwort des Autors und einem Vorwort von Hans-Jürgen Wirth
380 Seiten, 36.-DM
Der Klassiker der psychologischen Gruppenbewegung



Karin Bell & Kurt Höhfeld (Hg.):

Psychoanalyse im Wandel

Originalausgabe `95
296 Seiten, 38.-DM

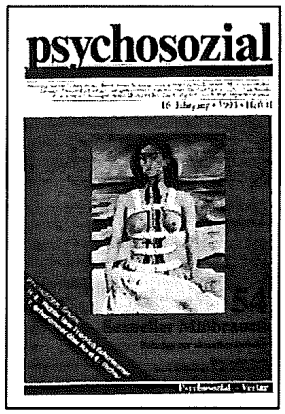
Versuch einer Standortbestimmung der psychoanalytischrn Theorie und Praxis in der heutigen Zeit



Annette Simon: Versuch, mir und anderendie ostdeutsche Moral zu erklären

Originalausgabe `95
120 Seiten, 19,80 DM

Eine psychologisch subtile Analyse des Vereinigungsprozesses und seiner psychosozialen Folgen



Heft 54: Sexueller Mißbrauch: *Hirsch:* Latenter Inzest. *Bruder:* Der mißbrauchende Vater in der Therapie *Bange:*Motive der Täter *Brosig:* Bilder eines Inzestes *Richter-Appelt, Ladendorf:* Eltern-Kind-Beziehung



Heft 55: Frauen zwischen Autonomie und Gebundenheit: *Appel:* Liebe zwischen deutschen Frauen und Ausländern *Gast:* Die Einsamkeit der Magersüchtigen *Schachtner:* Das autonome Subjekt *Löchel:* Frauen und Technik



Heft 57: Verlust der Familie *Beckmann:* Die Familie: Eine Bestandsaufnahme über 1000 Jahre *Reiter:* Depression und Familie *Brosig, Beckmann:* Gewalt in der Ehe *Sydow*: Scheidung oder Ausharren in »zerfallenen« Ehen

BESTELL-COUPON
Hiermit bestelle ich (jew.+Porto)
❑ 1 Ex H.E. Richter: Die Gruppe **36.-**
❑ 1Ex Psychoanalyse im Wandel **38.-**
❑ 1Ex Simon: Versuch... **19,80**
❑ ein Abo für **98,-**
❑ ein Studentenabo für **49,-**
Einzelheft ❑ 54 ❑ 55 ❑ 57 (je **32,-**)
❑ alle drei Hefte zum Kennenlernen (**59,-**) jew.+Porto

Name:_____

Vorname:_____

Straße:_____

Ort:_____

Unterschrift:_____

Psychosozial-Verlag • Dr. H.-J. Wirth • Friedrichstr. 35
35392 Gießen • Tel.: 0641/77819 • Fax: 0641/390716