ISSN 0012-740 X

Dynamische Psychiatrie

Begründet von Günter Ammon

Dynamic Psychiatry

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse

Festrede von *Ernst Federn* zu Ehren Günter Ammons

Rolf Schmidts
20 Jahre Dynamisch-Psychiatrische Kliniken in Deutschland

DYNAMISCHE PSYCHIATRIE HEUTE

Maria Ammon
Theory and Practice of Dynamic Psychiatry

Modest M. Kabanov
Günter Ammon and the Concept of Mentally Ill Rehabilitation

Amnon Carmi
Listening as a Dynamic Component of Psychiatrie Interview

Bela Buda
Nachholdende Ich-Entwicklung: Ein von Günter Ammon formuliertes Konzept von großer therapeutischer Bedeutung

Gisela Finke / Gerhard Wolfrum
Der Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA) – Erste Ergebnisse nach der Revision

Ilse Burbiel
Psychoanalytische Ausbildung in der Dynamischen Psychiatrie

Vadim S. Rotenberg
Dynamic Psychiatry and the Modern Brain Research

Egon Fabian / Ulrike Fabian
Stationäre Schizophrenie-Psychotherapie in der Dynamisch-Psychiatrischen Klink Menterschwaige (mit Kasuistuk)

29. Jahrgang
3.–4. Heft 1996

158/159

»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

29. Jahrgang, 3./4. Heft 1996, Nr. 158/159

Begründet von Günter Ammon,
herausgegeben von Maria 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 – H. Volger, Berlin – T. Yamaguchi, Tokio – Wu Zheng-Yi, Shantou

Inhalt/Contens

Festrede von *Ernst Federn* zu Ehren Günter Ammons 159

Rolf Schmidts (München)
20 Jahre Dynamisch-Psychiatrische Kliniken in Deutschland 163
Twenty Years of Dynamic Hospitals in Germany 171

DYNAMISCHE PSYCHIATRIE HEUTE

Maria Ammon (Berlin)
Theory and Practice of Dynamic Psychiatry 173
Theorie und Praxis der Dynamischen Psychiatrie 178

Modest M. Kabanov (St. Petersburg)
Günter Ammon and the Concept of Mentally Ill Rehabilitation 181
Günter Ammon und das Konzept der Rehabilitation psychisch Kranker 183

Amnon Carmi (Haifa)
Listening as a Dynamic Component of Psychiatrie Interview 184
Zuhören – eine dynamische Komponente im paychiatrischen Interview 190

Bela Buda (Budapest)
Nachholdende Ich-Entwicklung: Ein von Günter Ammon formuliertes Konzept von großer therapeutischer Bedeutung 192
Retrieval of Ego-Development: A Concept by Günter Ammon of Great Therapeutical Importance 196

Giesela Finke / Gerhard Wolfrum (München)
Der Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA) – Erste Ergebnisse nach der Revision 199
The Ego-Struktur-Test von Ammon (ISTA) – First -Results of the Revised Form 210

Ilse Burbiel (München)
Psychoanalytische Ausbildung in der Dynamischen Psychiatrie 213
Psychoanalytic Training in Dynamic Psychiatry 219

Vadim S. Rotenberg (Tel Aviv)
Dynamic Psychiatry and the Modern Brain Research 222
Dynamische Psychiatrie und moderne Hirnforschung 224

Egon Fabian / Ulrike Fabian (München)
Stationäre Schizophrenie-Psychotherapie in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik
Menterschwaige (mit Kasuistuk) 227
Inpatient Psychotherapy of Schizophrenia in the Dynamic Psychiatric Hospital Menterschwaige (With a Case Study) 230

Györgi Körmendy (Budapest)
Der Einfluß der humanstrukturellen Psychoanalyse Günter Ammons auf die Kinderpsychotherapie 234
The Influence of Günter Ammon's Humanstructural Psychoanalysis on Child Psychotherapy 241

Viktor Wied (St. Petersburg)
Dynamische und klassische Psychiatrie: Konfrontation oder Integration? 243
Dymamic and Classic Psychiatry: Confrontation or Integration? 247

Bernhard Richarz / Thomas Hessel (München)
Der mehrdimensionale Ansatz dynamisch-psychiatrischer Nachbehandlung 249
The Multi-Dimensional Approach of Dynamic-Psychiatric After-Care 253

Andrzej Guzek (Warschau)
Auf dem Weg zur Psychiatrie des neuen Zeitalters 256
Towards a Psychiatry of the New Age 260

Margit Schmolke / Monika Dworschak (München)
Die Bedeutung der Case-Konferenz in der stationären humanstrukturellen Psychotherapie 262
The Significance of Case Conferences in Inpatient Humanstructural Psychotherapy 265

Dörte Griepenstroh-Schmidt (München)
Zur Verschränkung von Gesellschaftlichem und Persönlichem – Günter Ammon und Paul Parin 269
The Interrelation of Sociological and Personal Aspects – Günter Ammon and Paul Parin 272

Astrid Thome (München)
Der Freiheitsbegriff in der Dynamischen Psychiatrie Günter Ammons 274
The Conception of Freedom in Günter Ammon's Dynamic Psychiatry 278

Gabriele von Bülow (Berlin)
Einige Aspekte des Geistes und der Geistigkeit in der Humanstrukturologie Ammons 282
Some Aspects of the Mental Dimension of Man in Ammon's Humanstructurology 285

Nachrichten 288

Ankündigungen 303

Günter Ammon, der Begründer der Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie, verstarb am 3. September 1995. Am 9. Mai diesen Jahres wäre er 78 Jahre alt geworden. Ihm zu Ehren fand in den Räumen des Münchner Lehr- und Forschungsinstituts am 11. Mai das Symposium »Dynamische Psychiatrie heute« statt – ein Tag, nachdem die Klinik Menterschwaige das 20jährige Bestehen Dynamisch Psychiatrischer Kliniken feierlich gewürdigt hatte.

Stand beim Festakt in der Klinik das menschliche Engagement *Günter Ammons* für eine andere Psychiatrie, die sich für die Entwicklungsmöglichkeiten auch schwerer psychiatrisch erkrankter Patienten einsetzt, und der Standort dieser Arbeit in der Geschichte der Psychoanalyse im Mittelpunkt, so galt das Symposium der Auseinandersetzung und Weiterführung seiner metapsychologischen Konzepte, seines Krankheitsverständnisses und der Behandlungspraxis.

Die 22 Kurzbeiträge umrissen viele der Hauptanliegen *Günter Ammons*: Aufhebung der Körper/Seele – Dualität; die Entwicklung eines ganzheitlichen Persönlichkeitsmodells, das auf den erkenntnistheoretischen Grundlagen der Psychoanalyse und der Gruppendynamik beruht; die Psychotherapie der Psychosen; die ethische Haltung des Wissenschaftlers und Therapeuten; die Verschränkung von Gesellschaftlichem und Persönlichem sowie die Erweiterung des Behandlungsspektrums um die nonverbalen Therapieformen.

Enge Mitarbeiter der letzten 20 Jahre und befreundete Wissenschaftler aus dem In- und Ausland dokumentierten eine ganz unterschiedliche Eigenständigkeit in Sichtweise und Verarbeitung des Denkens von *Ammon.* Dazu hatten die Referenten Aspekte aus *Ammons* ganzheitlichem Konzept, die ihnen persönlich oder in ihren individuellen aktuellen gesellschaftlichen Umständen wichtig sind, aufgegriffen, mit weiteren theoretischen Aspekten, praktischer Arbeit und z.T. eigenen Erfahrungen untermauert. Grundsätzlich wurde der gesellschaftliche Aspekt und damit die zukunftsweisende Richtung der Dynamischen Psychiatrie aufgezeigt.

Die bislang unveröffentlichten Beiträge sind in diesem Band der »Dynamischen Psychiatrie/Dynamic Psychiatry« abgedruckt.

Die Redaktion

Festrede zu Ehren von Günter Ammon**

Ernst Federn (Wien)*

Es ist mir eine große Ehre, zu diesem Vortrag eingeladen worden zu sein. Ich lernte *Günter Ammon* vor acht Jahren auf einem Kongreß in Parma kennen. Ich widersprach dort seinen Ausführungen in der Diskussion, was aber keinen Einfluß darauf hatte, mir seine zwei Bände »Handbuch der Dynamischen Psychiatrie« zu schenken und mich zu einem Vortrag auf den nächsten Kongreß der »Dynamischen Psychiatrie« in Regensburg einzuladen, den ich auch hielt. Ich muß gestehen, daß ich bis zu dieser Zeit von *Günter Ammon* nur den Namen kannte. Zu meinem großen Erstaunen fand ich im 1. Band des Werkes eine vortreffliche Darstellung der Gedanken meines Vaters und den Versuch, das was in den Vereinigten Staaten unter »Dynamischer Psychiatrie« verstanden wird, nach Deutschland zu bringen.

Hier war *Ammon* von *Müller-Braunschweig* psychoanalytisch ausgebildet worden. Er wendet sich der Behandlung von Geisteskranken zu und ging von 1956 bis 1965 zur Menninger Klinik in Topeka, USA. In dieser Klinik hatte *Paul Federn* 1949 drei Vorträge über die Behandlung von Schizophrenien aufgrund seiner Ichauffassung gehalten. Hier wirkte auch *Donald Rinsley,* der später die *Federn*schen Auffassungen mit denen der englischen Schule verband. *Karl Menninger* hatte mit seinen Mitarbeitern jene Schule der Psychiatrie entwickelt, die unter dem Namen Dynamische für etwa 25 Jahre die Psychiatrie der Vereinigten Staaten auf das stärkste beeinflußt hat; dann kamen die pharmazeutischen Mittel Anfang der 60iger Jahre in die Psychiatrie. Mit ihnen konnten die schweren Symptome der Kranken beseitigt werden und das wurde als Heilung aufgefaßt – es war natürlich keine solche Heilung. Die Patienten schienen durch die Medikamente nur an die soziale Welt mehr angepaßt zu werden und konnten in die Freiheit entlassen werden. Diese Entwicklung hatte große Folgen für die Praxis der seelischen Hygiene, auf die ich hier aber nicht eingehen kann.

Als *Günter Ammon* mit seinem neuen Wissen und der dynamischen Psychiatrie nach Deutschland zurückkehrte, fand er hier keine gute Aufnahme bei der Psychiatrie und entschloß sich mit einer Reihe von Psychiatern aus anderen Ländern, auch den sozialistischen, die Dynamische Psychiatrie alleine weiterzuführen. Ich kann hier auf die Einzelheiten nicht eingehen, aber ein Grundsatz wurde aufrecht erhalten, nämlich: »In der Psychose bricht das Ego zusammen und das Unbewußte überschwemmt das Bewußtsein«, so schreibt *Wollmann* im zweiten Band des Handbuches (*Ammon* 1982, S. 740). Das war *Paul Federns* Grundauffassung und ich

* Professor, M.A.

** gehalten auf der 20-Jahr-Feier Dynamisch-Psychiatrischer Kliniken in Deutschland am 10. Mai 1996 in der Klinik Menterschwaige, München

erkannte beim Lesen des ersten Bandes, daß *Günter Ammon* die Theorie meines Vaters als Grundlage seiner Psychiatrie übernommen hatte. Ich möchte ihm daher mit diesem Vortrag die Ehre erweisen.

Die Dynamische Psychiatrie ist eine schwierige und zeitbrauchende Methode, aber sie ist, meiner Meinung nach, die einzige, die auf die Geisteskranken wirkt. In sehr vielen Fällen führt sie zwar nicht zu einer Heilung, sie macht es aber möglich, mit Erfolg in der Gesellschaft zu leben. *Paul Federn* war der erste, der einsah, daß die psychoanalytische Behandlung des Geisteskranken nur mit Hilfe einer Frau durchgeführt werden kann. Das war in den Dreißigerjahren und führte im Lauf der Zeit zur Behandlung in Gruppen und bei Kindern und Jugendlichen zu einem neuen Verständnis der Milieutherapie, die schon immer existiert hatte. Diese Entwicklung ist nicht Gegenstand meiner heutigen Ausführungen, aber das Problem des sozialen Ichs und seiner Zusammenbrüche gehörte zu den Gebieten, in denen *Günter Ammon* Pionierarbeit geleistet hat.

Bereits *Adler* sprach von einem »sozialen Trieb« und führte diesen in der Zeit von 1910/11 in die Psychiatrie ein, was schließlich zum Bruch mit *Freud* führte. Wir wissen aus den Protokollen, daß im Grunde die Trennung *Adlers* in der Auffassung von der Wichtigkeit des sozialen Ichs bestand. *Freud* leugnete den Bestand eines solchen Ich zwar niemals, nur legte er ihm eine sekundäre Bedeutung bei und betonte die Wichtigkeit, in der Forschung weiter zu gehen. Die Wissenschaft des Unbewußten war aber die Psychoanalyse. Es brauchte weitere fünfzig Jahre, um den Unterschied vom unbewußten individuellen Ich und unbewußten sozialen Ich zu erforschen und zu gewissen Ergebnissen zu kommen. Es ist aber heute vollkommen klar, daß dieses soziale Ich ebenfalls unbewußt und verdrängt werden kann. Die Dynamische Psychiatrie erkannte, daß zum Unterschied von den Neurosen, die Geisteskrankheiten und die sogenannten Borderlinefälle schwere Störungen des individuellen wie des sozialen Ichs bedeuten, wenn auch in unterschiedlichen Formen. *Günter Ammon* spielte auf diesem Gebiet eine bedeutende Rolle, die wahrscheinlich erst nach seinem Tod völlig anerkannt wird.

Wäre er noch am Leben, würde ich mit ihm über den Triebbegriff diskutieren, ich halte ihn für wenig glücklich gewählt. Das soziale Ich entwickelt keine Triebe, die auf klare Ziele hinführen, was das Wesen der Triebe ausmacht. Meiner Meinung nach handelt es sich nicht um Triebe, sondern um Gefühle. Man könnte ebensogut von einem Wir-Gefühl neben einem Ich-Gefühl sprechen. Dieser Meinungsunterschied bedeutet aber nicht, daß dieses soziale Gefühl inhaltlich von großer Bedeutung wäre. *Ammons* Dynamische Psychiatrie handelt in ihrer Arbeit von dem Wir-Gefühl der Patienten (Sozialenergie-Konzept, Anm. d. Red.). Was ist nun dieses Wir-Gefühl? Die Tatsache, daß der Mensch ein soziales Wesen ist und durch seine enge Beziehung zur Mutter bereits als solches auf die Welt kommt, ist nicht nur unbestritten, sondern den Menschen mindestens seit *Aristoteles* bekannt. Nur, zu erkennen, was dieses soziale Gefühl, was das

soziale Ich alles bedeutet, brauchte es viele Jahrhunderte, eigentlich zweitausend Jahre. Erst mußte das individuelle Ich erforscht werden, bevor es möglich war, auch das soziale Ich in seine Bestandteile zu zerlegen und zu erforschen. Daß diese Arbeit keine sofortige Anerkennung gefunden hat, ist leicht verständlich. Jede Beschäftigung mit den Geisteskranken stößt im normalen Menschen auf Widerstand, wobei hier die Neurosen zur Normalität gerechnet werden müssen. Denn nur durch die Überwindung des Ichzustandes, in dem der geistig Gestörte sich befindet – ein Prozeß, der viele Jahre dauert – erreichen wir ein Gefühl über uns selbst. Wenn dieses erlangt ist, werden alle früheren Ichzustände verdrängt und die Erinnerung an sie wird nur wenigen möglich.

Es ist nun die Psychiatrie, die sich mit dem Zusammenbruch dieser Vorgänge beschäftigen muß und der allgemeine Widerstand richtet sich daher gegen diese Profession. Das Beiwort »dynamisch« bedeutet, daß diese Psychiatrie die Geschehnisse des menschlichen Lebens in ihren Realitäten erfaßt, also mit allen in ihnen vorhandenen Kräften und Bewegungen.

Die Bedeutung des Wortes Gefühl oder, wie *Ammon* das genannt hat, der »sozialen Energie« ist so wichtig, weil wir gelernt haben, daß sein Fehlen dazu führt, daß der Destruktionstrieb, der genetisch im Menschen steckt, sich durchsetzt. Mit anderen Worten, solange ein Wir-Gefühl vorhanden ist, kann Eros und Libido vorherrschen. Wenn diese abhanden gekommen sind, kann der Destruktionstrieb in Erscheinung treten und zu Krieg und Tod führen. Wir können das in der Politik unserer Tage täglich sehen. Auf der einen Seite Krieg und Tod, auf der anderen die Auffassung und Aufforderung, den anderen als Wir zu betrachten und Frieden zu halten.

Meine Damen und Herren, wir betrauern den Tod von *Günter Ammon,* indem wir seiner gedenken, indem wir erkennen, welche bedeutende Pionierleistungen er vollbracht hat. Wir ehren ihn, indem wir diese Arbeit fortsetzen. Ich danke für ihre Aufmerksamkeit.

20 Jahre Dynamisch-Psychiatrische Kliniken in Deutschland**

Rolf Schmidts* (München)

Der Autor gibt einen kurzen Überblick über die Geschichte dynamisch-psychiatrischer Krankenhäuser, die mit der von Ernst Simmel in Berlin-Tegel (1927–1931) im Humboldtschlößchen gegründeten Klinik ihren Anfang nahm. Günter Ammon konnte in den 50er und 60er Jahren in der Menninger Foundation/Topeka in den USA, einem Zentrum dynamisch-psychiatrischen Behandelns, Lehrens und Forschens, sein gruppendynamisches Verständnis schwerer psychischer Erkrankungen radikal weiterentwickeln und neue Wege in der Psychosentherapie gehen. Diesen Weg beschritt er weiterhin in Deutschland, wobei das Konzept immer mehr von innen nach außen getragen wurde im Sinne einer Behandlungskette mit Tagesstätten, therapeutischen Wohngemeinschaften und der Prophylaxe dienenden analytischen Kindergärten. Das Konzept sollte – neben der Gründung dynamisch-psychiatrischer Krankenhäuser in aller Welt – mit seinem Verständnis von Friedensfähigkeit als zentraler gruppendynamischer und sozialenergetischer Dimension noch mehr nach außen in verschiedene Bereiche unserer Gesellschaft integriert werden.

Das Projekt »Dynamische Psychiatrie« in Deutschland zu verwirklichen, bedurfte der Hilfe vieler Freunde und Weggefährten, die dem am 3. September 1995 gestorbenen *Günter Ammon* freundschaftlich und wissenschaftlich oder in direkter aktiver Mitarbeit in der Klinik zur Seite standen. *Günter Ammons* Lebenswerk ist eingebettet in die komplexe Geschichte der dynamisch-psychiatrischen Kliniken.

Schon 1970/71 eröffnete er die erste Tagesklinik für intensive Gruppenpsychotherapie in Stelzerreut im Bayrischen Wald. 1975 hat er die Obermenzinger Klinik für stationäre Psychotherapie und Psychosomatik in einem dynamisch-psychiatrischen Verständnis von psychischer Erkrankung und Behandlungswissenschaft aufgebaut. Die 1979 eröffnete größere Dynamisch-Psychiatrische Klinik Menterschwaige, Klinik für Stationäre Psychotherapie, Psychoanalyse und Psychosomatik, trägt ganz seine Handschrift, zumal er von Anfang an deren Aufbau und Entwicklung trug und über lange Jahre seine Lebenszeit und seine Erfahrung als Gestalter, Lehrer, Supervisor und Mitarbeiter in diese Klinik einbrachte.

Wesentlich zum Verständnis der Geschichte dynamisch-psychiatrischer Kliniken trägt der folgende inzwischen längst historische Text bei:

»Der Patient hat es nicht leicht mit seiner Kur in der psychoanalytischen Klinik. Kein sybaritisches Wohlleben erwartet ihn hier, während man seinen Symptomen schön tut, ...kein tröstender Zuspruch von sentimentalen Schwestern und Ärzten hilft ihm, sich selbst zu betrügen. Brom und

* Dr. med., Arzt für Psychiatrie und Neurologie, Facharzt für psychotherapeutische Medizin, Psychoanalyse, Vizepräsident der WADP, Chefarzt der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin.

** Eröffnungsvortrag der 20-Jahr-Feier Dynamisch-Psychiatrischer Kliniken in Deutschland am 10. Mai 1996 in der Klinik Menterschwaige, München

Luminaltabletten dürfen sein Bewußtsein für Abkömmlinge des Ubw nicht anaesthetisch machen...« Diese Worte sprach kein geringerer, als *Ernst Simmel* 1927. 1929 betonte er: »Der umwälzende Einfluß, den die Psychoanalyse seit Bleuler auf die moderne Psychiatrie ausübt, ist unverkennbar... Das schizophrene Zustandsbild (kann) nicht mehr schlechthin als ein sinnloses Verfallsprodukt der menschlichen Persönlichkeit aufgefaßt werden..., sondern als eine ... krankhaft veränderte psychische Reaktionsweise des Individiuums, der unter einem psychoanalytischen Aspekt psychotherapeutisch beizukommen als hoffnungsvolles Beginnen erscheint.«

Mit der Gründung der allerersten psychoanalytischen Klinik 1927 im Humboldtschlößchen in Berlin-Tegel schuf *Simmel* eine in vielerlei Hinsicht modellhafte, international beachtete Institution, die *Paul Schilders* Vision einer »Psychiatrie auf psychoanalytischer Grundlage« verwirklichte. Die Klinikbelegung, auch das war ein Novum, war heterogen. Sie schloß das gesamte Spektrum psychischer Krankheiten bis zu den Psychosomatosen ein. Von vornherein stellte darum die Neigung solcher Patienten zu einem destruktiv aggressiven und sexuellen Ausagieren ein zentrales Problem dar. Therapeutisch mußte, wie auch in unserer Klinik, versucht werden, solches Agieren in die therapeutische Situation selbst hineinzuzentrieren. Das erforderte die Schaffung eines realen therapeutischen »Milieus« mit Realitätsforderungen und Grenzerfahrungen und eine analoge Arbeit mit dem Mitarbeiterteam.

Zu *Freuds* 81. Geburtstag veröffentliche das Menninger-Bulletin der Menninger-Foundation in Topeka 1937 als einzigen europäischen Beitrag *Ernst Simmels* Erfahrungsbericht über seine »Deutsche Psychoanalytische Klinik«, die von 1927 bis Herbst 1931 bestand, bis sie ihre Tätigkeit unter dem »Druck der fortschreitenden politischen Zerstörung Deutschlands (und) »finanzieller Nöte« schließlich einstellen mußte.

Schirmherr der Klinik war *Sigmund Freud,* der jährlich mehrere Monate im Humboldtschlößchen zubrachte. Er beriet die Klinik, unterstützte sie darüber hinaus konkret mit beachtlichen finanziellen Mitteln, machte für sie seinen internationalen Einfluß geltend und forderte, überzeugt von ihrer therapeutischen Wirksamkeit, für jeden Ausbildungskandidaten der Psychoanalyse eine längere Volontär- oder Assistentenzeit in dieser Klinik. Die Klinik war so, wie auch die Menterschwaige, von vornherein als Forschungs-, Lehr- und Behandlungszentrum für die später von *Ammon* sogenannten »archaischen Ich-Krankheiten« einschließlich der Psychosomatik konzipiert. Dabei war sie eine kleine Institution von bis zu 30 Patienten, 4 Psychoanalytikern und einer Reihe psychoanalytisch interessierter Schwestern und Mitarbeiter.

In der sehr viel größeren Menninger-Klinik sah *Simmel* seine frühe Hoffnung bestätigt, daß aus den geschilderten Anfängen »später eine systematische klinische Psychotherapie erwachsen wird... (und) das kostbare Instrument, das uns *Freud* mit der Psychoanalyse in die Hand gegeben hat... in den Dienst jener Schwerkranken (gestellt werden würde), die bisher an

ihrem eigentlichen Leben vorbeizusterben gezwungen waren«. Insbesondere lobte er die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Tatsächlich war die Menninger-Foundation das bedeutendste amerikanische Zentrum psychiatrischer und dynamisch-psychiatrischer Ausbildung. Die bedeutendsten Persönlichkeiten der Psychiatrie und Psychoanalyse arbeiteten seinerzeit in dieser Klinik oder hielten Fortbildungsveranstaltungen, wie selbst *Anna Freud, Margaret Mead, Georges Devereux,* unter vielen anderen mehr.

Nach seiner Ausbildung zum Psychiater und freudianischen Psychoanalyse, die er bei *Carl Müller-Braunschweig,* einem Schüler *Karl Abrahams,* absolviert hatte, interessierte sich *Günter Ammon* zunehmend für die Psychosenpsychotherapie. Der Behandlungsverlauf seines Falles »Juanita« ist ein inzwischen schon klassisches Beispiel für den »primärprozeßhaften Umgang« des Analytikers in Kontakt mit seinem Patienten. Um seine Ausbildung zu vervollkommnen, entschloß sich *Ammon* seinerzeit, an einem Austauschprogramm mit dem amerikanischen Zentrum der Psychosenbehandlung, der Menninger-Klinik, teilzunehmen. Er verbrachte nahezu 10 Jahre seines Lebens an der Menninger-Foundation. Eine zweite Lehranalyse bei *Isaac Ramzy,* der Aspekte der sogenannten »mittleren Objektschule« einbezog und seine zweite psychoanalytische Ausbildung am Topeka Psychoanalytic Institute, dessen Mitglied er bis zu seinem Tod war, ebnete den Weg zu einem immer radikaler entwickelten gruppendynamischen Verständnis der schwereren Erkrankungen. Seine Abschlußarbeit beschäftigte sich mit den »Theoretical Aspects of Milieutherapy« (1956). Zusammen mit *Jerome Frank* führte er die Gruppenpsychotherapie in die Behandlung der Patienten der Menninger-Foundation ein. Als chief consultant sämtlicher psychiatrischer Kliniken in Kansas erarbeitete er eine gruppendynamische Supervisionstechnik, die die Konzepte *Michael Balints* um die gruppendynamische Dimension erweiterte. Seine ethnologischen Feldforschungen bei den Lakandonen-Mayas und seine Erarbeitung der anthropologischen und religiösen Bedeutung von Drogen in unterschiedlichen Ethnien machte die Kulturanthropologie für die psychiatrisch-psychotherapeutische Arbeit fruchtbar.

Nach seiner Reimmigration gründete *Ammon,* noch Lehranalytiker der DPV, in seiner Heimatstadt Berlin 1969 die Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft. Fachliche Kontroversen mit den Alt-Freudianern veranlaßten ihn, das Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik aufzubauen, die Deutsche Akademie für Psychoanalyse ins Leben zu rufen, die Fachzeitschrift »Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry« (1968) zu gründen. In ihr schrieb er 1968 einen programmatischen Artikel, der im ersten Heft veröffentlicht wurde. Viele namhafte Vertreter unseres Faches begrüßten diesen Neubeginn, so z.B. *Karl Menninger, Rudolf Ekstein, Leighton Whitaker, Martin Grotjahn, Manfred Bleuler, Wolfgang Schwidder* u.a. mehr. In dem erwähnten Artikel heißt es: »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 miteinschließt... Eine Dynamische Psychiatrie verwaltet den Patienten nicht und begnügt sich auch nicht mit einer 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 konstruktiven Aspekte des Patienten, seine Begabungen, Interessen sowie sozialen und psychischen Möglichkeiten umfaßt, versucht die Dynamische Psychiatrie ein Behandlungsprogramm aufzubauen.«

Diesem Programm entsprechend hat sich unsere stationäre und ambulante dynamisch-psychiatrische Arbeit seit 1969 in Deutschland entwickelt. Die teilstationäre Einrichtung der Tagesklinik für intensive Gruppenpsychotherapie hat ein gruppendynamisches Modell der Gesundheitstherapie, d.h. der Förderung gesunder konstruktiver Persönlichkeitsanteile, entfaltet, das als Ergänzung ambulanter psychoanalytischer Behandlung im Liegen, im Sitzen, in Gruppen die reine Bearbeitung der Übertragungsebene mit dem Wirksamwerden einer nachholenden Persönlichkeitsentwicklung übertraf. Die Vorläuferklinik für stationäre Psychotherapie schuf eine therapeutische Situation der Intimität, in der Kinder, Junge, Alte in einer gemeinsamen Gruppe im Sinne einer »living community« zusammenlebten und deren gruppendynamische Entwicklung sowohl verbal wie nonverbal im Sinne einer nachholenden Ich-Entwicklung für jeden einzelnen Patienten nutzbar machte. Die größere neue Klinik Menterschwaige entfaltete diese therapeutische Dimension maßgebend weiter, so die extramurale Therapie in Zentren wie Stelzereut und Paestum, in denen die gesunden Persönlichkeitsanteile gestärkt und gegenüber den analytisch in der Klinik bearbeiteten pathologischen Übertragungsanteilen schärfer unterschieden werden konnten. In gewissem Sinne vollzog die Klinik eine Wendung von innen nach außen, so daß ambulante Behandlungsformen im Rahmen einer Behandlungskette von der stationären Psychotherapie über Tagesstätten bis hin zu therapeutischen Wohngemeinschaften und Einrichtungen der Prophylaxe, z.B. der psychoanalytische Kindergarten, eine wichtige Rolle im Rahmen einer kohärenten Behandlungskette zu spielen begannen. Demgemäß entwickelte sich auch die Angehörigenarbeit, die eine über sozialpsychiatrische Gesichtspunkte hinausgehende gruppendynamische Bedeutung erlangt hat und in gewissem Sinne das Umfeld der Patienten in die Therapie miteinbezieht.

Die Klinik selbst stellt ein differenziertes Behandlungsfeld dar. Die zentralen Aspekte des Humanstrukturmodells (*Ammon* 1979–1989) und das »Gesundheits- und Krankheitsverständnis« werden hier auf einer »strukturell-dynamischen« Ebene gefaßt. Diese strukturell-dynamischen Aspekte bestimmen auch den institutionellen und funktionalen Aufbau der dynamisch-psychiatrischen Klinik.

Ethisch setzt dies
1. eine ärztlich optimistische und menschenfreundlich-humanistische Haltung, sowie die Bereitschaft zu einer ganzheitlichen Sicht aller menschlichen Lebensäußerungen voraus.
2. philosophisch erfordert es ein »Menschenbild«, das den Menschen als ein »mitmenschlich verantwortliches Gruppenwesen« versteht und menschliche »Identität« als Eigenstand als auch als »gruppendynamisch veränderliches Sein« begreift.
3. Danach ist Aggression als primär konstruktive, Kontakt und Auseinandersetzung schaffende Dimension konzipiert.
4. Das Unbewußte selbst steht deshalb nicht länger als Ort eines der Verdrängung anheim fallenden psychischen Abfalls, sondern als psychischer Ort »kreativer Entwicklungspotentiale«.
5. Das energetische Moment aller intra- und extrapsychischen Veränderungsprozesse ist daher auch nicht länger als eine biologische Kategorie faßbar, sondern als »sozialenergetisches Prinzip«.
6. Damit läßt sich ein Behandlungsziel eindeutig definieren: Es ist das Ziel, einen Patienten wieder entwicklungsfähig werden zu lassen, d.h. ihn in die Lage zu versetzen, mit sich selbst, seinem Unbewußten, seinen Bedürfnissen und seiner umgebenden Gruppe auf eine konstruktive Weise in Beziehung treten zu können, so daß sich Symptome aufgrund einer strukturellen Persönlichkeitsveränderung sozusagen von selbst erübrigen. Krankheit bedeutet daher für *Ammon* eine Störung in der Regulation der strukturbildenden und verändernden sozialenergetischen Austauschprozesse. Sie sind lediglich der Versuch, das »Loch im Ich« (*Ammon* 1972) im Sinne eines pathologischen Regulations- und Integrationsersatzes zu füllen. Die Klinik muß also durch Schaffung »konstruktiver sozialenergetischer Felder« ein gruppendynamisch strukturiertes, die Entwicklung des einzelnen unterstützendes Milieu bereitstellen, das die Patienten als co-therapeutisch wirksame Gruppe um den einzelnen herum strukturiert. Die ganze Klinik ist dergestalt ein eigens für jeden einzelnen geschaffenes spezifisches therapeutisches Instrument.

Die demgegenüber eher »formalen« Therapieformen sind die analytisch orientierte *Einzeltherapie* und *Gruppenpsychotherapie*. Jeder Patient erhält neben einem Haustherapeuten, der für alltägliche Klagen und deren Abhilfe zuständig ist, einen Einzelpsychotherapeuten. Massive Gruppenängste von oftmals paranoischem Ausmaß mit der Tendenz zu einem Vermeidungsverhalten den Gruppen gegenüber können hier in einer für den Patienten leichter kontrollierbaren und steuerbaren Situation erstmalig angesprochen werden. Auf der anderen Seite kommen hier vor allem beschämendere Ereignisse manchmal eher zur Sprache als in den Gruppen. Insbesondere in den Einzelpsychotherapien kann bei fortgeschrittener Therapie kontinuierlich über Träume gearbeitet werden. Eine solche Therapie dient daher der Ich-Struktur-Regulation.

Die gruppendynamisch arbeitende formelle *Gruppenpsychotherapie* ermöglicht im besonderen Ausmaß eine Differenzierung zwischen dem

Einst und Damals des Patienten und seinem Hier und Jetzt in der Gruppe. Sie bietet daher auch die Möglichkeit, Ich-fremdes, pathologisches Verhalten therapeutisch abzugrenzen und auf der anderen Seite zur Identität des Patienten gehörende konstruktive Strukturmomente der Persönlichkeit zu unterstützen.

Die *milieutherapeutische Projektarbeit* tritt an die Stelle der üblichen, eben nicht humanstrukturell aufgebauten Arbeits- und Beschäftigungstherapie. Sie arbeitet im Sinne einer Kommunikation über das »dritte Objekt«, wie dies *Donald D. Winnicott* in seiner Kulturtheorie entwickelt hat. Sie ist also eine Art Kulturtherapie. Ein aus den konkreten Bedürfnissen, aber auch aus den unbewußten und vorbewußten Phantasien der Gruppe entwickeltes Projekt, beispielsweise ein Brunnen oder ein Feuchtbiotop, unter vielen anderen Beispielen, wird unter verantwortlicher Projektleitung der Patienten mit Hilfe gruppendynamisch erfahrener Milieutherapeuten konkret realisiert. Neben den praktisch in der Gruppe zu bewältigenden Schwierigkeiten eines solchen Projektes, etwa den Problemen seiner Genehmigung, Finanzierung und technischen Durchführung, stellt die Milieugruppe gruppendynamisch gesehen eine Art temporärer »living community« dar, in der alltägliche Sorgen und Kümmernisse der Patienten unter Umgehung der Psychopathologie ihren Platz finden und konkrete Abhilfe geschaffen werden kann.

Die *Großgruppenpsychotherapie,* die das gesamte therapeutische Geflecht der Klinik repräsentiert, reflektiert und integriert und darüber hinaus als eine Art Patientenparlament fungiert, spiegelt die »Mehrdimensionalität« des *Ammon*schen Konzeptes in besonderer Weise. Ist die Großgruppe ja, wie *Malcom Pines* gezeigt hat, der Ort, an dem nicht nur dem einzelnen der Spiegel vorgehalten wird, sondern auch der Ort, an dem der einzelne der Gruppe, sozusagen der gesamten Gesellschaft, den Spiegel vorhält. Sie ist daher auch der Ort intensivsten Informationsaustausches und emotionaler Beteiligung aller an Ereignissen und Geschehnissen, die die Gruppe als ganzes und auch ihr politisches Umfeld betreffen. Sie ist daher auch ein Ort der Realitätsprüfung und des vernünftigen, richtigen, eben nicht pathologischen Denkens. Darüber hinaus reflektiert sie die therapeutische Moral der Klinik. Gegen alle Destruktion verteidigt sie die Gruppennormen im Sinne der für eine Therapie notwendigen Grenzen. Sie korrigiert das für alle Instutionen mehr oder weniger charakterische gespaltene Verhältnis von Subkultur und offizieller Verlautbarung, indem sie die therapeutische Kultur der gesamten Institution legitimiert. Sie ist deshalb eine Therapie der Einübung von Vernunft und Reflektion, eine Therapie der Setzung von Rechten und Pflichten, gerade darum auch ein Ort, an dem in Festen und Feiern bisherige Grenzen der Gruppe auf eine mögliche Zukunft hin transzendiert werden können.

Die nonverbalen Therapieformen nützen therapeutisch die meist unbewußte Körpersprache (*Ammon, Burbiel* 1992). In gewissem Sinne zählt auch die für alle agierenden Patienten besonders wichtige Milieutherapie

dazu, weil sie konkrete Bedürfnisse der Gruppe realisiert. Im jeweilig spezifischen Medium der nonverbalen Therapieformen werden, ähnlich der Milieutherapie, neue Erfahrungen möglich. Letztlich gehört dazu auch die *Sporttherapie*, die ein Erleben von Kräften, Widerständen, Geschwindigkeiten, Bewegungsfluß und Arretierung zu einem zentralen Erfahrungsbereich macht. Die anderen nonverbalen Therapieformen scheinen vor allem dem menschlichen Phänomen des Traums sehr nahe, weil sie eine Erfahrung der eigenen Identität und eine Erfahrung von dem Selbstausgedrückten und Selbstgeschaffenen vermitteln und durch dessen Objektivität gleichzeitig die Distanz davon sinnfällig machen. Sie unterstützen die Abgrenzungsfunktionen gegen die innere Welt der Wünsche und Bedürfnisse und von den äußeren konkreten Gegebenheiten der Welt. Auf diese Weise stiften wir ein ganzheitliches Verhältnis zum eigenen Selbstwert. Man könnte sie wegen ihrer innigen Verbundenheit mit Werten überhaupt Therapien des Selbstwertgefühls nennen.

Zu nennen wäre die *Theatertherapie*, die von *Ammon* entwickelte *humanstrukturelle Tanztherapie*, die *Musiktherapie*, die *Kunsttherapie* im weitesten Sinne, die *Interessentherapien*, die auf spezifische Neigungen der Patienten eingehen, Therapieformen, die Kontakt und Auseinandersetzungsmöglichkeiten mit Tieren nutzen und vollends die Barriere der alltäglich genormten Kommunikation umgehen, somit Räume der Spontaneität eröffnen (über all diese Therapieformen wurde von Mitgliedern der Klinik ausführlich veröffentlicht).

Seiner jeweiligen Humanstruktur entsprechend bewegt sich also der Patient in unterschiedlichen, vielfältigen Gruppensituationen. Er begegnet verschiedenen Therapeuten und seinen vielen co-therapeutisch wirkenden Mitpatienten. Ausschließliche Einzeltherapie erscheint angesichts der immensen symbiotischen Bedürfnisse von Psychose- und Borderline-Erkrankten, wie *Ammon* feststellt, aussichtslos.

Ammon hat demgegenüber ein gruppendynamisch multidimensionales Behandlungskonzept eingeführt, bei dem eine sozusagen unsichtbare Gruppe von Therapeuten die verbalen und nonverbalen Therapien auf die Probleme eines einzelnen bezieht. Das jeweils spezifische Setting wird vor allem in den *Case-Konferenzen* aller mit dem Patienten zentral befaßten Mitarbeiter zusammen mit dem Patienten und seinen engsten verbündeten Mitpatienten erarbeitet. Die diese Behandlungsfacetten integrierenden Felder sind die *Kontrollgruppe* und die *gruppendynamische Gruppen* der Mitarbeiter (*Ammon* 1988).

Konsequenterweise spiegelt die institutionelle Struktur die beschriebenen therapeutischen »Mehrdimensionalitäten«. Auch auf seiten der Mitarbeiter geht es um die Homöostase von Körper, Seele und Geist. Forschung und Lehre haben darum auch einen bedeutenden Stellenwert. Selbsterfahrung der Mitarbeiter wird ebenso gefordert wie die geistige Auseinandersetzung mit der eigenen Tätigkeit in Seminaren, in der Reflektion der Methodik dynamisch-psychiatrischer Tätigkeit, in der Erforschung von Methodik, Effizienz und Katamnestik der Klinik (*Burbiel* und Mitarbeiter).

Ich hoffe, Ihnen einen, wenn auch kursorischen Einblick in die Arbeit unserer Klinik eröffnet und ihre Einbettung in ein ambulantes Setting therapeutischer Möglichkeiten und Notwendigkeiten, dargestellt zu haben. Sie wissen nunmehr Bescheid und können die Erfolgsstatistik der Effizienzforschung unserer psychologischen Abteilung beurteilen, nach der 80% der Patienten in einem gesamten durchschnittlichen Behandlungszeitraum von 6 Monaten ihre Therapie erfolgreich und 20% erfolglos abschließen. Die quantitativ eher seltenen, qualitativ umso bedeutenderen Therapieabbrüche verweisen aber auf ein trotz intensiver Familien- und Angehörigenarbeit der Klinik letztlich ungelöstes therapeutisches Problem.

Wieweit lassen sich Angehörige zu einer emanzipativen Haltung dem Patienten gegenüber motivieren? Wieweit lassen sie sich selbst als Teil einer scheiternden, selbstleidenden Gruppe evtl. auch auf eine Therapie ein? Inwieweit läßt sich eine Abhängigkeitsdynamik zwischen dem Patienten und den Angehörigen lockern, ohne daß sich destruktiv aggressive Komponenten der Primär- und aktuellen Gruppendynamik manifestieren. Ist doch der Kranke sowohl Träger der destruktiven Gruppendynamik als auch derjenige, der an einer oftmals längst überholten Dynamik festhält. Die Klinik umgibt daher ein erfolgversprechendes oder Mißerfolg der Therapie beeinflussendes Feld, das mitbedacht, im günstigsten Fall mitbehandelt, die Entwicklungsaussichten eines Kranken mitbestimmt. Gerade dieser Teil unserer im wesentlichen auch nach außen gerichteten Arbeit bestimmt Erfolg und Erfolglosigkeit der differenzierten Hilfsangebote im wesentlichen Maße mit. An eine zukünftig dynamisch-psychiatrische Arbeit muß daher eine gruppendynamisch therapeutische Außenarbeit angebunden sein. Eine solche Außenarbeit überschreitet sozialpsychiatrische und sozialpädagogische Gesichtspunkte in dem wesentlichen Gesichtspunkt der Identität des einzelnen in der Gruppe. Zukünftige stationäre und ambulante Psychotherapie muß daher den gruppendynamischen Gesichtspunkt der Lebensgruppe des Patienten gleichgewichtig in das therapeutische Programm einbeziehen.

Es wurde versucht, die praktische dynamisch-psychiatrische stationäre und ambulante Tätigkeit, wie sie selbst aus der Psychoanalyse erwachsen ist, darzustellen. *Ammons* Initiative wird auch angesichts schwerster, kaum unerwarteter gesellschaftlicher Widerstände Erfolg beschert sein. Nicht nur die Forderungen der WADP nach dynamisch-psychiatrischen Kliniken in vielen Ländern, sondern auch der Geist der Zeit erfordert neue gesellschaftliche Wege des Umgangs mit menschlichem Leid, mit Gewalt und Destruktion angesichts einer Welt, die zunehmend Kooperation erfordert. *Ammon* hat in einem quantitativ kleinen, qualitativ meiner Meinung nach entscheidend evolutionären Gesichtspunkt bewiesen, daß Friedensfähigkeit eine zentrale gruppendynamische und sozialenergetische Dimension darstellt. Ich danke unserem Lehrer *Günter Ammon* für seinen menschlichen Einsatz, seine Liebe zu Menschen, seine wissenschaftliche Erneuerungskraft, dafür, daß er nach wie vor unser Mentor ist.

Twenty Years of Dynamic Psychiatric Hospitals in Germany

Rolf Schmidts (Munich)

Günter Ammon's work represents an important part in the history of psycho-analytic hospitals, the first of them being in the Humboldtschlößchen in Berlin-Tegel, founded by *Ernst Simmel,* (1927–1931) strongly supported by *S. Freud.* In the United States the Menninger Foundation/ Topeka had been developing into a center of dynamic-psychiatric treatment, study and research since the early 30s.

In this institution *Günter Ammon* could develop his group-dynamic concept and find new ways of treatment psychoses. After coming back to Germany, he founded the Deutsche Gruppenopsychotherapeutische Gesellschaft in Berlin. According to his concept the Deutsche Akademie für Psychoanalyse and the journal Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry came into being as well as – after the foundation of a smaller forerunner clinic – the Hospital for Dynamic Psychiatry Menterschwaige in Munich in 1979.

The treatment program of *Ammon's* school integrated the whole aspects, as well as the healthy parts of the patient in the sense of a health-therapy. The treatment concept was extended to extra-mural milieu therapy in Stelzerreut and Paestum/Italy. This meant a development of treatment as a chain of treatment with day care, therapeutical living communities and nursery schools and kindergartens working prophylactically.

In this understanding the hospital presents an elaborate field of treatment in which structural-dynamic aspects determine its institutional and functional structure. Essential parts of the concept are a special view of man, redefinition of aggression and the unconscious and a new understanding of energetic processes seen as social energy. The whole hospital becomes a specific therapeutical instrument for each individual patient. This instrument is accompanied by more formal methods of therapy as analytically oriented individual therapy, groupdynamically oriented group-therapy, milieu-therapeutical project work, plenary group-psychotherapy as well as the whole spectrum of nonverbal methods as theater, human-structural dance, music and arttherapy, interest groups and sporttherapy.

The facets of treatment are integrated into control and groupdynamic groups of the team as well as into case-conferences. The concept, being multidimensional, also requires constant groupdynamic training, self-experience groups for the team as well as research on methods, efficacy and follow-up. Besides the establishment of dynamic-psychiatric hospitals all over the world, this concept of a changed coping with misery, aggression and destruction should find access to many areas of our society, the understanding of capacity for peace being the pivotal groupdynamic and social-energetic dimension.

Literatur beim Verfasser

Adresse des Autors:

Dr. med. Rolf Schmidts
Liebigstraße 1
D-80538 München

Theory and Practice of Dynamic Psychiatry**

Maria Ammon (Berlin)*

The author gives a differentiated survey on Günter Ammon's theory and practice of Dynamic Psychiatry. Starting with its roots in Freudians psychoanalysis, ego-psychology, object school, system theory and groupdynamic thinking the author contributes to the development of Günter Ammon's work. Of central importance are the concept of constructive aggression, the unconscious as area of creative possibilities, the humanstructure model, the understanding of health and illness with the gliding spectrum of archaic ego diseases, the concept of social energy, the multidimensionality and androgynity of man, and a multidimensional diagnostic and treatment concept. Man is seen in his wholeness and uniqueness with special consideration of his creative potentials and abilities. The treatment goal is the development of identity and to help the patient establishing a lifeworth life. Günter Ammon's theory represents an open system which allows further developments in the service of man.

Dynamic Psychiatry, introduced into Germany and further developed by *Günter Ammon*, is theoretically and practically rooted in *Freud*ian Psychoanalysis, with the understanding of the unconscious, the transference as well as countertransference and the understanding of resistance. Furtheron it has its roots in the ego-psychology with such terms as the conflictfree sphere of the ego, definitions of ego-functions, a desexualized and neutralized understanding of energy, in the object school and in the systemtheoretical and groupdynamic thinking.

To *Ammon*, the development of an own theoretical concept started with the definition of the term »aggression«, which he understands as a constructive force, as an ego-function of the personality, as »a vehicle of all human living and creative doing« (*Ammon* 1970); with this he parted from the *Freud*ian understanding of drives, although, in 1970, he still spoke of a genital aggression, serving the drives of living and maintainance. During the further development he more and more related the ego-function of aggression to his groupdynamic understanding. In this way the original constructive aggression, inherent to every human being, may be deformed by group influences, which are destructively or deficiently. Thus aggression becomes a central moment in the development of personality, depending on health and disease of the surrounding groupdynamics. According to *Ammon*, the constructive aggression of the creative ad gredi also means to demarcate oneself from early childhood symbiosis of the primary group, seeking an own identity, free of guilt and fear. Therefore, constructive aggression also has to be regarded in connection with the central ego-function of creativity (compare *Ammon* 1979).

* Clinical Psychologist/Psychotherapist (BDP), President of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP), Therapeutic Director of the Dynamic Psychiatric Hospital Menterschwaige

** Paper presented at the International Symposium »Dynamic Psychiatry Today« in Munich, May 11. 1996, in memoriam Prof. Günter Ammon, M.D.

The unconscious was equally newly defined in breaking away from *Freud*ian ideas. It was now looked upon as the seat of mans creative forces, where »the potential of the growing and grown ego-functions of the personality« (*Ammon* 1978, *Pohl* 1978) were embedded. Starting at these new approaches in the understanding of aggression and creativity and a new definition of the unconscious in a creative sense, *Ammon* developed his own understanding of personality, which, in 1976, he presented as human-structure model. He regards the humanstructure model as an abstraction of energetic, dynamic, structural and genetic processes. The humanstructure is a network of primary, secondary and central humanfunctions. The primary humanfunctions cover all biological and neuro-physiological realms of man, as for instance, the central nervous system, the endocrine system and the functions of the senses. The secondary humanfunctions are »the functional supporters of the personality« (*Ammon* 1995), they determine a human being's behaviour and mainly refer to his conscious self.

The core of the personality is formed by the central human functions, which are embedded in the unconscious, like for instance aggression, creativity, sexuality, narcissism, fear, ego demarcation and so on. The humanfunction of identity is of overriding importance. Its task is to dynamize all humanfunctions, to integrate them and to put them into relation to each other. Therefore, on the whole, identity means a human being's personality.

All humanfunctions are connected with each other as well in the consciousness as in the unconscious. They can develop constructively, destructively or deficiently, always depending on the socialenergetic field of the surrounding group. These developmental processes are being internalized in early childhood and as such they essentially determine the structure of the unconscious (compare *Ammon* 1995). With the help of the Ego-Structure-Test (ISTA) the humanfunctions of aggression, anxiety, narcissism, sexuality and ego-demarcation towards the inside and the outside can be measured in their constructive, destructive and deficient degree (compare *Finke, Wolfrum* 1996). The personality's profile, which may thus be evaluated individually for each patient, can be consulted for diagnostics, for the understanding of the personality and for the therapeutic treatment.

Ammon's understanding of health and illness has to be pointed out. Illness is a desintegration of the humanfunctions with deficient and destructive forms. *Ammon* called it the »hole-in-the-ego« (*Ammon* 1974). From the humanstructural point of view, *Ammon* has an unitary understanding of disease. All severe preoedipal psychic diseases show a deficiency in the human-structure, which is being filled with various symptomatology. Health is understood as an expression of the humanfunctions towards their constructive and positive possibilities. Health and disease are always understood as a processual event, arranged on a gliding and changeable spectrum – *Ammon* speaks of a »gliding spectrum of the archaic ego-diseases«.

By developing an own understanding of energy, namely the group-dynamically determined social energy, *Ammon*, in 1979, detached himself from the drive-determined biological concept of *Freud*'s libido theory. *Ammon* comprehends social energy as the interactive force which always arises amongst human beings and which depends on the respective group-dynamics. »Social energy results from contact, discussion and challenges, security, reliability, love, demands for being active and demands for identity... and it expresses itself in all realms of the humanstructure« (*Ammon* 1982). Depending on how the groupdynamic space is interhumanly organized, the socialenergetic field can be constructive, destructive or deficient and it can be humanstructurally internalized (compare *Ammon* 1979, 1982, and 1995a).

The be-all and end-all in humanstructural psychoanalysis (*Burbiel* 1995 et al.), is the underlying image of humanity. *Ammon* has a multidimensional holistic image of mankind, in which body, mind and soul form a unity. Disease is always understood as one possibility of the human being. A human being is seen in his ethical and philosophical significance. Thus, *Ammon* says: »The holistic image of mankind has many dimensions: creativity, time and the experience of time, disease, work and being active, androgynity, body and the experience of the body, and religion in the broadest sense« (*Ammon* 1986).

In itself, humanstructurology can only be understood multidimensionally (compare *Ammon* 1986). *Ammon*'s understanding of the human being as a whole includes androgynity, because he regards androgynity as »an all-comprising possibility of humanity and human beings« (*Ammon* 1986). According to him, androgynity includes every expression of the body, the mind, the soul. He says: »Androgynity means synergism and integration of mainly female emotionality and imagination with mainly male rationality and ability to act. Humanstructurally this also refers to the higher nervous system with its synergism between potentialities of the right and the left brain hemisphere, between the conscious and unconscious core of the personality, between dedication and being active and between pictorial, conceptional thinking and intellectual concrete consequences« (*Ammon* 1986).

This multidimensional understanding of man with his multidimensional humanstructure and androgynity is the theoretical background for the multidimensional concept of diagnosis and treatment. Theory and practice oscillate continously on always new steps of integration (*Aichner, Berger* 1988) and furtheron: »this form of development is the inevitable result of such a kind of science, that understands theory as an answer to the challenges and necessities of the therapeutical practice and in which reversally the theoretical achievements flow back into the practical work, forming an integral component of the therapeutic concepts«.

Multidimensional diagnosis is based on the understanding of the spectral theory of personality with a distinct and differentiated concept of disease and health, in which man is no longer merely understood by way of

his symptoms nor diagnostically grasped (see also *Burbiel, Dworschak, Schmolke* 1994).

Ammon also speaks of so-called »health-diagnostics«, that is, the psychological-biological examination shall especially examine the healthy parts of a human being, as for instance his abilities, his interests, his corporal health, his skills and intelligence, and also his experiences in life and his grouprelations. Diagnostical examinations shall also consider explicit interviews with the patients and their families, besides the internistic and psychiatric examinations for admission and the psychodiagnostical methods of testing. Furthermore it is necessary to record unconscious dimensions, as is being done with the autokinetic lighttest, is the examinations in the sleep- and dreamlaboratory and the Sperry test. Diagnosis itself is always understood as being processual, because a change in the process of treatment also means a change in diagnosis.

Concerning the method of treatment and the practical psychotherapeutical work, Dynamic Psychiatry deals with two problem areas:

1. To find a psychodynamic understanding for the therapeutical access to the so-called untreatable patients. These are patients with, as *Ammon* calls it, archaic ego-diseases, including all forms of schizophrenic disease, Borderline disease, psychosomatics, depression, addiction and others and

2. to build up and formulate a groupdynamic socialenergetic field, in order to be able to carry through a humanstructural psychotherapy in the sense of an identity-therapy.

Dynamic Psychiatry is an understanding psychiatry, looking at a human being as a person in his own rights and counting on his existing healthy possibilities. In this way, working with the humanstructure is the central moment of the therapy and therefore it can be understood as identity therapy. This always means to reach a person's unconscious core and to change and develop his deficient and destructive personality parts into a constructive possibility for gaining identity. The existing constructive personality parts are understood as »offers for identity« and as »bridge for contact« (compare *Ammon* 1978).

It is always necessary to accept and understand a human being in his wholeness. This means his corporal behaviour as well as facial expression, his way of speaking, his posture and manner, clothing and appearance, as well as his intellectual interests and possibilities and furthermore his emotionality, needs and desires, disturbances, inhibitions and the actual groupdynamics he comes from. Thus, the first encounter between patient and therapist becomes a significant one. Disease is always understood as »the failed attempt of getting free by way of depression, psychosomatics, destructive aggression and sexuality, up to psychotic reactions and the escape into alcohol and drugs; a multidimensionality of destructive attempts to escape and get free from conscious and unconscious restrictions« (*Ammon* 1986). Disease is also understood as the temporary loss of the balance and as a desintegration of multidimensionality.

The holistic and multidimensional understanding of man inevitably results in a multidimensional concept of treatment, aiming at integration and development. A spectrum of nonverbal and verbal therapeutical methods, always based on a socialenergetic groupdynamic understanding, shall set up a multidimensional therapeutic network. The wohle group-dynamic-socialenergetic and milieutherapeutical field serves the treatment. Concerning the Dynamic-Psychiatric Hospital, this means that the whole team of nurses, social workers, psychotherapeutically trained psychiatrists and psychologists as well as the administration and the kitchen staff are integrated into the treatment as the socialenergetic field. The method of treatment ranges from single-person therapy, group-psychotherapy, groupdynamic milieutherapy with its working with the third object to the nonverbal forms of therapy like humanstructural dance therapy, theatre-, music-, painting- and art-, sports-, riding-therapy and special interest groups.

Extramural in-patient psychotherapy taking place in milieutherapeutic groups in our center in Paestum, serves to dissolve the manifestations of resistance, which usually emerge with intensive in-patient psychotherapy. At the same time it also serves to strenthen the ego in the sense of trying out the gained »ego-muscles«, as *Ammon* calls them, this may happen due to dealing with the demands for reality, which then will be very useful as a transition when the patients are released from the hospital.

For every patient a special therapeutic programme will be worked out, fitting his personality and his humanstructural conditions. Case-conferences represent an integrative moment for the multidimensional concept of treatment (compare *Schmolke, Dworschak* 1996). After certain periods of time, the various therapists of a patient bring together his psychic, corporal and intellectual changes or the lockings in his humanstructure. Together with the patient they discuss his further therapeutical aims and possibilities. The plenary group of all patients and co-workers represents the (complete) therapeutical network of the hospital and thus it characterizes another aspect of integration in the therapeutic events of each individual (compare *Schmidts* 1996).

The therapeutic effectiveness depends on how much social energy a therapeutical team can make available. Because, when treating archically ego-ill patients, therapy is not concentrated on just one therapist, but several therapists form a socialenergetic network, surrounding the patient. Groupdynamic work with the team, supervision, the daily team conferences, but mainly the team's training and qualifications are essential. The therapeutical task, the aim of a dynamic psychiatric psychotherapy is always a therapy of identity and humanization, that means that a person may again develop the ability of having contact with himself, as well as with other human beings. It further means that his creative as well as integrative forces are to be strengthened and shall be distinguished from his destructive and deficient personality traits as well as his destructive aggression, destruc-

tive anxiety and destructive narcissism, which *Ammon* called the triangle of resistance (*Ammon* 1982).

Man's identity is always the crucial item, that means to find out what a patient's wants are, what his aims, which sense and tasks he can find and fulfil in life. Fundamental to the therapeutical work are: the attitude of a relationship based on partnership, the therapist's making-himself-being-available with his entire self and the therapeutical optimism. Therapy and development are always processual.

For a lasting effectiveness of in-patient psychotherapy the follow-up treatment is essential (compare *Burbiel* et al. 1993). The dynamic-psychiatric network of follow-up treatment covers out-patient psychotherapy in the institute and in the out-patient department of the hospital, the therapeutic and groupdynamic living communities, halfway houses, day care centres and facilities for crisis intervention, which are in the process of being set up right now. Therapeutic follow-up treatment should aim at man's identity and not at his integration into society in the sense of conformity, as this is often the case with rehabilitation measures.

With Dynamic Psychiatry the theory of multidimensional humanstructurology, changing to a psychoanalysis of identity, *Ammon* developed a theoretical concept, which is in accordance with his claim for theories as open systems, as systems that always leave open the possibility for further development and change. This is in accordance with his attitude of processual working and thinking, due to which a human being with his identity is constantly developing, and thus are also groups and societies.

In this way theory and practice of Dynamic Psychiatry are to be understood as an open system, being mutually depending and constantly shaping and further developing, always in the service of humanity.

I thank *Günter Ammon* for his spiritual and humanitarian courage and commitment which he gave to the development of his teaching, for his concept of treatment, training and research, and for his philosophical and ethical concept of life which he has bequeathed to us.

Theorie und Praxis der Dynamischen Psychiatrie

Maria Ammon (Berlin)

Die von *Günter Ammon* in Deutschland eingeführte und weiterentwickelte Dynamische Psychiatrie hat ihre theoretischen und praktischen Wurzeln in der *Freud*ianischen Psychoanalyse, in der Ich-Psychologie, in der Objektschule, in der Systemtheorie und im gruppendynamischen Denken. Die Entwicklung eines eigenen theoretischen Konzeptes begann mit einer Neudefinition der Aggression, die *Ammon* als genuin konstruktive Kraft auffaßte und die er in den Kontext gruppendynamischer Zusammenhänge stellte. Im Unbewußten ist das kreative Potential des Menschen lokalisiert,

wie auch die Persönlichkeitsstruktur, von *Ammon* als Humanstruktur bezeichnet. Diese besteht aus einem Geflecht von primären, d.h. biologischen und neurophysiologischen Funktionen, sekundären, d.h. dem Verhaltensbereich zugehörenden Funktionen, sowie den zentralen Humanfunktionen, wie z.B. Aggression, Angst, Sexualität, Kreativität, Narzißmus, Ich-Abgrenzung usw. Die Humanfunktion der Identität besitzt eine übergeordnete Bedeutung. Die Ausprägung der einzelnen Humanfunktionen im Sinne von konstruktiv, destruktiv und defizitär kann mit dem Ich-Struktur-Test nach *Ammon* (ISTA) erfaßt werden für die Humanfunktionen der Angst, Aggression, Abgrenzung nach innen und außen, Narzißmus und Sexualität.

In *Ammons* unitärem Krankheitsverständnis bedeutet Krankheit Desintegration der Humanfunktionen mit Defiziten in der Humanstruktur. Gesundheit wird verstanden als Ausdruck der Humanfunktionen hin zu ihren konstruktiven lebensbejahenden Möglichkeiten. Krankheit und Gesundheit sind prozeßhaft zu sehen.

Sozialenergie als zwischenmenschliche Energie bildet als verinnerlichtes Substrat die Humanstruktur. Körper, Geist und Seele bilden eine Einheit; Krankheit ist eine Möglichkeit des Menschen. Der Mensch wird gesehen in seiner Mehrdimensionalität und Ganzheitlichkeit mit verschiedenen Dimensionen wie Kreativität, Zeit und Zeiterleben, Krankheit, Arbeit und Tätigsein, Androgynität, Körper und Körpererleben und Religiosität. Der Mensch als ein Gruppenwesen ist immer eingebettet in größere gesellschaftliche Zusammenhänge und kulturelle Wertsysteme, in denen sich auch unbewußte Prozesse widerspiegeln. Androgynität als umfassende Möglichkeit von Menschlichkeit und menschlichem Sein stellt ein zentrales Moment der Mehrdimensionalität dar.

Das theoretische Konzept der Dynamischen Psychiatrie stellt den Hintergrund dar für das Diagnostik- und Behandlungskonzept der Dynamischen Psychiatrie, wobei sich Praxis und Theorie in einem ständigen Auseinandersetzungsprozeß gegenseitig beeinflussen und weiter entwickeln auf neuen Integrationsstufen. Die Notwendigkeit einer »Gesundheitsdiagnostik«, bei der insbesondere die gesunden Anteile des Menschen untersucht werden, stellt eine zentrale Erweiterung des diagnostischen Verständnisses dar. Die Diagnose selbst wird prozeßhaft verstanden und verändert sich während des Behandlungsprozesses.

Notwendige Vorraussetzungen für die praktische therapeutische Arbeit sind – ein psychodynamisches Verständnis als therapeutischer Zugang zu den sogenannten – unbehandelbaren Patienten sowie – ein gruppendynamisch-sozialenergetisches Behandlungsfeld.

Ziel der humanstrukturellen Psychotherapie ist das Arbeiten an der Humanstruktur, d.h. der Mensch muß in seinem unbewußten Kern erreicht werden, um defizitäre und destruktive Persönlichkeitsanteile zu konstruktiven Möglichkeiten der Identität zu entwickeln. In diesem Sinne ist die humanstrukturelle Therapie eine Identitätstherapie mit dem Ziel der Integration und Entwicklung. Ein Spektrum von nonverbalen und verbalen

Therapiemethoden bildet die Grundlage eines mehrdimensionalen therapeutischen Geflechts von stationären und ambulanten Behandlungsfeldern. Für jeden Patienten wird ein spezielles therapeutisches Programm erstellt entsprechend seiner Persönlichkeitsstruktur. Ziel der Behandlung ist immer Identitäts- und Humanisierungstherapie, um den Menschen kontaktfähig hin zu sich selbst und zu anderen Menschen zu entwickeln. Eine partnerschaftliche Haltung des Therapeuten, das Sich-zur-Verfügung-Stellen des Therapeuten als ganzer Person und ein therapeutischer Optimismus sind notwendige Voraussetzungen für einen Therapeuten.
Theorie und Praxis der Dynamischen Psychiatrie sind als offenes System zu verstehen, wobei Theorie und Praxis sich gegenseitig bedingen, sich in ständiger Veränderung und Weiterentwicklung befinden, immer im Dienste des Menschen.

References

Aichner, Ch.; Berger, M. (1988): Einleitung. In: *Ammon, G.:* Vorträge (München: Pinel)
Ammon, G. (1970): Gruppendynamik der Aggression (Berlin: Pinel Publikationen)
- (1974): Psychoanalyse und Psychosomatik (München: Piper)
- (1978): Das Verst ändnis 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
- (Hrsg.) (1979): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
- (Hrsg.) (1982): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)
- (1986): Der mehrdimensionale Mensch (München: Pinel Verlag)
- (1988): Vorträge 1969 - 1988 (München: Pinel Verlag)
- (1992): Neurose und Schizophrenie – Theoretische und klinische Erfahrungen und Kosequenzen. In: Dyn. Psychiat. (25) 147 - 160
- (1993): Dynamic Psychiatry and Humanstructurology. In: Dyn. Psychiat. (26) 279 - 284
- (1995a): Dynamic Humanstructural Psychiatry Today. In: Dyn. Psychiat. (28) 362 - 374
- (1995b): Mechanismen und Behandlungsmethodik von Grenzzuständen ausgehend von der Dynamischen Psychiatrie: Das Borderline-Syndrom – eine humantrukturelle Erkrankung. Unveröffentlichtes Manuskript

Ammon, G.; Burbiel, I. (1992): Grundzüge der klinischen Humanstrukturellen Psychotherapie. In: Dyn. Psychiat. (25) 1 - 18
Burbiel, I.; Apfelthaler, R.; Fabian, E.; Schanné, U.; Wolfrum, G. (1993): Inpatient Psychotherapy of Psychoses: A Pre/Post and Follow-up Ppsychological Outcome Study. In: Dyn. Psychiat. (26) 316 - 322
Burbiel, I.; Dworschak, M.; Schmolke, M. (1994): Grundzüge dynamisch-psychiatrischer Diagnostik. In: Dyn. Psychiat. (27) 187 - 198
Finke, G.; Wolfrum, G. (1996): Der Ich-Struktur-Test nach Ammon – Erste Ergebnisse nach der REvision. In: Dyn. Psychiat. (29)
Pohl, J. (1978): Die Klinik als interpersonelles Feld dynamisch-psychiatrischer Behandlungswissenschaft. In: Dyn. Psychiat. (11) 212–231
Schmidts, R. (1996): Die Großgruppe in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik. In: Dyn. Psychiat. (29) 10–17
Schmolke, M.; Dworschak, M. (1996): Die Bedeutung der Case-Konferenz in der stationären humanstrukturellen Psychotherapie. In: Dyn. Psychiat. (29)

Address of the author:

Dipl. Psych. Maria Ammon
Meierottostraße 1
D 10719 Berlin

Günter Ammon and the Concept of Rehabilitation of the Mentally Ill**

Modest M. Kabanov (St. Petersburg)*

The author refers to the concept of rehabilitation as a new vision of a mentally ill person, developed at the Bekhterev Institute in St. Petersburg. He emphasizes the similarities between his concept and Günter Ammon's concept of dynamic psychiatry, stressing milieu therapy, group dynamics, family work, the use of the creative potential of the patient supporting the patient's health, and his personal and social status.

The concept of rehabilitation, first of all, is a new vision of an ill person. It has been developed by us during many years since 1966 – the time when we founded the first rehabilitation psychiatric department in Russia at the Psychoneurological Bekhterev Institute in St. Petersburg. My meeting with *Günter Ammon* in 1976 in Leipzig stimulated a more profound understanding of theoretical-methodological aspects of our own rehabilitation concept, because *Günter Ammon*'s doctrine of dynamic psychiatry, and especially his postulate of social energy successfully practised in the clinic Menterschwaige founded by him 20 years ago, are close to our understanding of the rehabilitation process. I have already had an opportunity to expound the essence of our understanding of the rehabilitation concept in my numerous publications, including those in the journal »Dynamic Psychiatry«. Let me briefly remind you its essence, because till now in various countries of the world, in our country as well, there exists a different understanding of rehabilitation of patients and invalids. Some consider it to be of use for the patients' residual ability to work; others mean the rehabilitation as an optimization of treatment; the third ones – and one can encounter it most often – maintain that it is a complete or partial restoration of patients' or invalids' workability; the fourth ones speak about legalization of their rights. There is some truth in each of these definitions and, certainly, it is necessary to urge toward all these aspects in the understanding of rehabilitation. But in our viewpoint all of them are watered down. In our country as well as in other ones these conceptions are to a great extent considered to be insufficient and do not embrace the concept of rehabilitation as, I would like to repeat being put in modern language, a new vision of a patient. Of course, we are not the first who discovered this »vision«. The term has been used by many scientists, for instance *Hermann Simon* in Germany, *Paul Sivadon* in France, *John Wing* in England, *Milton Grinblat* and *Robert Paul Liberman* in the USA and many others. Of course, we did not copy their statements, their theoretical

* M.D., Professor Director of the V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, St. Petersburg, Russia, President of the WADP

** Paper presented at the International Symposium »Dynamic Psychiatry Today« on May 11. 1996 in Munich in memoriam Prof. Günter Ammon, M.D.

theses, when creating our concept, but, perhaps, we systematized to a higher extent than other authors their important theoretical propositions into a consistent system of viewpoints upon the system of the rehabilitation concept as a dynamic process involving a more comprehensive (global) understanding of this multi-leveled and multi-staged process. Rehabilitation of patients (not only mentally ill) is a system of medical, psychological, social, pedagocial, legal and other influences and arrangements, directed toward restoration (maintenance) of both the patient's health and his personal and social status, complete or partial.

Rehabilitation is not a final aim of a personality status restoration (not only a process having its own neurophysiological, psychological, social and other parameters) but, and we would like to emphasize it, a method of approach toward an ill person which includes the appeal to a patient's personality, the versatility (comprehension) of medical, psychological, social and other principles of influence directed toward various aspects of life and functioning, that is, not only toward health restoration, the workability restoration, but also toward changing of relationship with the surroundings including the family, the changing of attitude toward one's own »self«, the own disease, future, work, studies, as well as toward society as a whole. Now it becomes clear why the concept of dynamic psychiatry, embracing elements of psychoanalysis in *Günter Ammon's* understanding and the role of social energy are so important for a more profound development of rehabilitation ideas. Both in our viewpoints and in the psychotherapeutic concept of *Günter Ammon,* the personality of a patient is emphasized, much attention is paid to milieu therapy, group dynamics, and work with the family, and, what is especially important, the use of the creative potential of patients, psychotics in particular, in the rehabilitation work with patients. By the way, it is quite appropriate to mention here one more theoretical concept elaborated by *Vadim Rotenberg.* I mean the concept of search activity which has been worked out by him already in Moscow.

Besides the above mentioned, one more reason unites us with Prof. *Günter Ammon.* As it is suitable to say here, on the conference devoted to his memory, it is the confrontation with official psychiatry in the past, especially with representatives of the so-called biological psychiatry which as a matter of fact postulated a biologized approach to nearly all mental diseases, especially to schizophrenia and other »endogeneous« psychoses. Also we are united by the fact that associates of our Institute, in particular *V. Wied* were among the first who applied psychotherapy in treatment and rehabilitation of psychotics in Russia, just as *Ammon* did in Germany.

Recently a new Russian edition of *Günter Ammon's* book »Dynamic Psychiatry« was published in St. Petersburg. A glossary was compiled to it by *Egon Fabian.* I hope that our future cooperation, in the first instance I mean the cooperation of the Bekhterev Institute with the German Academy of Psychoanalysis and the Psychiatric Hospital »Menterschwaige« guided by the similarity of our viewpoints in the field of

dynamic psychiatry, psychotherapy, psychosomatic medicine and rehabilitation, will be continued. I am sure that new results of this cooperation will be reflected on the next Congress of Dynamic Psychiatry, which is to be held in March 1997 in Munich.

Günter Ammon und das Konzept der Rehabilitation psychisch Kranker

Modest M. Kabanov (St. Petersburg)

Der Autor betrachtet das im Bechterew-Institut in St. Petersburg entwickelte Konzept der Rehabilitation als eine neue Vision für den Kranken. Dieses Konzept kommt *Günter Ammons* Verständnis der Dynamischen Psychiatrie, besonders seinem Konzept der Sozialenergie sehr nahe. Ein wesentlicher Aspekt des Rehabilitationskonzeptes ist die Wiederherstellung bzw. Erhaltung der Gesundheit des Patienten als auch seiner Persönlichkeit und seines sozialen Status. Beim Rehabilitationskonzept wie auch bei *Ammons* Psychotherapiekonzept steht die Persönlichkeit des Patienten im Vordergrund. Die Entwicklung der Persönlichkeit wird gefördert durch Milieutherapie, Gruppendynamik, Familienarbeit, Nutzung des kreativen Potentials des Patienten. Übereinstimmung mit *Ammons* Verständnis der Dynamischen Psychiatrie besteht auch in der Konfrontation mit der herkömmlichen biologisch orientierten Psychiatrie. Nach Meinung des Autors gibt es unterschiedliche Auffassungen von der Rehabilitation von Patienten, wie z.B. die Nutzung der noch vorhandenen Arbeitskraft des Patienten, die Optimierung der Behandlung oder die vollständige oder teilweise Wiederherstellung der Arbeitskraft. Damit ist eine umfassende Rehabilitation noch nicht erreicht. Er spricht von einer neuen Vision, wobei die Gesundheit des Patienten sowie sein persönlicher und sozialer Status wiederhergestellt bzw. erhalten werden.

References at the author

Address of the author:

Prof. Modest M. Kabanov, M.D.
V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute
ul. Bekhtereva 3
193019 St. Petersburg
Russia

Listening – as a Dynamic Component of Psychiatric Interview**

Amnon Carmi (Haifa)*

In his essayistic article the author reports about the psychiatrist's basic qualities, which enable him to listen to the patient. The psychiatric interview is a process of gathering information with therapeutic implications. In this situation listening is the most important tool. It is of great importance that the psychiatrist has a humanistic attitude towards the patient while listening and the willingness to understand what he heard. The therapist's knowledge about his own conflicts is the basis for a sympathetic perception. Empathy means sympathizing with the patient's suffering. In Carmi's view listening is an art, which can be learned and practised. In the silence the deeper feelings can emerge. The author depicts this humanistic attitude with historical examples from the Jewish religion and history.

Carl Rogers in his writing *On Becoming a Person* (1961) and on *The Characteristics of a Helping Relationship* (1973), tells us: »I have long had the strong conviction that the therapeutical relationship is only a special instance of interpersonal relationships in general, and that the same lawfulness governs all such relationships.«

Rogers lists ten questions that he used to raise while treating his patient:
a. Can I be in some way which will be perceived by the other person as trustworthy, as dependable or consistent in some deep sense?
b. Can I be expressive enough as a person, that what I am will be communicated unambiguously?
c. Can I let myself experience positive attitudes toward the other person-attitudes of warmth, liking, interest, respect?
d. Can I be strong enough as a person to be separate from the other?
e. Am I secure enough within myself to permit him his separatenes? Can I permit him to be what he is?
f. Can I let myself enter fully into the world of his feelings and personal meanings and see these as he does? Can I step into his private world so completely that I lose all desire to evaluate or judge it?
g. Can I receive him as he is? Can I communicate this attitude?
h. Can I act with sufficient sensitivity in the relationship that my behavior will not be perceived as a threat?
i. Can I free him from the threat?
j. Can I meet the patient as a person who is in process of becoming, or will I be bound by his past and by my past?
These crucial questions or dilemmas will guide us in the following discussion.

* Professor, Judge, President of the Society for Medicine and Law in Israel, President of the World Association of Medical Law, President of the Israeli Branch of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP

** Paper presented at the International Symposium »Dynamic Psychiatry Today« in Munich on May 11, 1996, in memoriam Prof. Günter Ammon, M.D.

The relationship between the psychiatrist and the patient starts with the interview. Dynamic psychotherapeutic interview is an interactive communicative process between the psychiatrist and the patient. Psychotherapy represents an attempt to capitalize on the tremendous power of human relationship. Dynamic psychiatry studies and treats conditions that prevent the successful interrelation of people. The interview is expected to play an active role in maximizing the fullness and completeness of the communication. A dynamic approach to interviewing implies attention to the developmental history of the patient, and to the process of the interview through which the patient's interpersonal style and repetitious patterns may be revealed. The interview consists of various stages that may overlap in a number of ways, beginning, listening, explaining and ending.

Our interest, in the present work, is the second stage, the listening component. The most general incentive for the patient's participation in interviews is the desire for understanding, to have someone offer a sympathetic ear.

Interviews may be used for various purposes, like assessment, treatment, education or scientific understanding.

A major purpose of the interview is to gather information. The interview is seen as critical within behavior therapy being an important means of obtaining information from patients. But every interview has also its psychotherapeutic implications. The psychotherapy starts at the very first contact. The process of a patient giving information in an interview may result in emotional catharsis and thus in some relief from anxiety or guilt on the patient's part.

The psychiatrist's relationship with the patient begins with the listening to the patient's complaints. The psychotherapist's most important tool is listening. »To be human is to speak. To be abundantly human is to speak freely and fully. The converse of this is a profound truth, also: that the good listener is the best physician for those who are ill in thought and feeling« (*Wendell Johnson*).

What is essential in any therapist-patient relationship is a feeling of cooperation. Listening means not only feeling for others but attempting to commune with them. It requires entering actively and imaginatively into their situation. The effectiveness of listening depends also on the comprehension, the understanding of what is heard. Psychodynamic therapy is essentially an analysis of meaning. Listening involves hearing the content of what is being said, and understanding the meaning of the patient's verbalizations. Listening has to be selective in order to be effective. Selective listening includes variations in attention. Still, listening must create an atmosphere in which the patient feels understood and motivated to speak. Listening is important in the everyday communication of information. But in psychic life it serves a definite purpose. It plays a double role as a receiver of sound and as a perceiver of words and situations. The psychiatrist serves as a mirror on which the patient casts the image of his real selves. The psychia-

trist becomes a sympathetic and understanding ear into which the patient pours his difficulties. Psychotherapy improves the ability of the patient to communicate within himself and with others. It enables the patient to reorient his relation to himself and toward his disturbances in relation to others.

The French writer *Victor Hugo* wrote: »When a woman is speaking to you, listen to what she says with her eyes.« Observation is a process operative in an interview from its beginning to its end. The psychiatrist gains valuable information through the tone of a patient's voice, its inflections and nuances, his choise of words and the rhythm of his speech. The words that people utter are only a part of their effort to communicate. With the words come gestures from nearly every muscle of the body language. The most minute movements of the hands and face speak as clearly as words. The therapist is actively listening for word distortions, accidental gestures, the way the patient pauses between words, oddities in pronunciation, the speed in which words are spoken. Words are the tools of meaning, but communication is by no means a verbal matter only. Just as there is a must for the psychiatrist to say things that will be listened to, so is there a must to refrain from saying things that will not be listened to.

Effective listening demands not only that the psychiatrist hears what is being said, but that he also hears and understands what is communicated through silence. Through the constructive use of silence he may weave stronger ties with his patient, and develop deeper feelings than words can possible achieve. It is important to recognize that speech conceals and what silence reveals. Often silence connotes a thoughtful sorting out of what has been said and felt. Silence may also be an indication of anxiety or emotional blocking, or a passive expression of anger or hostility. Psychiatrists are expected to use silence with an eager to share. The therapist is more than a detached recorder of the patient's communications, even when he remains silent and primarily listens.

»Speak, in order that I may see you...« *(Sokrates)*. Hearing constitutes the mere reception of stimuli over auditory pathways. Listening presupposes hearing and precedes understanding.

Psychologically, listening reflects an effort to comprehend acoustically. Attention requires the focalization or concentration on certain objects or trains of thought. An active, holistic listening requires that the psychiatrist realizes it with all of his self, his senses, his attitudes, beliefs, thoughts and intuitions. Attention involves a variety of processes and effects: concentration, active participation, comprehension and objectivity. If the first stage is a selective one, as the information coming from the internal or external environment is analyzed and perceived, at the second stage the attention is devoted more to a particular information source.

Listening is an art. As an art, it requires knowledge and effort. The mental skill needs to be developed through training and practice. People in general do not know how to listen. Some people possess characteristic sensitivities which facilitate successful interviewing, but others are without

these habits and sensitivities. These are qualities that can be cultivated and improved through training and instruction. Of course, different interview purposes require different conceptualizations and different techniques. However, the aims and methods of psychiatric interviewing can be learned thoroughly by experiences, reflection and study. Perceptual skill becomes the sine qua non.

Good interviewing incorporates components of conversational social skills, patience, considerable interest in the human condition, insight, acceptance, warmth and belief in the human potential for change. The therapist is expected to produce the kinds of reactions that help the patient to bring out what he has on his mind. Judgements and decisions should be reserved at this stage. The patient should be given the chance to present all the facts involved, rather than allowing the therapist to jump to premature conclusions. Full attention should be given to the situation at hand, to the here and now, in order to evaluate things as they are. The therapist should remove distractions in the path of listening, and get rid of blockages and screens in the path of his perception. He should not focus on his own thoughts, associations, assumptions, even if they are evoked by the patient. Sporadic or half-attentive listening is easily detected by the talking patient. Not listening equals indifference. Good listening takes an enormous amount of energy. Attentive listening enables the patient to let out the steam, and become more relaxed and approachable for further communication.

There are many degrees or levels in the clarity and detail with which people are aware of their surroundings. Despite of the richness or the optic array, human information processing capacity is profoundly limited, and only a small fraction of the sensory world is available to conscious awareness at a given moment. Whatever the nature of the shapes or objects people wish to perceive, the total amount perceived at any one moment and the information derived from it are strictly limited. There is a limited pool of attentional resources, or capacity, that can be distributed across tasks: Moreover, our perception is affected by the general state of alertness, by factors of motivation and interest, by learning and experience, apart from features in the environment itself. Much of what people »see« or »hear« is what they believe they are perceiving, as they tend to create their own visual and auditory images to suit their individual needs and motivations.

Psychiatrists should listen with their »third« ear, not only to the words their patients speak, but also to their own inner voice, and to what emerges therefrom. Some therapists listen mostly with their head, and deny their real feelings in a situation. Others may listen almost entirely with their feelings, and too little with their head, thereby loosing their capacity for reception and evaluation. Apparently, in different degrees and in many different ways, listening ability is affected by emotions, that act as filters to what we hear. Most listening is subjective. We listen mainly in terms of our primary needs. The process of interpersonal perception is influenced greatly

by the therapist's past learning experiences and thinking processes. These processes are fraught with error, as they are affected by the therapist's beliefs and attitudes, which may form a relatively fixed set of biases. The psychotherapist's thoughts are projective representations of his own inner state of being, while relating to the patients' statements. He listens to almost anything that supports his neurotic strivings, that may tend to inhibit, block, and retard movement in a particular therapeutic process. His past history plays a part, as reactions differ by virtue of experience. At times, his emotions cause deafness, at other times they make listening easy. In listening, the psychotherapist must be active participant in the whole process. It means responding holistically with his full hearing capacity and his inner perceptions. He must attune himself to his own as well as to the patient's wave lengths. He cannot stop his ears against the sounds of his own inner voices. There is a need for critical self analysis prior to engaging in therapeutic work, a need for objective self understanding so that personal conflicts do not become involved in the therapist's perception of the patient's conflicts. The more a psychotherapist knows himself, the more effectively will he be able to listen and to communicate. In order to function at some level of competency and listen effectively to the patient, the therapist should have his own personal problems reasonably worked through so that they will not interfere with his relating constructively with others. In the words of the Talmud, »Frail yourself before you frail others«, that is, be aware of your own conflicts and blind spots, before involving yourself in someone else's troubles. To acquire the capacity for objectivity when listening, the therapist must hear the patient out without imposing his own preconceived notions or opinions. This requires reason, humility and self control. Interviews involve two individuals whose heredity, experience, role performance, and attitudes are different. The therapist's knowledge of background factors, like culture, personality, and role, of the present situation, and of the reactions and attitudes of himself and the patient, play a significant part in the interview.

The necessary basis for effective communication with the patient lies in the patient's realization that the therapist is an empathic individual, a person who can understand him. The therapist should be genuinely interested in his patient as a person, not as an object to be dissected and coldly studied. The soil for healthy growth and productive listening must contain feelings of warmth, love and respect. The psychotherapist should in every aspect of his personality be a human being, with a sympathy for those who suffer, and the wish to use every human attribute within himself toward expressing warmth, understanding, sincerity, and respect for the patient's wishes and rights. The role of the therapist is ever related to the ethos of fellowship, but the psychotherapeutic relationship is crucially different from ordinary friendship and other interpersonal relationships. The concept of empathy is found in the realms of philosophy, anthropology, and psychology. Empathy means many things to many people, but

most properly it is a process whereby one person perceives accurately another person's feelings and the meaning of these feelings, and then communicates with sensitivity and understanding to the other person. Empathy is the ability to correctly answer the question – how would I feel or act in the situation if I were in his place? It means to feel one's way into, to project myself into the objects of perception, in order to understand the other. It means to reach out for the patient. It means to be aware of the significance of the feelings that underlie the patient's words. It means to listen with the heart as well as with the mind. It reflects the capacity of the therapist to identity himself with the patient in terms of the way the patient would feel and act. It is the essence of understanding the *why* of another's attitudes and behavior. It is the merging of one personality with another until some degree of identification is achieved. Emphatic understanding is equally as important as 'neutrality' in order that sensitivity to the patient's progress is maintained. The emphatic understanding, the understanding with a person, not about him, can bring about major changes in personality: Through attentive and sympathetic listening, psychiatrists are able to bring forth the deepest secrets of a patient's mind.

Listening involves understanding. Understanding involves identification. Identification involves emotions. The Old Bible instructs us (Leviticus, 19, 1): »thou shalt love thy neighbour as thyself«. *Martin Buber,* the late Jewish philosopher, explained that the true meaning of this commandment is not to love, as one cannot be compelled to love, but to behave towards the neighbour and to treat him with love and sympathy.

It is told about *Rebbe Moshe Leib,* who was approached by a poor Jewish mother, asking him to pray for the recovery of her ill daughter. The Rebbe prayed, but it did not satisfy the erying mother, who asked him to pray again and notify God about his preparedness to surrender his right for the next world unless the daughter recovers. After the Rebbe fulfilled her wish, he was asked by his alarmed followers for the reason of his outstanding commitment. The Rebbe answered: »The tears of a mother outweigh my share in the next world. If my prayer can stop her cry, I am ready to lose my share«. It is told about same Rebbe, that a vagabond while visiting his poor home, inquired, how come you have only a few chairs at your home? *Rebbe Moshe* asked him: did you bring a chair with you? The guest replied: No, as I am passing here as a vagabond.« I too pass this world as a vagabond«, the Rebbe explained, regarding the next world as his main goal. But the tears of the worrying mother outweighed his lofty aspiration and personal goal. This kind of treatment is, maybe, what *Mother Teresa* understood and meant while talking about service: »The fruit of prayer is faith, the fruit of faith is love, the fruit of love is service.«

Zuhören – eine dynamische Komponente im psychiatrischen Interview

Amnon Carmi (Haifa)

Zur Einführung in seinen Artikel bezieht sich *Carmi* auf *Carl Rogers,* der sich während der Behandlung von Patienten folgende grundlegende Fragen stellt: Werde ich von der anderen Person als vertrauenswürdig und zuverlässig wahrgenommen? Verhalte ich mich dem anderen gegenüber warm, freundlich, interessiert und respektvoll? Kann ich mich auf seine Gedanken und Gefühle einlassen?

Die therapeutische Beziehung zwischen Patient und Psychiater, so *Carmi,* beginnt mit dem Interview. Obwohl das Ziel des Interviews darin besteht, Informationen zu erhalten, stellt es bereits eine therapeutische Handlung dar, in dessen Verlauf es beim Patienten zu einer Erleichterung von Schuldgefühlen und Ängsten kommen kann.

Für den Autor ist das wichtigste therapeutische Werkzeug des Interviews das Zuhören. Beim Zuhören sollte eine Atmosphäre entstehen, in der sich der Patient verstanden fühlt und die ihn zum Reden anregt. Der Therapeut ist ein Spiegel, auf den der Patient sein Selbstbildnis mit all seinen Problemen hin entwirft.

Durch das Zulassen von Stille können Gefühle intensiver spürbar werden. In der Stille kann das Gesagte und das Verschwiegene deutlich erscheinen. Stille kann aber auch ein Ausdruck von emotionaler Blockierung, Ängstlichkeit und Feindseligkeit sein.

Beim ganzheitlichen Zuhören nimmt der Therapeut mit seinen Sinnen, Überzeugungen, Gedanken und Gefühlen teil. Zuhören beinhaltet das emotionale Verstehen des Gehörten. *Carmi* betrachtet Zuhören als eine Kunst. Kenntnis und Übung sind dafür erforderlich. Normalerweise wird diese Kunst nicht beherrscht, sondern muß durch Wissen, Reflektion und Erfahrung erlernt werden. Geduld, Interesse am Menschen, Wärme, Toleranz, Einsichtsfähigkeit und der Glaube an die menschliche Fähigkeit, sich zu verändern, sind nötig, um ein patientengerechtes Interview zu führen. Vorschnelle Vermutungen, Bewertungen und Einteilungen sind zu vermeiden. Die augenblickliche Situation des Patienten hat besonderes Gewicht. Unaufmerksames oder halbherziges Zuhören wird vom Patienten schnell wahrgenommen und als Desinteresse interpretiert. Zuhören erfordert viel Energie vom Psychotherapeuten. Es befreit den Patienten von Spannungen, ermöglicht eine Annäherung und stellt eine Grundlage für weitere Gespräche dar.

Carmi ist der Ansicht, daß es sich beim Zuhören um einen subjektiven Vorgang handelt. Die Wahrnehmungsfähigkeit wird von den eigenen Erfahrungen und Denkstrukturen bestimmt. Für manche Gefühle ist der Therapeut blind und taub. Es ist wichtig, daß der Psychiater seine persönlichen Probleme erkannt hat, damit sich diese nicht mit den Konflikten des Patienten vermischen.

Wärme, Liebe, Respekt vor den Wünschen und Rechten des Patienten und Anteilnahme an den Leidenden, sind nötige Voraussetzungen.

Empathie bedeutet für den Autor in diesem Zusammenhang die Bereitschaft, sich in einen anderen Menschen einzufühlen und dessen Gefühle und deren Bedeutung wahrzunehmen. Durch aufmerksames und zugewandtes Zuhören ist der Psychiater in der Lage, tiefere Geheimnisse des Patienten hervorzubringen.

Am Ende des Artikels zitiert der Autor *Martin Buber,* der das Gebot den Nächsten zu lieben wie sich selbst, als Aufforderung betrachtet, den anderen mit Liebe und Sympathie zu behandeln. Als Beispiel führt der Autor eine Geschichte von *Rebbe Moshe Leib* an, der bereit war, auf seine Teilhabung am Himmelreich zu verzichten, um die Tränen einer Mutter über ihr krankes Kind zu trocknen. Zum Schluß zieht er eine Parallele zur karitativen Haltung von *Mutter Teresa.*

References at the author

Address of the author:

Prof. Amnon Carmi
P.O.Box 6451
Haifa 31063
Israel

Nachholende Ich-Entwicklung: Ein von Günter Ammon formuliertes Konzept von großer therapeutischer Bedeutung**

Béla Buda (Budapest)*

Der Autor befaßt sich in seiner Arbeit mit der alten Frage, was in einer erfolgreichen Psychotherapie geschieht und wie positive, psychische Veränderungen zustande kommen. Zunächst befaßt er sich mit Modellen der Katharsis und der Übertragungsbearbeitung aus der klassischen Psychoanalyse. Er setzt sich mit psychoanalytischen, familientherapeutischen, kognitiven und verhaltenstherapeutischen Vorstellungen auseinander (Jung, Balint, Rogers), die Therapie als Reparatur oder Korrektur ansehen. Demgegenüber konzipiert Ammon Psychotherapie als nachholende Ich-Entwicklung. Diese Konzeption beruht auf dem Modell der Ich-Funktionen mit ihren konstruktiven, destruktiven und defizitären Formen, sowie der Sozialenergie und der Gruppe als strukturbildenden Faktoren. Anhand einer Kasuistik eines schweren Borderline-Falles veranschaulicht der Autor den Prozeß der nachholenden Ich-Entwicklung.

Die alte Frage, was in einer erfolgreichen Psychotherapie geschieht, und wodurch positive, psychische Veränderungen zustande kommen, wurde durch *Günter Ammon* originell und relevant beantwortet. Er schuf das Konzept der nachholenden Ich-Entwicklung, das ein logisches Element in seinem Theoriesystem darstellt und im Kontext seiner anderen Schlüsselbegriffe klar und verständlich ist. Für uns, seine Schüler, ist es jedoch nicht leicht, zu verstehen, welche große Bedeutung und Tragweite dieses Konzept besitzt, besonders deshalb, weil es erklärt, welche Auswirkungen der therapeutische Prozeß auf intrapsychische Ereignisse im Patienten hat.

Die klassische Psychoanalyse hat ein »Reparaturmodell« der Therapie geschaffen. Zuerst erschien die Katharsis, um den Affektstau im Patienten zu befreien. Später wurden Komplexe durchgearbeitet. Noch später sollte die Analyse der Übertragung den Wiederholungszwang besiegen und Raum für neue, gesunde Objektbeziehungen schaffen (*Freud* 1955). Das gleiche Modell wurde auch von *Jung, Berne* und anderen Therapieschulen übernommen, obwohl sich neue Theoretiker mehr mit der Postulierung von inneren, endogenen Integrations- oder Selbstorganisationstendenzen beschäftigen, die zu einer therapeutischen Veränderung führen sollen. *Jung* betont zum Beispiel die dynamisierenden Kräfte archetypischer Symbole, die den therapeutischen Wandel vorantreiben können. *Michael Balint* spricht in seinem berühmten Gleichnis über den Transport von Baumstämmen auf einem Fluß über inhärente Heilungspotentiale. Er weist darauf hin, daß bei einem Stau nur diejenigen Baumstämme bewegt werden müssen, die den anderen im Wege stehen. Danach werden die Bäume vom Fluß wei-

* Dr. med., Leiter der Psychotherapeutischen Abteilung des Nationalinstitutes für Gesundheitsförderung, Vize-Präsident der WADP, Chairman des ungarischen Zweiges der WADP

** Vortrag gehalten auf dem Internationalen Symposium »Dynamische Psychiatrie heute« am 11. Mai 1996 in München in memoriam Prof. Dr. med. Günter Ammon

tergetragen. Auch *Rogers* arbeitete mit der Hypothese von einem inneren Streben nach Autonomie, das durch die Therapie — oder wie er es nennt: Konsultation und Begegnung — befreit und verstärkt wird.

Das Reparaturmodell kann auch in der Lehre der kognitiven Therapieschulen entdeckt werden. Gleiches gilt für die Familientherapie, wo man die Störungen der intrafamiliären Beziehungen beseitigt. Dies geschieht dort z.B. durch paradoxe Intentionen, therapeutische Riten, Konfrontationen usw., oder dadurch, daß falsche, fehlerhafte Loyalitätsbindungen aufgelöst werden (s. dazu *Carpinter* und *Treacher* 1993). Ähnlich wird auch in der herkömmlichen Gruppenpsychotherapie die Übung neuer Verhaltensweisen hervorgehoben. Dieses Üben spielt auch in der Verhaltenstherapie eine große Rolle, neben Reparatureingriffen wie Dekonditionierung, Reversion u.ä. Doch schon die Verhaltenstherapie mußte einsehen, daß Therapieeffekte allein durch die Beseitigung von Fehlverhalten und Neulernen, Übung und Training anderer Verhaltensweisen nicht erklärt werden können. Nicht zuletzt hat die These von *Albert Bandura* über die Rolle der Selbstwirksamkeit (Self efficacy) gezeigt, daß weder normales Verhalten noch die therapeutische Verhaltensänderung durch einfache Kontingenz- oder Lernpläne abgebildet werden (*Bandura* 1977). Wenn man sein Selbst zu einer Handlung fähig fühlt, wenn man in sich Zuversicht hat, wenn man gefühlsmäßig motiviert ist, dann kann man in allen Lebensbereichen aktionsfähig und wirksam sein. Es geschieht etwas mit dem Selbst-Wert-Gefühl und komplexe psychische Prozesse werden in Gang gesetzt. Die Verhaltensebene mit ihren Lern-, Übungs- und Skillelementen hat dabei nur eine relativ kleine Bedeutung. Das wissen wir als Psychoanalytiker ohnehin. Wir wissen, daß Gesundheit und Pathologie in erster Linie mit den inneren Strukturen des Selbst bzw. Ich zu tun haben.

Das alles wird durch *Günter Ammons* Konzept treffend zusammengefaßt. *Ammons* Konzept von archaischen Ich-Krankheiten, seine Lehre von den Humanfunktionen und deren konstruktiver, destruktiver und defizitärer Ausbildung (*Ammon* 1973, 1974, 1979, 1980, 1982, 1986, 1988) und seine glänzenden Fallbeschreibungen von Therapievorgängen werfen neues Licht auf diese Zusammenhänge. Ohne nachholende Ich-Entwicklung, so beweist *Ammon*, wird die Therapie weder ein zwischenmenschliches Übungsfeld für den Patienten sein können, noch wird in ihr die Bearbeitung früher Traumen oder Konflikte, bzw. die Modifizierung von Übertragungen gelingen. Dies gilt besonders für schwer gestörte Patienten mit archaischen Ich-Krankheiten. Die Sozialenergie schafft die entsprechende Atmosphäre und die nötige Anregung dieser Entwicklung. Die Matrix der Gruppe dient als Quelle der Sozialenergie. Die Gruppe gilt als strukturbildender Faktor für das Ich, teils als interiorisierbares Objekt, teils als ein System von Beziehungen, also von realen Objekten. *Ammon* bemerkte frühzeitig, daß die verbale Gruppenpsychotherapie allein nicht genügt, um die Strukturdefizite im Ich, die »Löcher im Ich« bei archaisch Ich-Kranken zu füllen. Die Patienten brauchen zusätzlich nonverbale Therapien im

Therapien im Sinne neuer Körpererfahrungen. Hierzu zählen v.a. die humanstrukturelle Tanztherapie, Milieutherapie usw. Die neuen Strukturen des Ichs tragen dazu bei, daß die konstruktiven Ich-Funktionen wiederhergestellt werden. Dadurch kommt eine Therapie zustande.

Ammons Theorie der nachholdenden Ich-Entwicklung sollte noch weiter untersucht werden. Wir wissen noch wenig über die strukturbildenden und strukturfördernden Prozesse während der Therapie. Zumindest ist *Ammons* Theorie die komplexeste und vollständigste Erklärung dessen, was in der Therapie geschieht, wenn man sie mit den anderen Konzeptionen vergleicht. Sie kann der Synthese und Integration verschiedener, therapeutischer Richtungen dienen.

Man könnte noch viele Beobachtungen, Erfahrungen und Tatsachen erwähnen, um die kreative Therapielehre von *Ammon* zu erläutern und zu belegen. Daher scheint es mir nun angebracht, die Ich-strukturelle Wirkung der dynamisch-psychiatrischen Therapie anhand einer Kasuistik eines sehr unregelmäßigen Behandlungsprozesses zu illustrieren.

Ein 21jähriger Automechaniker wird nach einer relativ kurzen, stationären Behandlung in der psychiatrischen Abteilung eines Militärkrankenhauses mit der Diagnose Schizophrenie entlassen. Dies bedeutet für ihn gleichzeitig die Entlassung aus der Armee. Eine neue Zwangseinweisung in die Psychiatrie befürchtend, wagt er nicht, nach Hause zu gehen. Monatelang irrt er durch das Land, schläft in seinem alten Wagen, macht Gelegenheitsarbeiten und kleine Geschäfte. Ungewaschen und in schmutzigen Kleidern wird er zunehmend isoliert. Seine Angst wächst. Immer häufiger hat er Selbstmordimpulse. Er macht Suizidversuche mit russischem Roulett, indem er mit dem Auto schnell über Kreuzungen fährt, ohne auf die Ampeln zu achten. Die Wahnidee, er werde wegen früherem Drogenmißbrauch bald verblöden, quält ihn. In einer Krisensituation ruft er mich abends, nach einer Fernsehsendung, in meiner Wohnung an und bittet um Hilfe. Ich soll ihn aber zunächst auf der Straße treffen. Dabei soll ich seinen Namen nicht kennen, und ich muß ihm versprechen, ihn nicht in ein psychiatrisches Krankenhaus einzuweisen. Nach mehreren Telefongesprächen kommt unsere erste Begegnung auf der Straße zustande. Von da ab treffen wir uns fast täglich, aber es dauert lange, ehe er seinen Namen verrät, seine Krankengeschichte erzählt und zu einer gewissen Kooperation fähig wird. Er ist anfangs sehr mißtrauisch, kämpft mit Wahnvorstellungen und paranoiden Inhalten. Er fühlt sich nicht nur verfolgt, sondern hat auch Größenideen, ein Genius zu sein, einmal Entdeckungen zu machen usw. Immer wieder zeigt er Haß, Wut und Aggression mir gegenüber. Während er einerseits ganz gehemmt und scheu wirkt, ist er voll von Vorwürfen, ich würde ihm etwas antun, ich hielte mein Wissen zurück, ich gäbe ihm keinen Rat, zeige ihm keinen Ausweg aus seiner Lebenssituation. Er ruft mich immer häufiger an, nachts oder am frühen Morgen und bittet mich um einen wirksamen Rat. Dann rügt er mich wieder dafür, daß ich ihm diesen nicht gäbe. Während eines Wutausbruches droht er mir, er werde mich und

meine Familie töten. Bei einer Begegnung zeigt er mir eine Pistole, die er von abziehenden russischen Soldaten bekommen hat. 1989 kommt unsere Begegnung in meinem Arbeitszimmer innerhalb einer psychotherapeutischen Abteilung zustande. Oft kommt es zu Skandalen, weil der Patient keine Minute Wartezeit duldet. Wenn er kommt, und er kommt nie angemeldet, soll ich meine Mitarbeiter oder andere Patienten einfach hinauswerfen. Natürlich gibt es keinen therapeutischen Vertrag zwischen uns. Keine Regel ist von ihm eingehalten worden. Offensichtlich ist er kein schizophren reagierender Patient, sondern vielmehr ein typischer Fall des Borderline-Syndroms. Seine Beschwerden, Symptome und Verhaltensweisen entsprechen allen Kriterien dieses Syndroms. Mir ist klar, daß ich mit ihm keine regelrechte Therapie machen kann. Aber der Patient hat eine Bindung zu mir entwickelt, wenngleich diese sehr ambivalent gespalten ist. Er ist schwer gestört, suizidal und auch gefährlich für andere. Ich darf ihn nicht verlassen. Ich ertrage seine Aggressionen. Seine Äußerungen und Verhaltensmanifestationen thematisiere und deute ich jedoch nicht. Statt dessen verbalisiere ich immer wieder unsere Beziehung, unsere gegenseitigen Positionen, unsere Aufgaben bei unserer Zusammenarbeit. Dabei bemerke ich, daß er gute Kommunikationsfähigkeiten besitzt, wenn er sich in einer Beziehung nicht zu sehr vereinnahmt fühlt. Die Aufgaben, die ich ihm erteile, richten sich auf zunehmende Kontakte in seinem tagtäglichen Leben. Wir besprechen seine neuen Erfahrungen. Er ist scheu und gleichzeitig aggressiv und sensitiv. Behutsam interpretiere ich seine fehlerhaften Verhaltensmanifestationen. Vorrangig achte ich auf narzißtische und negative Übertragungsmanifestationen. Ich arrangiere für ihn Kontakte mit meinen Krankenschwestern und Teammitgliedern. Ich schicke ihn zu kirchlichen Jugendgruppen und erstelle ihm Programme, um Gleichaltrige zu treffen und mit ihnen zu kommunizieren. Natürlich biete ich ihm auch Medikamente an und eine stationäre Behandlung in meiner Abteilung. Dies lehnt er jedoch ab. Er kommt aber immer wieder, bittet mich um Hilfe, da er Ängste hat, weiterhin suizidal ist. Er ist praktisch unfähig, sich in realen zwischenmenschlichen Beziehungen zu behaupten. Nur mit Fremden kann er Geschäfte tätigen und kommunizieren.

Diese Fallgeschichte würde äußerst lang sein, wenn ich alle Ereignisse der Behandlung darstellen würde. Das Interessante in diesem Fall ist die nachholende Ich-Entwicklung des Patienten, die sehr gut nachvollziehbar ist. Nach geduldiger, therapeutischer Arbeit durch Schaffung eines unregelmäßigen, aber realen, therapeutischen Rahmens, sowie durch Förderung von Kontakten und kreativen Potentialen, wie Zeichnen und Malen, sind neue Strukturen der Affektorganisation und Kompetenzgefühle im Ich des Patienten entstanden. Er macht jetzt gerade eine Art Adoleszenzkrise durch. Langsam hat er Beziehungen zu Personen in seiner Umgebung aufgebaut. Ferner lernt er ein Mädchen kennen, das ebenso sozial zurückgezogen und phobisch wie er selbst lebt. Zunächst haben sie eine kindliche Freundschaft. Dann nimmt er seine sexuellen Interessen wahr. Bisher hatte

es nur gelegentlich Masturbationen ohne entsprechende sexuelle Phantasien gegeben. Nach dreieinhalb Jahren therapeutischer Arbeit mit vielen Schwierigkeiten erreicht der Patient ein Funktionsniveau des Ichs, das ihm schon eine Adaptation an seine Lebensumstände ermöglicht. Es beinhaltet aber noch viele destruktive und defizitäre Ich-Manifestationen. Die Krankengeschichte ist inzwischen rekonstruierbar: schwer pathologisches Familienmilieu, gestörte Elternbeziehungen, prägenitale und spätere Traumata. Der Fall erinnert an den Held des berühmten Romanes von Daniel Keynes »Flowers for Algernon«. Charly Gordon, ein geistig Behinderter, hat nur auf einem sehr niedrigen Niveau menschliche Beziehungen. Nachdem seine Intelligenz durch den experimentellen Eingriff wie die Intelligenz des Mannes Algernon geworden ist, erlebt er seine kindlichen Traumata wieder, bekommt verschiedene Symptome und benötigt Therapie, um wieder funktionsfähig zu sein. Unsere schizophrenen und Borderline-Patienten leben ohne die entsprechenden Ich-Strukturen in einer emotionalen Leere, mit abgespaltenen Affekten, kompensatorisch ausgebildeten Symptomen und Wahnstrukturen. Sie neigen zum Ausagieren, Suizidversuchen, häufigen Beziehungskrisen. *Linehans* neue Theorie zum Borderline-Syndrom beschreibt eine Symptom- und Entwicklungsdynamik, die die Probleme meines Patienten gut widerspiegelt (*Linehan* 1993). Diese Beschreibung gelangt zu ähnlichen Konsequenzen wie *Ammon*. Obschon mit anderen Worten dargestellt, ist auch hier die therapeutische Veränderung in der Persönlichkeit des Patienten als eine nachholende Ich-Entwicklung geschildert.

Retrieval of Ego-Development : A Concept by Günter Ammon of Great Therapeutical Importance

Béla Buda (Budapest)

The author discusses what is happening in a successful psychotherapy and how positive psychological changes come about. At the outset, he outlines models of the classical psychoanalysis, especially *Freud*'s transference conception. Theories are discussed, which understand therapy as a release from self-organisation and self-healing tendencies, which are inherent in every individual. Representatives are *Jung, Balint* and *Rogers*. The family therapy and cognitive therapy worked out models based on the repair of distorted family relations or mind sequences. Behavior therapy made clear that therapeutic changes cannot only be explained by the elimination of behavioral mistakes. The author refers to the fact that a human being who is emotionally motivated to do something, is active in any area of life. The behaviour plays only a subordinate role.

Wellness and pathology are much more connected with the inner structure of the Ego. *Ammon*'s concept of human functions and their constructive, destructive and deficient forms show new aspects. According to the

concept of archaic ego-illnesses of early childhood, trauma can only be coped with by a psychotherapy aimed at a retrieval of ego-development. The group is the influencing factor for such a development, the social energy creating the right atmosphere for it.

In a second part of his report the author describes a case history in order to illustrate the process of a therapy as a retrieval ego-development. The patient is a 21-year-old mechanic, who, after a short-time treatment in a military hospital, had been discharged from hospital with the diagnosis of schizophrenia. Being afraid of a renewed compulsory hospitalization he did not dare to go home but wandered around for months. Unwashed and ragged he became more and more isolated. His suicidal thoughts were becoming more pronounced.

Finally one evening he called on the author after having seen him on TV. He met the author in the street without giving his name and refused to go to a hospital. After various meetings in the street the patient became more cooperative.

It becomes clear that we are dealing a case of borderline syndrome. The patient was shy and suspicious, then suddenly full of accusations and aggression. Megalomania and persecution mania shaped his perception. At last the patient forced himself to go to the author's office, although irregularly and demanding to see the author immediately. A classical therapy was not possible, but there developed now a relationship between the patient and the therapist. The author developed programmes and tasks, contacts to youth groups and other people. After a three and a half year treatment, the patient achieves a functioning level of self-confidence, which offers him a good adaptation to his daily world.

Literatur

Ammon, Günter (1973): Dynamische Psychiatrie: Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie. Luchterhand, Darmstadt
- (1974): Psychoanalyse und Psychosomatik. Piper, München
- (Hrsg.) (1979): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Ernst-Reinhardt-Verlag, München, Band I
- (1980): Dynamische Psychiatrie. Kindler, München
- (Hrsg.) (1982): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie. Ernst-Reinhardt-Verlag, München, Band II
- (1986): Der mehrdimensionale Mensch. Zur ganzheitlichen Schau von Mensch und Wissenschaft. Pinel-Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie, München
- (1988): Vorträge 1969-1988. Pinel-Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie, München

Bandura, A. (1977): Self efficacy. Towards a unifying theory of behavioral change. Psychological Review 84, 191 - 215

Carpinter, J.; Treacher (1993): Using family therapy in the 90s. Blackwell, London

Freud, S. (1955): Gesammelte Werke. Imago Publishing, London

Linehan, M.B. (1993): Cognitive behavioral treatment of Borderline personality disorder. Guilford Press, New York, London

Adresse des Autors:

Dr. med Dr. phil Béla Buda
Nationalinstitut für Gesundheitsförderung
Ostrom u.6
H-1015 Budapest
Ungarn

Der Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA) – erste Ergebnisse nach der Revision***

Gisela Finke*, Gerhard Wolfrum** (München)

Die Autoren referieren Ergebnisse aus der für die Bundesrepublik Deutschland repräsentativen Eichstichproben-Untersuchung, welche für die Standardisierung dieses analytisch orientierten psychometrischen Testverfahrens im Herbst 1995 durchgeführt wurde. Dabei zeigen sich nach der Revision des ISTA durch Differenzierung der Skalen zur Abgrenzung, der Erweiterung des Tests um das Konstrukt der Sexualität und Verbesserung der Meßgenauigkeit eine Fülle von Ergebnissen, welche seine Validität belegen und gleichzeitig Aufschluß über die psychische Gesundheit der deutschen Bevölkerung geben. So ist im Sinne einer prognostischen Validität der ISTA in der Lage, signifikant Probanden zu identifizieren, die sich in psychotherapeutischer Behandlung befinden, die psychopharmakologische Medikamente einnehmen, und signifikante Unterschiede zwischen alten und neuen Bundesländern sowie (in den alten Bundesländern) Unterschiede zwischen Männern und Frauen nachzuweisen. Darüber hinaus zeigt der ISTA Unterschiede zwischen unter bzw. über 50jährigen Personen, zwischen verheirateten und partnerlosen, höher und niedrig gebildeten sowie einkommensschwachen und höher verdienenden Personen auf.

Auf dem letzten internationalen WADP-Kongreß in St. Petersburg im Oktober 1994 haben wir – damals noch zusammen mit Prof. *Ammon* – die Erweiterung des Ich-Struktur-Tests nach *Ammon* (ISTA) um die differenzierten Skalen zur Sexualität vorgestellt[1]. Mittlerweile wurde diese endgültige Version des ISTA mit jetzt insgesamt 18 Skalen und 220 Items durch ein anerkanntes Münchner Wirtschafts- und Meinungsforschungsinstitut an einer für die BRD repräsentativen Eichstichprobe von 1001 Personen standardisiert. Es stehen nun verbindliche, nationale Normen für den Test zur Verfügung, mit denen jeder einzelne Proband verglichen werden kann. Damit können nun differenzierte Untersuchungen in der Normalbevölkerung und aus den Bereichen der ambulanten und stationären Psychotherapie in Fortführung bereits vorliegender Effizienz- und Katamnestik-Studien durchgeführt werden.

Die Ergebnisse der BRD-repräsentativen Untersuchung – also der Eichstichprobe – waren für uns sehr interessant, weil sie einem »Psychogramm« der Bevölkerung der BRD gleichkommen und mit Hilfe des ISTA wesentliche Aussagen über den psychischen Gesundheitszustand der deutschen Bevölkerung zulassen. Sie stellen eine Validierung dieses einzigen psychometrischen Tests dar, der auf einer explizit ausformulierten psychoanalytischen Theorie basiert, und sie bestätigen dessen Konstrukt-Validität –

* Dipl.-Psych., freie Mitarbeiterin der Psychologisch-Diagnostischen Abteilung der Klinik Menterschwaige München

** Dipl.-Psych., Klinischer Psychologe/Psychotherapeut (BDP), Psychoanalytiker, Gruppenpsychotherapeut, Mitarbeiter der Psychologisch-Diagnostischen Abteilung der Klinik Menterschwaige München

*** Vortrag gehalten auf dem Internationalen Symposium »Dynamische Psychatrie heute« am 11. Mai 1996 in München in memoriam Prof. Dr. med. Günter Ammon

1 Eine ausführliche Darstellung des nun fertiggestellten Ich-Struktur-Tests nach Ammon erfolgt im nächsten Heft der Zeitschrift.

ein Ergebnis, über das sich *Ammon* sicherlich sehr gefreut hätte, denn von ihm stammt ja die Grundidee des Tests, ausgehend 1976 von seiner neuen Konzeption zum Verständnis der Borderline-Erkrankung und dem daraus entwickelten Ich-Struktur-Modell und der Betonung der konstruktiven Seiten eines Menschen.

Die ersten Entwicklungsschritte für eine Skalenkonstruktion zur Aggression mit der später durchgängigen Differenzierung in »konstruktive«, »destruktive« und »defizitäre« Qualitäten wurden bereits 1977 begonnen, 1980 folgten die Skalen zur konstruktiven, destruktiven und defizitären Angst und zur Ich-Abgrenzung nach innen und außen. 1982 wurden die Skalen zum kontruktiven, destruktiven und defizitären Narzißmus entwickelt – leider gab es auch Zeitabschnitte, in denen am ISTA, wie insgesamt der ganzen Forschung, überhaupt nicht gearbeitet werden konnte.

1993 wurde damit begonnen, den ISTA um Skalen zur konstruktiven, destruktiven und defizitären Sexualität zu erweitern. Die Skalen zur Abgrenzung nach innen und außen wurden zudem in eine jeweils konstruktive, destruktive und defizitäre Ausprägung differenziert. Im Zuge dieser Erweiterungen wurden auch die Skalen zur Aggression, Angst und zum Narzißmus überarbeitet (siehe Tab. 1)

Version	Datum	Items	Skalen	Gruppen	N
ISTA	1992	196	11	Klinikpatienten	244
				ambulante Patienten	138
				Kontrollgruppe	125
ISTA-R	1994	353	18	Klinikpatienten	80
				ambulante Patienten	96
				Kontrollgruppe	116
ISTA-W	1994	279	18	Klinikpatienten	80
				ambulante Patienten	96
ISTA95	1995	269	18	Klinikpatienten	40
				ambulante Patienten	96
				Alkoholiker	16
				Kontrollgruppe	137
ISTA95	1995	220	18	Eichstichprobe	1001
				Gesamtzahl Probanden	2112

Tab. 1: Verzeichnis der Untersuchungen mit den verschiedenen ISTA-Versionen ab 1992

Die Formulierung der Items, insbesondere zu den neuen Skalen der Sexualität und der Abgrenzung, erfolgte unter der Leitung von *Günter Ammon* durch ein Expertenteam, das sich aus Psychoanalytikern, Psychiatern und Diplompsychologen der Klinik für Dynamische Psychiatrie,

München-Menterschwaige und der Lehr- und Forschungsinstitute der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) in München und Berlin zusammensetzte. Die Testitems stellen dabei Operationalisierungen dar von für die jeweilige Human-Funktion (z.B. destruktiver Aggression) typischen Einstellungen (Kognitionen), Gefühlen (Emotionen), Motiven und Verhaltensweisen, wie sie in der Theorie des Humanstukturmodells von *Günter Ammon* beschrieben sind und in der therapeutischen Arbeit erfahren werden. Diese typischen (signifikanten) Erlebens- und Verhaltensweisen sollen sich zudem auf verschiedene relevante Lebensbereiche erstrecken bzw. ein möglichst breites Spektrum abdecken.

Skalenreliabilität

Die Interne Konsistenz (Cronbach's alpha) der Skalen in der Eichstichprobe sind in Tab. 2 dargestellt. Die Skalenreliabilitäten lagen in den früheren Kontrollgruppen-Untersuchungen zum Teil unter denen von klinischen Gruppen, was sich auch für die Eichstichprobe bestätigt (Daten bei den Autoren). Eine Ursache dafür ist, daß die Items auch Verhaltensweisen und Einstellungen abfragen, die bei psychisch unauffälligen Probanden eher selten sind. Dies gilt vor allem für die Skalen der defizitären Angst, destruktiven Abgrenzung nach außen, konstruktiven Abgrenzung nach innen und destruktiven Abgrenzung nach innen.

Skala	Itemzahl	Eichstpr. (N=1001)
konstruktive Aggression	13	.69
destruktive Aggression	14	.70
defizitäre Aggression	12	.78
konstruktive Angst	12	.66
destruktive Angst	11	.80
defizitäre Angst	14	.71
konstruktive Abgrenzung	23	.80
destruktive Abgrenzung	23	.77
defizitäre Abgrenung	24	.83
konstr. Abgrenzung außen	11	.67
destr. Abgrenzung außen	11	.71
defizit. Abgrenzung außen	12	.72
konstr. Abgrenzung innen	12	.67
destr. Abgrenzung innen	12	.57
defizit. Abgrenzung innen	13	.71
konstruktiver Narzißmus	12	.69
destruktiver Narzißmus	12	.72
defizitärer Narzißmus	13	.78
konstruktive Sexualität	13	.83
destruktive Sexualität	13	.77
defizitäre Sexualität	11	.80
Summe	220 Items	

Tab. 2: Cronbach Alpha der ISTA-Skalen in der Eichstichprobe (N=1001)

Korrelation der ISTA-Skalen untereinander

Die Interkorrelationen der ISTA-Skalen ISTA96 in der Eichstichprobe sind in Tabelle 3 zusammengestellt. Im Vergleich zu früheren ISTA-Versionen fallen die Interkorrelationen deutlich niedriger aus. Sie bewegen sich insgesamt in der zu erwartenden Richtung, daß nämlich konstruktive Ausprägungen positiv miteinander korrelieren und negativ mit den jeweiligen destruktiven und defizitären Skalen. Ausnahmen bilden die Skalen zur Aggression und zur Sexualität; hier korrelieren die konstruktiven Skalen jeweils positiv mit den destruktiven. Dies ist allerdings nur in der Eichstichprobe und nicht bei Patientengruppen der Fall und könnte verstanden werden als Ausdruck einer Entwicklung, als deren Folge ein höheres Energiepotential zur Verfügung steht, eine Hypothese, die jedoch noch weiter diskutiert werden muß.

Correlations:	KONAGG	DESAGG	DEFAGG	KONANG	DESANG	DEFANG
KONAGG	1.0000	.4055**	-.1060**	.5990**	-.1294**	.1979**
DESAGG	.4055**	1.0000	.3001**	.3555**	.3217**	.5779**
DEFAGG	-.1060**	.3001**	1.0000	-.1599**	.7788**	.6256**
KONANG	.5990**	.3555**	-.1599**	1.0000	-.1542**	.0920*
DESANG	-.1294**	.3217**	.7788**	-.1542**	1.0000	.6304**
DEFANG	.1979**	.5779**	.6256**	.0920*	.6304**	1.0000
KONAU	.5562**	.1729**	-.2219**	.5941**	-.2284**	-.0372
DESAU	-.0872*	.3032**	.6873**	-.1106**	.6808**	.5139**
DEFAU	-.0795*	.3248**	.7169**	-.0462	.7260**	.5518**
KONINN	.6083**	.1817**	-.2267**	.6296**	-.2308**	-.0606
DESINN	.1564**	.4878**	.5846**	.1466**	.5768**	.5875**
DEFINN	.0056	.3316**	.7080**	.0338	.6711**	.5369**
KONNAR	.6677**	.2258**	-.1700**	.6074**	-.1500**	.0782*
DESNAR	-.0103	.3626**	.7257**	-.0442	.6940**	.5973**
DEFNAR	-.1130**	.3171**	.7661**	-.1218**	.7294**	.5763**
KONSEX	.5937**	.3428**	-.1666**	.5751**	-.1788**	.1308**
DESSEX	.4628**	.5753**	.2714**	.2902**	.2908**	.6066**
DEFSEX	-.1262**	.2365**	.6647**	-.1228**	.6534**	.4958**

N of cases: 1001 1-tailed Signif: * - .01 ** - .001

Correlations:	KONAU	DESAU	DEFAU	KONINN	DESINN	DEFINN
KONAGG	.5562**	-.0872*	-.0795*	.6083**	.1564**	.0056
DESAGG	.1729**	.3032**	.3248**	.1817**	.4878**	.3316**
DEFAGG	-.2219**	.6873**	.7169**	-.2267**	.5846**	.7080**
KONANG	.5941**	-.1106**	-.0462	.6296**	.1466**	.0338
DESANG	-.2284**	.6808**	.7260**	-.2308**	.5768**	.6711**
DEFANG	-.0372	.5139**	.5518**	-.0606	.5875**	.5369**
KONAU	1.0000	-.1061**	-.1696**	.6610**	.0255	-.0834*
DESAU	-.1061**	1.0000	.6509**	-.1120**	.5981**	.6058**
DEFAU	-.1696**	.6509**	1.0000	-.1391**	.5508**	.6654**
KONINN	.6610**	-.1120**	-.1391**	1.0000	.0218	-.0383
DESINN	.0255	.5981**	.5508**	.0218	1.0000	.5311**
DEFINN	-.0834*	.6058**	.6654**	-.0383	.5311**	1.0000
KONNAR	.5816**	-.1848**	-.0737*	.5910**	.0518	-.0306
DESNAR	-.1323**	.6504**	.6582**	-.1083**	.6151**	.6100**
DEFNAR	-.1723**	.7069**	.7184**	-.1864**	.5763**	.6376**
KONSEX	.4647**	-.2478**	-.1175**	.4757**	-.0139	-.0951*
DESSEX	.1662**	.1522**	.2130**	.1435**	.3661**	.2229**
DEFSEX	-.1711**	.5975**	.5621**	-.1612**	.5850**	.5628**

N of cases: 1001 1-tailed Signif: * - .01 ** - .001

Correlations:	KONNAR	DESNAR	DEFNAR	KONSEX	DESSEX	DEFSEX
KONAGG	.6677**	-.0103	-.1130**	.5937**	.4628**	-.1262**
DESAGG	.2258**	.3626**	.3171**	.3428**	.5753**	.2365**
DEFAGG	-.1700**	.7257**	.7661**	-.1666**	.2714**	.6647**
KONANG	.6074**	-.0442	-.1218**	.5751**	.2902**	-.1228**
DESANG	-.1500**	.6940**	.7294**	-.1788**	.2908**	.6534**
DEFANG	.0782*	.5973**	.5763**	.1308**	.6066**	.4958**
KONAU	.5816**	-.1323**	-.1723**	.4647**	.1662**	-.1711**
DESAU	-.1848**	.6504**	.7069**	-.2478**	.1522**	.5975**
DEFAU	-.0737*	.6582**	.7184**	-.1175**	.2130**	.5621**
KONINN	.5910**	-.1083**	-.1864**	.4757**	.1435**	-.1612**
DESINN	.0518	.6151**	.5763**	-.0139	.3661**	.5850**
DEFINN	-.0306	.6100**	.6376**	-.0951*	.2229**	.5628**
KONNAR	1.0000	-.0854*	-.1943**	.6011**	.3396**	-.1887**
DESNAR	-.0854*	1.0000	.7221**	-.0946*	.3351**	.6028**
DEFNAR	-.1943**	.7221**	1.0000	-.1961**	.2333**	.6324**
KONSEX	.6011**	-.0946*	-.1961**	1.0000	.4797**	-.3727**
DESSEX	.3396**	.3351**	.2333**	.4797**	1.0000	.1372**
DEFSEX	-.1887**	.6028**	.6324**	-.3727**	.1372**	1.0000

Tab. 3: Skaleninterkorrelation in der Eichstichprobe

Validierung des ISTA in der Eichstichprobe

Als inhaltliches Ergebnis der repräsentativen Studie erhalten wir mit dem ISTA eine Fülle von Ergebnissen, die seine Validität belegen und gleichzeitig Aufschluß über die psychische Gesundheit der deutschen Bevölkerung geben können.

1. Der ISTA trennt auf 16 seiner 18 Skalen in der Regel hochsignifikant zwischen Probanden, die sich in einer psychotherapeutischen Behandlung befinden (N=51) und solchen, die dies nicht sind (N=950). Die Psychotherapiepatienten erweisen sich in eindeutiger Weise als die kränkere Gruppe (s. Tab. 4).

Skala	Therapie		keine		p
	X	sd	X	sd	
konstruktive Aggression	6,1	3,0	7,5	2,9	.000
destruktive Aggression	6,6	2,8	6,2	3,1	n.s.
defizitäre Aggression	7,3	3,0	4,4	3,1	.000
konstruktive Angst	5,4	3,0	6,5	2,7	.01
destruktive Angst	6,8	2,8	3,7	2,9	.000
defizitäre Angst	7,5	2,8	5,2	3,1	.000
konstr. Abgrenzung außen	5,7	2,8	6,8	2,6	.01
destr. Abgrenzung außen	6,7	2,7	4,5	2,7	.000
defizit. Abgrenzung außen	7,1	2,6	4,4	2,7	.000
konstr. Abgrenzung innen	5,5	2,7	7,4	2,7	.000
destr. Abgrenzung innen	6,9	2,4	5,4	2,4	.000
defizit. Abgrenzung innen	8,6	2,8	5,7	3,0	.000
konstruktiver Narzißmus	5,7	3,0	7,2	2,7	.001
destruktiver Narzißmus	7,1	3,0	4,8	2,8	.000
defizitärer Narzißmus	7,7	3,4	4,9	3,2	.000
konstruktive Sexualität	6,4	3,4	7,5	3,7	.05
destruktive Sexualität	6,2	2,6	5,7	3,7	n.s.
defizitäre Sexualitt	5,2	3,0	3,6	3.0	.01

Tab. 4: Probanden, die in psychotherapeutischer Behandlung sind (Therapie; N=51) versus Rest (keine; N=950)

2. Ein ähnlich deutlicher Unterschied ergibt sich für die Konsumenten psychopharmakologischer Medikamente (s. Tab. 5).

3. In den alten Bundesländern, aber nicht in den neuen, spiegelt der ISTA deutliche Geschlechtsrollenstereotype wider. Frauen erweisen sich im Vergleich zu Männern als defizitärer in ihrer Aggression, destruktiver in der Angst, schwächer in der Abgrenzung nach innen und außen und weniger konstruktiv und destruktiv in der Sexualität (Tab. 6 und 7).

Skala	Pharmaka X	sd	keine X	sd	p
konstruktive Aggression	6,0	2,7	7,5	2,9	.000
destruktive Aggression	6,3	2,9	6,3	3,1	n.s.
defizitäre Aggression	5,4	3,2	4,4	3,1	.05
konstruktive Angst	5,4	2,7	6,5	2,7	.001
destruktive Angst	5,0	3,1	3,8	2,9	.001
defizitäre Angst	6,2	3,3	5,2	3,1	.05
konstr. Abgrenzung außen	6,1	2,8	6,8	2,6	.05
destr. Abgrenzung außen	5,5	2,5	4,5	2,7	.01
defizit. Abgrenzung außen	5,3	3,0	4,5	2,7	.05
konstr. Abgrenzung innen	6,1	2,8	7,4	2,7	.000
destr. Abgrenzung innen	5,7	2,8	5,4	2,4	n.s.
defizit. Abgrenzung innen	6,9	3,0	5,7	3,0	.01
konstruktiver Narzißmus	5,6	2,7	7,2	2,7	.000
destruktiver Narzißmus	5,4	2,8	4,8	2,8	.n.s.
defizitärer Narzißmus	6,1	3,4	4,9	3,2	.01
konstruktive Sexualität	5,9	3,1	7,6	3,7	.000
destruktive Sexualität	5,2	3,1	5,7	3,3	n.s.
defizitäre Sexualitt	4,6	3,0	3,6	3.0	.01

Tab. 5: Probanden, die psychopharmakologische Medikamente einnehmen (Pharmaka; N=76) versus Rest (keine; N=925)

Skala	männlich X	sd	weiblich X	sd	p
konstruktive Aggression	7,8	2,9	7,1	3,0	.01
destruktive Aggression	6,7	3,1	5,7	3,1	.000
defizitäre Aggression	4,1	3,1	4,6	3,3	.05
konstruktive Angst	6,7	2,6	6,1	2,7	.001
destruktive Angst	3,3	3,0	4,0	3,1	.001
defizitäre Angst	5,5	3,0	5,0	3,3	.02
konstr. Abgrenzung außen	7,2	2,2	6,7	2,7	.01
destr. Abgrenzung außen	4,4	2,7	4,7	2,8	n.s.
defizit. Abgrenzung außen	4,1	2,6	4,8	2,8	.000
konstr. Abgrenzung innen	7,5	2,6	7,4	2,8	n.s.
destr. Abgrenzung innen	5,6	2,4	5,3	2,5	n.s.
defizit. Abgrenzung innen	5,3	3,1	6,0	3,1	.001
konstruktiver Narzißmus	7,1	2,7	7,1	2,8	n.s.
destruktiver Narzißmus	4,7	2,8	4,7	3,0	n.s.
defizitärer Narzißmus	4,8	3,1	5,0	3,4	n.s.
konstruktive Sexualität	8,1	3,6	6,8	3,8	.000
destruktive Sexualität	6,2	3,2	5,2	3,5	.000
defizitäre Sexualitt	3,4	3,1	3,7	3.0	n.s.
In den *alten Bundesländern* bewegen sich die geschlechtsspezifischen Differenzen in die erwartete Richtung.					

Tab. 6: Geschlecht (männlich: N=383; weiblich N=427); nur alte Bundesländer

Interessant ist ein Vergleich zwischen den alten und den neuen Bundesländern. Die Eichstichprobenuntersuchung fand übrigens fast auf den Tag genau 5 Jahre nach der Wiedervereinigung statt.

Unterschiede in der Eichstichprobe zwischen den alten und den neuen Bundesländern im Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA)

Die Mittelwerte in den ISTA-Skalen der beiden Untergruppen (alte BRD, N=810; ehemalige DDR, N=191) sind in Tab. 8 dargestellt.
Es zeigen sich auf 10 der 18 Skalen signifikante Unterschiede:
Aggression

Die Probanden aus den neuen Ländern weisen hochsignifikant im Durchschnitt einen höheren Wert bei der defizitären Aggression auf. In der destruktiven Aggression sind die Werte auf Trendniveau erhöht, in der konstruktiven Aggression besteht kein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen.
Angst

Hochsignifikant ist der Unterschied auf der Skala der destruktiven Angst. Die Bürger aus den neuen Bundesländern weisen ein höheres Maß an destruktiver Angst auf als die Bürger in den alten Ländern. Auch bei der defizitären Angst zeigt sich ein signifikanter Unterschied, der jedoch nicht so deutlich ausfällt wie bei der destruktiven Angst.

Skala	männlich X	sd	weiblich X	sd	p
konstruktive Aggression	6,3	2,3	6,1	2,5	n.s.
destruktive Aggression	6,6	2,4	6,6	2,6	n.s.
defizitäre Aggression	4,8	2,5	5,4	2,6	.10
konstruktive Angst	6,3	2,3	6,1	2,5	n.s.
destruktive Angst	4,1	2,3	4,4	2,6	n.s.
defizitäre Angst	4,5	2,2	4,3	2,4	n.s.
konstr. Abgrenzung außen	6,1	2,2	5,5	2,4	.10
destr. Abgrenzung außen	5,5	2,4	5,5	2,4	n.s.
defizit. Abgrenzung außen	4,6	2,4	5,3	2,3	.10
konstr. Abgrenzung innen	6,5	2,1	6,1	2,2	n.s.
destr. Abgrenzung innen	7,2	2,5	6,6	2,4	.10
defizit. Abgrenzung innen	4,9	2,6	5,3	2,4	n.s.
konstruktiver Narzißmus	6,6	2,7	6,7	2,6	n.s.
destruktiver Narzißmus	4,7	2,4	4,8	2,5	n.s.
defizitärer Narzißmus	4,8	2,3	4,8	2,5	n.s.
konstruktive Sexualität	7,4	3,0	6,7	3,2	n.s.
destruktive Sexualität	5,3	2,7	5,0	2,8	n.s.
defizitäre Sexualitt	3,4	3,1	3,7	3.0	n.s.
In den *neuen Bundesländern* finden sich keine signifikanten geschlechtsspezifischen Differenzen (bis auf einige Trends).					

Tab. 7: Geschlecht (männlich: N=83; weiblich N=89); nur neue Bundesländer

Abgrenzung nach innen und nach außen

Die konstruktive Abgrenzung nach außen wie nach innen liegt bei den Menschen in der ehemaligen DDR signifikant im Durchschnitt unter den Werten im Westen. Gleichläufig finden wir im Vergleich zu den West-Bürgern eine Erhöhung der defizitären Abgrenzung nach innen wie nach außen. Bei den destruktiven Ausprägungen zeigt sich kein Unterschied.

Narzißmus

Beim Narzißmus sind sowohl der destruktive als auch der defizitäre Narzißmus in der Gruppe der neuen Bundesländer signifikant höher, beim konstruktiven Narzißmus besteht kein Unterschied.

Sexualität

Hier zeigt sich in den Mittelwerten in den neuen Bundesländern eine stärkere Ausprägung der defizitären Sexualität bei nahezu identischen Werten in der konstruktiven und destruktiven Sexualität.

Skala	alte BuLä		neue BuLä		p
	X	sd	X	sd	
konstruktive Aggression	7,4	2,9	7,3	2,9	n.s.
destruktive Aggression	6,2	3,2	6,6	2,8	.10
defizitäre Aggression	4,4	3,2	5,2	2,7	.000
konstruktive Angst	6,4	2,7	6,7	2,7	n.s.
destruktive Angst	3,7	3,0	4,6	2,6	.000
defizitäre Angst	5,2	3,2	5,8	2,7	.01
konstr. Abgrenzung außen	6,9	2,5	6,0	2,6	.000
destr. Abgrenzung außen	4,6	2,8	4,8	2,6	n.s.
defizit. Abgrenzung außen	4,4	2,8	5,2	2,4	.000
konstr. Abgrenzung innen	7,4	2,7	6,5	2,5	.000
destr. Abgrenzung innen	5,4	2,5	5,7	2,4	n.s.
defizit. Abgrenzung innen	5,7	3,1	6,2	2,7	.05
konstruktiver Narzißmus	7,1	2,8	7,1	2,8	n.s.
destruktiver Narzißmus	4,7	2,9	5,5	2,6	.000
defizitärer Narzißmus	4,9	3,2	5,7	3,0	.001
konstruktive Sexualität	7,4	3,7	7,5	3,4	n.s.
destruktive Sexualität	5,7	3,4	5,7	2,8	n.s.
defizitäre Sexualitt	3,6	3,0	4,4	2,7	.000

Tab. 8: Alte (N=810) versus neue Bundesländer (N=191)

Insgesamt weisen die Bürger aus den neuen Ländern (der ehemaligen DDR) höhere Ausprägungen auf den defizitären Skalen auf, d.h. sie sind in der Aktivität zurückgenommener (Aggression); ängstlicher (destruktive/ defizitäre Angst), können sich schlechter nach außen und innen abgrenzen, d.h. aktuell durchsetzen (außen) und sich von der Vergangenheit trennen (innen). Selbstwertprobleme signalisieren die Skalen des destruktiven und defizitären Narzißmus. Diese Besonderheiten sind möglicherweise Ausdruck spezifischer Sozialisationserfahrungen in der Geschichte der DDR,

in der insgesamt Eigeninitiative, Individualität, Standpunkt beziehen, Opposition etc. nicht gefördert wurden. Die Ergebnisse bei der Angst und bei dem Narzißmus können zudem als Folge einer existenziellen Verunsicherung durch die Wende (Arbeitsplatzverluste, Entwertung der bisherigen Existenz) verstanden werden. Tatsächlich finden wir ja auch in den neuen Ländern eine sehr hohe Arbeitslosigkeit, verbunden mit einem niedrigen Haushaltseinkommen – beides Risikofaktoren für psychische Probleme. Allerdings, und das muß betont werden, sind die Abweichungen keineswegs als psychopathologisch zu bewerten, sie liegen im Rahmen der »gesunden Varianz« und markieren eher einen Lebensstil, ein Temperament oder eine Befindlichkeitstrübung (ein klinisch auffälliges Profil weist die Gruppe der in Therapie Befindlichen auf, vgl. Tab. 4). Dies wird deutlicher, wenn man in Betracht zieht, daß bei Aggression, Angst, Narzißmus und Sexualität das konstruktive Potential durchweg gut ausgeprägt ist. Die konstruktiven Möglichkeiten der Menschen werden allerdings »gebremst«. Dreh- und Angelpunkt dürfte hier die Abgrenzung sein. Eine mangelnde Förderung bis hin zum Verbot von Individualtiät und damit Identität blockiert andere Potentiale.

Geschlechtsspezifische Unterschiede

Während in den alten Bundesländern das ISTA-Profil in fast bestechender Weise die klassische Geschlechtsrollen-Stereotypie widerspiegelt, findet sich in denn neuen Bundesländern dieses Muster überhaupt nicht. Hier sind sich Männer und Frauen ähnlicher, wobei es so ist, daß sich im Osten offenbar die Männer an die Frauen angeglichen haben. Insbesondere zeigt sich hier nicht das traditionelle Muster, nach dem Frauen weniger konstruktiv/destruktiv aggressiv sind und deutlicher ängstlicher als Männer. In der konstruktiven Sexualität gibt es zwar im Osten eine (nicht signifikante) Abweichung von 0,7 Punkten zwischen den Geschlechtern, im Westen beträgt diese jedoch (hoch signifikante) 1,3 Punkte, ist also fast doppelt so hoch.

Alterseffekte

Vergleicht man jüngere mit älteren Probanden (unter 50 versus über 50 Jahren), so ergeben sich ebenfalls auf fast allen Skalen hochsignifikante Unterschiede zwischen beiden Gruppen (Tab. 9). Im einzelnen (Daten bei den Autoren) ergibt sich eine kontinuierliche Entwicklung über die Altersstufen hinweg. Mit zunehmendem Alter steigen bei Aggression, Narzißmus und Sexualität die defizitären Ausprägungen an, die konstruktiven lassen demgegenüber nach. Dieses spiegelt das gesellschaftlich in weiten Teilen vorherrschende Defizitmodell des Alters wider: Nachlassende (sexuelle) Aktivität, Altersdepression, Verlust von Selbstwertgefühl. In der Abgrenzung findet eine Abschottung nach außen statt und eine stärkere Öffnung nach innen und zum Leben in der Vergangenheit.

Skala	unter 50 X	sd	über 50 X	sd	p
konstruktive Aggression	8,0	2,9	6,6	2,8	.000
destruktive Aggression	6,7	3,1	5,7	3,1	.000
defizitäre Aggression	4,3	3,1	5,9	3,2	.001
konstruktive Angst	6,8	2,7	5,9	2,6	.000
destruktive Angst	3,7	3,0	4,0	3,0	n.s.
defizitäre Angst	5,5	3,0	5,0	3,1	.05
konstr. Abgrenzung außen	7,0	2,6	6,5	2,5	.01
destr. Abgrenzung außen	4,2	2,8	5,2	2,6	.000
defizit. Abgrenzung außen	4,5	2,8	4,7	2,8	n.s.
konstr. Abgrenzung innen	7,4	2,7	6,9	2,6	.01
destr. Abgrenzung innen	5,4	2,4	5,6	2,5	n.s.
defizit. Abgrenzung innen	5,6	3,0	6,1	3,0	.02
konstruktiver Narzißmus	7,6	2,8	6,3	2,6	.000
destruktiver Narzißmus	4,8	2,9	5,0	2,8	n.s.
defizitärer Narzißmus	4,7	3,3	5,5	3,2	.000
konstruktive Sexualität	8,5	3,3	5,8	3,6	.000
destruktive Sexualität	6,5	3,0	4,5	3,3	.000
defizitäre Sexualitt	3,1	2,9	4,5	2,9	.000

Tab. 9: Alter: Unter 50 Jahre (N=600) versus über 50 Jahre (N=401)

Partnersituation

Probanden, die in einer festen Partnerschaft leben, erweisen sich als psychisch gesünder als solche, die keinen festen Partner haben. Ob dies Ursache oder Folge der Partnersituation ist, wäre zu diskutieren. Hinweisen möchten wir auf die Ich-Funktionen der Abgrenzung. Hier weisen Menschen ohne Partner Schwächen auf in dem Sinne, daß sie weniger konstruktive Abgrenzung im ISTA zeigen (s. Tab. 10), sich also möglicherweise in Partnerschaften schnell »eingefangen« fühlen (mangelnde Beziehungsfähigkeit, s. auch konstruktive Aggression und die von *Ammon* ausführlich beschriebene Symbioseproblematik).

In der Sexualität bewegen sich die Ergebnisse ebenfalls in eine logische Richtung. Ins Auge fällt v.a. die deutlich höhere destruktive Ausprägung in der Gruppe ohne festen Partner.

Schulabschluß und Beschäftigungssituation

Menschen mit einer höheren Schulbildung als dem Hauptschulabschluß erweisen sich auch als psychisch stabiler (Tab. 11). Arbeitslose haben im Vergleich zu Personen, die sich in einem Beschäftigungsverhältnis befinden, größere Defizite in der Aggression, der Abgrenzung und dem Narzißmus und erhöhte Werte bei destruktiver Angst (s. Tab. 12). Dies

Skala	ohne Partner X	sd	mit X	sd	p
konstruktive Aggression	7,1	3,0	7,6	2,9	.01
destruktive Aggression	6,3	3,3	6,2	3,0	n.s.
defizitäre Aggression	4,8	3,1	4,4	3,1	.05
konstruktive Angst	6,2	2,8	6,7	2,6	.01
destruktive Angst	4,1	3,0	3,7	3,0	.05
defizitäre Angst	5,7	3,0	5,1	3,1	.01
konstr. Abgrenzung außen	6,4	2,6	7,0	2,5	.000
destr. Abgrenzung außen	4,7	2,8	4,5	2,7	.n.s.
defizit. Abgrenzung außen	4,8	2,8	4,5	2,7	.10
konstr. Abgrenzung innen	6,9	2,7	7,5	2,7	.000
destr. Abgrenzung innen	5,6	2,6	5,4	2,4	n.s.
defizit. Abgrenzung innen	5,9	3,1	5,7	3,0	n.s.
konstruktiver Narzißmus	6,8	2,8	7,3	2,7	.01
destruktiver Narzißmus	5,2	2,9	4,7	2,8	.01
defizitärer Narzißmus	5,4	3,3	4,8	3,2	.05
konstruktive Sexualität	7,0	3,8	7,7	3,6	.01
destruktive Sexualität	6,2	3,3	5,4	3,3	.000
defizitäre Sexualitt	3,9	3,0	3,6	3,0	n.s.

Tab. 10: Partnersituation: Ohne festen Partner (N=381) versus mit festem Partner (N=620)

Skala	Hauptschule X	sd	höhere Abschlüsse X	sd	p
konstruktive Aggression	6,8	2,9	7,8	2,9	.000
destruktive Aggression	5,8	3,2	6,6	2,9	.000
defizitäre Aggression	4,8	3,2	4,4	3,0	.05
konstruktive Angst	6,0	2,6	6,7	2,7	.000
destruktive Angst	3,9	3,1	3,8	3,0	n.s.
defizitäre Angst	5,1	3,2	5,4	3,0	n.s.
konstr. Abgrenzung außen	6,6	2,6	6,8	2,6	n.s.
destr. Abgrenzung außen	5,1	2,7	4,3	2,7	.000
defizit. Abgrenzung außen	4,8	2,9	4,5	2,7	n.s.
konstr. Abgrenzung innen	7,1	2,7	7,3	2,7	n.s.
destr. Abgrenzung innen	5,6	2,6	5,4	2,4	n.s.
defizit. Abgrenzung innen	6,0	3,1	5,7	2,9	.10
konstruktiver Narzißmus	6,5	2,7	7,4	2,8	.000
destruktiver Narzißmus	4,9	2,9	4,9	2,8	n.s.
defizitärer Narzißmus	5,4	3,3	4,8	3,2	.01
konstruktive Sexualität	6,2	3,8	8,2	3,2	.000
destruktive Sexualität	4,8	3,5	6,3	3,0	.000
defizitäre Sexualitt	4,0	3,0	3,5	3,0	.01

Tab. 12: Schulabschluß: Hauptschulabschluß (N=394) versus höhere Abschlüsse (N=542)

spiegelt Anzeichen einer Depression wider, die auch in Studien zu den psychischen Folgen der Arbeitslosigkeit (*Frese* et al.) gefunden werden.

Skala	Beschäftigte X	sd	Arbeitslose X	sd	p
konstruktive Aggression	7,9	2,8	7,1	2,8	.02
destruktive Aggression	6,6	3,0	6,7	2,8	n.s.
defizitäre Aggression	4,2	3,2	5,6	2,7	.000
konstruktive Angst	6,7	2,8	6,2	2,4	.10
destruktive Angst	3,5	3,0	4,6	2,8	.01
defizitäre Angst	5,2	3,0	5,6	3,1	n.s.
konstr. Abgrenzung außen	7,0	2,6	6,6	2,9	n.s.
destr. Abgrenzung außen	4,4	2,7	5,0	2,7	.05
defizit. Abgrenzung außen	4,3	2,8	5,4	2,4	.001
konstr. Abgrenzung innen	7,4	2,8	7,1	2,9	n.s.
destr. Abgrenzung innen	5,5	2,5	5,9	2,2	n.s.
defizit. Abgrenzung innen	5,5	3,1	6,6	2,7	.01
konstruktiver Narzißmus	7,4	2,8	6,8	2,8	.10
destruktiver Narzißmus	4,8	2,8	5,2	2,5	n.s.
defizitärer Narzißmus	4,6	3,2	6,1	2,8	.000
konstruktive Sexualität	8,1	3,6	7,3	3,4	.05
destruktive Sexualität	6,0	3,2	5,2	3,2	.05
defizitäre Sexualitt	3,3	3,0	3,9	2,6	.10

Tab. 12: Beschäftigte (N=587) versus Arbeitslose (N=70)

Ausblick

In Kürze wird der ISTA sowie das dazu gehörige Manual veröffentlicht werden. Nach den bisherigen ermutigenden Ergebnissen stehen als nächste Entwicklungsschritte eine englische Version des Tests sowie die Weiterentwicklung des Tests um die Skalen zur Identität, Androgynität und Kreativität.

The Ego-Structure-Test by Ammon (ISTA) – First Results of the Revised Form

Gisela Finke, Gerhard Wolfrum (Munich)

During the last international congress of WADP in St. Petersburg we had a lecture – together with Prof. *Ammon* – on the revision of ISTA with the upfilded scales of inner and outer demarcation and the new scales for sexuality. In the meantime, this version of ISTA, which is now consisting of 18 scales and 220 items, was given to a representative sample of the German population by a highly reputed Munich Economic- and Demo-

scopic Institute. So we now have valid national norms for the test, with which each proband can be compared, and differentiated studies with the general population and with in- and outpatients in psychotherapy as well can be conducted. The results of the sample study are very interesting, because they show a »psychograph« of the German population and give information about the status of mental health. On the other hand they act as a validation of this only psychometric test, which is based on an explicitly formulated psychoanalytic theory and confirm the validity of the theoretical construct. *Ammon* surely would have been very pleased, because his ideas were the basis of the ISTA, starting in 1976 with a new concept and understanding of the borderline-disorder and the resulting ego-structural-model and the emphazise on the constructive sides of man.

The first steps for scale construction according constructive, destructive and deficient aggression started in 1977. We have to regret, that there were periods when it was not possible to continue ISTA and any research at all.

Were completely new constructed. The scales assessing sexuality in three subscales of constructive, destructive and deficient sexuality (36 items) 1-4. The scales of outer and inner demarcation were completed by differentiating constructive, destructive and deficient dimensions, the scales for aggression, anxiety and narcissism were revised.

For standardization and norms a representative sample of 1001 persons of the reference population was examined. In November 1995 1001 persons in the old and new federal states completed the ISTA96. Besides norms the results give interesting informations about psychic conditions of the population of the Federal Republic of Germany, which all lead into the expected directions and give a validation of the ISTA96, as will be shown as follows. Table 2 gives information about reliability, table 3 about the intercorrelation of the scales.

All members of the sample were asked, if they were in psychotherapeutical treatment or on psychopharmacological medication. Tab. 4 and 5 show the ISTA-results of there groups compared with the rest of the sample. In all scales the meanscores differ significantly and in the expected direction in an impressing way.

Data reflect typical sex- and age-specific differences. According to traditional understanding of their role, woman turn out to be less aggressive than men, more anxious and they show less ego-demarcation. But this is only true for the old federal states, in the new states, the former GDR, man and woman do not differ significantly (s. tab. 6, 7).

Concerning age, older people show more deficits than younger ones – this reflects a »deficiency model of age« (see tab. 9). Mean values of ego-functions of people, who are older than 50 years, are significantly lower in their constructive dimensions than in the group below 50. Vice versa mean values of the deficient dimensions are significantly higher in spite of the outer demarcation.

Unemployment has been a great social problem since years (more than 4 million persons are unemployed). The ISTA96 shows in the group of 70 unemployed persons, that they suffer, compared with people who have work, from deficient aggression, outer and inner demarcation and narcissism going along with higher scores on destructive anxiety (see tab. 11). This reflects the typical clinical signs of depression and confirms the results of studies, that long-standing unemployed often developed a severe depression, which needs therapeutical treatment (s. tab. 12).

The sampling study was conducted at the time of the fifth anniversary of the reunion of West- and East Germany. A different social history in these two parts of the country, which lasted for 45 years, is reflected in our data, also in the manner of a cultural comparison.

The ISTA and its manual are going to be published, very soon, an English translation will be done, scales for identity, androgynity and creativity will be admended.

Literatur bei den Verfassern

Adresse der Autoren:

Dipl. Psych. Gisela Finke,
Dipl. Psych. Gerhard Wolfrum
Dynamisch-Psychiatrische Klinik Menterschwaige
Geiselgasteigstraße 203
D-81545 München

Psychoanalytische Ausbildung in der Dynamischen Psychiatrie**

Ilse Burbiel (München)*

Ausgehend von den durch gesellschaftliche Wandlungsprozesse veränderten Krankheitsbildern (von der Neurose hin zu Grenzfall-Störungen und »archaischen Identitätserkrankungen«) ist nach Ansicht der Autorin auch eine veränderte psychoanalytische Ausbildungssituation erforderlich. Auf der Grundlage des von Ammon formulierten Menschenbildes, das den Menschen als ganzheitliches, stetig in Entwicklung befindliches, mit seiner Identität im Unbewußten wurzelndes Gruppen- und Beziehungswesen sieht, wird dem Ausbildungskandidaten ein mehrdimensionales gruppendynamisches Ausbildungsmilieu zur Verfügung gestellt, in dem er die innere Trennungsarbeit zwischen vergangenen und gegenwärtigen Gruppendynamiken vollziehen kann. Nur durch Stärkung und Wachstum der eigenen Identität kann der werdende Analytiker identitätsgeschädigten Patienten helfen, für die er als real präsente Person mit Eigenschaften wie Verläßlichkeit, Güte, Fürsorge, Optimismus, Verspieltheit und Humor zur Verfügung stehen muß. Neben der Bearbeitung von selbst erfahrenem Leid in der Lehranalyse sollte der Ausbildungskandidat in allen methodischen Facetten des Behandlungsspektrums eigene Erfahrungen machen, so z.B. in der Gruppenpsychotherapie, in der Milieutherapie und in nonverbalen Verfahren, wie Theater-, Musik- und humanstrukturell Tanztherapie. Unter den Auswahlkriterien für die Zulassung eines Ausbildungsbewerbers steht die Entwicklungsfähigkeit an erster Stelle, d.h. die Bereitschaft, sich neuen Identitätsanforderungen zu stellen. Dies gilt auch für die gesamte Institutsgruppe, die von der Autorin als offenes, sich selbst in seiner unbewußten Gruppendynamik analysierendes System verstanden wird, um der Gefahr der Institutionalisierung, Erstarrung und Konformismus entgegenzuwirken.

Wir können beobachten, daß seit *Freuds* Zeiten sich das Leid der psychisch Kranken im Zuge des gesellschaftlichen Wandels und dem damit einhergehenden Wandel der Familienstrukturen und Dynamiken verändert hat, nämlich von den neurotischen Störungen hin zu den von *Günter Ammon* beschriebenen archaischen Identitätserkrankungen, wozu beispielsweise die schweren Grenzfall- bzw. Borderline-Erkrankungen, die schweren Psychosomatosen und Depressionen bis hin zu den psychotischen Erkrankungen gehören. Ziel der Therapie der archaischen Frühstörungen ist nicht wie bei der neurotischen Störung die Aufdeckung unbewußt gewordener Konflikte aus der ödipalen Entwicklungszeit, sondern eine real nachholende Entwicklung der in frühester präödipaler Zeit entstandenen Identitätsdefizite durch wiedergutmachende zwischenmenschliche Erfahrungen, in denen sich der Analytiker anders als hinter der Couch als real präsente Person dem Patienten zur Verfügung stellen muß. Es wird deutlich, daß hier ganz andere Anforderungen an den Analytiker gestellt werden als noch zu *Freuds* Zeiten, was bedeutet, daß entprechend der ver-

* Dr. phil., Dipl. Psych., Klin. Psychologin/Psychotherapeutin (BDP), Leiterin der Psychologisch-Diagnostischen Abteilung der Dynamischen Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, Lehranalytikerin und wissenschaftliche Leiterin des Münchner Lehr- und Forschungsinstituts der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP).

** Vortrag gehalten auf dem Internationalen Symposium »Dynamische Psychiatrie heute« am 11. Mai 1996 in München in memorian Prof. Dr. med. Günter Ammon.

änderten Krankheitsstruktur sich die Auswahlkriterien für die Zulassung zur Ausbildung und auch die Ausbildungssituation selbst mit der Lehranalyse als ihrem wesentlichen Bestandteil, gewandelt haben.

Die psychoanalytische Ausbildung in der Dynamischen Psychiatrie trägt diesen Anforderungen Rechnung auf der Grundlage eines explizit formulierten Menschenbildes, an dem nicht nur die Ausbildung, sondern auch Diagnostik, Therapie, Theorie, Wissenschaft und Forschung orientiert sind. Wesentliche Bestandteile unseres Menschenbildes sind, den Menschen 1. ganzheitlich in seinen seelischen, geistigen und körperlichen Seiten und mehrdimensional in seinen Bedürfnissen, Interessen, Fähigkeiten, Fertigkeiten, in seinen gesunden und kranken Anteilen, aber auch in seinen menschlichen Möglichkeiten und Potentialen zu sehen. Der Mensch ist 2. ein Beziehungswesen, d.h. er wird in ein Feld von Beziehungen und Gruppendynamiken hineingeboren, lebt und entwickelt sich sein Leben lang in den verschiedensten Gruppenbeziehungen. Der Mensch wird krank in Gruppen und kann auch wieder in Gruppen gesunden. Der Mensch strebt nach Identität und Selbstbestimmung. Identität ist nur in Beziehung zur Gruppe zu denken. »Der Mensch entwickelt seine Identität in der Gruppe. Der Gruppenbezug integriert ihn, die Identität differenziert ihn aus der Gruppe heraus« (*Ammon* 1982a). Dabei stellt die Sozialenergie (*Ammon* 1982b), d.h. die psychische Energie, die durch zwischenmenschliche Kontakte entsteht, den Transmitter zwischen dem Einzelnen und der Gruppe dar. 3. Die Identität wurzelt im Unbewußten des Menschen. Das Unbewußte bildet die Basis für menschliches Gesund- und Kranksein, da hier insbesondere die frühen lebensgeschichtlich erfahrenen Gruppendynamiken ihren strukturellen Niederschlag finden. Das Unbewußte ist außerdem der Ort der menschlichen Möglichkeiten und Potentiale und enthält somit die Dimension der Zukunft (*Ammon* 1982c). Der Mensch wird außerdem als ein 4. sich ständig entwickelndes Wesen begriffen, der seine Identität immer wieder neu gestaltet in Richtung auf neue Entwicklungsmöglichkeiten und Ziele, ohne bereits erreichte Entwicklungen aufzugeben. »Identität ist das Bleibende einer Persönlichkeit und sie ist gleichzeitig nichts Bleibendes. Identität ist ein Prozeß, ein fortwährendes Suchen, eine fortwährende Entwicklung (*Ammon* 1986).

An dem eben in seinen Grundstrukturen beschriebenen Menschenbild ist alles Wahrnehmen, Erkennen und Handeln in der Dynamischen Psychiatrie orientiert. Bezogen auf die Ausbildung bedeutet das, daß der Ausbildungskandidat in seinen Identitätsmöglichkeiten möglichst umfassend und vielseitig unter Berücksichtigung seiner gesunden und kranken Anteile gefördert werden sollte. Das ist allein und ausschließlich in der analytischen Zweiersituation nicht möglich, sondern bedarf eines vielschichtigen Ausbildungsmilieus, das die lehranalytischen, kontrollanalytischen, geistigen, theoretischen und organisatorischen Ausbildungssituationen zu einem sozialenergetischen Gesamtfeld strukturiert, in dem der Kandidat wichtige Abgrenzungs- und Identifikationsschritte machen kann.

Dabei sollte das gesamte Übertragungs- und Gegenübertragungsgeflecht der Ausbildungssituation nicht wie in anderen psychoanalytischen Ausbildungskonzeptionen als Störfaktor, sondern gerade in die Lehranalyse miteinbezogen werden. Der Ausbildungskandidat wird dadurch lernen, bei sich selbst mehr zwischen vergangenen und gegenwärtigen Gruppendynamiken zu unterscheiden, eine innere Trennungsarbeit, die als eigene Erfahrung durchlebt werden muß, will man Patienten helfen, die dazu neigen, ihre unbewußte gruppendynamische Identitätsproblematik in die verschiedenen Lebensgruppen hinein zu agieren. Da das gesamte Ausbildungsinstitut als ein sich selbst organisierendes, alle Aufgaben selbst übernehmendes System strukturiert ist, erhält der werdende Analytiker die Möglichkeit, sich nicht nur als Therapeut, sondern auch als Forscher, Organisator, Berufspolitiker, Werbespezialist usw. zu betätigen, um hierbei seine Möglichkeiten, Talente und Stärken zu zeigen und zu erproben.

Stärkung und Wachstum der Identität des jungen Ausbildungskandidaten ist Voraussetzung dafür, daß er die vieldimensionalen Seiten seiner Identität zu einer nach innen und außen abgrenzenden Persönlichkeit entwickeln kann, um diese dem identitätsgeschädigten Patienten zur Verfügung zu stellen. Dazu gehört, daß der junge Analysand sein eigenes Leid nicht hinter einer Abwehrfassade von gesünder als gesund verbergen muß, sondern in der Lehranalyse durcharbeiten kann. Wir meinen, daß derjenige, der selbst einmal psychisch gelitten hat, ein hohes Potential mit sich bringt, anderen Leidenden zu helfen. Ein Analytiker dagegen, dessen Identitätsproblematik nicht bearbeitet werden konnte, wird mehr oder weniger die archaischen Übertragungswünsche schwer psychisch kranker Patienten abwehren müssen. Die Einzellehranalyse beginnt daher in der Regel mit einer Identitätslehranalyse im Sitzen, auf die dann in der Regel eine Couchanalyse nach der Standardmethode folgt.

Die Identitätstherapie findet in Grenzsituationen statt. Eine Aufgabe des zukünftigen Therapeuten ist es, diese Grenzsituation für den Patienten herzustellen und erfahrbar zu machen. Dazu ist es notwendig, daß er als realer Mensch in der konkreten zwischenmenschlichen Beziehung zum Patienten bzw. zur Patientengruppe mit seinen Gefühlen, Einstellungen und Haltungen erfahrbar sein muß. Heilung erfolgt hier durch direkten Kontakt, was hohe Anforderungen an die Kontakt- und Gruppenfähigkeit und an die Frustationstoleranz gegenüber defizitär-destruktiven Reaktionen von Seiten der Patienten an den werdenden Analytiker stellt, die er seinerseits durch eine veränderte Struktur und Zielsetzung der Einzellehranalyse, aber auch durch ein sich Erleben und Entwickeln in den verschiedenen gruppendynamischen und therapeutischen Feldern erreichen kann. Eine wesentliche Voraussetzung dafür, daß der werdende Analytiker später mit den verschiedenen methodischen Facetten des Behandlungsspektrums der Dynamischen Psychiatrie umgehen kann ist die Eigenerfahrung in eben diesen Methoden wie z.B. in der Gruppenpsychotherapie und der Milieutherapie (wenn der Ausbildungskandidat auch die Ausbildung zum

Gruppenpsychotherapeuten anstrebt), aber auch je nach Interesse und Begabung in einer oder mehreren der nonverbalen Therapiemethoden wie beispielsweise der humanstrukturellen Tanz-, Musik-, Theater- oder Maltherapie. Der Kandidat erhält hierzu die Möglichkeit, nicht nur in den ambulanten Lehrpraxen, sondern auch in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige und in den therapeutischen Wohngemeinschaften und Übergangseinrichtungen zu arbeiten und sich auch praktische Erfahrungen den psychoanalytischen Kindergärten und in der Elterngruppenarbeit anzueignen. Als Grundlage für jede therapeutische Arbeit erhält der Kandidat eine gründliche Ausbildung in Gruppendynamik und Balintgruppenarbeit. Die gesamte therapeutische Arbeit wird kontinuierlich sowohl in der Einzelkontrollanalyse als auch in den wöchentlich stattfindenden Gruppenkontrollanalysen supervidiert und erhält darüber hinaus eine gründliche theoretische Fundierung durch ein breites Spektrum an obligatorischen und fakultativ angebotenen Seminaren.

Identitätstherapie, die immer an den Wurzeln der frühen unbewußten gruppendynamischen Verletzungen ansetzen muß, ist im Wesentlichen Kontakttherapie. Dazu muß der Analytiker aber selbst eine freundliche und angstfreie Beziehung zu seinem eigenen Unbewußten entwickelt haben. Er muß Einblick in seine eigene verinnerlichte unbewußte Gruppendynamik gewinnen, wenn er die Fähigkeit erlangen will, flexibel auf die Bedürfnisstruktur der Patienten einzugehen. Wegen der starken symbiotischen Wünsche und der sich im Laufe der Therapie entwickelnden ambivalenten und feindseligen Übertragungsbeziehungen, die der in seiner Lebensgeschichte früh gestörte Patient in der Beziehung zum Therapeuten und zur Gruppe wiedererlebt, wird vom Analytiker ein hoher Grad an Flexibilität in der Abgrenzung nicht nur nach außen, sondern auch nach innen zu seinem eigenen Unbewußten hin, zum Bereich der Bedürfnisse, Gefühle, Phantasien usw. verlangt. Er muß die hohe Kunst erlernen, sich dem Unbewußten seiner Patienten empathisch zu öffnen, bei gleichzeitig innerer Grenze und Distanz. Zur Unterstützung der flexiblen Grenzarbeit mit dem Unbewußten und dessen Kreativierung stehen dem Ausbildungskandidaten wie erwähnt eine Palette von nonverbalen Selbsterfahrungs- und Therapiemethoden zur Verfügung. So wird beispielsweise fast jeder Kandidat über einen längeren Zeitraum hinweg an der wöchentlich stattfindenden Tanzselbsterfahrungsgruppe und an den Tanzsitzungen der gruppendynamischen Wochenenden im Institut und auf den zehntägigen gruppendynamischen Tagungen in Paestum teilnehmen. »Identität ist das Bleibende einer Persönlichkeit« sagt *Günter Ammon* (1986), »und sie ist gleichzeitig nichts Bleibendes. Identität ist ein Prozeß, ein fortwährendes Suchen, eine fortwährende Entwicklung«. Vom Analytiker wird gefordert, daß er sich auch über den Abschluß seiner Ausbildung hinaus neuen Identitäts- und Entwicklungsanforderungen stellt und bereit ist, sich immer wieder in Frage zu stellen. Von daher wird deutlich, daß die Entwicklungsfähigkeit eines Menschen eine der zentralen Auswahlkriterien

für die Zulassung eines Bewerbers ist. Dies gilt nicht nur für den einzelnen Kollegen, sondern auch für die gesamte Institutsgruppe, die, um erfahrungsfähig zu bleiben, ein offenes System bleiben sollte. Um der Gefahr einer Institutionalisierung und damit Erstarrung der Ausbildungskultur entgegen zu wirken, wendet die Institutsgruppe das Instrument der Gruppendynamik auf sich selbst an und analysiert die eigenen bewußten und unbewußten gruppendynamischen Prozesse.

Ich hoffe, daß durch meine Ausführungen deutlich wurde, daß erst im Rahmen einer sich erweiternden und flexibel gewordenen Identität sich die notwendigen Eigenschaften herausbilden können, über die ein behandelnder Psychoanalytiker verfügen sollte. *Günter Ammon*, der im Jahr 1976 dem Thema der psychoanalytischen Ausbildung ein eigenes Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse gewidmet hat, nennt hier z.B. Verläßlichkeit, Empathie, Interesse am anderen Menschen.

Dynamische Psychiatrie bedeutet, daß die Psychoanalyse als Grundlagenwissenschaft zur vollen Anwendung kommt. Dynamische Psychiatrie in ihrer Weiterentwicklung durch *Günter Ammon* bedeutet, daß darüber hinaus Gruppendynamik, aber auch die Psychosomatik mit integriert ist. Sie fordert auf zu einem Paradigmenwechsel in der Psychiatrie, wie dies *Günter Ammon* an verschiedenen Stellen mehrfach angeführt hat. In den USA führte diese Verbindung von Psychoanalyse und Psychiatrie bedauernswerterweise zu einer Medizinalisierung der Psychoanalyse, gegen die sich *Freud* immer wehrte. Die Psychoanalytiker haben ihre eigene Psychoanalyse verdrängt, wie dies *Russel Jacoby* (1990) in seiner kleinen Schrift über die »Verdrängung der Psychoanalyse« für die Entwicklungen in den USA akribisch analysierte.

Eine Medizinalisierung der Psychoanalyse birgt in sich die Gefahr, daß diese ihr geistig-ethisches und kulturgesellschaftliches Anliegen verliert mehr zugunsten einer auf therapeutische Anwendungen hin reduzierte Psychotherapie. Eine Medizinalisierung und auch zu starke Professionalisierung von Psychotherapie und Psychoanalyse bergen in sich die Gefahr des Konformismus ohne intellektuelle und seelische Leidenschaft und Reformwillen. Konformismus aber gefährdet die Humanität, da Konformismus die individuelle psychisch-geistige Existenz jedes Einzelnen begrenzt.

MENSCHEN-BILD DER DYNAMISCHEN PSYCHIATRIE	IDENTITÄTS-ANFORDE-RUNGEN UND EIGEN-SCHAFTEN DES ANALYTIKERS	STRUKTUR DER AUS BILDUNGS-SITUATION	MENSCHEN-BILD UNSERER ZEIT
GANZHEIT-LICHKEIT, MEHRDIMEN-SIONALITÄT UND INTEGRATION	Möglichst umfassende und differenzierte Förderung der mehrdimensionalen, seelischen, geistigen und körperlichen Fähigkeiten, Begabungen, Interessen, integriert unter dem Primat der Identität Förderung nicht nur der konstruktiven Potentiale, sondern auch Nachentwicklung und Korrektur defizitär-destruktiver Persönlichkeitsanteile	Das gesamte Institutsmilieu mit dessen lehranalytischen, supervisorischen, geistigen therapeutischen und organisatorischen Strukturen bildet das gruppendynamische Ausbildungssystem als Voraussetzung für die Identitätsentwicklung Veränderte Struktur und Zielsetzung der Lehranalyse	**Wandel gesellschaftlicher Prozesse und Wertvorstellungen**
GRUPPE	Stärkung der Kontakt- und Gruppenfähigkeit Frustrationstoleranz gegenüber defizitär-destruktiven Reaktionen	Sich- Erleben und -Entwikkeln in den verschiedenen gruppendynamischen und therapeutischen Feldern als Voraussetzung für das eigene therapeutische Arbeiten mit dem Methodenspektrum der Dynamischen Psychiatrie (ambulant, teilstationär, stationär, prophylaktisch) Einbeziehung des gesamten Übertragungs- und Gegenübertragungsgeflechtes der Ausbildungssituation in die analytische Bearbeitung Analyse der unbewußten Gruppendynamik der Institutsgruppe	**Wandel der Familienstrukturen und Dynamiken**
UNBEWUSSTES	Positive Einstellung zum Unbewußten, Flexibiliät in der Abgrenzung nach Innen zur Welt der Phantasien, Gefühle und der Entwicklungsmöglichkeiten (human potentialities)	Förderung kreativer Prozesse durch Einbeziehung nonverbaler Selbsterfahrung und Therapieelemente	**Veränderte Krankheitsstruktur**
ENTWICKLUNG	Bereitschaft sich selbst in Frage zu stellen und sich immer wieder neuen Entwicklungsprozessen zu stellen	sich ständig entwickelnde Gruppenidentität und Kultur (offenes Ausbildungssystem)	

IDENTITÄT UND LEBENSSTIL DES ANALYTIKERS

Verläßlichkeit, Empathie, Interesse am anderen Menschen
menschliche Güte, Fürsorge, Zeitgeben
Ringen um ein Verständnis des anderen Menschen
sich als reale Person zur Verfügung stellen
Optimismus und Hoffnung
keine Vorurteile, Klischees und starre Moralvorstellungen
Verspielheit und Humor
Weltbild, umfassende Bildung, gesellschaftliches, ethisches und politisches Bewußtsein

Rolle in der Gesellschaft

Abb.: Psychoanalytische Ausbildung in der Dynamischen Psychiatrie

Psychoanalytic Training in Dynamic Psychiatry

Ilse Burbiel (Munich)

The author emphasizes that the change of family structures since *Freud*'s times led to a shift from neurotic disorders to archaic identity disorders. It is therefore evident that the analyst has to present himself as a real person if he wants to help patients with severe identity problems. The psychoanalytic training takes this situation into account on the basis of an explicitly formulated view of man in which man is seen holistically in his possibilities and needs, shaped by his uncounscious determined and as a social being striving for identity and self-realization. In *Ammon*'s thinking, man is understood as a being in constant development: » Identity is that which endures in a person and at the same time something which does not endure. Identity is a process, a permanent search, a permanent development« (*Ammon* 1986).

Related to psychoanalytic training this means that the candidate must be encouraged in his possibilities of identity by a complex training milieu in which he can make important steps of demarcation and identification. The whole net of transference and countertranference of the training situation has to be integrated into training analysis. Thus the candidate learns to differentiate between his own personal past and the present group-dynamic situations. This inner work of separation is necessary to help patients who act out their unconscious group-dynamic problems into all groups of their life situation.

As the whole training institute is structured as a system which organizes itself and takes over all tasks, the future analyst gets the chance not only to act as a therapist, but also as researcher, organiser, politician, advertising specialist etc., thus showing his talents and possibilities. Strenghtening and growth of the candidate's identity is the basis for the development of an inner and outer demarcation of personality structure. Part of this process is also the working through of the candidate's own suffering in training analysis in order that he should not conceal his own personality behind a facade of defense, thus seeming »healthier than healthy«. An analyst whose identity problems could not be worked through will more or less reject archaic desires of transference of severely disturbed patients.

Identity therapy takes place in borderline situations. One task of the future therapist is to establish such situations for his patients. Therefore it is necessary to be experienced as a real person in an actual interpersonal relation with a patient, resp. with a group of patients. Being real means toopenly show his own feelings and attitudes.

Healing is the result of direct interpersonal contact. This demands a high capacity to establish contact in human relationships and the ability to be in groups, as well as frustration tolerance of the analyst towards deficient and destructive reactions of the patient.

An important condition is the analyst's own experience in the different methods of the treatment spectrum of Dynamic Psychiatry, as for example

group psychotherapy, milieu therapy, nonverbal methods such as human-structural dance therapy, music therapy, theatre therapy and others.

As a basis for any therapeutical work, the candidate gets a training in group dynamics and Balint group work, not only in the training institute, but also in the Dynamic Psychiatric Hospital, in therapeutic living communities, in the psychoanalytic kindergarten, in parents' groups, in self-experience weekends and group-dynamically structured seminars and congresses. A continuous supervision is given by an individual control analysis as well as by weekly group control analysis.

As the author stresses, identity therapy has to begin at the roots of early unconscious group-dynamic disturbances and has to be therapy in human relations. Therefore, the analyst has to develop a kind relationship to his own unconscious. He has to gain insight in his own introjected unconscious group-dynamics for being able to get a sympathetic understanding of the patient's structure and needs in a flexible manner. Due to strong symbiotic desires, ambivalence and hostile transference relations of the patients, the therapist has to be flexible in his inner and outer demarcation to his own unconscious and to the patient's wishes and needs. He has to learn the art of opening empathically to the patient's unconscious, while at the same time establishing inner bounderies and distance.

The analyst is expected to take up the challenge of new identity and developmental steps beyond his training period. This makes clear that a central criterium for the admission of a candidate is the ability to develop. This is necessary not only for the individual but also for the whole training institute, which must be an open system in order to counteract the danger of institutionalization and paralysis of training culture. The institute group applies the instrument of group-dynamics on it self and analyzes its own conscious and unconscious group-dynamic processes.

The author designates *Ammon*'s Dynamic Psychiatry as a change of paradigm in psychiatry and psychoanalysis, integrating not only group dynamics but also psychosomatics in a new scientific school. In the USA the connection between psychoanalysis and psychiatry unfortunately led to a »medicinalization«, a process which *Freud* himself strongly rejected. Being too much a field of medicine implies the danger that psychoanalysis should lose its spiritual and ethical as well as its social and cultural impact in favour of a merely therapeutic application. Professionalism of psychiatherapy and psychoanalysis entails the danger of conformism and, thereby, the loss of the will to reform and the intellectual and psychic impetus which was inherent in psychoanalysis in its early days. As the author emphasizes, conformism endangers humanity by limiting individual psychic and spiritual existence.

Literatur

Ammon, G. (1982a): Das sozialenergetische Prinzip in der Dynamischen Psychiatrie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Band 2 (München: Ernst Reinhardt)
– (1982b): Methodenintegration aus der Sicht der Dynamischen Psychiatrie. In: ebd. – (1982c): Identität - ein Geschehen an der Grenze von Raum und Zeit. In: Dyn. Psychiat. (15) 114 - 128
– (1986): Der mehrdimensionale Mensch (München: Pinel)
Jacoby, R. (1990): Die Verdrängung der Psychoanalyse (Frankfurt a.M.: Fischer)

Adresse der Autorin:

Dipl. Psych. Dr. phil. Ilse Burbiel
Schwindstraße 1
D 80798 München

Dynamic Psychiatry and Modern Brain Research**

Vadim S. Rotenberg (Tel Aviv)*

Identity – a central concept of Dynamic Psychiatry – is formed subconsciously under the forming influence of social energy. According to the present author, the localization in the inconscious is determined by the polysemantic nature of the self-image as a basis of identity. The polysemantic nature of the self-image is related to the right-hemispheric skills which are responsible for image thinking. The right hemisphere is especially open and sensitive to emotional relationships which contain social energy and are also polysemantic in their nature. The task of psychotherapy is to displace the deficient emotional relationships rooted in childhood by the efficient emotional relationships, in order to restore right hemispheric skills and self-image.

To find natural connections between clinical observations and the fundamental biological investigations is one of the most difficult tasks. Usually clinical observations are too specific at the same time many-sided to be compared to the more general biological regularities. However, it is a very important task. *Günter Ammon* was one of the few clinicians who was able to extract from his clinical observations general conclusions which correspond to the modern brain science. He was able to see wood beyond the trees.

The concept of identity is one of the main concepts in the Dynamic Psychiatry. According to the bright insight of *Ammon,* identity, as a central ego-function is localized in the unconsciousness, however at the same time it is responsible for the most integrative regulation of human behavior, including also goal-oriented behavior which requires consciousness. On the first glance, it seems to be a paradox, but it is not, because this function of the unconscious identity corresponds to the modern concepts of the brain laterality (*Rotenberg* 1993, 1994, 1995; *Rotenberg, Elizur* 1993). The psychophysiological basis of identiy is formed by the self-image localized in the right hemisphere. As every polysemantic image, the self-image has numerous ties to reality, to the past and present experience of the person, and to many other images related to this experience (including images of parents, friends, loved and respected persons and even images produced by art). Due to these numerous connections with reality and with the inner world, which can be even in contradictions one to another, self-image is not realized and belongs to the domain of the unconsciousness. It is located in the unconsciousness not due to repression but because it is like every right hemispheric image too complicated and too polysemantic to be realized.

* Prof., M.D., Ph. D., Senior Scientist of the Abarbanel Mental Health Center, Tel Aviv, Israel

** Paper presented at the International Symposium »Dynamic Psychiatry Today« in Munich on May 11, 1996 in memoriam Prof. Günter Ammon, M.D.

However, the self-image is tied to all facets of reality grasped by consciousness, to all images which represent conscious attitudes and motivations.

As a result the self-image became a plenipotentiary of consciousness in the right-hemispheric kingdom of unconsciousness. Due to such unique position, and due to right-hemispheric skills to grasp the information before its realization, the self-image is able to estimate and to select information according to its meaning for the person and thus participates in psychological defence mechanisms. According to Dynamic Psychiatry supported by modern brain investigations, the unconsciousness is no longer an area filled with suppressed sexual and aggressive conflicts, but rather with developing and more or less developed personality structures.

A very important part of the concept of identity in the Dynamic Psychiatry is the formation of identity as a dynamic process which in healthy subject never stopped. This formation of the identity is made by unnervous influences from the environment, or, in terms of Dynamic Psychiatry, by the social energy which is responsible for the development of identity. This idea is also in a good agreement with the modern concept of the brain hemisphere functions. The right hemisphere is open towards all influences of the world. Being an extremely open system, the right hemisphere accepts information from both visual fields, in contrast to the left hemisphere which is sensitive only to the right visual field and is more closed (*Weintraub, Masulem* 1987). Right hemisphere skills are developed according to the influences of the reality, and the right hemisphere is especially sensitive to the emotional relationships and emotional experience. It is understandable, because emotions and emotional relationships are polysemantic according to their nature. It is impossible to explain in an exhaustive, analytic way why we love or hate somebody. Thus, the first training of the right hemisphere skills which the child has after the birth is related to the emotional polysemantic relationships in the primary group. Due to the localization in the right hemisphere the self-image (a natural basis of identity) is especially sensitive to emotional relationships and the latter determine the development of the self-image. The more relevant is social energy (energy of the interpersonal emotional relationships) to the right hemispheric skills, the more successful is the formation of identity.

Right hemispheric skills are especially high in childhood, thus the relationships in the family are crucial for the development of the identity. If relationships between child and parents are warm, close and empathic, they stimulate the development of image thinking as a global pattern and self-image as a basis of identiy. However, if social energy is deficient, if the relationships in the initial social group are formal, monosemantic and flat, than right hemispheric skills became repressed and the self-image became deficient. Adeficient self-image is usually combined with alexithimia and with distorted defence mechanisms. According to Dynamic Psychiatry, the

helpless mother, being unable to direct constructive social energy to the child interpreted any spontaneous lively expression of the child as an offenses to her own narcissism. All aspects of child's activity, including motor activity, are prohibited, the self-image is distorted, the constructive aggression (search activity) is exchanged by the deficient aggression (renunciation of search, person says »no« to his own self and to his own needs).

Thus, social energy is applied first of all to the right hemisphere, which is especially sensitive to social energy due to its polysemantic nature. According to this point of view, the main task of the psychotherapy is the restoration of emotional relationships between the person and the world. Only such restoration can determine the restoration of identity. Our proposition is in a good agreement with the suggestion of Dynamic Psychiatry, that the task of the therapist is to present himself as human being, to enter into relationship with patient and in this way enable the patient to make new experiences – which can compensate the deficient or destructive social energy received in childhood.

Dynamische Psychiatrie und moderne Hirnforschung

Vadim S. Rotenberg (Tel Aviv)

Es gehört zu den schwierigsten Aufgaben, klinische Beobachtungen mit grundlegender biologischer Forschung in Beziehung zu setzen, da die klinischen Beobachtungen im Vergleich zu den allgemeineren biologischen Gesetzmäßigkeiten gleichzeitig zu spezifisch und zu facettenreich sind. *Günter Ammon* war einer der wenigen Kliniker, die von ihren klinischen Erfahrungen zu Schlußfolgerungen gelangten, die mit der modernen Hirnforschung in Einklang stehen.

Das Identitätskonzept ist eines der wichtigsten Konzepte der Dynamischen Psychiatrie. Die Identität lokalisiert *Ammon* als eine zentrale Ich-Funktion im Unbewußten, die gleichzeitig verantwortlich ist für die integrierende Regulierung des Verhaltens, auch einschließlich zielorientiertem Verhalten, das Bewußtsein beansprucht. Dies ist nur ein scheinbarer Widerspruch, denn diese Funktion einer unbewußten Identität korrespondiert mit modernen Konzepten der Lateralität in der Hirnforschung (*Rotenberg* 1993, 1994; *Rotenberg, Elizur* 1993).

Die psychophysiologische Basis der Identität ist das Selbstbild, das in der rechten Hemisphäre lokalisiert ist. Als polysemantisches Bild hat das Selbstbild zahlreiche Verbindungen zur Realität, zu vergangenen und gegenwärtigen Erfahrungen eines Menschen und zu vielen anderen Bildern bezüglich dieser Erfahrungen (Bilder der Eltern, Freunde u.a.). Bezogen auf diese zahlreichen Verbindungen sowohl mit der Realität als auch mit der inneren Welt, was durchaus zueinander in Widerspruch geraten kann, ist

das Selbstbild nicht bewußt, gehört dem Bereich des Unbewußten an. Es ist nicht aufgrund von Verdrängung im Unbewußten lokalisiert, sondern weil es wie jedes rechtshemisphärische Bild zu komplex und zu polysemantisch ist, um bewußt zu werden.

Dennoch ist das Selbstbild gebunden an alle Facetten der Realität, die vom Bewußtsein erfaßt werden, d.h. an alle Bilder die für bewußte Haltungen und Motivationen stehen. Das Selbstbild enthält daher die gesamte Potentialität des Bewußtseins in der rechtshemisphärischen Domäne des Unbewußten. Die rechtshemisphärische Fähigkeit, Information aufzunehmen, bevor sie bewußt wird, versetzt das Selbstbild in die Lage, Informationen abzuwägen und zu selektieren unter Berücksichtigung dessen, was sie für die Person bedeuten. So hat das Selbstbild Teil an psychischen Abwehrmechanismen.

In der Dynamischen Psychiatrie ist das Unbewußte nicht länger ein Ort unterdrückter sexueller und aggressiver Konflikte, sondern ein Ort sich entwickelnder und unterschiedlich entwickelter Persönlichkeitsstrukturen. Auch insofern die Dynamische Psychiatrie davon ausgeht, daß Identität ein lebenslang aufrechterhaltenes dynamisches Prozeßgeschehen in gesunden Menschen ist und an ihrer Ausbildung maßgeblich zahlreiche Umwelteinflüsse beteiligt sind – in den Begriffen der Dynamischen Psychiatrie ist die Sozialenergie für die Identitätsentwicklung verantwortlich – steht in Einklang mit modernen Konzepten der Hemisphären-Funktionen. Die rechte Hemisphäre ist gegenüber allen Einflüssen der Welt offen. Als extrem offenes System nimmt die rechte Hemisphäre Informationen aus beiden Gesichtsfeldern auf im Gegensatz zur linken Hemisphäre, die geschlossener und nur auf das rechte Gesichtsfeld bezogen ist (*Weintraub, Masulem* 1987). Rechtshemisphärische Fähigkeiten entwickeln sich in Abhängigkeit von der Umwelt, und die rechte Hemisphäre ist besonders empfänglich für emotionale Beziehungen und Erfahrungen. Dies versteht sich daraus, daß Empfindungen und emotionale Beziehungen von Natur aus polysemantisch sind. Das Selbstbild als eine rechtshemisphärische Funktion (Grundlage der Identität) ist besonders empfindlich gegenüber emotionalen Beziehungen. Der Prozeß der Identitätsentwicklung steht in direktem Zusammenhang mit sozialenergetischen Prozessen (Energie aus den emotionalen zwischenmenschlichen Beziehungen).

Rechtshemisphärische Fertigkeiten sind besonders stark in der Kindheit ausgebildet, die Beziehungen innerhalb der Familie sind entscheidend für die Identitätsentwicklung. Wenn die Beziehungen zwischen Kind und Eltern warm, nah und empathisch sind, begünstigen sie die Entwicklung bildhaften Denkens als einem übergreifenden Muster und das Selbstbild als Grundlage der Identität. Ist die Sozialenergie defizitär, die Beziehungen in der Primärgruppe formal, monosemantisch und flach, dann werden rechtshemisphärische Fähigkeiten unterdrückt und das Selbstbild wird defizitär. Ein defizitäres Selbstbild ist häufig gepaart mit Alexithymie und gestörten Abwehrmechanismen. Nach der Dynamischen Psychiatrie versteht die

hilflose Mutter, die unfähig ist, dem Kind konstruktive Sozialenergie zu geben, jeden spontanen lebendigen Selbstausdruck des Kindes als Angriff auf ihren eigenen Narzißmus. Alle Aspekte kindlicher Aktivität, auch Bewegung, sind verboten, das Selbstbild gestört, die konstruktive Aggressio (Suchtaktivität) ist in defizitäre Aggression (Suchtverzicht) umgewandelt, der Mensch sagt nein zu seinem Selbst und zu seinen eigenen Bedürfnissen.

Aufgrund ihrer polysemantischen Natur ist besonders die rechte Hemisphäre empfänglich und in ihrer Arbeitsweise abhängig von der Sozialenergie. Hierauf bezogen ist die Hauptaufgabe der Psychotherapie die Wiederherstellung emotionaler Beziehungen zwischen dem Menschen und der Welt. Nur solch eine Wiederherstellung kann helfen, Identität wiederherzustellen. Diese Vorstellung stimmt überein mit der Dynamischen Psychiatrie, wenn sie vom Therapeuten fordert, sich dem Patienten als Mensch anzubieten, in eine Beziehung mit dem Patienten zu treten und ihn darüber zu befähigen, neue Erfahrungen zu machen – die die defizitäre und destruktive Sozialenergie, die er in der Kindheit empfangen hat, ausgleichen können.

References

Rotenberg, V.S. (1993): Richness against freedom; two hemisphere functions and the problem of creativity. In: Europ. J. High Ability (4) 11–19
- (1994): An integrative psychophysiological approach to brain hemisphere functions in schizophrenia. In: Neuroscience and Biobehaviorial Reviews (18) 487–495
- (1995): Right hemisphere insufficiency and illness in the context of search activity concept. In: Dyn. Psychiat. (28) 54–63

Rotenberg, V.S.; Elizur, A. (1993): The interactions between the left and right hemispheres and the problem of psychological defense mechanisms. In: Dyn. Psychiat. (26) 306–315

Weintraub, S.; Masulem, M.M. (1987): Right hemisphere dominance in spatial attention. In: Arch. Neurol. (44) 621–625

Address of the author:

Vadim Rotenberg, M.D., Ph.D.
Aberbanel Mental Health Center
Y. Hanassi Str., Tel-Aviv University
61396 Bat-Yam
Israel

Stationäre Schizophrenie-Psychotherapie in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige (mit Kasuistik)***

Egon Fabian*, Ulrike Fabian** (München)

Anliegen der Autoren ist die kurzgefaßte Darstellung der stationären Schizophrenie-Psychotherapie in der von Günter Ammon gegründeten Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige. Ausgehend vom Paradigma der Verstehbarkeit und des therapeutischen Optimismus sowie von einem Menschenbild, das die Identitätsentwicklung des Patienten als Ziel von Psychotherapie versteht, wurde in der Klinik Menterschwaige eine integrierte Behandlungskonzeption innerhalb eines gruppendynamischen therapeutischen Milieus geschaffen. Der stationäre Therapieverlauf eines schizophren reagierenden Patienten verdeutlicht die wesentlichen Behandlungsphasen der Schizophreniepsychotherapie, wie sie in der Klinik praktiziert wird. Dabei wird betont, daß die stationäre Therapiephase durch eine kontinuierliche ambulante Nachbehandlung ergänzt werden muß, um einen dauerhaften Therapieerfolg zu gewährleisten.

Die Klinik für Dynamische Psychiatrie in München, gegründet von *Günter Ammon* im Jahr 1979, ist eine 60-Betten-Klinik für stationäre Psychiatrie, Psychotherapie, Psychoanalyse und Psychosomatik.

Theoretische Grundlage für die Arbeit der Klinik ist die Dynamische Psychiatrie der Berliner Schule *Günter Ammons*. Ihre Wurzeln hat diese Schule neben der freudianischen Psychoanalyse in den Ich-psychologischen und objekttheoretischen Ansätzen, die *Ammon* nach seiner Zeit in der Menninger Foundation (USA) integrierte in ein gruppendynamisches und milieutherapeutisches Konzept für die Psychosenbehandlung. An die Stelle der *Freud*schen Libidoenergie setzte *Ammon* nach 1982 das Prinzip der Sozialenergie, d.h. der Energie, die durch zwischenmenschlichen Kontakt entsteht und die energetische Brücke zwischen dem Einzelnen und der Gruppe darstellt. (*Ammon* 1982).

Dem psychiatrischen Dogma der Nichtverstehbarkeit der Psychose setzt »die Dynamische Psychiatrie das Paradigma der Verstehbarkeit und des therapeutischen Optimismus entgegen« (*Ammon, Burbiel* 1992). In diesem Verständnis kann nur derjenige heilen, der an Heilung glaubt. Der Mensch wird geprägt von der unbewußten Dynamik der Gruppen, in denen er lebt: »Als entscheidend für die Identitätsentwicklung eines Menschen sehen wir die unbewußt gewordenen Beziehungserfahrungen noch vor der Zeit der Sprachentwicklung in der Symbiose mit der Mutter und der umgebenden Gruppe« (*Ammon, Burbiel* 1992). Entwicklungsstörungen in dieser

* Dr. med. (Universität Tel Aviv), Arzt für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapie, Psychoanalyse, Oberarzt der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, München

** Dr. med. Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalyse, Dynamisch-Psychiatrische Klinik Menterschwaige

*** Vortrag gehalten auf dem Internationalen Symposium »Dynamische Psychiatrie heute« am 11. Mai 1996 in München in memoriam Prof. Dr. med. Günter Ammon

Phase bilden die Wurzeln für die sog. archaischen Ich-Krankheiten, zu denen die Psychosen gehören.

Psychotische Menschen sind emotional verlassene Menschen. In ihren Familien herrschen destruktive Aggression, unbewußte Rivalität und Eifersucht, die kontaktverhindernd wirken. Dem Kind wird nicht gestattet, konstruktive Aggression zu entwickeln, d.h. neugierig auf Menschen und Dinge der Umwelt zuzugehen.

Besonders leidet der psychotische Patient unter einer destruktiven, überflutenden, panikartigen Angst, die ihm den Kontakt zur Realität erschwert. Vor dieser Angst flüchtet er in die Welt der schizophrenen Halluzinationen. Die psychotische Symptomatik füllt das »Loch im Ich« (*Ammon* 1972), d.h. das strukturelle Dezifit im Persönlichkeitskern des Kranken aus.

Aus diesem humanstrukturellen Verständnis der psychotischen Erkrankung wird deutlich, daß eine auf Symptombeseitigung ausgerichtete Behandlung keine bleibende Veränderung bewirken kann. Die dynamisch-psychiatrische Psychosentherapie zielt auf Weiterentwicklung der konstruktiven Persönlichkeitsanteile des Patienten und Aufhebung von strukturellem Defizit und Entwicklungsarretierung als wiedergutmachende »Identitätstherapie«.

In der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik ist der Patient vom Aufstehen bis zum Schlafengehen in das gruppendynamische Milieu der Klinik eingebettet und erhält ein spezifisches Behandlungsprogramm. Neben der psychoanalytischen Einzel- und Gruppentherapie sind die nicht-verbalen Therapiemethoden (psychoanalytische Milieutherapie, humanstrukturelle Tanztherapie, Musik-, Mal-, Theater- und Reittherapie) für die Psychosentherapie wesentlich.

Im Mittelpunkt der stationären Behandlung steht die psychoanalytische Milieutherapie. Jeder Patient ist Mitglied einer milieutherapeutischen Gruppe als zentraler »Lebensgruppe«.

Alle therapeutischen Ebenen werden integriert in den Kontrollgruppen des Klinikteams, der Großgruppe aller Patienten und Mitarbeiter und den Case-Konferenzen. Die Case-Konferenzen integrieren die Befunde der psychologischen Untersuchungen und die Berichte aus den verbalen und nicht-verbalen Therapien (*Ammon* et al. 1995).

Es folgt der stationäre Therapieverlauf eines psychotisch reagierenden Patienten:

Herr H., 30 Jahre alt, war als einziger aus der Familie »wie ein Vogel aus dem Nest ausgeflogen«. In die Klinik wurde er mit der Einweisungsdiagnose »Hebephrene Psychose« unter neuroleptischer Langzeitmedikation aufgenommen. Seit 5 Jahren lebte er alleine in den Tag hinein. Er fühlte sich in seiner Wohnung verfolgt, zerstörte wiederholt seine Möbel und warf Müll zum Fenster hinaus. Er hatte die Vorstellung, daß sein Vater »Gas sei« und zerstörte deswegen den Gasherd in der Wohnung. Solchen Zuständen folgten Zeiten eines grenzenlosen Glücksgefühls mit der Phantasie, im Urwald bei den Indianern zu leben und sich in einen Vogel zu verwandeln.

Stundenlang steckte er den Kopf in die Toilettenschüssel, um »sich abzukühlen«. Mehrfach unternahm er ernsthafte Suizidversuche.
Herr H. war der jüngere von 2 Brüdern. Die Eltern hatten sich ein Mädchen gewünscht. Auf den vom Vater bevorzugten Bruder war H. sehr eifersüchtig. Die Mutter schilderte er als müde, depressive Frau, die unter Herzschmerzen litt. Der Vater trank, war reizbar und schuf eine aggressive häusliche Atmosphäre. Während Hr. H. in Kindergarten und Schule Außenseiter war, fand er bei seinen Musiklehrern Wärme und Interesse. Er konnte daher nach dem Abitur erfolgreich ein Musikstudium abschließen.

Die Gruppendynamik der Familie war gekennzeichnet von emotionaler Verlassenheit, unbewußter Eifersucht, destruktiver Aggression und defizitärer Sexualität. Herr H. fühlte sich als Mädchen von der Mutter erwünscht, was seine psychosexuelle Entwicklung prägte. Die depressive Mutter klammerte sich an den Sohn als phantasierten Partnerersatz, verursachte ihm bei Trennungsversuchen Schuldgefühle und verhinderte eifersüchtig den Kontakt zum Vater.

Herr. H. suchte in der Klinik zunächst Kontakt zu einem männlichen, musikinteressierten Einzeltherapeuten. Diesen erlebte er als einen emotional offenen, ihm zugewandten Vater, gleichzeitig fürchtete er aber seine Nähe mit der Gefahr homoerotischer Unterwerfung. Seine Angst agierte er in einem Wechsel von grenzenloser symbiotischer Verschmelzung und aggressivem Kontaktabbruch.

In der Musiktherapie, der Maltherapie und der Tanztherapie fand Hr. H. allmählich über seine Interessen und Fähigkeiten Kontakt zu Mitpatienten, den er aus einer großen Kontakt- und Gruppenangst zuvor vermieden hatte.

Die psychologischen Testbefunde bei der Klinikaufnahme zeigten eine psychotische Struktur mit nach innen gerichteter destruktiver Aggression, die sich besonders in Schuldgefühlen sexuellen Inhalts und psychosomatischen Symptomen ausdrückte und einer destruktiv-defizitären Angst. Das Denken war zwanghaft und depressiv-grüblerisch eingeengt, mit einer ausgeprägten konkretistischen Denkstörung. Diese Denkstörung macht die schizophrene Symptomatik als konkretgenommene Symbolik vor dem Hintergrund seiner Lebensgeschichte verständlich: die emotionale Abwesenheit des Vaters und die Wut darüber (Der Vater als »Gas«, die Zerstörung des Gasherdes), die abgewehrten homosexuellen Ängste (Abkühlung in der Toilettenschüssel), die Isolation und Verlassenheit (Indianer im Urwald) und der Wunsch nach Trennung und innerer Freiheit (Gefühl, sich in einen Vogel zu verwandeln und aus dem Nest zu fliegen).

Herr H. träumte kaum. Wie auf einer Bühne agierte er seine Trennungsunfähigkeit von der als Mutter erlebten Klinik und vom Therapeuten-Vater mit gelegentlichen unkontrollierten Wutausbrüchen bei sonst angepaßtem Verhalten. So zertrümmerte er mehrfach die Toilette und drohte mit Suizid. Trotz erhöhter neuroleptischer Medikation mußte er zur Krisenintervention vorübergehend in eine geschlossene Abteilung verlegt werden. Um die

symbiotische Verklammerung mit dem Einzeltherapeuten aufzulockern, wurde in einer Case-Konferenz beschlossen, Herr H. zwei weitere, von ihm gewünschte Einzeltherapeuten im Splitting zur Seite zu stellen. In der Maltherapie malte Herr H. Bilder, in denen er die frühen Symbiosewünsche in kreativ-abstrahierten Uterus- und Embryosymbolen darstellte. In der Tanztherapie wurde seine Wut direkt in wilden Trommeltänzen sichtbar. In einem Elterngespräch spürte Hr. H. erstmals realen Kontakt zu seinem Vater, was einen kleinen Schritt der Trennung aus der Familiengruppe darstellte.

Die Trennungsphase der stationären Therapie gestaltete sich sehr schwierig. Herr H. verharrte lange in einer negativistischen Verweigerungshaltung, bis er sich mit seiner hinter der Trennungswut verborgenen existenziellen Angst verstanden fühlte. Sein Selbstvertrauen wuchs und er verliebte sich zum ersten Mal in eine Mitpatientin. Er konnte sich schließlich emotional spürbar in der Großgruppe der Klinik mit einer musikalischen Darbietung verabschieden.

Herr H. wurde nach fast 2-jähriger stationärer Therapie mit einer minimalen neuroleptischen Medikation in die weitere ambulante Psychotherapie und in eine therapeutisch betreute Wohngemeinschaft entlassen.

Es muß abschließend betont werden, daß die stationäre Therapie in der dynamisch-psychiatrischen Klinik bei einem psychotisch strukturierten Patienten nur das erste Glied einer gesamten therapeutischen Kette darstellt. Die Gesamtprognose hängt davon ab – wie katamnestische Untersuchungen der Klinik zeigen (*Burbiel* et al. 1993) – ob es nach der Entlassung gelingt, den therapeutischen Kontakt zu halten und die in der Klinik begonnene Entwicklung fortzusetzen.

Inpatient Psychotherapy of Schizophrenia in the Dynamic Psychiatric Hospital Menterschwaige (with a Case History)

Egon Fabian, Ulrike Fabian (Munich)

The theoretical concept underlying the clinical work in the Dynamic Psychiatric Hospital Menterschwaige in Munich is that of *Ammon*'s Berlin School of Dynamic Psychiatry. It has its roots in *Freud*'s psychoanalysis, in the Ego psychology of *Hartmann, Rapaport* and *Anna Freud* and in the system-theoretical approach (*v. Bertalanffy*), which *Ammon* learned and practiced in the Menninger Foundation in the USA, where he helped introduce group psychotherapy and milieutherapy in the treatment of psychosis. In 1982, he replaced *Freud*'s libido concept by the principle of social energy, i.e. the energy of interpersonal contact.

Instead of the dogma of the unintelligible psychosis and of the psychotherapeutic pessimism, dynamic psychiatry works with »the paradigm of intelligibility and therapeutic optimism« (*Ammon, Burbiel* 1992). In this

sense, healing is only possible for the therapist who believes in healing. In dynamic psychiatry, man is considered as a group being, shaped by the unconscious dynamics of the groups in which he grows up. The pathological dynamics in early childhood leads to the so-called archaical ego diseases, such as the psychoses.

Psychotic patients are individuals who have been abandoned emotionally in their early childhood. Their families are characterized by reciprocal destructive aggression, rivalry and jealousy, which impede the contact necessary for healthy development. Owing to the family's own fear of identity, the child is not allowed to develop a constructive aggression. Later his aggression becomes deficient or destructive, i.e. directed against the surroundings or against himself.

The psychotic patient suffers particularly from an overwhelming anxiety, from which he flees in the world of schizophrenic delusions. Thus, the psychotic symptoms fill the »hole in the ego« (*Ammon* 1972), i.e. the structural deficit in the core of personality.

This human-structural understanding of psychosis makes it evident, that symptomatic treatment cannot result in a durable change. The aim of the dynamic psychiatric psychosis therapy is therefore the development of the constructive aspects of the personality, the repair of the structural deficit and the development of identity.

In the dynamic psychiatric hospital, each patient is given a specific therapeutic program. This consists of psychoanalytic individual and group therapy as well as non-verbal methods (milieu therapy, human-structural dance therapy, music therapy, art therapy, theatre therapy and horse riding). All therapeutic levels are integrated in the supervision groups of the staff, in the plenary group of the hospital and the case conferences.

We will now describe the inpatient therapy of a psychotic patient:

Mr. H., 30 years old, was admitted with the diagnosis of a hebephrenic psychosis, after longterm neuroleptic medication. He had been the only one of his family »to fly out of the nest«. For five years he had lived isolated and felt persecuted, he had repeatedly demolished his furniture. He imagined his father to be »gas« and had destroyed the gas oven. Intermittently, he was in a state of beatitude believing himself to be an Indian or a bird in a forest. At such times, he would cool his head for many hours in the toilet. He had made several suicide attempts.

M. H. was the younger of two brothers. He had been expected to be a girl. As a child, he had suffered from jealousy, since his brother was prefered by the father. He described his mother as a tired, depressive woman suffering from frequent heart pains. His father drank heavily, was irritable and aggressive. The climate at home was tense, with quarrels and aggression. As positive influences he mentioned both grandmothers and later his music teachers. While he had felt an outsider in kindergarten and school, he found warmth and interest during the music lessons. He finished high school and studied music.

We can characterize the group dynamics of H.'s family as follows: H. grew up in an atmosphere of emotional abandonment, jealousy and destructive aggression. The depressive mother attached the son to herself as a phantasized partner, causing him guilt feelings and preventing the contact between father and son.

H. found in the hospital a male therapist interested in music. He experienced the latter as an emotionally open and sympathetic father, at the same time fearing homoerotic submission and dependency. He acted out these feelings by frequently alternating between symbiotic fusion and aggressive behaviour.

A central aspect of the therapy consisted in supporting his creative abilities in the music therapy, art therapy and dance therapy. Through these interests he found contact to other patients in the milieu group, whom he had formerly avoided out of contact anxiety.

The psychological tests at admission showed a psychotic structure with pronounced destructive self-aggression, manifested by guilt feelings with sexual contents and by psychosomatic symptoms, as well as a deficient and destructive anxiety. Thinking was characterized by compulsion and depressive fixation, further by an extreme concretistic disturbance. This made the schizophrenic symptoms understandable, in terms of concretistic-symbolic thinking, against the background of his life history: his anger with the emotionally distant father (imagining the father as gas and destroying the oven), the resistance against his homosexual anxieties (cooling his head in the toilet), the extreme abandonment (as an Indian in the forest) and the wish for separation and freedom (symbolized by the feeling of being a bird flying from the nest).

H. acted out his inability to separate from the hospital which he experienced as the mother, and from the therapist-father, by occasional uncontrolled attacks of rage. He demolished repeatedly the toilet and threatened with suicide, thus making a psychiatric intervention in a closed ward unavoidable. In order to relieve the symbiotic link to the therapist, it was decided in the case conference to continue therapy by the splitting method with two additional therapists.

In the art therapy H. could give expression to his symbiotic wishes in creative and abstract paintings showing uterus and embryo symbols.

The separation phase of the inpatient therapy was problematic. H. persisted in a negativistic attitude for a long time. Now his existential anxiety behind the aggression became evident in the transference situation of the hospital. Finally, the patient felt understood in his archaic anxiety of abandonment. His self-confidence grew and he could fall in love with a female patient for the first time. Eventually, he was able to separate in the plenary group with a musical farewell.

Mr. H. left the hospital after nearly two years with a minimal dosis of neuroleptic medication to continue outpatient therapy in a therapeutic living community.

To conclude, we must emphasize that the inpatient therapy in a dynamic psychiatric hospital only constitutes the first step of a therapeutic process. The prognosis depends – as catamnestic investigations of the hospital could show (*Burbiel* et al. 1993) – on whether the therapeutic contact can be continued after the dismissal.

Literatur

Ammon, G. (1972): Zur Genese und Struktur psychosomatischer Syndrome unter Berücksichtigung psychoanalytischer Technik. In: Dyn. Psychiat. (5) 223-251

– (1982): Das sozialenergetische Prinzip in der Dynamischen Psychiatrie. In: *Ammon, G.:* Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: Ernst Reinhard)

Ammon, G.; Burbiel, I. (1992): Grundzüge der klinischen Humanstrukturellen Psychotherapie. In: Dyn. Psychiat. (25), 1 - 22

Burbiel, I.; Apfelthaler, R., Fabian, E.; Schanné, U.; Wolfrum, G. (1993): Inpatien Therapy of Psychoses: A Pre/Post and Follow-up Psychological Outcome Study. In: Dyn. Psychiat. (26) 316 - 325

Adresse der Autoren:

Dr. med (Univ. Tel Aviv) Egon Fabian
Dr. med. Ulrike Fabian
Asamstraße 18
D 81541 München

Der Einfluß der humanstrukturellen Psychoanalyse Günter Ammons auf die Kinderpsychotherapie**

György Körmendy (Budapest)*

Die Autorin setzt sich mit dem Einfluß, den die Konzeption der Dynamischen Psychiatrie Günter Ammons auf die Kinderpsychotherapie genommen hat, auseinander. Ausgehend von Freud verweist sie auf das Behandlungskonzept Ammons und beschriebt eigene Erfahrungen ihrer kinderpsychotherapeutischen Arbeit. Basierend auf Ammons Konzeption steht das Kind im Zentrum einer Gruppe, die von Eltern, Geschwistern, Großeltern und den Therapeuten gebildet wird. In der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige fand sie eine Konzeption, die mit ihren eigenen Ideen Ähnlichkeiten aufwies. Um die Beziehung zwischen Mutter und Kind aufrecht zu erhalten, wurden schwerkranke Mütter mit ihren Kindern zusammen stationär aufgenommen. In der Klinik lebten die Kinder in einer »therapeutischen Gemeinschaft«, wo sie sich – wie die Autorin nachweisen konnte – völlig gesund entwickelten.

»Im Mittelpunkt unserer Arbeit hat immer das Kind gestanden, da unser Denken prozeßhaft und entwicklungsgeschichtlich ausgerichtet ist. Wir verstehen die Entwicklung eines Kindes in seinen ganzheitlichen, persönlichkeitsstrukturellen und gruppenspezifischen Bezügen und haben diese Linie von den verschiedenen Aspekten und Dimensionen der Beobachtung verfolgt: von der Konzeption des Denkens, der Kreativität und Aggression, Identität und Sexualität«. Mit diesen Worten hat *Günter Ammon* im Jahre 1979 das Internationale Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse über »Psychoanalytische Therapie von Kindern und Jugendlichen« in Lübeck-Travemünde eingeführt. (*Ammon* 1979a).

Auf dieser Konferenz haben die anwesenden Fachleute über die Familiendynamik in ihren konstruktiven, destruktiven und defizitären Varianten, über die daraus folgenden Kinderschädigungen (u.a. Depression, Sucht, Lernschädigungen, Inzestphantasien, vorgeburtliche Probleme, Sündenbockrolle im Kindergarten, kindliche Epilepsie, Autismus, Löcher in der Identitätsentwicklung, Suizidalität usw.) und über die Vorschläge zu entsprechenden Therapiemethoden ausführlich referiert. Wie aus dem zum Symposium herausgegebenen Buch ersichtlich ist, war das gruppendynamische Feld dieser Veranstaltung aufgrund der großen Zahl der Vortragenden aus mehreren Ländern und wegen der verschiedensten Themen sehr reich und lebendig.

Die vollständige Bearbeitung der Ergebnisse dieses Symposiums wäre für die Entwicklung der Kinderanalyse von großer Bedeutung. Ich möchte jetzt zu diesem Thema nur einige Aspekte erhellen.

»Das zwanzigste Jahrhundert wird das Jahrhundert des Kindes«, sagte die englische Schriftstellerin *Ellen Key* in ihrem in den ersten Jahren des

* Dr. phil., Psychotherapeutin und klinische Kinderpsychologin, Vorsitzende der Ungarischen Vereinigung für Dynamische Psychologie und Psychiatrie.

** Vortrag gehalten auf dem Internationalen Symposium »Dynamische Psychiatrie heute« am 11. Mai 1996 in München in memoriam Prof. Dr. med. Günter Ammon

Jahrhunderts erschienen Buch voraus, dem sie den Titel »Das Jahrhundert des Kindes« gab. Dieses Jahrhundert des Kindes wurde zum Jahrhundert der mörderischen Kriege, der destruktiven Aggression, des Völkermordes, des Terrorismus und der Katastrophen.

Auch die Psychoanalyse wurde zu Anfang des Jahrhunderts geboren. Damals erschien die »Traumdeutung«, das erste Buch *Freuds* (1899), und die neue Wissenschaft begann ihre Kämpfe um Anerkennung, danach ihren Siegeszug, der durch das ganze Jahrhundert zieht.

Die Psychoanalyse konnte aber dem Jahrhundert nicht helfen. Im analytischen Weltbild wird der in jedem Neurotiker vorhandene kleine Ödipus, das auf den Vater eifersüchtige Kind, das seine Mutter begehrt, zum Träger der Sünde – der destruktiven Emotionen und der Eifersucht. Der spätere Erwachsene muß sich mit Hilfe der Psychoanalyse von dieser Sünde befreien, seine Libido sublimieren, damit er als arbeits- und liebesfähiges soziales Wesen leben kann.

Die verbliebene Triebenergie, die disziplinierte Libido, hatte nur wenig Kraft, um das menschliche Zusammenleben zu fördern. Die Lehre des Ödipuskomplexes und die Zentralstellung der Libidotheorie konnten keine vorteilhafte Wirkung auf die Weltanschauung der Menschen und auf die großen Krisen des menschlichen Lebens ausüben. Die Theorie blieb innerhalb des Subjektes, auch in der von der *Freud*schen Lehre ausgehenden Kinderanalyse und in den Objekttheorien.

Das Problem der Kinderanalyse war schon am Anfang ein heikler Punkt der Psychoanalyse. *Freud* (1909) selbst schreibt: »Die Methode ist für die Kinder ungeeignet – hier (bei dem fünfjährigen kleinen Hans) können ohne die kluge Hilfe des Vaters die technischen Schwierigkeiten unüberwindlich sein«. (Abb. 1)

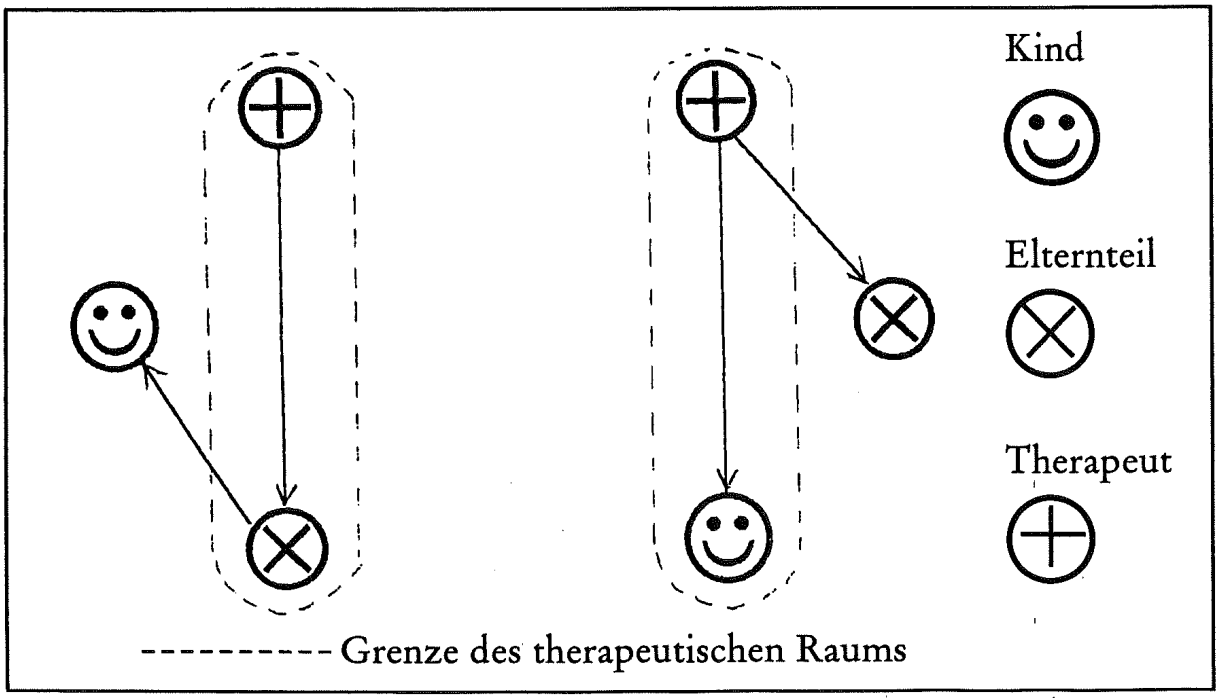


Abb.1: Kind, Elternteil, Therapeut in der psychoanalytischen Situation links bei Freud, rechts bei den Kinderanalytikern

Die Kinderanalytiker haben ein großes Umdenken vollzogen: Zuerst haben sie mit dem Kind, ohne Eltern, gearbeitet und wollten gleichzeitig das Wohlwollen der Eltern gewinnen.

Die Kinderanalyse hat nicht bemerkt, daß das Drama von Ödipus im Falle eines Kindes zu allererst nicht in seinem Unbewußten, sondern in der Realität, in der familiären Umgebung spielt.

Wie auch *Lemaire* (1980) schreibt: »Eine Umordnung der interpersonellen Beziehungen im Schoße der Familie erschien so als erste – wenn auch nicht immer genügende – Bedingung einer Heilung des Kindes«. Und weiter: »... welch große Gefahr darin liegt, sich zu sehr auf die individuelle Beziehung Therapeut - Kind, losgelöst von der Familie, zu konzentrieren«. *Richter* (1986) geht weiter, und mit *Thomä* zusammen spricht er über den historischen Widerwillen der Psychoanalytiker gegen den Kontakt mit Angehörigen ihrer Analysepatienten, und er interpretiert diese Erscheinung als »eine überindividuelle professionelle Gegenübertragung«.

Dem gegenüber dringt *Ammon* – laut seinem zu dieser Konferenz erschienenen Buch »Kindesmißhandlung« (1979 b) in die wirkliche, wenn auch erbarmungslose Realität vor, und statt der Analyse der Phantasiewelt von neurotischen Kranken untersucht er die von den eigenen Eltern begangenen Fälle von Kindesmorden und Kindsmißhandlungen, die destruktive Dynamik dieser Familien.

Er schreibt: »Als schwächstes Mitglied der Familiengruppe dient es (das Kind) dazu, den gemeinsamen unbewußten Konflikt durch Projektion in einem Mitglied zu lokalisieren, um ihn damit kontrollieren und abwehren zu können... Meist aber wird die kindliche Symptomatik, welche die elterlichen Konflikte zum Ausdruck bringt, von diesen nicht als Manifestation ihrer eigenen Konflikte erkannt. Das Kind ist dann gezwungen, sich in Form seiner Pathologie an die krankmachende Familiensituation anzupassen. Seine Symptomatik wird als Krankheit des Kindes mißvertanden und behandelt, dies wird dann in der Folge verdeckt durch die Ausbildung einer destruktiven Identität...«

Ammon analysiert die destruktive Familiendynamik der archaisch Ich-Kranken und die Zusammenhänge zwischen der Dynamik der Primärgruppen und den gesellschaftlichen Prozessen. Mit einer neuen Sichtweise der Aggression (*Ammon* 1980, 1981), mit dem Prinzip der »Primären Interpersonalität«, mit der Lehre von Sozialenergie und mit der auf dieser Basis entwickelten Behandlungskonzeption – möchte er den Ablauf der Psychoanalyse umdrehen, der destruktiven Aggression, den mörderischen Taten Einhalt gebieten.

Zuerst benennt *Ammon* das, was Ödipus zum Mörder gemacht hatte: seinen Vater und seine Mutter, Laios und Jokaste, die beschlossen hatten, sich von ihrem Kind zu befreien und es aussetzten. Ödipus wurde von einem Fremden aufgezogen und kannte seine Eltern überhaupt nicht. Seine als Zufall zu bezeichnende böse Tat war also das Ergebnis der Bosheit seiner Eltern. Mit ihrer Tat sind Laios und Jokaste in der Mythologie aller-

dings ebenfalls nur Fortsetzer einer destruktiven Familiendynamik: »Was in dieser Schrift deutlich wird: – Kindesmißhandler waren einmal selbst mißhandelte Kinder« (*Ammon* 1979b).

Dem Kind, einem Opfer dieser destruktiven Familiendynamik, stellt *Ammon* in seiner Lehre ein anderes »Kind Ödipus« entgegen, das von seinen Eltern ans Herz gedrückt wird, das versorgt und umhegt wird, das sich über alles freut, – weil es von der Familiengruppe mit Freude empfangen wurde – und daher mit einer sicheren Identität aufwächst. Dieses Kind macht nach der Phase der mütterlichen körperlich-seelischen Symbiose seine ersten selbständigen Schritte mit Hilfe des Vaters und der Familiengruppe und wird zu einem gesunden Erwachsenen, dessen menschliche Kontakte konstruktiv sind, weil nicht die Kälte, die Grobheit und das Identitätsverbot in seine Seele als Gruppenerfahrung eingebaut wurden.

Seit *Ammon* ist nicht das Kind, sondern die destruktive Familiendynamik zu behandeln, um die seelische Gesundheit des Kindes wiederherzustellen bzw. um sie zu bewahren. Nicht das Kind ist krank, wenn es ohne organischen Grund Kopfschmerzen hat oder ins Bett näßt, eventuell schwache Ergebnisse in der Schule hat oder Verhaltensstörungen produziert, im Gegenteil, dies wird von der Familiendynamik ausgelöst. Die Wurzel des Problems liegt nicht in der Seele, im Charakter des Kindes – der ist zu dieser Zeit noch formbar und spiegelt die Umgebung wieder –, sondern in den familiären interpersonellen Beziehungen (*Körmendy* 1989, 1993, 1994).

Auf der oben dargestellten Konferenz war nur ein einziger ungarischer Fachmann anwesend. Damals habe ich im Miskolcer Kindergesundheitszentrum, in einem großen, regionalen Kinderkrankenhaus mit 400 Betten gearbeitet. Hier hatten wir noch wenig Informationen aus westlichen Ländern erhalten, aber einige Fachbücher, auch von *Ammon*, – z.B. »Gruppendynamik der Kreativität«, »Dynamische Psychiatrie« – schon gelesen. Unsere Arbeitsgruppe bestand aus jungen Fachleuten, Psychologen, Psychopädagogen und Kindergärtnerinnen, die die milieutherapeutische Arbeit in dem ganzen Krankenhaus systematisch organisierten, wobei auch die Eltern einbezogen wurden. Hierbei kam uns die damals bekannt gewordene *Ammon*sche Kreativitätstheorie und milieutherapeutische Konzeption und die Lehre der Sozialenergie zu Hilfe. Wir haben die Familiendynamik der im Krankenhaus liegenden Kinder mittels projektiver Testverfahren untersucht und bedeutende Erfahrungen gemacht. Diese wurden in der ungarischen Fachliteratur veröffentlicht (*Körmendy* 1970, 1975, 1976, 1983, 1995 a, 1995 b).

In den Mittelpunkt unserer Therapie im Krankenhaus stellten wir das Identitätsprinzip, mit der Zielsetzung, daß vermieden werden muß, die Identität des Kindes unter den Krankenhausbedingungen zu verletzen. Darüberhinaus wollten wir mit Hilfe der gleichzeitig betriebenen Familientherapie und der individuellen Beschäftigungstherapie erreichen, den Symbiose-Komplex – die destruktive Mutter-Kind-Symbiose – zu lösen,

damit das Kind auf einer höheren Stufe der Identität aus dem Krankenhaus entlassen werden kann.

Hier, in diesem Krankenhaus, und später in der Gruppenarbeit der Miskolcer Familientherapeutischen Werkstatt haben wir die Methode der fokalen kinderbezogenen Familientherapie entwickelt (*Körmendy* 1989).

Das Modell betrachtet die Vorgeschichte und den Prozeß der Therapie, wobei die therapeutische Situation immer eine Gruppe bedeutet. In der therapeutischen Symbolik steht das Kind immer im Zentrum dieser Gruppe, und es wird von den Eltern, Geschwistern, Therapeuten und eventuell Pädagogen umringt, in einer symbolischen Familie, die für die Zeitdauer der Therapie besteht (Abb. 2).

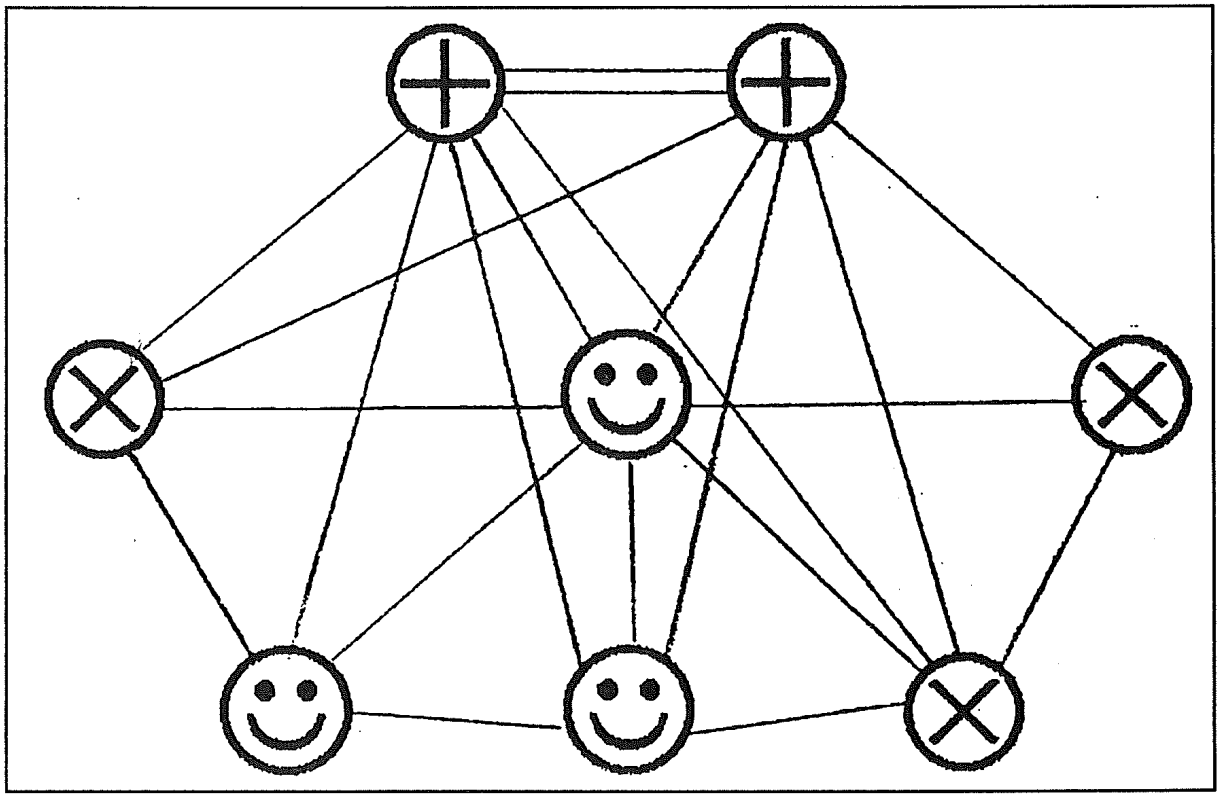


Abb.2: Kind, Familie/Geschwister, Großeltern/Eltern, Therapeuten in der kinderzentrierten Familentherapie

Als ich zum erstenmal, im Jahre 1984, für eine dreimonatige Tätigkeit in die Klinik Menterschwaige kam, hab ich dort eine unseren Ideen ganz ähnliche Konzeption gefunden, sowohl in der Milieutherapie als auch in der Beschäftigung mit den Kranken.

Das Gründungsjahr der ersten Klinik von *Ammon*, 1976, stimmt mit der Eröffnung des Miskolcer Kindergesundheitszentrums überein. Zwei verschiedene Institutionen –, die trotzdem in ihrem Geist und in ihrer Seele identisch waren (*Körmendy* 1993). Was den Eindruck dieser Verwandtschaft verursachte, war meiner Meinung nach die Tatsache, daß in beiden Krankenhäusern verschiedene gut organisierte und miteinander verbundene Gruppen in einem geschlossenen System arbeiteten, – und dieses System die sich dort aufhaltenden Kinder, die Mitarbeiter, Ärzte, Psychologen und Pflegerinnen, also das ganze Krankenhaus, als Mutterschoß mit einbezog.



Abb.3: »Die therapeutische Gemeinschaft«
Kinderzeichnung aus dem Kindergesundheitszentrum, Miskolc, 1981

Schon in der ersten Klinik von *Ammon* lebten von Anfang an auch Kleinkinder, die tagsüber in der Krabbelgruppe von Erzieherinnen betreut wurde. Später kamen ältere Kinder und Schulkinder hinzu. Die Situation im Jahre 1984 war folgende: Drei Mädchen und drei Jungen im Alter von 5 bis 14 Jahre, ihre Mütter – alle schwerkranke Patientinnen: Borderline-Patientinnen sowie depressive, suchtkranke und schizophren reagierende Mütter. Eine schwierige Aufgabe für die ganze Klinik: die scheinbar gesunden, tatsächlich aber mit ihren kranken Müttern in gestörter Symbiose lebenden Kinder in der Gruppe zu integrieren.

Die Kinder waren ihrerseits von Kranken verletzt worden, waren geschädigte Kinder von geschädigten Müttern. Das Hauptsymptom der kindlichen Identitätstörung war die destruktive Aggression, die Unerreichbarkeit, das aus der inneren Befangenheit hervorgehende ziellose Umherrennen. Zuerst einmal haben wir ein Spielzimmer eingerichtet, Spielzeuge gekauft. Das war aber noch nicht genug. Eine kleinere Gruppe bildete sich, um mit den Kindern zu arbeiten: zwei Sozialarbeiter, milieutherapeutische Gruppenleiter, die Erzieherinnen der Krabbelgruppe, ich als Kinderpsychologin,

die mit jedem Kind auch psychologische Untersuchungen gemacht hatte, die Leiterin der Mutter-Kind-Station, eine Diplom-Psychologin und schließlich ein Psychiater als Supervisor. Wir haben Zeit, Raum und Aufgaben strukturiert. Die Klinik hat die Kinder zu sich aufgenommen. Jeden Tag gab es Programme, Wettbewerbe, Ausflüge, Tierpark-Besuch usw. Die Kinder gründeten eine eigene Gruppe, die sie »Mäuse-Gruppe« nannten. Die Mitarbeiter und die Kinder selbst stellten zusammen im Speisesaal einen Tisch extra für die Kinder auf. Sie bekamen immer etwas Gutes. Die Klinik liebkoste die Kinder. Das Ergebnis: die Kinder fingen an, sich zu ihrem Vorteil zu entwickeln. Im sozialenergetischen Feld der ganzen Klinik waren günstige Veränderungen zu beobachten. In den Kinder-Case-Konferenzen, in denen auch die Mütter und größere Kinder anwesend sein konnten, wurden die Geschehnisse psychoanalytisch bearbeitet. Wir führten eine neue Therapieform ein: die Mutter-Kind-Beziehungstherapie, eine Therapie zur Trennung und zur Bearbeitung von Loslösungsproblemen. Hierfür gab es zweimal wöchentlich eine freie Spielstunde in einem ruhigen Raum des psychologischen Laboratoriums für jeweils ein Kind und seine Mutter. Das Kind lernte hier die kreative Verarbeitung seiner Aggressionen, die Mutter erhielt erzieherische Kenntnisse. Beide lernten einen neuen Umgang miteinander. Die Mütter fühlten sich besser, die Bewegungen in den Tanzsitzungen, z.B. bei depressiven Frauen, wurden lebendiger. Von sechs Schulkindern, die damals in der Mäusegruppe waren, sind drei früher als üblich mit ihren Müttern nach Hause gegangen.

Es gab inzwischen auch Kinder, die während des Klinik-Aufenthalts der Mütter geboren wurden, und weitere zwei Patientinnen brachten zwei Kleinkinder mit. Diese Kinder hielten sich zum Zeitpunkt meiner Anwesenheit schon ein bis zwei Jahre in der Krabbelgruppe der Klinik auf und hatten eine vollständig normale Persönlichkeitsentwicklung. Die kranken Mütter haben ihr aus der Primärgruppe mitgebrachtes »Loch im Ich« und die destruktive Familiendynamik nicht weitervererbt.

Wie das Vorwort des Informationsheftes der Psychoanalytischen Kindergärten, die auch von *Ammon* und seinen Mitarbeitern gegründet wurden, sagt: »So, wie wir uns gegenüber unseren Kindern verhalten, werden unsere Kinder uns und andere behandeln. Der Umgang einer Gesellschaft mit ihren Kindern ist ein Gradmesser für das Ausmaß an Menschlichkeit und Humanität, das sie in ihren Beziehungen und Lebensbedingungen verwirklicht hat«.

In der Psychoanalyse begann dieses Jahrhundert mit *Freud* und der Lehre von Libido und Ödipuskomplex – beendet wird es mit *Ammon* und seiner Schule mit der Lehre des Symbiosekomplexes und der Sozialenergie. Damit, mit der Anerkennung der konstruktiven Kräfte im Menschen, wird hoffentlich das folgende Jahrhundert viel freundlicher sein.

The Influence of Günter Ammon's Humanstructural Psychoanalysis on Child Psychotherapy

Györgyi Körmendy (Budapest)

The 20th century should be the century of the child as *Ellen Key* said at the beginning of this century. At this time *Freud*'s first book »The Interpretation of Dreams« was published (1899): Psychoanalysis was born. The century was characterized by the recognition of this new science and its triumphant progress. But the theory of the Oedipus Complex and the libido theory (saying that a boy desiring his mother and being jealous of his father, has to liberate himself from this sin by sublimation alone) cannot help to master the great crises of life. The conflicts remain intrapsychic and are not interpreted under the aspect of relationship neither in the child analysis which was to follow nor in the object theories.

Freud was aware of these problems when he wrote about the analysis of the little child Hans that this method was inadequate for children and that the great technical difficulties could only be overcome by the assistance of the father (Abb.1). The psychoanalysts only work with the child and try to win the sympathies of the parents. They overlook that the drama of Oedipus took place within the family itself. *Günter Ammon,* however, investigates the destructive dynamics of the family. He analyzes the destructive family dynamics of severely ill persons, of the archaically ego-diseased patients, and shows the relation between the dynamics of the primary group and the social process.

Ammon developed his concept of treatment on the theory of aggression, the principles of interpersonality and of social energy. He talks about the Laios complex: The parents of Oedipus by refusing and abandoning their own child out of anxiety, only continued their own destructive family dynamics. In his view, for a healthy development the child needs to be loved and cared for by his parents, who should be glad about his steps towards independence and who should enable the child to develop his own identity. If a child gets ill, the ill family group has to be treated and not only the child. The roots of illnesses lie within the interpersonal relations within the family.

In the health center for children in Miskolec there was an active group working therapeutically with the children by employing the principles of Dynamic Psychiatry in the eighties. Based on *Ammon*'s theory of creativity and his teaching of social energy the child was supported in the process of finding its own identity. The parents were involved in the therapy, too. The result was milieu therapy focussed on children. The child was within the centre of the group of his parents, brothers and sisters, grandparents, therapists and teachers. In the eighties there was a similar conception in the Hospital Menterschwaige. Severely ill mothers living together with their children in an unsolved symbiosis permitting no separation between mother and child, were admitted into the hospital together with their children. The author of the present article was very much engaged in founding and struc-

turing a mother-child-ward wherein the children formed a group of their own, called the »mice-group«. They could be integrated into the social-energetic field of the hospital and got much affection of all the persons there. They learned to cope with their own destructive aggression. Mothers got therapeutic assistance in questions of education and with regard to the problems of separation. These children could develop their personality in a healthy way.

Literatur

Ammon, G. (1979 a): Psychoanalytische Therapie von Kindern und Jugendlichen. Vortrag gehalten auf dem Internationalen Symposium der DAP in Lübeck-Travemünde
- (1979 b): Kindesmißhandlung (München: Kindler)
- (1980): Dynamische Psychiatrie (München: Kindler)
- (1981): Gruppendynamik der Aggression (München: Kindler)

Freud, S. (1909): Analyse der Phobie eines fünfjährigen Kindes. Studienausgabe

Körmendy, G. (1970): Kidérlet a családi nevelési helyzet vizsgálátara (Ein Versuch der Prüfung des Erziehungszustandes in der Familie). In: Gyermekgyógyászat/Kinderheilkunde, Budapest.
- (1983). Kórházüzem és / vagy terápiás közösség? In: Mozgó Világ/2.szám
- (1989): Fokale Kurztherapie bei einem psychosomatisch erkrankten Kind. In: Dyn. Psychiat. (114/115) 59-73
- (1993): Der Umgang mit dem Widerstand der Familie in der Kinderpsychotherapie. In: Dyn. Psychiat. (138/141) 128-143
- (1994): Kinderzeichnungen und Symbolsprache in der fokalen kinderzentrierten Familientherapie – »Die Familie als Hölle«. In: Dyn. Psychiat. (144/145) 102-113
- (1995 a): A magyar család a gyermekpszichoterápeuta szemével Végeken Folyóirat (Ungarische Familien aus der Sicht des Kinderpsychotherapeuten) o.O.
- (1995 b): Hatékonysági mutatók a gyermekpszichoterápiában Végeken folyóirat (Anzeigen zur Effektivität in der Kinderpsychotherapie) i.O.

Lemaire, J.G. (1989): Leben als Paar (Olten: Walter)

Adresse der Autorin

Dr. phil. Györgyi Körmendy
Ugro Gyula u. 17
H-1046 Budapest
Ungarn

Dynamische und klassische Psychiatrie: Konfrontation oder Integration?**

Viktor D. Wied (St. Petersburg)*

In seinem Essay untersucht der Autor, weshalb die Dynamische Psychiatrie, wie sie Günter Ammon in den 60er und 70er Jahren begründete, durch die klassische Psychiatrie zunächst vorwiegend ignoriert wurde. Damals stellte er mit seinen Thesen Grundlagen der psychiatrischen Lehre in Frage. Inzwischen hat sich die Einstellung gegenüber dem Patienten gewandelt, Schizophrenie wird als multifaktorielle Erkrankung aufgefaßt und behandelt. Darin sieht der Autor den langfristigen, auf ihrer therapeutischen Erfahrung beruhenden Einfluß der Dynamischen Psychiatrie und das Zeichen einer Integration in die klassische Psychiatrie.

Die Dynamische Psychiatrie der Berliner Schule entstand in den 60er Jahren als eine selbständige Richtung in der Psychiatrie und Psychoanalyse und fand zuerst, wie es überall in der Welt fast allen neuen Ideen von großem Format passiert, keine wohlwollende Akzeptanz, sowohl von Seiten der traditionellen Psychoanalyse als auch von Seiten der klassischen Universitätspsychiatrie. Das erste schien an sich nichts Außerordentliches zu sein, da die Geschichte der Psychoanalyse sich nie durch einen Mangel an Andersdenkenden ausgezeichnet hat, aber für die klassische Psychiatrie war es etwas anderes. Denn in der Person *Günter Ammon*s hatte man es nicht mit einem psychoanalytisch geschulten Laien zu tun, der im Elan des therapeutischen Enthusiasmus auf das Gebiet der Psychosentherapie einzudringen wagte, das damals, der Psychoanalyse vermeintlich unzugänglich, als eine sakrosankte Domäne der klassischen Psychiatrie galt. Nein, die Herausforderung kam von einem ausgebildeten Mediziner, der sich das ganze Gebiet der klassischen Psychiatrie angeeignet hatte, über eine große persönliche Erfahrung in der Behandlung von psychotischen Patienten verfügte und dessen Ideen sich nicht ohne weiteres bagatellisieren ließen. Die orthodoxen *Freud*ianer waren einfach und beinahe gewohnheitsgemäß irritiert durch neue Konzepte und Behandlungszugänge, die ihnen als eine blasphemische Verzerrung der Standardmethode erschienen. Die Psychiater waren dagegen zutiefst verletzt, bedeuteten diese Ideen doch einen grundsätzlichen Paradigmenwechsel und zugleich eine durchaus kompetente, durchdringende und keinesfalls schmeichelhafte Einschätzung der Sachlage in der zeitgenössischen psychiatrischen Wissenschaft. So kam es nicht zu einer sachlichen Diskussion, die Stellungnahme der Universitätspsychiatrie war eine kühle Abweisung, ein Nichtwissenwollen, was *Günter Ammon* erdulden mußte und es auch mutig tat. Heute ist es interessant, diese Reaktion zu analysieren im Prisma der darauffolgenden Entwicklung

* Dr. med., Dr. phil., Professor für Psychiatrie, W. M. Bechterew Psychoneurologisches Forschungsinstitut, St. Petersburg, Rußland

** Vortrag gehalten auf dem Internationalen Symposium »Dynamische Psychiatrie heute« am 11. Mai 1996 in München in memoriam Prof. Dr. med. Günter Ammon

der klassischen Psychiatrie, denn nur so läßt sich das gesamte Ausmaß an Beeinflussung der klassischen durch die Dynamische Psychiatrie erkennen. Der schöpferische Geist von *Günter Ammon* ist in fast alle nosologischen Bereiche der Psychiatrie durchgedrungen: ich werde mich hier auf die Schizophrenie beschränken müssen, zumal diese Erkrankung als ein zentrales psychiatrisches Krankheitsbild gilt.

Jeder Psychiater weiß, was die Vorstellung von der Unheilbarkeit der Schizophrenie im Alltag der psychiatrischen Institutionen auch nach der Einführung der Psychopharmaka zur Folge hatte. Die Überweisung an eine Station glich weitgehend einer Überfahrt des sozialen Styx mit dem begleitenden Psychiater, entfremdet und unerbittlich wie Charon. *Ammon* verwies darauf, daß gerade das, was der Patient am meisten brauchte – menschliche Wärme, Trost und Beruhigung, Achtung seiner ganzen menschlichen Persönlichkeit, Versuche von Vertrauensbildung – all dies, was so bedeutsam ist bei der ersten Begegnung und so entscheidend als Basis für die spätere gemeinsame Behandlung, ihm in der Regel versagt wurde. Beraubt auch seiner letzten Identitätsmerkmale von persönlicher Habe, in der Regel einschließlich seiner Kleidung, kurz von einem diensthabenden Arzt gesehen, erhielt der Patient eine Routine-Beruhigungsspritze und wurde in einem Wachsaal mit vielen anderen, teilweise schreienden Kranken untergebracht, manchmal sogar angeschnallt. Ich zitiere *Ammon* »Es mutet fast an wie die Wirklichkeit gewordenen Wahnvorstellungen. Die vorschnell gemachte Einweisungsdiagnose, die ohne lange Untersuchung erstellt wird, kommt oftmals einem sozialen Todesurteil gleich«. Das galt damals keineswegs als grausam, solche Einstellung erschien als vollkommen normal, da man einem Schizophreniekranken im psychotischen Zustand überhaupt die Unfähigkeit zu menschlicher emotionaler Reaktion auf die Umgebung unterstellte. Den Psychotiker anzusprechen galt als sinnlos und sogar als profan-lächerlich, da alle Krankheitsmechanismen im Genetischen oder Neurochemischen und nicht im Seelischen vermutet wurden. Angesprochen wurde der Patient nur, um die psychopathologischen Symptome zu eruieren, die dann mit Psychopharmaka heruntergedämpft werden sollten. Ähnlich wie sich der Internist damals nicht mit dem ganzheitlichen Kranken, sondern nur mit seinen inneren Organen beschäftigte, so beschäftigte sich auch der Psychiater nicht mit der Psyche eines Patienten, sondern lediglich mit seinen eventuellen Halluzinationen oder Wahngedanken. Die Abwesenheit von psychopathologischen Zeichen war das einzige Maß der Besserung – natürlich einer relativen, zeitweiligen bis zum nächsten Rezidiv, da die Erkrankung als unheilbar galt. Die klassische Psychiatrie tendierte zwar zu der Annahme, daß psychoanalytische Methoden etwas Nützliches in der Neurosentherapie leisten konnten, war aber vollkommen abgeneigt, der Psychotherapie der Psychosen irgendeinen Sinn einzuräumen – das betrachtete man eindeutig als ein Hirngespinst.

Günter Ammon war eine solche Einstellung gegenüber psychotischen Patienten rein menschlich unerträglich. Er behauptete, selbst wenn Schizo-

phrenie wirklich einen endogenen Ursprung haben sollte, gäbe uns das kein Recht, diese Menschen so zu behandeln. Man treibt sie sozusagen in die Verrücktheit hinein, indem man alles gesunde Potential bei ihnen leugnet und ihnen jegliche Hoffnung nimmt. Wahrscheinlich war es gerade dieser unerschütterliche und weitverbreitete Glauben an die Unheilbarkeit der Schizophrenie, den er unmöglich akzeptieren konnte und der ihn bewogen hat neue Wege zu suchen. Hier sei an eine scherzhafte Antwort von *Thomas Alva Edison* auf die Frage erinnert, wie die Erfindungen überhaupt zustande kommen. Er sagte: Es ist z.B. allen bekannt, daß etwas prinzipiell nicht machbar sei, und da findet sich jemand, der das nicht weiß. Das ist er, der die Erfindung macht. Natürlich war *Günter Ammon* nicht der erste und einzige, der Ideen über die Multikausalität und Psychogenese der Schizophrenie geäußert hat; das hat er selbst anerkannt. Aber keiner folgte dieser Annahme so gründlich, konsequent und hartnäckig wie er.

Er revidierte die damals allgemeingültige Auffassung der genetischen Kausalität der Schizophrenie. Er hat hervorgehoben, daß die sogenannt getrennt aufgewachsenen eineiigen Zwillinge eindeutig erst nach der Prägungszeit voneinander getrennt worden sind, und in den wenigen sehr frühen Fällen von Trennung die beiden gruppendynamisch doch unter dem Einfluß der Mutter standen. Die Konkordanzraten, die früher unerschütterlich schienen, erwiesen sich darüberhinaus zunehmend als zweifelhaft. Die Jahrzehnte der intensiven und immer raffinierteren hirnorganischen Forschung haben seitdem gezeigt, daß es zwar eindeutige statistisch gesicherte erbbiologische und computertomographische Daten gibt, aber es steht auch fest, daß diese Befunde eine notwendige und nicht hinreichende Vorbedingung für die Ätiopathogenese der Schizophrenie bedeuten. Die langjährige Beobachtung der Effizienz ausschließlich medikamentöser Behandlung der Schizophrenie hat die ursprüngliche skeptische Einstellung *Günter Ammons* dazu bekräftigt. Sogar bei der Anwendung von fachkompetentesten psychopharmakologischen Strategien gelingt es nicht, die Rezidivrate unter 54% zu bringen – über die Hälfte aller Patienten kann selbst die ausgesuchteste Medikation nicht vor Exazerbationen schützen. Mit der Patienten-Compliance steht es immer schlecht: etwa 55% der Patienten geben die Medikation im Laufe von drei Monaten nach der Entlassung auf. Nach wie vor gibt es Probleme bei der Bewältigung der Begleiterscheinungen von Neuroleptika – allerlei somatische Komplikationen, späte Dyskinesie, maligne neuroleptische Syndrome. Die Richtigkeit der *Ammon*schen Konzepte bewährte sich auch bei der Untersuchung der psychosozialen Bedingungen der Schizophrenie. Die Rolle psychosozialer Streßfaktoren bei der Provozierung von Rezidiven ist eindeutig belegt worden. Zahlreiche Familienstudien betonen die Bedeutung der symbiotischen Beziehungen und der Familiendynamik, worauf *Günter Ammon* schon in den 60er Jahren hingewiesen hat. Effiziensstudien zur Psychotherapie der Schizophrenie erwiesen endgültig die Richtigkeit dynamisch-psychiatrischen Denkens. Erst durch zusätzliche psychosoziale

Ansätze kann die Rezidivrate auf 20-25% gesenkt werden. Diese Resultate sind nicht nur in der Klinik Menterschwaige, sondern in vielen progressiven Behandlungszentren der Welt erzielt worden – leider ohne jeden Verweis auf die dynamisch-psychiatrische Theorie. Das beweist immerhin die ubiquitäre Gültigkeit der Ideen von *Günter Ammon.*

Das Gesicht der klassischen Psychiatrie zeigt heute Zeichen einer grundsätzlichen Änderung. Die Notwendigkeit, auch die Menschenwürde des schizophren Erkrankten zu wahren, wird von niemandem mehr bezweifelt. Gruppen- und familientherapeutische Ansätze sind bereits zum integrativen Bestandteil der Behandlungsprogramme für schizophrene Patienten in jeder progressiven Klinik geworden. Über die Hälfte aller Medizinstudenten und künftigen Psychiater halten eine Zusatzausbildung in der psychoanalytischen Behandlung, auch von Psychosen, für notwendig. Wäre es möglich, sich solche Entwicklungen ohne den Einfluß der Ideen der Dynamischen Psychiatrie vorzustellen? Die Frage ist freilich rhetorisch. Man kann aus der historischen Perspektive sagen, daß nicht die Dynamische Psychiatrie sich der klassischen nähert, sondern daß die klassische Psychiatrie eine nachholende historische Ich-Entwicklung durchmacht, um es mit *Ammons* Worten zu bezeichnen. *Günter Ammon* arbeitete natürlich nicht allein am neuen Paradigma der Psychiatrie. Einzelne Aspekte der Dynamischen Psychiatrie sind auch von anderen Forschern erfolgreich erarbeitet worden. Aber es waren nur einzelne Aspekte des gesamten dynamisch-psychiatrischen Gedankengutes, z.B. Aspekte der Gruppendynamik, der Familienkonstellationen, das Phänomen der Expressed Emotions usw. Nur im Konzept von *Günter Ammon* ist die gesamte Problematik so holistisch und konsistent dargestellt. Es gibt darüberhinaus Aspekte, die im Laufe der Weiterentwicklung noch in die klassische Psychiatrie integriert werden sollten. Um nur einige davon zu erwähnen: die empirische Erfassung der einzelnen Ich-Funktionen, die allgemeintheoretische Betrachtung der archaischen Ich-Krankheiten als eines gleitenden Spektrums der Störungen und einzigartige therapeutische Zugänge, die ihresgleichen noch nirgendwo in der Welt haben. Daraus können wir nur schließen, wie weit *Günter Ammon* seiner Zeit voraus gewesen ist und uns in diesem Zusammenhang an die Worte eines großen Dichters erinnern: »Oft wenn es erst durch Jahre durchgedrungen, erscheint es in vollendeter Gestalt. Was glänzt, ist für den Augenblick geboren; das Echte bleibt der Nachwelt unverloren«.

Dynamic and Classic Psychiatry: Confrontation or Integration?

Viktor D. Wied (St. Petersburg)

When in Germany the Berlin School of Dynamic Psychiatry was developed by *Günter Ammon*, it was not accepted neither by traditional psychoanalysis nor by classical unversity psychiatry. Since *Günter Ammon* was a medical doctor with a classical psychiatric education, his ideas could not easily be trivialized. Nevertheless psychiatrists were deeply hurted by his competent and not very flattering criticism, so his ideas were not discussed, but predominantly rejected. It is interesting to compare this reaction to the further development of psychiatry in order to recognizie to what extent classical psychiatry really was influenced by dynamic psychiatry. The article is confined to schizophrenia as the central psychiatric illness.

Even after the neuroleptic drugs had been introduced, the admission of a schizophrenic patient to a psychiatric ward »resembled crossing the social styx«, the psychiatrist being *Charon*. The patient had to miss human warmth and respect, he was seen as unable of human emotional reactions and talking with him seemed ridiculous. So the psychiatrist only was concerned about the symptoms and their disappearing by neuroleptic drugs, at least till the next recidive, which seemed to be inevitable due to the incurability of the illness. From his humanistic point of view this attitude was unbearable for *Günter Ammon.* He maintained that even if schizophrenia was endogenous, we are not to treat human beings in this way, driving them mad by denying their healthy potenial and taking off them any hope. Precisely the unshakeable belief in the incurability of schizophrenia was not accepted at all by *Günter Ammon* and made him look for new ways. As he said himself, he naturally was not the first and only one, but nor one else followed the ideas of psychogenesis and multicausality of schizophrenia so consequently, obstinately and thoroughly. He revised the common idea of genetic causes of schizophrenia.

The intense brain research brought out that schizophrenia cannot be explained only by biological alterations. The longtime efficience of even the best psychopharmacological treatment confirmed *Ammons* doubts: Only with additional psychotherapy the recidive rate can be lowered from 54% to 20-25%. Patients' compliance with pharmacological treatment is bad, also due to somatic complications. Psychosocial stress and the group dynamics of family relations are of great importance for recidives, as a great number of studies all over the world showed. Nowadays classical psychiatry has fundamentally changed: A human attitude toward a schizophrenic patient is common, group and family therapy are integrated parts of treatment. Most medical students wish an additional psychoanalytic training. By a historical point of view one must admit, that not dynamic psychiatry is coming closer to classical psychiatry, but that classical psychiatry is undergoing a historic »catching-up ego-development« in *Ammon*'s words.

Certainly not only *Ammon* worked on the new paradigma of psychiatry. Single aspects of dynamic psychiatry can also be found in other theories, but

only in *Günter Ammon*'s concept they are all put together in such a consistent and holistic way. Other aspects still wait for their integration into classical psychiatry as for example the empiric measurements of ego-functions and the understanding of the archaic ego-diseases on a gliding spectrum. One may conclude how far *Günter Ammon* was ahead his time.

Literatur beim Verfasser

Adresse des Autors:

Prof. Dr. med. Dr. phil. Viktor D. Wied
W.M. Bechterew Psychoneurologisches Forschungsinstitut
ul. Bechterewa 3
193019 St. Petersburg
Rußland

Der mehrdimensionale Ansatz dynamisch-psychiatrischer Nachbehandlung***

Bernhard Richarz*, Thomas Hessel** (München)

Die Autoren beschreiben den Aufbau und wesentliche Merkmale der dynamisch-psychiatrischen Nachbehandlung. Sie beruht auf einem Bild des Menschen als eines mehrdimensionalen Wesens in Gesundheit und Krankheit und auf einem Krankheitsverständnis, das auch schwere psychiatrische Krankheitsbilder einschließlich der Psychosen für strukturell veränderbar hält. In der Regel erfolgt die nachstationäre Weiterbehandlung durch Gruppenpsychotherapie, welche je nach Indikation erweitert wird durch therapeutische Wohngemeinschaften, psychoanalytische Milieutherapie, humanstrukturelle Tanztherapie und Theatertherapie. Mit ihrem zentralen Anliegen der Identitätsentwicklung in der Gruppe unterscheidet sie sich nach Ansicht der Autoren grundsätzlich von der gängigen Praxis psychiatrischer Rehabilitation. Über die Persönlichkeitsentwicklung eines Patienten wirkt sie im Sinne der Prävention auch auf die ihn umgebenden Gruppen ein.

Das dynamisch-psychiatrische Modell der Nachbehandlung beruht auf einem Krankheitsverständnis, das auch schwere psychiatrische Krankheitsbilder einschließlich der Psychosen für strukturell veränderbar und psychotherapeutisch behandelbar hält (*Ammon, Burbiel* 1992). Anders als bei der psychosozialen Rehabilitation psychiatrischer Patienten wird nicht nur die Wiedereingliederung eines erkrankten Menschen in die Gesellschaft und die Verbesserung seiner Lebensqualität angestrebt, sondern darüber hinaus soll eine nachholende Persönlichkeitsentwicklung unter dem Gesichtspunkt der Identität die Voraussetzung schaffen für ein sinnhaftes und erfülltes Leben. Identität meint dabei die Fähigkeit eines Menschen, seine Lebenssituation entsprechend seinen Bedürfnissen und in Beziehung zu anderen Menschen zu gestalten und immer wieder neu zu verändern (*Ammon* 1982).

Im Mittelpunkt des Behandlungsangebotes der von *Günter Ammon* begründeten Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie steht die Entwicklung der Identität eines Menschen in Wechselwirkung mit den ihn umgebenden Gruppen. Der Mensch wird dabei als ein in Gesundheit und Krankheit mehrdimensionales Wesen verstanden (*Ammon* 1985, 1994c), das sich in verschiedenen Dimensionen, wie z.B. Sexualität, Arbeit, Körperlichkeit, Religiösität und Kreativität in einen in zwischenmenschlicher Begegnung entstehenden Raum entwirft. Krankheit im allgemeinen und psychische Erkrankungen im besonderen verstehen wir dabei als eine Einengung von Lebensmöglichkeiten. Sie sind Ausdruck destruktiver und defizitärer Gruppendynamiken, welche in frühester Kindheit erfahren und

* Dr. med., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalyse, Dynamisch-Psychiatrische Klinik Menterschwaige, München
** Rechtsanwalt, Trägerverein für Freie und Therapeutische Wohngemeinschaften der Dynamischen Psychiatrie, München
*** Vortrag gehalten auf dem Internationalen Symposium »Dynamische Psychiatrie heute« am 11. Mai 1996 in München in memoriam Prof. Dr. med. Günter Ammon

verinnerlicht wurden, so daß die Entwicklung einer gesunden Persönlichkeitsstruktur beeinträchtigt war.

Durch die dynamisch-psychiatrische Behandlung soll ein Patient aus den symbiotischen Verstrickungen und ödipalen Konflikten, die ihn bisher an einem Leben in gesunder Identität gehindert haben, herausgeführt werden. Im Spannungsfeld einer stützenden und fordernden Gruppendynamik sollen die Bereiche seiner Persönlichkeit nachholend entwickelt werden, die im bisherigen Lebenslauf aufgrund pathogener Gruppendynamik nicht entwickelt werden konnten. Eine Gesundung erfolgt, wenn die Persönlichkeitsstruktur eines Patienten durch die konstruktive Gruppendynamik der therapeutischen Situation allmählich verändert wird. Die Einsicht, die ein Patient im Verlauf des therapeutischen Prozesses gewinnt, bezieht auch sein Unbewußtes mit ein, da die Behandlung psychoanalytisch ausgerichtet ist, und läßt ihn seine Erkrankung als Teil seiner Lebens- und Beziehungsgeschichte verstehen.

Ob eine ambulante oder eine stationäre Behandlung angezeigt ist, hängt u.a. davon ab, welches Ausmaß das Defizit der Persönlichkeitsstruktur aufweist, wie groß ihre Integrationsfähigkeit ist und wie die aktuelle Gruppendynamik, in der ein Patient lebt, beschaffen ist. In der stationären Behandlung stellt die dynamisch-psychiatrische Klinik ein milieutherapeutisches Feld zur Verfügung, in dem Lebens- und Therapiesituation eins sind (*Ammon* 1959, 1994a, b). Ausgehend von einem Bündnis mit den immer vorhandenen konstruktiven Persönlichkeitsanteilen eines Patienten werden durch die unterschiedlichen therapeutischen Gruppen wie projektbezogene Milieutherapie, analytische Gruppenpsychotherapie und eine Vielfalt nonverbaler und körperbezogener Methoden Differenzierungsprozesse der Persönlichkeit in Gang gesetzt. Das therapeutische Team und die Mitpatienten übernehmen vorübergehend Hilfs-Ich-Funktionen, die im Verlauf des therapeutischen Prozesses vom Patienten in seine Persönlichkeitsstruktur integriert werden.

Eine Entlassung kann erfolgen, wenn ein Patient beginnt, seine Krankheit als ich-fremd zu empfinden und beziehungsfähig zu werden. Das verlangt die Fähigkeit, mit Hilfe einer ambulanten Psychotherapie das berufliche Feld, die Lebens- und Wohnsituation, Freundschaften und Interessen gestalten und therapeutische Bedürfnisse aus dem Alltag abgrenzen zu können.

Bereits vor der Entlassung erhalten die Patienten die Gelegenheit, die durch die stationäre Behandlung gewonnene Ich-Stärke und Gruppenfähigkeit außerhalb des beschützenden Klinikrahmens zu erproben. Während eines Zeitraums von drei Wochen lebt eine Gruppe von Patienten mit therapeutischer Begleitung in Paestum in Süditalien im Tagungszentrum der Deutschen Akademie für Psychoanalyse und gestaltet in Wechselwirkung mit den Gegebenheiten vor Ort Arbeit und freie Zeit nach eigenen Fähigkeiten und Bedürfnissen (*Fabian, Schanné* 1993).

Nach der Entlassung geschieht die ambulante Weiterbehandlung in der Regel durch Gruppenpsychotherapie zusammen mit Patienten, die zuvor

nie stationär behandelt worden sind. Um möglichst viele Dimensionen menschlichen Erlebens zu erfassen, legen wir Wert darauf, daß die therapeutischen Gruppen nicht nur nach Diagnosen, sondern auch nach Alter, Herkunft und Bildungsstand heterogen zusammengesetzt sind. Je nach dem Stand der individuellen Persönlichkeitsentwicklung geht es in der Gruppentherapie noch mehr um ein Wiedergutmachen real erlebter symbiotischer Defizite der frühesten Kindheit oder schon um die Bearbeitung ödipaler Konflikte, wobei die unterschiedlichen Ebenen auch ineinander übergehen können. Wesentlich ist immer die Integration von Bewußtem und Unbewußtem, von äußerem Geschehen und innerem Erleben, wobei der Therapeut je nach Gruppensituation das Schwergewicht seiner therapeutischen Arbeit mehr auf stützende Psychotherapie, Übertragungsanalyse oder Identitätsforderung legen muß.

Für Patienten, deren Persönlichkeitsstruktur noch zu defizitär ist, als daß sie sich selbst mit lebendigen Gruppen umgehen könnten, besteht die Möglichkeit, in einer therapeutischen Wohngemeinschaft zu leben. Über die übliche sozialpädagogische Betreuung hinausgehend, sind die Wohngemeinschaften für ihre Bewohner dazu da, neue Formen des Zusammenlebens zu entwickeln und mit anderen zusammen auszuprobieren (*Reitz, Schibalski, Zohner* 1985). Je nach Reife und Tragfähigkeit erhalten die einzelnen Wohngemeinschaften ein unterschiedliches Ausmaß an Unterstützung von der Begleitung bei Gründungsprozessen über die regelmäßige Supervision des Zusammenlebens durch ausgebildete Gruppendynamiker bis hin zur unmittelbaren milieutherapeutischen Gestaltung des Alltags (*Reitz* 1994). Eigentlich therapeutische Anliegen sollen außerhalb der Wohngemeinschaft in der Therapiegruppe aufgearbeitet werden; innerhalb der Wohngemeinschaft werden die Bewohner in ihren gesunden Persönlichkeitsanteilen angesprochen, was auch die Mitwirkung als Beirat in den Vorstandssitzungen des gemeinnützigen Trägervereins für die Wohngemeinschaften beinhaltet.

Die analytische Gruppenpsychotherapie wird bei vielen Patienten ergänzt durch zeitlich begrenzte milieutherapeutische Gemeinschaften (*Ammon* 1979), durch humanstrukturelle Tanztherapie (*Ammon* 1986, *Reitz* 1988, 1991, 1996) oder durch Theatertherapie (*Urspruch* 1993, 1996). Es werden dadurch nicht nur Bereiche unbewußten psychischen Erlebens in den therapeutischen Prozeß miteinbezogen, die sprachlich noch nicht mitgeteilt werden können, sondern es werden dadurch auch verschiedene Dimensionen menschlichen Lebens besonders berücksichtigt. So geht es beispielsweise in der psychoanalytischen Milieutherapie auch um die Bedeutung menschlicher Arbeit, um sinnhaftes Tun mit anderen zusammen und um die erfüllte Gestaltung der freien Zeit bis hin zu utopischen Phantasien alternativer Arbeitsgestaltung. Durch die humanstrukturelle Tanztherapie, bei der an die Stelle der verbalen Sprache die Sprache des Körpers und seiner Bewegung tritt, verändert sich Körperlichkeit und Körpererleben, erfolgt eine Kreativierung des gesamten Menschen, was sich auf

Unbewußtes und Phantasie ebenso auswirkt wie auf Sexualität und Gruppenfähigkeit.

Unbewußt werden die Patienten in den therapeutischen Gruppen immer wieder ihre pathogene Primärgruppendynamik darstellen. Wichtig dabei ist ein gruppendynamisches Arbeiten, das gerade Grenzpersonen als für die gesamte Gruppe bedeutsam einbezieht. Regelmäßig können wir erleben, daß die Symptomatik der zu ihrem Unbewußten besonders offenen psychotisch strukturierten Patienten sich rasch vermindert, wenn es gelingt, ihr Erleben in eine Gruppe zu integrieren. Sie können geradezu zum Gradmesser dafür werden, wie sehr eine Gruppe als Ganzes nach außen abgegrenzt und zu ihren unbewußten Phantasien nach innen geöffnet ist. In dem Maße, wie Patienten dann durch den therapeutischen Prozeß bewußt wird, daß sie sich selbst immer wieder aufgeben oder zu Außenseitern machen, können sie sich allmählich von ihrer verinnerlichten Psychodynamik lösen und sich auch aus der Therapie trennen.

Aufgabe des Therapeuten ist es, sich stets von Neuem zu bemühen, seine Patienten zu erreichen und zu verstehen, ebenso wie es Aufgabe der Patienten ist, sich immer wieder verstehbar zu machen. Ein Therapeut ist selbst auf eine Gruppe angewiesen, die ihm hilft, die heftigen Gefühle von Angst und Unsicherheit, von Wut und Trauer zu tragen, die seine Patienten auf ihrem Weg erleben. Große Bedeutung kommt auch der Selbsterfahrung des Therapeuten im Rahmen seiner Ausbildung zu, da sie die Voraussetzung darstellt, um einen kranken Menschen in seinem Leid wirklich verstehen zu können (*Burbiel* 1996). Denn es kommt nicht auf die richtige Handhabung therapeutischer Techniken an, sondern den Erfolg einer Behandlung bedingt die echte menschliche Begegnung von Therapeut und Patient; aus ihr werden beide verändert und bereichert hervorgehen.

Das Konzept der Mehrdimensionalität des Menschen in Gesundheit und Krankheit, wie es von *Ammon* 1994 zusammenfassend beschrieben wurde, und die dynamisch-psychiatrische Nachbehandlung unterscheiden sich grundsätzlich von Theorie und gängiger Praxis psychiatrischer Rehabilitation. Wir kritisieren vor allem deren einseitige Ausrichtung auf die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, die vielfach einer Ausbeutung von psychiatrischen Patienten durch Arbeitstherapie gleichkommt (*Richarz* 1991). So bedeutsam Arbeit für die Verwirklichung jedes einzelnen ist, so leiden Menschen nicht nur, wenn sie nicht arbeiten können, sondern vielmehr auch, wenn sie einsam sind, sexuelle Schwierigkeiten haben, keinen Interessen nachgehen können, wenn ihnen Sinn und Wert ihres Lebens fehlt.

Trauer, Einsamkeit und Verzweiflung gehören zu den Möglichkeiten menschlichen Erlebens und verlangen nach Mitmenschen, die bereit sind, sich davon berühren zu lassen. Die rasche Verordnung von Psychopharmaka, durch deren Einnahme psychiatrische Symptome zum Verschwinden gebracht werden sollen, halten wir für kontraindiziert und unethisch hinsichtlich einer wirklichen Heilung eines Kranken. Ihr liegt eine Welt-

anschauung zugrunde, die Leid nicht aushalten und nur dem Gesunden und Kräftigen den Wert zu leben zubilligen will; im nationalsozialistischen Deutschland führte die extreme Form einer solchen Ideologie zur Tötung von über 70 000 psychiatrischen Patienten (*Richarz* 1987). Im Versuch, menschliche Not durch Medikamente beseitigen zu wollen, wiederholen die betreffenden Ärzte in unbewußter Gegenübertragung die Primärgruppendynamik ihrer Patienten, deren persönlichem Erleben in der Kindheit keine Geltung zugebilligt worden war.

Die Lebensgeschichten psychiatrischer Patienten sind von klein auf von Gewalt, Mißachtung, Lieblosigkeit und Unverständnis gekennzeichnet. Mehr als in früheren Zeiten stammen sie aus Familien, die über den Spannungen und Konflikten der beteiligten Personen zerbrochen sind. Beziehungskonflikte der Eltern, die in der üblichen Kleinfamilie nicht gelöst werden konnten, führten dazu, daß sie in ihrer Kindheit ihnen wichtige Bezugspersonen verloren haben, ohne daß die damit verbundenen Gefühle und Phantasien zugelassen und bewältigt werden konnten. Vor dem gesellschaftlichen Hintergrund des Wandels familiärer Strukturen (*Reitz, Hessel* 1991; *Hessel* 1994) kommt einer psychiatrischen Behandlung nicht nur die Aufgabe zu, die früheren Verletzungen psychotherapeutisch aufzuarbeiten, sondern sie muß unseres Erachtens zugleich ein Modell zwischenmenschlichen Zusammenseins anbieten, bei dem die einzelnen Personen in ihrer Würde geachtet werden und bei dem Auseinandersetzungen nicht mit Verlassenheit gleichgesetzt werden müssen, sondern ausgetragen und überwunden werden können.

In der dynamisch-psychiatrischen Nachbehandlung kann die Gruppenpsychotherapie als ein Ort erlebt werden, der zugleich Kontinuität und Trennung als Voraussetzungen menschlicher Entwicklung ermöglicht. Die Menschen, die als psychiatrische Patienten zu Außenseitern ihrer jeweiligen Lebensgruppen geworden waren, erhalten ein inneres Vermögen, um Beziehungen nach ihren Wünschen gestalten und um aneinander gerade durch gemeinsam bewältige Schwierigkeiten reifen zu können. Indem die dynamisch-psychiatrische Nachbehandlung dazu beiträgt, wechselseitige Bindungen mit Fürsorge und Verantwortlichkeit für andere zu schaffen, wirkt sie nicht nur auf den einzelnen Patienten, sondern durch dessen Persönlichkeitsentwicklung auch auf die Menschen seiner Umgebung. Sie trägt damit zur Humanisierung des Zusammenlebens bei und ihr kommt auf diese Weise auch eine präventive Bedeutung zu.

The Multi-Dimensional Approach of Dynamic-Psychiatric After-Care

Bernhard Richarz, Thomas Hessel (Munich)

The authors describe the structure and the essential characteristics of the dynamic-psychiatric after-care based on *Ammon's* conception of men. Starting from his comprehension of illness guided by the conviction

that severe psychiatric illnesses including psychosis, are psychotherapeutically treatables the aim of the treatment is an identity and personality development which is followed by the reintegration of the patient in society. Whether outpatient or inpatient therapy is indicated depends on the extent of the deficiency in the personality structure of the patient, on his ability to integrate and on his present life and group-dynamic situation.

The inpatient treatment takes place in various therapeutic groups as in project centered milieu therapy, analytic group psychotherapy and in the non-verbal and bodycentered therapy forms. The patient can be discharged into an outpatient situation if he experiences his disease as ego-alien and if he has learned to establish relations, to settle his working environment, his living situation, to follow own interests and to limit his therapeutical needs in everyday life. Before discharges these abilities are being tested in Paestum/South Italy in an extramural therapy phase.

The outpatient treatment in therapy groups which should be heterogeneous as far as age, diagnosis, background and education are concerned is accompanied by milieutherapeutic communities, humanstructural dance therapy, or theatre therapy, for a restricted period of time. When required, the patient receives support in therapeutic living communities which develop and test new forms of living together apart from social care. It is the task of the therapist to try permanently to understand and reach his patient. An adequate training and a self-finding process make enable for the therapist to help his patient emotionally.

The dynamic-psychiatric after-care is characterized by a dynamic personality and identity development conception and is not an orientation merely towards reintegration of the person in his capacity for work. Early experienced personality traumata should not just be symptomatically coped with. Dynamic psychiatric treatment should offer a model for interhuman being together, in which conflicts are not equated with loneliness but dealt with and overcome. Through the development of his personality the very patient also influences his environment in a positive way. The dynamic-psychiatric after-care thus contributes to the humanisation of social existence and has a preventive influence.

Literatur

Ammon, G. (1959): Theoretical Aspects of Milieu Therapy. Bulletin of the Menninger School of Psychiatry (Topeka)
- (1979): Psychoanalytische Milieutherapie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie Bd. I (München: Ernst Reinhardt)
- (1982): Identität – ein Geschehen an der Grenze von Raum und Zeit. In: Dyn. Psychiat. (15) 114–128
- (1985): Der mehrdimensionale Mensch. In: Dyn. Psychiat. (18) 99–110
- (1986): Humanstruktureller Tanz – Heilkunst und Selbsterfahrung. In: Dyn. Psychiat. (19) 317–342
- (1994a): Milieu Therapy. In: Dyn. Psychiat. (27) 24–30
- (1994b): The Therapeutic Concept of the Dynamic-Psychiatric Hospital Menterschwaige. In: Dyn. Psychiat. (27) 31–34

– (1994c): Man as a Multidimensional Being in Health and Illness. In: Dyn. Psychiat. (27) 307–314
Ammon, G.; Burbiel, I. (1992): Grundzüge der klinischen Humanstrukturellen Psychotherapie. In: Dyn. Psychiat. (25) 1–22
Burbiel, I. (1996): Psychoanalytische Ausbildung in der Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (29)
Fabian, E; Schanné, U. (1993): Die Extramurale Stationäre Milieutherapie im Behandlungsspektrum der Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (26) 183–200
Hessel, T. (1994): The Interdependence of Family Law and Family Structure. Vortrag gehalten auf dem 10. Weltkongreß der WADP in St. Petersburg.
Reitz, G. (1988): Die Bedeutung der humanstrukturellen Tanztherapie für die Entwicklung der Liebesfähigkeit. In: Dyn. Psychiat. (21) 436–447
– (1991): Der therapeutische Prozeß eines Borderline Patienten im Feld von Gruppen- und Tanztherapie – ein kasuistischer Beitrag. In: Dyn. Psychiat. (24) 56–69
– (1994): Living Communities in the Spectrum of Treatment of Günter Ammon's Dynamic Psychiatry. In: Dyn. Psychiat. (27) 90–94
– (1996): Humanstrukturelle Tanztherapie und die Entwicklung von Körperlichkeit und Sexualität. In: Dyn. Psychiat. (29) 78–91
Reitz, G.; Hessel, T. (1991): Das Konzept der Familientherapie in der Dynamischen Psychiatrie Günter Ammons. In: Dyn. Psychiat. (24) 160–175
Reitz, G.; Schibalski, W.; Zohner, C. (1985): Freie und Therapeutische Wohngemeinschaften der Deutschen Akademie für Psychoanalyse. In: Franz Mehring Gesellschaft (Hrsg.): Wild und verschlafen – Jugend nach 1960 (Weingarten: Drumlin)
Richarz, B. (1987): Heilen, Pflegen, Töten. Zur Alltagsgeschichte einer Heil- und Pflegeanstalt bis zum Ende des Nationalsozialismus (Göttingen: Vandenhoek & Ruprecht)
– (1991): Kritik der psychiatrischen Rehabilitation aus dynamisch-psychiatrischer Sicht. In: Dyn. Psychiat. (24) 286–297
Urspruch, I. (1993): Theatertherapie – eine milieutherapeutische Erweiterung ambulanter Psychotherapie. In: Dyn. Psychiat. (26) 73–89
– (1996): Therapeutic Work with Actors at the Theatre Therapy of Dynamic Psychiatry and in the Russian Theatre Tradition by Stanislavsky. In: Dyn. Psychiat. (29) 69–77

Adressen der Autoren:

Dr. med. Bernhard Richarz
Orleansstraße 53
D 81667 München

Thomas Hessel
Arcisstraße 59
D 80799 München

Auf dem Wege zur Psychiatrie der Zukunft**

Andrzej Guzek (Warschau)*

Anliegen des Autors ist die Darstellung des aufgrund von gesellschaftlichen Wandlungsprozessen entstandenen Humanisierungsprozesses in Psychiatrie und Psychoanalyse. Dieser Prozeß fordert eine bedachte Rückkehr zu geschichtlichen, religiösen, philosophischen und kulturellen Kräften, die die Basis jeder menschlichen Entwicklung sind und dem Autor nach in die Behandlungsmethodik integriert werden müssen. Er bezieht sich schließlich auf das Menschenbild der humanstrukturellen Schule Günter Ammons, in der er seine Forderung nach Humanisierung in der Psychiatrie verwirklicht sieht. Ihren praktischen Ausdruck findet Ammons Theorie in der Behandlungskonzeption der dynamisch-psychiatrischen Klinik Menterschwaige.

»Hiatros philosophos isotheos...« (Ein Arzt, der Philosoph ist, gleicht den Göttern...«) *Hippokrates*

Das neue Zeitalter ist in diesem Vortrag als das kommende 21. Jahrhundert, als eine astronomische Zeitwende, die der Menschheit den Anstoß zum Wechsel ihrer Einstellung zu sich selber, ihrer Umwelt und dem All gegenüber gibt, zu verstehen. Diese symbolische Zeitgrenze bietet eine Gelegenheit, das Menschenbild, das Bild des Homo, oder anders gesagt unser Selbstbild aufs Neue zu überdenken. Nach dem besonders für Europa turbulenten 20. Jahrhundert, kommt die Zeit, wo man auf der Basis früherer Erfahrungen reflektieren kann, wohin wir alle weiter schreiten sollen.

Eine bisher nicht gekannte Entwicklung der euroamerikanischen Zivilisation auf der ökonomischen, wissenschaftlichen und technischen Ebene bietet uns unbegrenzte Möglichkeiten. Dieselbe Entwicklung aber bedroht uns zugleich mit vielen Gefahren, deren größte die Dehumanisierung des Lebens, eine Unterordnung des Menschen unter Technik, Wissenschaft, Ökonomie und Politik zu sein scheint. Die damit verbundenen Konsequenzen werden z.B. in dem Buch von *Neil Postman* »Technopoly, the Surrender of Culture to Technology« beschrieben. Das »Zauberlehrling-Syndrom«, bei dem die vom Menschen entfalteten Kräfte außer Kontrolle geraten, ist uns gut bekannt.

Es wundert nicht, daß sich die Psychoanalyse sowie andere Psychotherapieformen gerade in den am meisten entwickelten Ländern der Welt als Abwehr des Einzelnen gegen die seine Identität als Individuum bedrohenden Kräfte entwickelten. In diesem Sinne sind Psychiatrie und Psychotherapie zu einem philosophischen System geworden, welches das im 20. Jahrhundert ins Wanken geratene Menschenbild wiederaufbauen bzw. stärken sollte.

* Dr. med., Psychiater, Psychiatrischer Konsiliarius des Institutes für Tuberkulose und Lungenkrankheiten in Warschau, Vizepräsident der C.G. Jung Gesellschaft in Polen.

** Vortrag gehalten auf dem Internationalen Symposium »Dynamische Psychiatrie heute« am 11. Mai 1996 in München in memoriam Prof. Dr. med. Günter Ammon

Den Turbulenzen des 20. Jahrhunderts unterlag auch die Psychiatrie selbst. Manchmal führten sie in die Sackgasse, wie die Faszination der rein biologischen Ätiologie- und Behandlungskonzepte. Manche Ansätze hingegen haben, bedingt durch die Verfolgung der Psychoanalyse und der Psychoanalytiker in totalitären Gesellschaften, paradoxerweise zu deren Neuentwicklung, wie etwa in den USA, geführt.

Zu den größten Gefahren für die Weiterentwicklung der Psychiatrie in der Zukunft zählt aber ihre bewußte oder unbewußte Unterordnung unter die Regeln der Gesellschaft, vor der die Antipsychiater so dramatisch ihrerzeit gewarnt haben. Es besteht die Gefahr, daß die dem Menschen dienen sollende Psychiatrie selbst »entmenschlicht« wird. Dieser Tendenz zum biologischen sowie sozialen, die menschliche Identität den Gesetzen einer kranken Gesellschaftsgruppe unterordnenden Reduktionismus muß der Humanismus in der Psychiatrie entgegengestellt werden, damit die Menschenwürde vor Vernichtung verteidigt wird.

Das neue Zeitalter bedeutet außerdem eine Integration von moderner und traditioneller Wissenschaft, von intuitiver und rationeller Erkenntnis. Es bedeutet auch eine Rückkehr zu den »Wurzeln« europäischer sowie außereuropäischer Kultur und Tradition.

Alle diese Elemente sind für die Psychiatrie besonders wichtig, da sie selbst erst in den letzten zwei Jahrhunderten entstanden ist und als Teil der Medizin industrialisierter Länder mit der uralten Tradition der Ganzheitlichkeit als Einstellung dem Menschen gegenüber gebrochen hat. Die Tatsache, daß die Psychiatrie in vielen Ländern immer noch formell aus der Medizin ausgegrenzt bleibt, spricht noch deutlicher für diese Feststellung. Die Entwurzelung, Eindimensionalität und Fragmentierung der Medizin und Psychiatrie führt zusätzlich zu deren Dehumanisierung.

Eine bedachte und rationale Rückkehr zur Geschichte, Religion, Philosophie und Kultur als wesentliches Element der menschlichen Entwicklung sowie der durch die neuen Kommunikationsmittel ermöglichte Kontakt mit anderen Kulturkreisen können eine Basis für eine gelingende humanstrukturelle Entwicklung des modernen Menschen bilden. Dieselben Elemente müssen auch deshalbin die Behandlungsmethodik der Psychiatrie integriert werden.

Wie identitätstötend die auf die Anpassung des Patienten an die Regeln der Gesellschaft und auf die eindimensionale Beseitigung der sog. psychopathologischen Symptomatik ausgerichtete Behandlungsmethodik der Schulpsychiatrie sein kann, beweisen weltweit die Schicksale der in den üblichen psychiatrischen Anstalten verweilenden Patienten.

Wenn eine psychiatrische Schule nicht der gesellschaftlichen Anpassung der Patienten dienen will, wenn sie und ihre Mitarbeiter nicht zu Komplizen der kranken Gesellschaft, zu einer »soft police«, werden wollen, wird sie von der echten Polizei und Gesundheitsbehörde angegriffen und überfallen, wie die Klinik Menterschwaige am 10. Dezember 1985.

Brechen die Behandlungsmethoden noch weitere soziale Tabus, wird die Schule samt ihren Mitarbeitern vernichtet. Sogar der Name und die Existenz ihrer Leiter wird aus den Lehrbüchern der Psychiatrie gestrichen, wie es der tragische Fall von *Wilhelm Reich* zeigt, der physisch von der bürgerlichen Gesellschaft vernichtet einsam im amerikanischen Gefängnis starb. Abgesehen davon, welche Stellung man den Theorien von *Reich* einräumt, muß man gestehen, daß er in einem bestimmten Sinne ein Kämpfer für die Menschenwürde, ein Humanist und Philosoph gewesen ist. Es ist noch hinzuzufügen, daß *Reich* in seiner Orgon-Theorie als erster von *Freuds* Schülern von der klassischen Trieblehre Abschied genommen hat und auch als erster das in der Psychotherapie herrschende Tabu gegenüber der Bedeutung des Körpers und seiner Behandlung gebrochen hat.

»Das neue Bewußtsein sieht den Menschen in Entwicklung mit einem zu entdeckenden schöpferischen, menschlichen und biologischen Potential, mit dem sich der heilende Therapeut verstehend verbünden kann. Der Heilende wird aus der Geschichte alter Zeiten und anderer Kulturen lernen können, und er wird gesellschaftliche Prozesse historischer und aktueller Art, in denen er selber teilnehmend steht, nie aus dem Auge lassen können«, schrieb *Günter Ammon* in seinem 1986 erschienenen Buch »Der mehrdimensionale Mensch«. Und weiter: ... »statt Beschäftigung mit nur den kranken Anteilen des Menschen wird wichtiger die Entdeckung und Entwicklung kreativer und gesunder Persönlichkeitsanteile und ein therapeutisches Bündnis mit diesen; statt der Behandlung von Krankheit die Behandlung des krank gewordenen Menschen; statt des Schwerpunktes medizinisch-medikamentöser Behandlung der Schwerpunkt auf psychotherapeutische Methoden; statt eines Eklektizismus von therapeutischen Maßnahmen die Integration therapeutischer Methoden; statt Konkretismus Metaphorik; statt kausalem Denken sinnhaftes Denken; statt Reduktionismus Ganzheitlichkeit...« In dieser Aussage konzentriert sich die leitende Idee der humanstrukturellen Psychiatrie *Ammons*.

Die *Ammon*sche Psychiatrieschule ist auf der Basis mehrdimensionaler, humanistischer Ausbildung (Medizin, Philosophie, Anthropologie und Archäologie) und transkultureller Erfahrungen ihres Gründers entstanden. Diese Basis ist zusätzlich durch wissenschaftlichen Kontakt mit europäischen und außereuropäischen psychoanalytischen Schulen erweitert worden. »Reimportiert« nach Deutschland aus den USA fand diese Psychiatrie in den besonderen Zeiten nach der Studentenrevolte des Jahres 1968 ihre Anerkennung, was m.E. ein direkter Ausdruck für ihre Fortschrittlichkeit war. Auch wollte sie laut *Ammon* in dem Gründungsaufruf der Deutschen Akademie für Psychoanalyse vom 14.12.1969»...nicht im Gewande der Vereinsbürokratie die viktorianische Entstehungssituation der Psychoanalyse perpetuieren...« und tat es tatsächlich nicht.

Es erscheint nicht sinnvoll, hier die Entwicklung der *Ammon*schen Schule, die uns gut bekannt ist, von Beginn an aufzuzeigen. Ihre Umstrittenheit und der Widerstand gegen sie seitens des psychiatrischen

»Establishments« zeigen am deutlichsten, daß sie, um einen musikalischen Vergleich zu benutzen, die «richtige Saite« schlug, was durch ihre quantitative und qualitative Entwicklung zu beweisen ist.

Zu den größten Errungenschaften der humanstrukturellen Schule *Ammons* ist vor allem die Gründung der Klinik Menterschwaige zu zählen. Ein Behandlungszentrum aufzubauen, in dem in einem therapeutischen Milieu so vielfältige, multidimensionale Behandlungsmethodik integriert und angewandt wird, bedeuet trotz aller Entwicklung in der üblichen Psychiatrie, die inzwischen stattgefunden hat, eine Seltenheit in der ganzen Welt. Nicht ohne Grund ist diese Klinik oftmals als »Verwirklichung einer Utopie« beschrieben worden und zwar nicht nur von besuchenden Psychiatern und Wissenschaftlern, sondern, was wichtiger ist, von den Patienten der Klinik selbst.

Im Klinikmilieu, in dessen Mittelpunkt die milieutherapeutische Projektarbeit steht, wird gezeigt, wie man dem Menschen durch Tätigsein in einer Gruppe die in der Gesellschaft bzw. krankmachenden Familie entzogene Würde zurückgibt.

Die Entwurzelung des Menschen, die Dehumanisierung seines Lebens und seiner Arbeit durch eine ihrerseits dehumanisierte Gesellschaft, sowie der Druck einer totalen Anpassung und Unterordnung unter Gesellschaftsregeln, die mehr Wert legen auf »Erfolg «, und »Haben« als aufs »Sein« (nach *Fromm),* führen zur Entstehung der Borderline-Störung, die zu einem der häufigsten zeitgenössischen psychiatrischen Probleme euroamerikanischer Gesellschaften geworden ist. Es ist also nicht verwunderlich, daß die *Ammon*sche Psychiatrie gerade aus diesem Grund die besten Erfolge bei den Patienten erreichte, die von anderen Psychiatrieschulen als »unbehandelbar« galten.

Einer vielfältigen, nachholenden Entwicklung des Menschen, die das Hauptziel der *Ammon*schen Therapie bildet, dienen auch breite Kontakte mit anderen Ländern, Religionen, Philosophien, die in das therapeutische Geflecht miteinbezogen werden. Auch die breit gefächerten Therapieformen, wie Mal-, Musik-, Tanz- und Theatertherapie u.a. unterscheiden die Schule *Ammons* von vielen anderen und zwar durch ihren Wert und ihre Bedeutung für die Humanentwicklung.

Diese, zugleich in der Theorie sowie in der Praxis verwirklichte, Integration der humanistischen Behandlungsmethoden bildet den zeit- und raumüberschreitenden Nachlaß *Ammons* für uns und kommende Generationen. Sein Werk wird noch lange die Entwicklungsrichtungen für die Psychiatrie der Zukunft vorgeben.

An die Therapeuten hat *Ammon* mit Recht hohe Anforderungen gestellt. Als grundlegende Voraussetzungen, um eine humanistische Therapie verwirklichen zu können, nennt er: »...Zuverlässigkeit, Fürsorgefähigkeit, Kontakt- und Beziehungsfähigkeit, d.h., die Fähigkeit, andere Menschen tragen zu können, auch für längere Zeiträume, Fähigkeit zu Verspieltheit, Humor, Kritikfähigkeit, Lernfähigkeit, Freiheit von gesellschaftlichen

Klischeevorstellungen, Offenheit für Unerwartetes und Interesse am Menschen...« (*Ammon* 1986).

Towards a Psychiatry of the New Age

Andrzej Guzek (Warschau)

The 20th century to come has to be considered as a New Age, which means also a turning point that gives mankind an opportunity to reflect on itself, on its basis and its environment. On the one side, the development of economy, science and technology reveals unlimited possibilities to mankind, on the other side, however, it clearly means a danger that threatens it by the inhumanisation of life itself, and subordination of humanity under technology, economy and science.

It is not in vain that psychiatry, psychoanalysis and other forms of psychotherapy have been originated and developed in order to protect the human being and its identity as an individual against the forces that are menacing it. In this sense a humanistic psychiatry and psychoanalysis have to evolve a concept to strengthen the idea of mankind that has started to become inconstant. Humanism in psychiatry, as in therapy in general, therefore, is a requirement by which a subordination under the dictates of society can be prevented. The New Age also includes an integration of modern and traditional science, culture and tradition, as well as a return to history, religion, philosophy and culture, which have to be integral parts of the treatment methods of psychiatry. This challenge for a humanistic therapy has been realised in the humanstructural school of *Günter Ammon;* it considers »human being developing itself with a creative, human and biological potential to discover, which the curing therapist can understandingly form an alliance with« (*Ammon* 1988). One of numerous achievements is the Menterschwaige Hospital, in the therapeutical milieu of which manifold, multidimensional treatment methods are integrated and applied – painting, music, horseriding and theatre-therapy among others – which are of use for the development of the patient.

In the opinion of the author this integration, being realized in the theory as well as in the practice of the humanistic treatment methods, actually build *Ammon's* time-and-space-transcending legacy.

Literatur

Ammon, G. (1986): Der mehrdimensionale Mensch (München: Pinel)
– (Hrsg.) (1995): Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry (28) 133–387
Capra, F. (1987): Punkt zwrotny (Warszawa: PIW)
Meyer-Steineg, S. (1950): Geschichte der Medizin (Jena: Fischer)
Postman, N. (1995): Technopol. Triumf. techniki nad kultura (Warszawa: PIW)

Reich, W. (1995): Mordery Chrystusa (Warszawa: Santorski & Co.)
Roback, A.A. (1961): History of Psychology and Psychiatry (New Work: The Free Press)
Wyss, D. (1977): Die tiefenpsychologischen Schulen von den Anfängen bis zur Gegenwart (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht)

Adresse des Autors:

Dr. med. Andrzej Guzek
Klinik für Psychiatrie
der Warschauer Medizin-Akademie
Dunikowsdkiego 42
02-784 Warszawa
Polen

Die Bedeutung der Case-Konferenz in der stationären humanstrukturellen Psychotherapie***

Margit Schmolke*, Monika Dworschak** (München)

Die von Günter Ammon entwickelte Form der Case-Konferenz wird in ihrer klinischen Anwendung in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik beschrieben und in den Gesamtkontext der aktuellen Literatur gestellt. Von besonderer Bedeutung ist dabei die psychoanalytische Tradition. Charakteristisch für Ammons Ansatz neben dem diagnostischen Erkenntnisgewinn sind die Nutzung gruppendynamischer Prinzipien sowie unbewußter Widerspiegelungsphänomene, die aktive Beteiligung des Patienten, Stärkung der gesunden und kreativen Potentiale sowie die Entwicklung einer Zukunftsdimension gemeinsam mit den Patienten.

Eine Übersicht über die Literatur zum Thema Case-Konferenz der letzten 20 Jahre, die überwiegend aus den USA und Großbritannien stammt, zeigt folgende klinische Anwendungsbereiche: Kinderpsychiatrie und Pädagogik, stationäre Psychiatrie und Psychotherapie, Geriatrie, Onkologie, Psychosomatik und Allgemeine Medizin. Case-Konferenzen werden genutzt

- für Diagnostik, Therapieplanung und Prognostik (u.a. *Deter* et al. 1994, *Boglow* 1990),
- zur Vernetzung unterschiedlicher Institutionen und Berufsfelder (*Ozbayrak, Coskun* 1993; *Frothingham* 1994),
- als Lernmöglichkeit in Ausbildung und Supervision (*Weber* et al. 1995; *Swiller, Davis* 1992),
- als Möglichkeit zur Verbesserung der Therapeut-Patient-Beziehung und in der Frage nach der ethischen Grundhaltung des Therapeuten (*Vanderforth* et al. 1992),
- im Bereich der Forschung zum Studium unbewußter, gruppendynamischer, kommunikativer Prozesse unter Berücksichtigung kultureller und institutioneller Rahmenbedingungen (*Marks* 1994, 1995) und
- für die Gesundheitsprophylaxe (*Klein* 1992, *Fischer* et al. 1995)

McNamara (1973) beschreibt als Grundmerkmale von Case-Konferenzen, daß sie

1. in regelmäßigen Intervallen mit einer großen Anzahl an interdisziplinären Stabmitgliedern stattfinden;
2. eine kontinuierliche Präsentation von Einzelfällen im Zentrum steht und
3. die interdisziplinäre Datenpräsentation und Diskussion zu diagnostischen Entscheidungen mit oder ohne Behandlungsplanung führt. Der

* Dipl. Psych., Klinische Psychologin/Psychotherapeutin (BDP), Psychoanalytikerin (DAP), Milieutherapeutin in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, München
** Dipl. Psych., Klinische Psychologin/Psychotherapeutin (BDP), Milieutherapeutin in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, München
*** Vortrag gehalten auf dem Internationalem Symposium »Dynamische Psychiatrie heute« am 11. Mai 1996 in München in memoriam Prof. Dr. med. Günter Ammon

Autor kritisiert, daß Informationsgewinn und Kostenaufwand in keinem ausgewogenen Verhältnis stehen und der Ausbildungsgewinn für Studierende und Team fragwürdig sei.

In der Tradition der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie und Psychiatrie wurden »parallel processes« (*Sigman* 1985) beschrieben, die in Einzelsupervisionen beobachtet wurden (vgl. *Searles* 1965; *Arlow* 1963; *Sachs, Shapiro* 1976; zit. nach *Sigman* 1985). *Sigman* beschreibt den Parallelprozeß als eine Form von Gegenübertragung, in der der berichtende Therapeut, ohne dies bewußt wahrzunehmen, sich entsprechend den Projektionen seines Patienten verhält. Die Autorin bezieht sich dabei auf *Grinbergs* Konzept der projektiven Gegenidentifikation (1962, zit. nach *Sigman* 1985). Sie beschrieb erstmalig das Auftreten von Parallelprozessen in Case-Konferenzen im stationären Bereich (1989), d.h. daß die Patient-Therapeut-Interaktion sich unbewußt wiederherstellte durch den Therapeuten und die Gruppenmitglieder der Case-Konferenz. Dabei verwendet sie den Begriff der »unbewußten Wiederholung«.

Sachs und *Shapiro* (1974, 1976) setzten in einem Pilotprojekt die Case-Konferenz begleitend zu einer psychoanalytischen Behandlung ein als Lernfeld für Ausbildungskandidaten. Dabei sollten diese ihre Gefühle und subjektiven Eindrücke äußern zu dem Bericht des behandelnden Therapeuten. Ein wichtiges Lernziel war dabei, eigene unbewußte Annahmen und Erwartungen, die die Behandlung betreffen, kennenzulernen und bewußt zu machen. So wie die eigene Lehranalyse ein emotionales Lernfeld darstellt, so kann nach Ansicht der Autoren die klinische Case-Konferenz eine wichtige Erfahrung für Ausbildungskandidaten sein, um die Prinzipien einer analytischen Psychotherapie zu verstehen.

Bereits in der ersten Dynamisch-Psychiatrischen Klinik in Obermenzing (1975–1979) und später ab 1979 in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige führte *Ammon* die Case-Konferenz als diagnostisches und therapeutisches Instrument ein. Wie bereits 1994 auf dem St. Petersburger Kongreß der DAP und WADP von *Ammon* und uns beschrieben (*Ammon, Dworschak, Schmolke* 1995) wird im Rahmen der stationären Psychotherapie für jeden Patienten nach ca. drei Monaten eine mehrstündige Case-Konferenz abgehalten. In diese fließen ein: die ausführlichen diagnostischen Aufnahmeuntersuchungen von Psychiater, Psychologe, Internist und Sozialarbeiter und die Berichte über den bisherigen Behandlungsverlauf in verschiedenen therapeutischen Settings. Anläßlich der Case-Konferenz werden erneut testpsychologische Untersuchungen durchgeführt, die mit dem Patienten selbst besprochen werden. Von zentraler Bedeutung sind die direkten Beobachtungen des Patienten im Alltag der Klinik und sein Verhalten in verschiedenen Behandlungssituationen; im Vordergrund steht dabei die Milieutherapie.

Alle beteiligten Therapeuten berichten aus ihrer Sicht über die Entwicklung des Patienten. Die Potentiale, Stärken und Fähigkeiten im Sinne einer »Gesundheitsdiagnostik« sind von besonderem Interesse im Hinblick auf

die Zukunftsperspektiven des Patienten nach seiner Entlassung. Stagnationen, Fortschritte, Brüche, Arretierungen müssen verstanden werden, um den Behandlungsprozeß zu evaluieren: Reicht das Behandlungssetting aus? Wurde der Patient wirklich in der Tiefe verstanden? Existiert ein tragfähiges therapeutisches Bündnis zwischen dem Patient und den Therapeuten? Wird der Patient in seinen gesunden Persönlichkeitsanteilen und seinen realen Fähigkeiten genügend gefordert und gefördert? Inwieweit ist es gelungen, die Arbeit mit den Angehörigen des Patienten in den Behandlungsprozeß zu integrieren?

Die Aufnahmediagnose wird von der Therapeutenrunde evaluiert, diskutiert und, wenn nötig, korrigiert. *Ammon* (1959) spricht von »diagnosing process« im Verlauf der Behandlung. Theoretisch wird in unserer Schule angenommen, daß es sich dabei um Identitätstherapie handelt (*Ammon* 1982), die eine strukturelle Veränderung der Persönlichkeit zum Ziel hat und nicht eine bloße Beseitigung der Symptomatik. In der Konsequenz heißt dies, daß der Patient im zentralen unbewußten Kern seiner Persönlichkeit berührt werden sollte und darauf aufbauend eine nachholende Ich-Entwicklung (*Ammon* 1979) erfahren kann.

Ausgehend von seinen Erfahrungen in der Menninger Foundation (1956–1965) nutzte *Ammon* in Kontrollgruppen und Case-Konferenzen das von ihm so bezeichnete *Ekstein-Wallerstein*sche Gesetz (*Ammon* 1979), wonach Erkenntnisse über Patienten aufgrund unbewußter Widerspiegelungsprozesse gewonnen werden können. Das Weiterführende in *Ammons* Konzept ist, daß sich nicht nur die Interaktion der Patient-Therapeut-Dyade, sondern gesamte Gruppendynamiken widerspiegeln können. Ein jeder Patient zeigt sich in den verschiedenen Feldern der Klinik in unterschiedlicher Art und Weise. Über die Berichte der einzelnen Therapeuten aus den jeweiligen Feldern und durch unbewußte Identifikation mit dem Patienten stellt sich in der Case-Konferenz die aktuelle Gruppendynamik um den Patienten wieder her. Durch Reflexion von Übertragungsmanifestationen des Patienten im Gesamtfeld der Klinik, durch Erkennen von realem Beziehungserleben sowie der Gegenübertragungsgefühle der Therapeuten kann auf Aspekte der frühen Primärgruppendynamik des Patienten rückgeschlossen werden.

Nach einer ausführlichen Diskussion der Expertenrunde wird der Patient selbst in die Konferenz gerufen, in der Regel begleitet von ihm nahestehenden Mitpatienten. Die Auswahl der Mitpatienten gibt weitere Aufschlüsse über Facetten des Patienten selbst, z.B. drückt ein Mitpatient die erotischen und kreativen Seiten aus, ein anderer Patient die Unfähigkeit, Gefühle zu verbalisieren, wieder ein anderer die intellektuellen Fähigkeiten. Eine solche Aufsplitterung einzelner Persönlichkeitsbereiche zeigt sich oft in Case-Konferenzen mit Borderline-Patienten. Mit dem Patienten werden die Ergebnisse der Case-Konferenz besprochen, Schwerpunkte in der weiteren Therapie gesetzt, der Patient selbst wird insbesondere zu seinen eigenen Zukunftsvorstellungen befragt und gemeinsam mit ihm realistische

Planungen entwickelt. Dabei sind die Mitpatienten oft von großer Hilfe, indem sie ihre Wahrnehmungen und Einschätzungen über den Patienten einbringen. Oftmals stellt die Case-Konferenz im Behandlungsverlauf eine Zäsur oder einen Wendepunkt für den Patienten dar. Er wird mit seiner Problematik und seinen Potentialen gespiegelt durch die vielfältigen Sichtweisen der Beteiligten. Insofern hat eine Case-Konferenz auch therapeutische Wirksamkeit. Der Leiter der Case-Konferenz, ein erfahrener Psychoanalytiker, der nicht direkt in den Behandlungsprozeß involviert ist, hat die zentrale Aufgabe der Integration, d.h. alle Informationen sozusagen mit dem dritten Ohr aufzunehmen und auf einer übergeordneten Ebene zusammenzufassen. Für die beteiligten Therapeuten und Mitarbeiter stellt die Case-Konferenz ein emotionales und kognitives Lernfeld dar. Sie ist in diesem Sinne auch eine Supervisionsgruppe und bietet ein vielfältiges Ausbildungsforum.

Es ist *Ammons* Verdienst, der Case-Konferenz in der stationären humanstrukturellen Psychotherapie einen zentralen Stellenwert für psychoanalytisch fundierte Diagnostik und Therapie zuerkannt zu haben. Insbesondere hat er das gruppendynamische Prinzip genutzt, um Erkenntnisse über die bewußten und unbewußten Dynamiken eines Patienten zu gewinnen. Hervorzuheben ist die aktive Beteiligung des Patienten und der Mitpatienten im Sinne von Hilfstherapeuten, wodurch eine partnerschaftliche therapeutische Grundhaltung deutlich wird. Die Stärkung der gesunden Anteile und kreativen Potentiale des Patienten sowie die Entwicklung einer Zukunftsvision gemeinsam mit dem Patienten sind notwendig, um der Krankheit ihre lebenseinengende Bedeutung zu entziehen. Dieser therapeutische Optimismus, der Glaube an Entwicklungsmöglichkeiten in jedem Menschen mit Blick auf eine an seinen Bedürfnissen orientierte Zukunft sind immer zentral gewesen in *Ammons* Denken.

The Significance of Case Conferences in Inpatient Humanstructural Psychotherapy

Margit Schmolke, Monika Dworschak (Munich)

A survey of literature on the topic of case conference during the past 20 years, which predominantly stems from the USA and Great Britain, shows the following fields of application: child psychiatry and pedagogics, psychiatry and psychotherapy, geriatrics, oncology, psychosomatics and general medicine. Case conferences are used:

- in diagnosis, therapy planning, and prognosis,
- as cooperation of different institutions and professions,
- for education and supervision,
- as a possibility for improving the therapist-patient relationship and the basic ethical attitude of the therapist,

- in the field of unconscious, group dynamic and communicational processes under consideration of the cultural and instutional framework,
- for health prophylaxis.

In the tradition of psychoanalytically oriented psychotherapy and psychiatry, »parallel processes« (*Sigman* 1985) were observed in individual supervision. *Sigman* describes the parallel process as a form of a countertransference in which the reporting therapist behaves, without consciously realizing it, in accordance to the patient's projections. *Sigman* (1989) describes the appearance of parallel processes in case conferences in inpatient psychotherapy and uses the term of »unsonscious repetition«. *Sachs* and *Shapiro* (1974, 1976) use case conferences for training purposes to learn to know the own unconscious assumptions and expectations of the trainees. Thus, the clinical case conference can be an important experience in order to understand the principles of analytical psychotherapy.

In the first Dynamic Psychiatric Hospital in Obermenzing (1975-1979) and later, since 1979, in the Dynamic Psychiatric Hospital Menterschwaige, *Ammon* introduced the case conference as a diagnostic and therapeutic instrument. In the case conference the following items are discussed: a detailed diagnostic investigation at admission by psychiatrists, psychologists, specialists in internal medicine, social workers, and the reports on course of treatment in different therapeutic settings. On the occasion of the case conference test-psychological investigations are accomplished. The direct observation of the patients in their daily life in the hospital is of central significance, just as their behaviour in different treatment situations. The milieu therapy is of outstanding importance. After an intensive discussion of all informations and findings, the patient himself is asked to attend the conference together with co-patients, to present his own ideas about future aims, wishes for change in the therapy, etc. Of special interest are also the perceptions and contributions of the co-patients.

Deriving from his experiences in the Menninger Foundation (1956–1965) in this context *Ammon* (1979) described the unconscious reflecting processes he observed in control groups and case conferences as the *Ekstein-Wallerstein*-law. New in *Ammon's* concept is that total group dynamics can be reflected and not only the dyadic interaction between patient and therapist. Through the reports of the different therapists and through unconscious identification with the patient, the actual group dynamics around the patient in the context of the hospital is reflected in the case conference. The reflection of transference manifestations of the patient, the recognizing of real relationship experiences as well as countertransference feelings of the therapists give hints on aspects of the early primary group dynamics of the patient.

It is *Ammon's* specific contribution that he gave the case conference a central meaning for psychoanalytic diagnostic and treatment in inpatient humanstructural psychotherapy. He used in particular the group-dynamic principle to gain findings about the conscious and unconscious

dynamics of the patient. One must emphasize that the fact that the patient and co-patients participate actively the case conference, shows a therapeutic partnership attitude. The strengthening of the healthy parts and creative potentials, and the developing of a future vision together with the patient, are necessary to remove the life-restricting power of disease. This therapeutic optimism, the belief in developmental possibilities inherent in every person, together with the perspective of a need-oriented future, have been always central in *Ammon's* thinking.

Literatur

Ammon, G. (1959): Theoretical Aspects of Milieu Therapy. The Menninger School of Psychiatry. Topeka, Kansas and Pinel Publ., Berlin 1977

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

– (1982): Das sozialenergetische Prinzip in der Dynamischen Psychiatrie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Band 2 (München: Ernst Reinhardt)

Ammon, G.; Dworschak, M.; Schmolke, M. (1995): The Case Conference as an Integrative Moment in Diagnosis and Psychotherapy. In: Dyn. Psychiat. (28) 43–49

Baglow, L.J. (1990): A multidimensional model for treatment of child abuse: A framework for cooperation. In: Child Abuse and Neglect (14) 387–395

Deter, H.C.; Herzog, W.; Manz, R. (1994): Werden Anorexia nervosa-Patienten seelisch wieder gesund? Ergebnisse einer 12-Jahreskatamnese von 103 Patienten. In: Z. Psychosom Med Psychoanal (40) 155–173

Fischer, T.; Miller, L.B.; Sinclair, I. (1995): Which children are registered at case conferences? In: Brit J Soc Work (25) 191–207

Frothingham, T.E. (1994): The British Case Conference in child sexual abuse: Another model for America. In: Child Abuse and Neglect (18) 103–106

Klein, H. (1992): Therapist-initiated patient transfer in the residency training setting. In: Academic Psychiatry (16) 37–43

Marks, D. (1994): Working together? Defending against anxiety and conflict in education case conferences. In: Therapeutic Care and Education (3) 254–269

Marks, D.; Burman, E.; Burman, L.; Parker, I. (1995): Collaborative research into education case conferences. In: Educational Psychology in Practice (11) 41–48

McNamara, J.R. (1973): The Clinical Case Conference Reconsidered. In: Am J Psychiatry (130) 1153–1154

Ozbayrak, K.-R.; Coskun, A. (1993): Attitudes of pediatricians toward psychiatric consultations. In: General Hospital Psychiatry (15) 334–338

Sachs, D.M.; Shapiro, S.H. (1974): Comments on Teaching Psychoanalytic Psychotherapy in a Residency Training Program. In: The Psychoanalytic Quarterly (43) 51–76

– (1976): On Parallel Processes in Therapy and Teaching. In: The Psychoanalytic Quarterly (45) 394–415

Sigman, M. (1985): The parellel processing phenomenon in the supervisory relationship – A therapist's view. In: Current Issues in Psychoanalytic Practice (2) 21–31

– (1989): Parallel Process at Case Conferences. In: Bulletin of the Menninger Clinic (53) 340–349

Swiller, H.I.; Davis, K.L. (1992): Continuing education in psychotherapy as a method to attract and involve voluntary faculty in an academic department of psychiatry. In: Academic Psychiatry (16) 186–191

Vanderford, M.L; Smith, D.H.; Harris, W.S. (1992): Value identification in narrative discourse: Evaluation of an HIV education demonstration project. In: J Applied Communication Research (20) 123–160

Weber, R.L.; Costikyan, N.; Fales, H.; Morgan, S. (1995): An observation and group dynamics model for teaching psychoanalytic psychotherapy. In: Academic Psychiatry (19) 12–21

Adresse der Autorinnen:

Dipl. Psych. Margit Schmolke
Dipl. Psych. Monika Dworschak
Dynamisch-Psychiatrische
Klinik Menterschwaige
Geiselgasteigstraße 203
D-81545 München

Zur Verschränkung von Gesellschaftlichem und Persönlichem – Günter Ammon und Paul Parin**

Dörte Griepenstroh-Schmidt (München)*

Anknüpfend an Positionen Günter Ammons aus den späten 60er Jahren greift die Autorin das Thema der Verschränkung von Gesellschaftlichem und Persönlichem als relevant für die Theorienentwicklung der Dynamischen Psychiatrie heute auf. Sie erinnert an die Bedeutung der Begriffe »Emanzipation«, »Anpassung«, »Macht« und »Herrschaft« für die Entwicklung von Ammons Aggressionslehre und erläutert den ethnopsychoanalytischen Ansatz als Weiterentwicklung psychoanalytischer Kulturtheorie und Parins Konzeption einer Gesellschaftskritik im Deutungsprozeß.

»...jede Anpassung ist partieller Tod, Aufgeben eines Teiles der Individualität...« (Ferenczi, 1931, S. 248)

Die Verschränkung von Gesellschaftlichem und Persönlichem findet sich in jedem einzelnen Individuum, das neben dem Kind seiner Familiengruppe ja auch ein Kind seiner Zeit ist, das sowohl durch das eine, wie durch das andere, eine Prägung erfährt. Darüberhinaus hat dies Thema für die Psychoanalyse eine Bedeutung, wenn es um Kulturtheorie und Kulturkritik geht.

Emanzipation gegenüber Anpassung waren Begriffe, in deren Spannungsfeld *Günter Ammon* den Grundstein zum Human-Struktur-Modell legte, gruppenpsychotherapeutische und gruppendynamische Studien erstellte, Konzeptionen entwickelte und sich mit dem Begriff der Identität auseinanderzusetzen begann. »Herrschaft und Aggression sind offensichtlich miteinander verflochten. ... Die zunehmende Destruktion zeigt dabei nicht nur die Krise des bisherigen Herrschaftssystems an, sie signalisiert zugleich das Bewußtwerden eines Bedürfnisses nach Identität, dessen Realisation im Rahmen der spätkapitalistischen Gesellschaft weitgehend unmöglich geworden ist« (*Ammon,* 1969b, S. 45). Die therapeutische Arbeit mit dem Einzelnen, seine Befreiung aus den Zwängen unbewußter infantiler Konflikte, hatte einen freien Menschen zum Ziel. »Der psychisch gesunde und freie Mensch«, so *Ammon* (1969a, S. 27), »ist sich dessen bewußt, daß er sich innerhalb der Gesellschaft mit seinem jeweiligen Bezugsgewebe auseinanderzusetzen und sich in dieses hinein als homo politicus zu entwerfen hat.« Dynamische Psychiatrie sollte für *Ammon,* über ihre Funktion als Behandlungsmethodik hinaus, zu einem gesellschaftsverändernden Faktor werden: sie habe auch für den »gesunden, konfliktfreien Menschen und seine Familie eine Aufgabe zu leisten, sie soll vorbeugend, beratend und verändernd auf die Gesellschaft als Ganzes ein-

* Dipl. Psych., Psychoanalytikerin/Psychotherapeutin, Mitarbeiterin der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige

** Vortrag, gehalten auf dem Symposium »Dynamische Psychiatrie heute« in memoriam Prof. Dr. med. Günter Ammon am 11. Mai 1996 in München

wirken.« (*Ammon* 1969a, S. 29). Zentrale Bedeutung gab *Ammon* in diesem Zusammenhang seiner Aggressionsforschung und seinem später differenzierten Konzept konstruktiver, destruktiver und defizitärer Aggression (vgl. *Ammon* 1981, S. 5ff).

Auch *Paul Parin* hat sich mit Verschränkungen von Gesellschaftlichem und Persönlichem befaßt. Treffen sich beide Theoretiker vielleicht noch punktuell in der Kritik an der IPV Ende der 60er Jahre (Vgl. Dyn. Psychiat. (3) 1970 S. 112f und *Parin* 1978, S. 16f), so unterscheiden sie sich bereits in Interpretation und Gewichtung von *Freuds* Kulturtheorie. Lehnt *Ammon* 1970, S. 68) den Begriff der Sublimierung und damit *Freuds* Konflikttheorie als wenig hilfreich ab, betrachtet *Parin* (1978, S. 10) dieselbe grundsätzlich als emanzipatorisch, als eine Wissenschaft, die revolutionär war und blieb – deren Kulturkampf[1] es fortzusetzen gilt. Arbeitet *Parin* (1975, S. 47) mit dem dialektischen Materialismus, Widersprüchlichkeiten und Gegensätzlichem, postuliert *Ammon* ein holistisches Menschenbild, menschliche Mehrdimensionalität und Androgynität (*Ammon* 1984a, 1986).

Als wesentliche Schwierigkeit, gesellschaftliche Prozesse mit den Mitteln der Psychoanalyse zu erfassen, sieht *Parin* die Tatsache der fehlenden Distanz: der Psychoanalytiker ist Teil der Gesellschaft, die er beschreiben will. Als Ausweg aus dem Dilemma wendet er (*Parin* 1976) die Methode der Psychoanalyse auf ein anderes Volk an, um »von da aus den Zusammenhang gesellschaftlicher Einrichtungen und Prozesse mit psychischen Strukturen und Funktionen deutlich« zu machen (1976, S. 55f, vgl. auch *Parin* et al. 1983) und begründet damit theoretisch die Ethnopsychoanalyse (vgl. *Devereux* 1982). Die Ethnopsychoanalyse beruht einerseits auf der *Freud*schen Psychoanalyse und »andererseits nimmt sie an, daß die Kräfte, welche von der Geschichtsschreibung, der Ethnologie und Soziologie studiert werden, die Evolution der Kulturen in Bewegung halten und daß sie nicht nur in der Makrosozietät ihre Wirkung entfalten, sondern bis in die verborgenen Regungen der individu-ellen Psyche hinein wirksam sind. Dies gilt für soziale Strukturen und für alle Produktionsverhältnisse, von den einfachsten, welche die Subsistenz garantieren, bis zu jenen politischen Strukturen, die im Dienste einer umfassenden und komplizierten Wirtschaftsordnung stehen« (*Parin* 1976, S. 56). Dabei nimmt die Ethnopsychoanalyse die makrostrukturellen Phänomene nicht als einfache Phänomene hinzu, sondern muß ihre latenten Strukturen, Funktionen und Absichten aufdecken, bevor sie sie mit der psychologischen Forschung konfrontiert (vgl. *Parin* et al. 1983, *Erdheim* 1981, 1984).

1 Kulturkampf bedeutet hier ein engagiertes Eintreten »mit immer besseren und verfeinerten Waffen gegen Repression und heuchlerische Moral, gegen Unterdrückung, Verstellung und Unmenschlichkeit einer Gesellschaftsform, die in raschem Wandel oder, wenn man es lieber so sieht, in Zerfall begriffen war« (*Parin* 1978, S. 11).
Zur Definition des Begriffs »Kultur« möchte ich an dieser Stelle auf *Erdheim* (1984, S. XV) verweisen, der in Anlehnung an *Freud* Kultur »als ein über die Menschen ablaufender Prozeß definiert, der immer mehr Individuen in Abhängigkeit voneinander bringt:«

Wesentliches Element dieser Theorie (vgl. *Parin* 1977; *Parin, Parin-Matthéy,* 1978) bilden die Anpassungsmechanismen, die *Parin* aus Ansätzen der psychoanalytischen Ich-Psychologie (vgl. *Freud, A.* 1936, *Hartmann,* 1939) differenziert. Er faßt darunter mehr oder minder fest etablierte Mechanismen, die unbewußt, automatisch und immer wieder gleich ablaufen mit dem Zweck, mit eingreifenden Einflüssen der sozialen Umwelt fertig zu werden (vgl. *Parin,* 1977, S. 78). Der Anpassungsmechanismus der »Identifikation mit der Rolle«, den *Parin* u.a. beschreibt, scheint mir der für unseren Kulturkreis Bedeutendste zu sein. Unter Rolle versteht *Parin* dabei das durch eine spezifische Gesellschaft in spezifischer Weise je nach Geschlecht, Lebensalter oder Institution erwünschte und geforderte Verhalten. Von einer »Identifikation mit der Rolle« spricht er, wenn diese objektive Rolle unbewußt zu einer subjektiven geworden ist, über die quasi gesellschaftskonform narzißtische und aggressive Strebungen agiert, Angst vermieden und die Persönlichkeit stabilisiert wird. *Parin* setzt den Anpassungsmechanismus »Identifikation mit der Rolle« in seiner innerpsychischen Funktion mit einem neurotischen Symptom gleich, wobei ersteres entgegen der psychischen Erkrankung eine Erhöhung des Selbstwertgefühles mit sich bringt. Eine Deutung dieser Anpassungsmechanismen im therapeutischen Prozeß kann, wie *Parin* mehrfach zeigt, sowohl eine Veränderung in der Übertragungssituation, eine Befreiung und Öffnung gegenüber Neuem bewirken als auch zu einer Regression führen, die dann aber den Weg freigibt zur Bearbeitung bis dahin unsichtbar gebliebener Konflikte.

Soweit zur Verschränkung von Gesellschaftlichem und Persönlichem – einem Thema, das m.E. wesensmäßig zu den Anfängen der Dynamischen Psychiatrie gehört (vgl. *Ammon* 1970), dann aber aufgrund anderer Schwerpunktsetzungen in Theorie und Praxis in den Hintergrund getreten ist. Bedauerlicherweise, wie ich finde, da m.E. gerade die Begriffe Identität, Gruppe, Gruppendynamik, Sozialenergie und Humanstrukturmodell, die heute zu den grundlegenden theoretischen Konzepten der Dynamischen Psychiatrie geworden sind (vgl. *Ammon, Burbiel* 1996), ein Instrumentarium bieten, das Herrschafts-, Macht- und Abhängigkeitsstrukturen über die Zeit zu untersuchen ermöglichen müßte. Bedauerlich auch, weil auf diese Weise Zeiterscheinungen zwar benannt aber nicht systematisch beschrieben und analysiert werden (*Ammon* 1974, 1989), so daß sie bisher ohne Konsequenz für eine Kulturtheorie bleiben. Letzteres zeigt sich beispielsweise in *Ammons* Arbeiten zum Borderline-Syndrom (vgl. *Ammon* 1979, 1995). Er erwähnt die Veränderung psychischer Abwehrmechanismen durch gesellschaftliche Veränderungen innerhalb einer Kultur (*Ammon* 1979), führt dieses aber allgemein auf gesellschaftliche Veränderungen der Familienstruktur nach dem ersten Weltkrieg zurück, ohne diese Veränderungen und deren Folgen weiter zu differenzieren.

Neben dem Gedenken an das Schaffen *Günter Ammons*, an ihn als Menschen und an sein Werk, möchte ich abschließend den Blick auf ein mögliches Morgen Dynamischer Psychiatrie richten, in dem ich mir eine

Neubelebung alter gesellschaftskritischer Themen und Fragestellungen verspreche, die m.E. neben einer erweiterten Sicht von Welt auch den Anforderungen einer kommenden Zeit dienlich wäre.

On the Crossing of Personal and Sociological Aspects – Günter Ammon and Paul Parin

Dörte Griepenstroh-Schmidt (Munich)

In the sixties *Günter Ammon* developed the basic concepts of his human-structurology within the tension between conformity and emancipation, starting from a culture critical standpoint. The very beginning was his new understanding of aggression, which he later differentiated in constructive, destructive and deficient aggression. The primarily constructive aggression is deformed in a destructive one, because the individual's need for identity could not be fulfilled in modern society. Dynamic Psychiatry was not only to treat illness, but also to prevent it on a sociological level. Emancipation, conformity, power, rule at that time were main terms of Dynamic Psychiatry.

Paul Parin also was concerned with the crossings of personal and sociological aspects, although he did not agree with *Ammon* in his view of *Freud's* culture theory and image of man. By studying other societies psychoanalytically, he tries to know his own better. As an ethnopsychoanalyst he examines the unconscious and latent structures, especially the mechanisms of conformity. In western societies the most important one seems to be »identification with role«, which means that an objective role unconsciously becomes a subjective one.

Ammon himself changed the main focus of his theory and practice. Nowadays, the basic terms of his work like identity, social energy, group, group dynamics and the human-structure-model may be an andequate instrument to examine structure and dependence and to differentiate what *Ammon* only names: the crossing of individual illness and defence mechanisms with changes in society as a whole.

Literature

Ammon, Günter (1969a): Psychoanalyse und Gruppenpsychotherapie – Anpassung oder Emanzipation? In: *Ammon, Günter* (1981): Gruppendynamik der Aggression. (München: Kindler)

– (1969b): Herrschaft und Aggression: Zur Psychoanalyse der Aggression. *Ammon, Günter* (1981). Gruppendynamik der Aggression. (München: Kindler)

– (1970): Ich-Struktur und Gesellschaft: Zur psychoanalytischen Kulturtheorie. In: Dyn. Psychiat. (3) S. 65–75

– (1979) unter Mitarbeit von *Gisela Ammon* und *Brigitte Marsen:* Das Borderline-Syndrom und das ich-strukturelle Arbeiten. In: *Ammon, Günter* (Hrsg.) (1979): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Band 1 (München: Ernst Reinhardt)

- (1981): Gruppendynamik der Aggression (München: Kindler)
- (1984): Frieden und Aggression. In: Dyn. Psychiat. (17), S. 393–403
- (1984a): Die Androgynität des Menschen. In: Dyn. Psychiat. (17), S. 235–254
- (1985): Der Mehrdimensionale Mensch. In: Dyn. Psychiat. (18) S. 99–110
- (1989): Gesellschaft, Kultur und Schuldgefühl. In: Dyn. Psychiat. (22) S. 307–319
- (1995): Mechanismen und Behandlungsmethodik von Grenzzuständen, ausgehend von der Dynamischen Psychiatrie: Das Borderline-Syndrom – eine humanstrukturelle Erkrankung. Habilitationsschrift im Fachbereich Psychiatrie und medizinische Psychologie des Bechterev-Institutes in St. Petersburg

Ammon, Günter; Burbiel, Ilse (1996): Grundzüge der klinischen Humanstrukturellen Psychotherapie. Unveröffentlichtes Manuskript.

Freud, Anna (1936): Das Ich und die Abwehrmechanismen. (München: Kindler)

Hartmann, Heinz (1939): Ich-Psychologie und Anpassungsproblem. In: Psyche (14), S. 81–164

Parin, Paul (1969): Freiheit und Unabhängigkeit: Zur Psychoanalyse des politischen Engagements. In: Psyche (23), S. 81–94. Zitiert nach: *Parin, Paul* (1983): Der Widerspruch im Subjekt. (Frankfurt am Main: Syndikat)

- (1975): Gesellschaftskritik im Deutungsprozeß, Psyche (29), S. 97–117. Zitiert nach: *Parin, Paul* (1983): Der Widerspruch im Subjekt. (Frankfurt am Main: Syndikat)
- (1976): Das Mikroskop der vergleichenden Psychoanalyse und die Makrosozietät: In: Psyche (30) S. 1–25). Zitiert nach: *Parin, Paul* (1983): Der Widerspruch im Subjekt (Frankfurt am Main: Syndikat)
- Parin, Paul (1977): Das Ich und die Anpassungsmechanismen, Psyche (31), S. 481–515. Zitiert nach: *Parin, Paul* (1983): Der Widerspruch im Subjekt (Frankfurt am Main: Syndikat)
- (1978): Warum die Psychoanalytiker so ungern zu brennenden Zeitproblemen Stellung nehmen. Eine ethnologische Betrachtung. Psyche (32) S. 385–399. Zitiert nach *Parin, Paul* (1983): Der Widerstand im Subjekt (Frankfurt am Main: Syndikat)

Parin, Paul; Morgenthaler, Fritz; Parin-Matthèy, Goldy (1983): Die Weißen denken zuviel (Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag)

Parin, Paul; Parin-Matthèy, Goldy (1978): Der Widerspruch im Subjekt. Die Anpassungsmechanismen im Ich und die Psychoanalyse gesellschaftlicher Prozesse. Zitiert nach: *Parin, Paul* (1983): Der Widerstand im Subjekt. Syndikat, Frankfurt

Adresse der Autorin

Dipl.-Psych. Dörte Griepenstroh-Schmidt
Konrad-Celtis-Straße 26
D-81369 München

Der Freiheitsbegriff in der Dynamischen Psychiatrie Günter Ammons**

Astrid Thome (München)*

Die Autorin versucht, von den Grundpsitionen der Dynamischen Psychiatrie Günter Ammons Verständnis menschlicher Freiheit abzuleiten: auf der Ebene des Persönlichkeitsmodells, des Ich- und Gruppenkonzepts und des Krankheitsverständnisses. Schwerpunkte der kurzen Abhandlung bilden die Ich-Autonomie als Persönlichkeitsfunktion, der Symbiosekomplex, über den Krankheit in unterschiedlichen Graden immer als Abhängigkeitserkrankung verstanden wird, und die sich daraus ergebenden Forderungen an die psychotherapeutische Arbeit.

Bis in die heutigen Ethik-Diskussionen hinein läßt sich – von wenigen Ausnahmen abgesehen – die Tendenz verfolgen, den Begriff der Freiheit in strenger Polarisierung von Individuum und Gesellschaft, mechanistischer Assoziationspsychologie folgend auch von Lust und Unlust abzuhandeln, Freiheit als anthropologische Größe in starr deterministischen Vorstellungen zu leugnen oder im Indeterminismus aufzuheben (vgl. *Rohls* 1991). *Tugendhat* (1987) zeigt auf, wie sich bei einzelnen heutigen Philosophen die Absolutsetzung *Kants* von Moral und Freiheit als metaphysische Fakten bewahrt hat: Freiheit in diesem metaphysischen Sinn wird dann zum Gegenbegriff von Determinismus und muß verneint werden zuungunsten empirischer Differenzierung. Grob umrissen befindet sich *Freud* in der gleichen Tradition, der einen als absolute metaphysische Größe angesetzten Freiheitsbegriff der gänzlichen Determiniertheit des Menschen in seinem Handeln und psychischen Erleben gegenüberstellt, unterworfen dem naturgesetzlich angesehenen Triebgeschehen (vgl. *Lambertino* 1994). Hierzu in Widerspruch gerät, daß *Freud* implizit Freiheit als Realität begreift, wenn er beispielsweise schreibt, daß die Psychoanalyse »die krankhaften Reaktionen nicht unmöglich machen, sondern dem Ich des Kranken Freiheit schaffen soll, sich so oder anders zu entscheiden« (*Freud* 1923).

Möglicherweise um diesen Widerspruch zwischen Konzept und psychoanalytischer Behandlungspraxis zu mindern, die die Befreiung aus psychischer Einengung und zumindest die partielle Auflösung der Determinanten lebensgeschichtlich frühen Erlebens intendiert, wurde der Begriff der »sekundären Autonomie« durch die Ich-Psychologen *Hartmann, Kris* und *Löwenstein* (1946) eingeführt: In dieser Konzeption erhält das Ich über den ontogenetisch fortschreitenden Prozeß der Neutralisierung von Triebenergie Freiheit gegenüber den Triebbedürfnissen. Diese

* Dipl.-Psych., Klinische Psychologin/Psychotherapeutin (BDP), Psychoanalytikerin, Gruppenpsychotherapeutin (DAP)

** Vortrag gehalten auf dem Internationalen Symposium »Dynamische Psychiatrie heute« am 11. Mai 1996 in München in memoriam Prof. Dr. med. Günter Ammon

freien Bereiche des Ichs werden in Auseinandersetzung zwischen den antagonistisch in ihrem Verhältnis zueinander gedachten Mächten der Umweltforderungen und der Triebbedürfnisse erobert.

Günter Ammon kommt in seinem jahrzehntelangen Bemühen um die Psychotherapie schizophren strukturierter und psychotisch reagierender Menschen von den freudianischen Modellvorstellungen psychischer Entwicklung und Struktur ab. Insofern er schwere psychische Krankheit immer als Abhängigkeitskrankheit in unterschiedlichen graduellen Ausformungen begreift, im Symbiosekomplex begründet, und jede Symptomatik als mißglückten Versuch, freizukommen vom Wiederholungszwang, aus Lebenseinengung und massiver Arretierung, ist implizit in seiner Theorieentwicklung eine Konzeption der Freiheit katexochen entworfen. Zum Begriff der Autonomie schreibt er: »Während jedoch *Hartmann, Kris* und *Löwenstein* (1946)... die sekundäre Autonomie des Ich lediglich als defensiv, als Resultat von defensiv den Trieben abgerungene Sublimierungs- und Neutralisierungsprozesse herleiten, verstehe ich die Ich-Autonomie nicht als Autonomie des Ich gegenüber der Welt der Triebe, sondern als die Autonomie des Ich und der Person gegenüber den Mitgliedern seiner Lebensgruppen, gegenüber Anpassungsforderungen und ausschließlichen Leistungen gesellschaftlichen Funktionierens... Nicht Sublimierung und Neutralisierung sind Bedingungen der Entwicklung von Ich-Autonomie und Ich-Regulationsfähigkeit, sondern das primär durch soziale narzißtische Energiezufuhr gegebene Ich-Potential der Person schafft die Voraussetzungen für die Bildung einer Ich-Autonomie« (*Ammon* 1979).

Autonomie wird von *Ammon* als eine Funktion des zentralen Kerns der Persönlichkeit verstanden in enger Beziehung zu den Humanfunktionen der Abgrenzung, der Ich-Regulation und insbesondere zur konstruktiven Aggression als grundlegend positiver Haltung und Hinwendung des Menschen zu anderen Menschen, den Dingen und der Welt. Ich-Autonomie in konstruktiver Ausprägung würde dann bedeuten, sowohl frei zu sein, jenseits des Wiederholungszwangs und verinnerlichter Verbote in Kontakt zu anderen Menschen treten, als auch, sich aus diesem schuldgefühlfrei abgrenzen zu können. Zur Autonomie gehört auch die Fähigkeit, Nähe und Distanz zu anderen Menschen, Gruppen und zum eigenen Unbewußten in eigenem Recht und eigener Identität, die in *Ammons* Humanstrukturmodell die übergeordnete Funktion ist, zu regulieren. In seiner Möglichkeit, eigene Identität zu entwickeln, und in seiner Ausprägung von Autonomie- und Abgrenzungsfähigkeit ist der Mensch geprägt durch die Erfahrungsfähigkeit seiner Primärgruppe, insbesondere durch das, was er in der frühen Symbiose mit der Mutter an eigener Initiative, Beantwortung seiner Bedürfnisse und differenziertem Kontakt erleben konnte.

Der Determiniertheit des Individuums durch das Schicksal seiner Triebe steht in *Ammons* Denken das Gewordensein des Menschen durch die Gruppe und die Veränderungsfähigkeit von Mensch und Gruppe gegenüber.

»Interiorisation, wie ich sie verstehe, bedeutet die Strukturwerdung gruppendynamischen Geschehens, d.h. die Manifestation sozialen Gruppengeschehens in der individuellen Psyche. Diese Interiorisation verstehe ich als sozialenergetischen Prozeß: den der Veräußerlichung und Realisierung von Struktur in der Gruppe, was neue sozialenergetische und damit ich-strukturbildende Prozesse in Gang setzt. Der Mensch entwickelt seine Identität in der Gruppe. Der Gruppenbezug integriert ihn, die Identität differenziert ihn aus der Gruppe heraus« (*Ammon* 1982a).

Die die Philosophiegeschichte – von Ausnahmen abgesehen – sich durchziehende pauschale Frontstellung zwischen menschlicher Freiheit und Verpflichtung gegenüber der Gemeinschaft, zwischen Egoismus und Altruismus, zwischen Individuum und Gruppe ist dann nur eine Möglichkeit der individuellen Differenzierung des Verhältnisses von Ich und Gruppe, die ihre besonderen Bedingungen hat. Mit dieser Auffassung einer grundsätzlich gegebenen Wechselbeziehung zwischen Individuum und Gruppe, der Herausbildung eigener Identität aus der Gruppenmatrix kommt die Philosophin *Annemarie Pieper* überein, wenn sie schreibt: »Der Akt der Selbstbestimmung, in welchem einer seinen Selbstwert als das, was er an sich am höchsten schätzt, hervorbringt, ist nicht als ein isolierter Vorgang zu begreifen, sondern als ein Geschehen, das wesentlich durch die Wertschätzung anderer Individuen vermittelt ist. Diese intersubjektive Vermitteltheit jeglicher Selbstbestimmung bedeutet keine Heteronomie, sondern trägt einerseits der Tatsache Rechnung, daß wir nicht allein auf der Welt sind, und verweist andererseits auf den normativen Anspruch, der mit dem Begriff der Autonomie erhoben wird. Es ist ein unbedingter, ein kategorischer Anspruch, der von jedem Individuum fordert, es solle sich selbst bestimmen, bei gleichzeitiger Anerkennung des Rechts der anderen auf freie Selbstbestimmung« (*Pieper* 1991).

Krankheit versteht *Günter Ammon* als Verengung innerer und äußerer Bewegungsfreiheit auf einem Spektrum, dessen einer Pol durch die Einengung des Zwangs und der andere Pol durch Grenzenlosigkeit gekennzeichnet ist. Wenn *Ammon* annimmt, daß im Ursprung eines jeden uneinfühlbar anmutenden oder destruktiv in Erscheinung tretenden Verhaltens eines Menschen ein deformiertes Bedürfnis nach Identität steht, kann es in der Psychotherapie nicht nur darum gehen, einem Menschen zu einem partiell besseren Befinden oder zur Anpassung zu verhelfen, sondern seinen tieferen Identitätsbedürfnissen nachzuforschen. Freiheit zu ermöglichen, setzt das Zugeständnis von Entwicklungsmöglichkeiten auch in schwerster Krankheit voraus. Dieses Zugeständnis ist eine wahrscheinlich zutieftst unbewußte Einstellung, die sich daran bemißt, inwieweit der Therapeut sich selbst unbewußt Entwicklung zugesteht in Anerkenntnis eigener Anteile von Resignation, Arretierung und Arbeit an der Loslösung. In Wiederholung defizitärer und destruktiver früher Symbiosen bewahrt sich in der Krankheit die Abhängigkeit von defizienten Modalitäten des Lebens, sei es daß diese Abhängigkeit in der Wiederholung immer wieder arretie-

render Dynamiken mit anderen Menschen besteht oder diese ersetzt wird durch Suchtmittel, Zwangssymptomatiken, Medikamente u.a. Therapie heißt dann Wiederherstellen oder erstmaliges Herstellen von Autonomie über das Anerkenntnis von Abhängigkeitsbedürfnissen, in der Regel auch über die vorübergehende Etablierung einer Abhängigkeitsbeziehung zum Therapeuten. Es geht in *Ammons* Behandlungspraxis nicht darum, diese Abhängigkeit ideologisch zu vermeiden, sondern sie zu gestatten, sie transparent zu machen mit der Zielsetzung fortschreitender Emanzipation (vgl. *Hoffmann* 1989).

Unfreiheit ist in der Zwangsläufigkeit gegeben, mit der defizitär-destruktives Ausagieren und Gegenagieren miteinander verkettet sind, sei dies im privaten Raum, zwischen Gruppen, innerhalb von Institutionen oder auf gesellschaftlich großflächiger Ebene. Die Qualität der Freiheit einer Gruppe bemißt sich daran, welche Freiheit sie ihren schwächsten Mitgliedern ermöglicht. Freiheit ermöglichen, würde nicht einfach heißen, Freiräume zu belassen, sondern wiederum Raum für Entwicklung bereitzustellen.

Der ethische Impetus der Dynamischen Psychiatrie zielt darauf ab, Sündenbockdynamiken und kausale Schuldzuweisungen aufzuheben, ohne einer grenzenlosen Exkulpierung das Wort zu reden. Freizeit und Entwicklung stehen immer in direktem Zusammenhang mit Grenzen, ohne die Beziehung, die des Standpunkts bedarf, nicht erlebt werden kann. *Ammons* Verständnis der Gruppe setzt »Vertrauen in die Kommunizierbarkeit von Konflikten, in die Erwartung, daß sie nicht durch Eliminierung eines Sündenbockes ausgegrenzt werden müssen, sondern trotz der Gefährdung durch destruktives Agieren werthafte und sinnhafte Erfahrungen eröffnen. Der konkrete Erlebniszusammenhang solcher Konflikte mit bestimmten Menschen wird zu einer jeweils eigenen Erfahrungsgeschichte« (*Schmidts* 1985). In diesen Kontext gehört auch, daß *Ammon* der destruktiven Aggression in besonderer Weise Rechnung trägt. Es ist gerade die destruktive Aggression, deren Bearbeitung der Wendepunkt einer jeden psychotherapeutischen Arbeit ist. Destruktive Aggression wird verstanden als reaktive Verformung konstruktiver Aggression, »welche keine menschliche Beziehung fand, in der sie sich bestätigen konnte« (*Ammon* 1989).

An der Stelle, an der sich bei *Freud* das Konstrukt des Gewissens als vom Elternrivalen abgezogene und gegen das eigene Ich im Schuldbewußtsein gerichtete Aggression findet, steht bei *Ammon* das verinnerlichte Verbot der Trennung aus der pathologischen Symbiose mit der Mutter bzw. der Primärgruppe. Diesem pathologischen Schuldgefühl entspricht arretierte destruktive Aggression.

Im Kontext des Symbiosekomplexes wäre dann die Aktualisierung der Freiheit das Heraustreten aus der Symbiose, der immer wieder neu akzentuierte Trennungsprozeß aus den verinnerlichten pathologischen Aspekten der Primärgruppe zur Selbstbestimmung des Menschen im eigenen Recht. Befreiung ist dann das komplexe psychische Geschehen der Emanzipation

aus unbewußten Abhängigkeitsdynamiken, die ohne Zulassen und Bearbeitung destruktiver Aggression, die unaufgelöst immer auf die pathologische Symbiose verpflichtet, nicht vonstatten gehen kann. »Immer wird im Mittelpunkt einer erfolgreichen therapeutischen Arbeit die Auseinandersetzung mit der destruktiven Aggression des Patienten stehen. Dies zu leisten, ist Aufgabe der Therapie innerhalb der Dynamischen Psychiatrie. 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« (*Ammon* 1982b).

The Conception of Freedom in Günter Ammon's Dynamic Psychiatry

Astrid Thome (Munich)

In *Freud's* metapsychological conception of man's psychic organisation there prevails a strong deterministic view of psychic processes, and as a consequence the negation of the possibility of freedom (*Lambertino* 1994). In contradiction to this conceptualized complete psychic determinism *Freud* implicitly understands freedom as a real fact concerning the healing functions of psychoanalytic treatment. He writes for example that psychoanalysis »does not set out to make pathological reactions impossible, but to give the patient's ego *freedom* to decide one way or the other« (*Freud* 1923).

The reason why the conception of »secondary autonomy« was introduced by the ego psychologists *Hartmann, Kris* and *Löwenstein* (1946) may have been to decrease this contradiction between concept and psychoanalytic treatment. In this thinking the ego gains freedom from its drive needs by neutralizing drive energy during his ontogenetic development. These free areas of the ego are conquered by fights between the antagonistic forces of environmental requirements and drive needs.

Insofar as *Ammon* regards severe psychic diseases always as differently graded diseases of dependence, established in the complex of symbiosis, and insofar as he views all symptomatic behaviour as the patient's failed attempt to free himself from repetition compulsion and from a restricted and arrested life, *Ammon's* theory underlies a conception of freedom per se. In contrast to *Hartman, Kris* and *Löwenstein,* he writes: »...I do not understand ego autonomy as an autonomy of the ego facing the world of drives, but as an autonomy of the ego and the person facing the members of his life group, facing requests for adaptation and exclusive functioning in the society... Preconditions for developing an ego autonomy and an ego regulatory capacity are not the processes of sublimation and neutralization, but rather the ego's potential which a person develops by receiving social narcissistic energy« (*Ammon* 1979).

Autonomy, according to *Ammon*, is a function of the central core of the personality and is closely related to the human functions of demarcation, ego regulation and particularly to the function of constructive aggression, which is a fundamentally positive attitude of the individual towards other people, towards things and towards the world. Constructive autonomy in this sense would mean to be free, to take up contact to other people, beyond repetition compulsion and internalized prohibitions. Autonomy also implies the ability to regulate closeness and distance to other people, to groups and to the unconscious. In developing his identity, his ability of autonomy and the function of ego demarcation, man is formed by his primary group's ability to make experiences; he is expecially formed by the experience of being allowed to take initiatives in the early symbiosis with his mother and the variety of contacts.

Against the individual being determined by his drive destiny *Ammon* acknowledges a certain degree of determination by the primary group but also man's possibility to change himself and the group. »Interiorization, as I understand it, is the transformation of group dynamics into structure, i.e. experiences made in the group become manifest in the individual's psyche. I regard this interiorization process as a social energetic process: it is the externalization and realization of structure in the group, which sets in motion new social energetic processes and thus processes forming ego-structure. Man develops his identity in the group. He integrates himself through his relation to the group and he differentiates himself from the group through his identity« (*Ammon* 1982a).

The polarization of man's freedom and his obligation towards community, of egoism and altruism, individuum and group, as it is found throughout the history of philosophy – appart from few exceptions – can then only be regarded as one possibility to individually differentiate the relation between ego and group under particular conditions.

Disease in *Günter Ammon's* understanding is a restriction of man's inner and outer freedom of motion seen on a spectrum, one pole of which is marked by the restriction through compulsion and the other pole by loss of limits. When *Ammon* assumes that on the basis of man's unintelligible, bizarre or destructive behaviour there is a deformed desire for identity, then the therapist's intention cannot be only to help man to reach more well-being or to develop adaptive behaviour, but to search for his deeper needs for identity. The therapeutic process is partially contingent on the degree to which the therapist admits himself unconscious development, recognizing his own parts of resignation and stagnation.

In repeating the deficient and destructive relations experienced in early symbioses, man in his disease adheres to his dependence from deficient modalities of life. This dependence may appear in the patient's repeating again and again arrested dynamics with other people or in replacing them by addictive drugs, by compulsive symptoms etc. Therapy in this connection means to restore autonomy by accepting needs for dependence

with the therapist. In *Ammon's* practice of treatment there is no intention to ideologically avoid such dependence, but to allow it and make it transparent with the aim of leading the patient step by step towards emancipation.

In *Freud's* theory the construct of moral consciousness is regarded as aggression drawn from the parental rival and directed against man's own ego on the basis of guilt feelings; as against this, *Ammon* speaks of the internalized prohibition to develop away from pathological symbiosis with the mother respectively the primary group. This pathological guilt feeling corresponds to arrested destructive aggression (*Ammon* 1989).

In the context of the symbiosis complex, actualization of freedom would mean to develop away from symbiosis; it would imply to accentuate again and again the separation process from internalized pathological aspects of the primary group, towards man's selfdetermination in his own right.

Liberation in this sense is a complex psychic process of emancipation from unconscious dynamics of dependence, which cannot take place without admitting and working through destructive aggression. »In the centre of successful therapeutic work will always be the struggle with the patient's destructive aggression. This is the task of therapy in Dynamic Psychiatry. Aggression can only be worked through by making experiences on the threshold of development. If such threshold situations do not occur in the patient's life, they must be created by the therapist in the therapeutic process« (*Ammon* 1982b).

Literatur

Ammon, G. (1979): Das Borderline-Syndrom und das ich-strukturelle Arbeiten. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Band 1 (München-Basel: Ernst Reinhardt)

– (1982a) Hirnstrukturen, Unbewußtes und Ich-Strukturologie: In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Band 2 (München-Basel: Ernst Reinhardt)

– (1982b): Behandlungsmethodik und Widerstand von der klassischen Psychoanalyse zur Dynamischen Psychiatrie. In: ebda.

– (1989): Gesellschaft, Kultur und Schuldgefühl. In: Dyn. Psychiat. (22) 307-319

Burbiel, I.; Bott, C.; Finke, G. (1982): Wissenschaftstheoretische Grundlagen und Forschungsmethodik der Dynamischen Psychiatrie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Band 2 (München-Basel: Ernst Reinhardt)

Devereux, G. (1967): Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften (München: Carl Hanser)

Freud, S. (1923): Das Ich und das Es. In: Gesammelte Werke Bd. 13 (Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag 1976)

Hartmann, H.; Kris, E.; Löwenstein, R.M. (1946): Comments on the Formation of Psychic Structure. In: The Psychoanalytic Study of the Child (2) 9-36

Hoffmann, S.O. (1989): Die Beziehung von Arzt und Patient aus der Sicht eines Psychotherapeuten. In *Borsi, G. M.* (Hrsg.): Die Würde des Menschen im psychiatrischen Alltag (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht)

Lambertino, A. (1989): Pathologie des Gewissens. In: Dyn. Psychiat. (22) 320–329

– (1994): Psychoanalyse und Moral bei Freud (Bonn: Bouvier)

Pieper, A. (1991): Wertebegründung – Antropologische Aspekte. In: *Pöldinger, W. Wagner, W.* (Hrsg.): Ethik in der Psychiatrie, Wertebegründung – Wertedurchsetzung (Berlin, Heidelberg, New York: Springer)
Rohls, J. (1991): Geschichte der Ethik. (Tübingen: J.C.B. Mohr
Schmidts, R. (1985): Recht und Gerechtigkeit. Gruppendynamische Aspekte aus der Sicht der Dynamischen Psychiatrie. Unveröffentlichtes Manuskript.
Tugendhat, E. (1987): Der Begriff der Willensfreiheit. In: *Cramer, K.* et al. (Hrsg:) Theorie der Subjektivität (Frankfurt a.M.: Suhrkamp)

Adresse der Autorin:

Dipl. Psych. Astrid Thome M.A.
Lindwurmstraße 95a
D-80337 München

Einige Aspekte des Geistes und der Geistigkeit in der Humanstrukturologie Ammons**

Gabriele von Bülow* (Berlin)

Die Autorin skizziert in ihrem Artikel das Verständnis Günter Ammons von Geistigkeit, dem in seinem ganzheitlichen Konzept der Mehrdimensionalität ein hoher Stellenwert zukommt. Indem Ammon von der geistig-ethischen Mitte des Menschen spricht, verwurzelt er die Geistigkeit des Menschen in seinem unbewußten, zentralen Persönlichkeitskern. Hierzu gehören konzeptionelles, metaphorisches und abstraktes Denken, Phantasie- und Traumfähigkeit sowie die Kreativität. Die geistige Dimension des Menschen stellt in Ammons Denken ein integratives Moment dar und ist eng verbunden mit der Identität. Die Autorin betont die Bedeutung, die Ammon dem Erreichen einer geistigen Metaebene jenseits von Konkretismus und dualistischem Entweder-Oder-Denken für die Psychotherapie beimißt. Dies kann erst gelingen bei Berücksichtigung des Gruppenprinzips, auf das das geistige Prinzip immer verweist.

»War es einst ein großer Fortschritt in unserer Wissenschaft, die Interdependenz von Psyche und Soma zu erkennen und zu einer psychosomatischen Medizin zu kommen, so ist heute die geistige Dimension in der Beschäftigung mit dem Leidenden dazugekommen. Die mehrdimensionale Betrachtung von Mensch und Wissenschaft heißt jedoch immer Integration und kein eklektisches Aneinanderreihen. Integration bedeutet auch immer Identität und Standpunkt aus einer geistig-ethischen Mitte heraus« (*Ammon* 1986). In diesem Sinne sprach *Ammon* auch von »Geisteskrankheit« bei allen schwereren psychischen Erkrankungen.

In seinem Denken wie in seiner therapeutischen Arbeit wandte er sich immer gegen eine reduktionistische Sicht- und Behandlungsweise des Menschen.

»Das ganzheitliche Konzept der Mehrdimensionalität des Menschen bedeutet bei mir immer das Potential an konstruktiver Lebensentfaltung, das aus dem Einklang von Körper, Geist und Seele erwächst« (*Ammon* 1986). Und an anderer Stelle: »Wichtig ist die Homöostase, d.h. das harmonische Gleichgewicht zwischen Körper und Seele, aber auch in Verbindung mit den geistigen Kräften des Menschen« (*Ammon* 1986).

Ein psychologischer Reduktionismus in der Psychotherapie und der Psychoanalyse wird dem Menschen genau so wenig gerecht wie eine einseitig biologisch orientierte Medizin und Psychiatrie oder auch unintegrierte Formen von Körpertherapie, wo die Körperlichkeit des Patienten isoliert und abgespalten von seinem ganzen Menschsein eine Überbetonung erhält. Dem Körper wird in allen Behandlungsformen der humanstrukturellen

* Dipl.-Psych., Klinische Psychologin/Psychotherapeutin (BDP), Lehranalytikerin am Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)

** Vortrag gehalten auf dem Internationalen Symposium »Dynamische Psychiatrie heute« am 11. Mai 1996 in München in memoriam Prof. Dr. med. Günter Ammon

Psychotherapie Beachtung geschenkt – aber, wie *Ammon* sagt, dem Körper »als Ganzes, als Vorstellung und Erleben und als Ausdruck von Seele und Geist« (*Ammon* 1986).

Ein Blick auf die Etymologie des Wortes »Geist« mag für unsere Zwecke erhellend sein: im Althochdeutschen bedeutet »Geist« ursprünglich »Erregung, Ergriffenheit« und verweist so, ähnlich wie das griechische »pneuma«, das lateinische »spiritus« und das hebräische »ruach« – Wind, Luft, Atem, Lebenshauch, Seele – auf ein Ergriffensein des ganzen Menschen der mit Leib und Seele vom Geist erfüllt und durchdrungen ist.

Wenn *Ammon* von der geistig-ethischen Mitte des Menschen spricht, so verwurzelt er damit die Geistigkeit des Menschen in seinem unbewußten, zentralen Persönlichkeitskern – im Unterschied etwa zu dem Geist-Begriff eines *Ludwig Klages,* wie er sich schon im Titel seines Hauptwerkes » Der Geist als Widersacher der Seele« ausdrückt und den wir eher im Sinne einer abgespaltenen Borderline-Intellektualität mit dem Vorherrschen logisch-analytischen Denkens verstehen würden. Ausdrücklich benannt hat *Ammon* die zentralen Humanfunktionen des konzeptionellen, metaphorischen und abstrakten Denkens, die Phantasie- und Traumfähigkeit sowie die Kreativität.

Es sind die Werte und Zielsetzungen, das, was einem Menschen bedeutsam und wichtig ist, seinem Leben Sinn und Orientierung verleiht, was ihn aus den Zwängen eines von reiner Routine und Alltäglichkeit geprägten Daseins zu sich selbst befreit. Die geistige Dimension des Menschen stellt in *Ammons* Denken ein integratives Moment dar und ist damit eng verbunden mit der Identität, die *Ammon* als übergreifendes und integrierendes Prinzip im Gesamt aller Humanfunktionen konzipiert und die eine dynamisierende Funktion für die gesamte Persönlichkeitsstruktur besitzt. Der »dynamische Kern«, der die Identitätsentwicklung im Sinne einer schöpferischen Kraft vorantreibt, ist das Unbewußte, das sowohl ein Gewordenes ist als Inbegriff der lebensgeschichtlich bedeutsamen Beziehungserfahrungen in Gruppen, als auch ein Werdendes, als ein auf die Zukunft gerichtetes kreatives Potential. Hier, bildhaft gesprochen, im Innersten des Unbewußten, können wir uns ein schöpferisch-geistiges Prinzip im Menschen vorstellen, in dem die zeitlichen Dimensionen von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft zusammenfallen (vgl. *Ammon* 1979).

»Mensch werde wesentlich«, zitierte *Ammon* gerne *Angelus Silesius.* Dieses Wesentlich-Werden, das Vorstoßen in die Mitte der eigenen Identität, ist im Sinne von *Ammon* nur möglich, wenn der Mensch sich löst vom Konkretismus im Denken, Erleben und Handeln, d.h. vom Verhaftetsein am konkret Vorgefundenen und Gegebenen. Wissenschaftstheoretisch bezeichnet dies die Position des Positivismus, die *Ammon* immer wieder als buchstäblich geisttötend und menschenfeindlich gebrandmarkt hat und die im von *Ammon* so genannten Terror der Befunde ihren Niederschlag auch in einer Medizin findet, die den Menschen als geistig-seelisches Wesen

ignoriert. Der Konkretismus nichtet das Prozeßhafte menschlichen Seins. Der Mensch ist nicht einfach, was er ist, sondern ein Werden, ein ständiges Unterwegssein. Der Medizinhistoriker *Schipperges* hat es einmal so ausgedrückt: »Wir sterben in der Lehre«, d.h. als Lehrlinge des Lebens. Der Mensch ist bei *Ammon* ein Werdender, der sich ständig in die Zukunft hinein entwirft und sich selbst überschreitet. Es ist der geistige Entwurf unserer selbst, der uns auf unserem Weg Orientierung ermöglicht und der verhindert, daß das Leben sich zersplittert in viele, mehr oder weniger beliebige Aktivitäten und Bereiche.

»Vor einem jeden stehe ein Bild dessen, was er werden will« zitierte *Ammon* häufig *Lessing*. Auch der Psychotherapeut sollte sich zu Beginn der Behandlung ein Bild machen von dem Menschen, der ihm gegenüber ist, von seinen Entwicklungsmöglichkeiten und dem, was dieser Patient einmal sein könnte.

Die Prognose eines Patienten ist nach *Ammon* nicht so sehr abhängig von der Kausalität seiner Erkrankung; vielmehr ist wichtig, welche Werte, Zielsetzungen und Pläne ein Mensch für sein Leben hat, welche Bedürfnisse und Möglichkeiten. Erst diese geistige Dimension ermöglicht dem Menschen letztlich, sich zu befreien von psychischen Verstrickungen und Verkettungen seiner Vergangenheit. In diesem Sinne kommt der Geistigkeit auch eine starke motivationale, energetisierende Komponente zu. Nicht von ungefähr stellten sich die Griechen – so bei *Heraklit* und den Stoikern – das Pneuma, den Geist, den Atem des Lebens als Feuer vor.

Dieses Feuer muß freilich entzündet, genährt und unterhalten werden durch eine lebendige, konstruktive Sozialenergie gebende Gruppe, in der freies Denken und eine ständige Auseinandersetzung um Wertvorstellungen und Ziele möglich ist. Nur so, in der Gruppe, führt Denken zu Konsequenzen, was *Ammon* immer wieder betont hat. »Denken muß Konsequenzen haben«, Konsequenzen für das eigene Tun in der Gemeinschaft.

In der Identitätstherapie wird der geistige Entwurf, von dem wir sprachen, durch den identitätsfördernden sozialenergetischen Austausch zwischen Patient und Therapeut bzw. Mitpatienten ständig angesprochen, mobilisiert und aktiviert, wird ihm zur Entfaltung und Differenzierung verholfen.

Das Erreichen einer Metaebene der Bildhaftigkeit und des konzeptionellen Denkens geht immer einher mit der Aufhebung von dualistischen Gegensätzen, mit der Befreiung von einem statischen Entweder/Oder-Denken und -Erleben. Der Patient ist, wie wir alle, nicht entweder krank oder gesund, sondern er hat gleichzeitig kranke Anteile in Bezug auf diese oder jene Dimension seines Lebens und gesunde Aspekte in Bezug auf wiederum andere Bereiche.

Mit seinem Regulationsprinzip von narzißtischer Zufuhr und sozialenergetischer Auseinandersetzung in der psychotherapeutischen Behandlung meint *Ammon* eben auch kein Entweder – Oder, sondern ein sensibles Wechselspiel von Bestätigung und Aufforderung zur Überschreitung von

bisherigen Ich-Grenzen. Es ist dies übrigens ein Denken, das dem Geist *Nietzsches* sehr verwandt ist, der schrieb, daß es in jedem Augenblick darauf ankomme, sich selbst anzunehmen und sich zu überwinden. Dies Erreichen einer geistigen Metaebene und damit das Loslassenkönnen von Verstrickungen und Verhaftetsein an konkretem Erleben hat meines Erachtens eine immense, gar nicht zu überschätzende Bedeutung für die Psychotherapie. Hierzu gehört auch die relativierende Rolle des Humors, der dem Patienten einen Abstand zu seiner Pathologie ermöglicht, einen zwischenmenschlichen Spiel-Raum in der Psychotherapie eröffnet, und damit einen inneren Frei-Raum beim Patienten selbst (s. auch *Fabian, v. Bülow* 1995). Das Ringen um Befreiung vom Entweder-Oder begegnet uns eigentlich ständig in der psychotherapeutischen Praxis auf den vielfältigsten Ebenen, auf die ich hier nicht im einzelnen eingehen kann. Verwiesen sei hier auf die »Polysemantik« aller emotional erlebten Beziehungen, die *Vadim Rotenberg* auf diesem Symposium erläutert hat. So erleben es Patienten häufig als sehr befreiend, wenn sie akzeptieren können, daß sie Konkurrenz, Rivalität und gleichzeitig Zuneigung und Liebe ein und demselben Menschen gegenüber empfinden oder daß sie gleich starke Bedürfnisse nach Verbundenheit und Unterschieden-Sein spüren. Die zur therapeutischen Praxis gewordene Aufhebung des Dualismus von Individuum und Gruppe, die *Ammon* geleistet hat, entfaltet hier ihre heilende Wirksamkeit. Nicht umsonst hat *Ammon* seinem Buch »Der mehrdimensionale Mensch« »Gedanken zu Yang und Yin« vorangestellt, deren Thema die dialektische Aufeinanderbezogenheit aller Pole des Lebens ist, die sich gegenseitig erzeugen und durchdringen.

Das hier skizzierte Verständnis *Ammons* von Geistigkeit macht nicht zuletzt den großen Stellenwert verständlich, den *Ammon* dem Androgynitätsgedanken beimißt, bedeutet ihm doch – und mit diesen Worten *Ammons* möchte ich schließen – »das geistige Prinzip der Androgynität ein Loslassen von Fixierungen und konkreten Denk- und Handlungsweisen hin zu einer konzeptionellen und ganzheitlichen Sicht des Menschen.« »Das geistige Prinzip der Androgynität bedeutet in tiefstem Sinne die Aufhebung der Gegensätze männlich und weiblich, bzw. Mann und Frau, der eigentlich tiefste Gegensatz, der für dualistisches Denken verantwortlich ist. Damit wird philosophisch gesehen der Gegensatz Freund und Feind aufgehoben und stattdessen ganzheitlich der Frieden gesetzt« (*Ammon* 1984).

Some Aspects of the Mental Dimension of Man in Ammon's Humanstructurology

Gabriele von Bülow (Berlin)

At the beginning of her article the author quotes *Ammon:* »To recognize the interdependance between psyche and soma – i.e. mind and body – and to come to a psychosomatic medicine has once been a great

progress in our science, to which in our days has been added the mental dimension in the engagement for the suffering. The multidimensional reflexion of man and science, however, means always integration and never an eclectic lining up. At the same time, integration means always identity and a standpoint emanating from a mental-ethical centre« (*Ammon* 1986).

In his thinking and in his therapeutic work, *Ammon* has always opposed a reductionist form of looking at and treating patients. The holistic concept of the multidimensionality of man is, in his view, always the potential of a constructive unfolding of life ensuing from the harmony of body, mind and soul (*Ammon* 1989). »What is important is the homeostasis, that means the harmonious balance between body and soul, but also in combination with the spiritual energies and needs of man (*Ammon* 1986).

A psychological reductionism in psychotherapy and psychoanalysis does not do justice to the patient any more than a one-sided biologically oriented medicine and psychiatry.

When *Ammon* speaks of a mental-ethical centre of man, he regards the roots of the mental dimension of man lying in his unconscious, central core of personality. He expressly mentioned the central human functions of conceptional, metaphoric and abstract thinking, the ability of imagination and dreaming as well as creativity.

It is the values and aims of a person which are significant and important for him, that give sense and orientation to his life, that are liberating him from a life which he experiences as determined by compulsion, routine and trivialities, without pleasure and suspense.

»Man, become essential«, *Ammon* often quoted *Angel Silesius.* This becoming essential, to reach the centre of one's own identiy, is in *Ammon's* sense only possible if man frees himself from concretistic thinking and acting, i.e. from being fixed on the concrete given reality. In the theory of science it is the position of positivism which *Ammon* always stigmatized as anti-spiritual and inhuman; such a position is also reflected in what *Ammon* called the terror of findings in a medicine ignoring man as a spiritual-psychic being. Concretism negates the process characteristic for human life. Man is not simply what he is, but also a continous coming into existence, always being on his way. As the medical historian *Schipperges* once said »we die in our apprenticeship«, as apprentices of life. According to *Ammon,* man is a developing being who continously projects himself into the future and oversteps himself. It is the mental outline of ourselves that makes orientation possible on our way and prevents that life should be split up in many, more or less arbitrary activities.

The process of reaching a meta-level of conceptual thinking is always accompanied by the overcoming of dualistic contradictions, by a liberation from the static thinking in categories of either/or. For example, a patient, as everybody else, is not either ill or healthy, but he has at the same time ill parts in respect to this or that dimension of his life, as well as healthy aspects in respect to others.

To reach a mental meta-level and thus to abandon the concretistic thinking of either/or is, in the opinion of the author, of a immense importance for psychotherapy. This process, however, is connected with anxiety, as it is, according to *Ammon,* every creative process. To endure such anxiety and to go through it is only possible in a group which is sound and capable of a lively socialenergetic exchange.

Ammon's conception of the mental dimension outlined above explains also the great importance which he attaches to the idea of androgynity, since »the mental principle of androgynity is an abandoning of fixations and concrete modes of thinking and acting up to a conceptual and holistic view of man«.

Literatur

Ammon, G. (1979): Entwurf eines Dynamisch-Psychiatrischen Ich-Struktur-Konzeptes. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
- (1984): Der androgyne Mensch. In: *Ammon, G.* Vorträge 1969–1988 (München: »Pinel«)
- (1986): Der mehrdimensionale Mensch (München: »Pinel«)
Fabian, E.; v. Bülow, G. (1994): The Significance of Humour in Psychotherapy. In: Dyn. Psychiat. (27) 245–251

Adresse der Autorin:

Dipl. Psych. Gabriele von Bülow, M.A.
Berliner Straße 51
D-10713 Berlin

Nachrichten / News

Feierliche Urnenbeisetzung von Prof. Ammon auf Capri

Er war ein großer Mann und »ein großer Mann« – so sagte *Horaz* – »stirbt niemals ganz, sondern lebt weiter, nicht nur im Gedenken seiner Lieben, sondern im Gedenken der gesamten Menschheit« – mit diesen Worten ehrte die Gemeinde Capaccio/Paestum in einer Grußbotschaft ihren verstorbenen Ehrenbürger.

Entsprechend seinem letzten Wunsch wurde Prof. Dr. *Günter Ammon* auf dem akatholischen Friedhof der Insel Capri, die er zusammen mit russischen Professoren noch kurz vor seinem Tod besucht hatte, in einer Trauerfeier am 29. März 1996 beigesetzt. Zusammen mit der Witwe waren zahlreiche wissenschaftliche und persönliche Freunde *Ammons* aus Deutschland und Italien gekommen, um endgültig von ihm Abschied zu nehmen – darunter auch eine in Paestum weilende Patientengruppe aus der von *Ammon* gegründeten Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige in München.

Pastor *Dieckmann* von der Deutschen Evangelischen Gemeinde in Neapel würdigte in seiner Traueransprache die ungewöhnliche Persönlichkeit *Ammons* und seinen lebenslangen, bedingungslosen Kampf für Menschlichkeit und Friedensfähigkeit: »*Ammon* war wie ein Fels, an dem sich die Wasser scheiden«.

Dipl.-Psych. *Gerhard Wolfrum* aus München sprach als Vertreter der Deutschen Akademie für Psychoanalyse über die geistigen, menschlichen und wissenschaftlichen Reichtümer, die *Ammon* hinterlassen hat und deren Bedeutung erst nach und nach erkannt werden wird. Als Humanist kämpfte er für die Vermenschlichung von Psychiatrie und Psychoanalyse, für Partnerschaftlichkeit mit den Patienten und stellte Kontakt und Beziehung ins Zentrum seiner therapeutischen Arbeit. Als Kosmopolit wußte *Ammon* Brücken zu schlagen zu anderen Kulturen und in die Zukunft, entwickelte er ein transkulturelles, ganzheitliches Menschenbild und ein international anerkanntes Behandlungsmodell psychischer Erkrankungen von hoher ethischer Relevanz.

Als Repräsentant der Stadtverwaltung von Capri betonte der stellvertretende Bürgermeister *Costanzo Simeoli* in seiner Ansprache, daß die Gemeinde Capri sich geehrt fühle, daß der bekannte deutscht Arzt und Wissenschaftler Prof. Dr. *Günter Ammon* die Insel Capri als seine letzte Ruhestätte gewählt habe. Die Commune Capri habe anläßlich dieser Beisetzung den Beschluß gefaßt, den akatholischen Friedhof mit seinen berühmten Grabdenkmälern zu einer ähnlich interessanten Sehenswürdigkeit zu gestalten, wie etwa das Karthäuserkloster oder die Villa Jovis.

Dr. *Egon Fabian,* Oberarzt der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige in München, verlas in italienischer und deutscher Sprache

die Grußworte der Commune von Paestum/Capaccio, in der *Ammon* über Jahrzehnte wissenschaftliche Symposien, Kongresse und Tagungen veranstaltete und wo er mit dem Centro Culturale »Casa Ammon« ein Kulturzentrum von bleibenden Wert schuf.



Grabstätte von Prof. Dr. Ammon auf dem akatholischen Friedhof von Capri

Prof. *Lucio Pinkus* aus Asco di Trento, Katholischer Abt, Neuropsychiater und Psychoanalytiker, sprach als langjähriger wissenschaftlicher Freund und Mitarbeiter über seine Begegnungen und Gespräche mit Prof. *Ammon,* in denen die Thematik des Todes und der Lebenszeit für den Menschen von großer Bedeutung war.

Nach dem Segen der Urne und der Aussegnung der Gemeinde verharrten viele der Trauergäste noch längere Zeit an der in Form eines Marmortempelchens gestalteten Grabstätte, legten Blumengebinde nieder und gedachten des Verstorbenen in Stille.

Gerhard Wolfrum, Ulrike Fabian (München)

Capri, letzte Ruhestätte von Dr. Ammon

Mit einer beeindruckenden Zeremonie auf dem akatholischen Friedhof von Capri wurde dem deutschen Arzt, der Capri zum Ort seiner ewigen Ruhe wählte, die letzte Ehre erwiesen. Am 29. März fand auf dem akatholischen Friedhof von Capri die Zeremonie zur Einsegnung des Grabmals statt, welches die Urne mit der Asche von Dr. *Ammon* enthält. Dr. *Ammon*, der Präsident einer deutschen psychiatrischen Klinik war, hat Capri als letzte Ruhestätte gewählt. An der Zeremonie nahm eine Gruppe von Freunden und Verwandten teil, die direkt aus Deutschland gekommen waren, um zusammen mit der Gattin und den Angehörigen Dr. *Ammons* zu gedenken. Vor dem wirkungsvollen Szenario des akatholischen Friedhofs von Capri ertönten für etwa eine Stunde Reden in deutscher und italienischer Sprache. Ein alter Herr, der der Zeremonie beiwohnte, bemerkte, daß er hier ähnliche feierliche Handlungen wiedererkenne wie er sie in vergangenen Zeiten erlebt hätte. Es folgte eine Danksagung der Gattin von Dr. *Ammon* an die Gemeinde von Capri für die erfolgreiche Zeremonie sowie für die Vorbereitungsarbeiten, welche vor der Errichtung des von Architekt *Massimo Esposito* entworfenen Monuments durchgeführt worden waren. Der Repräsentant der Stadtverwaltung, Consigliere *Costanzo Simeoli* betonte bei seinem Eintreffen, daß die gesamte Capreser Gemeinde geehrt sei, die sterblichen Reste des bekannten deutschen Arztes, der Capri als seinen letzten Aufenthalt gewählt habe, aufzunehmen. *Simeoli* sprach auch von den Zukunftsplänen, die die Stadtverwaltung mit dem akatholischen Friedhof habe. Es wird beabsichtigt, den Friefhof zu einem Denkmal zu gestalten, das ein ähnlich lohnendes Ziel für den internationalen Tourismus werden könne, wie die Karthause von San Giacomo oder die Villa Jovis.
(Übersetzt aus dem Italienischen: *Gabriela Graf*)

Capri News, Nr. 94, 5.4.96

Telefax der Gemeinde Capaccio/Stadtrat zur Urnenbeisetzung von Prof. Ammon

Die Kommunalverwaltung versichert der Witwe von Prof. *Ammon* ihrer höchsten Dankbarkeit für die Einladung nach Capri zu Ehren des Gedächtnisses ihres hochgeschätzten Lebensgefährten und kommt dem dringenden Bedürfnis nach, abermals ihrer Trauer über den Verlust des großen Wissenschaftlers *Günter Karl Johannes Ammon* Ausdruck zu verleihen, dessen zahllose Titel und Ehrungen, welche er während seines Erdenlebens erworben hat, ihn zu einem der Urheber von Gegenwartsgeschichte machen. Nicht ohne Grund wurde ihm im Jahre 1972 die Ehrenbürgerschaft der Gemeinde Capaccio/Paestum verliehen für seine nachhaltig

hohen Verdienste und dafür, diese Stadt dadurch geehrt zu haben, daß er in ihr Symposien, Kongresse und Tagungen organisierte und abhielt, welche von hohem wissenschaftlichen und kulturellen Wert waren. Trotz seines Hinscheidens von dieser Welt kann er niemals in Vergessenheit geraten: seine Werke werden der Nachwelt überliefert werden, sein Leben war eine richtungsweisende Mission zugunsten der Wissenschaft und zur Linderung menschlichen Leides. Aber der im Leben erworbene Ruhm ist nicht die einzige Genugtuung, nicht der einzige Sinn seiner Existenz. Er war kein gewöhnlicher Mensch: Er war ein großer Mann und »ein großer Mann« – so sagte *Horaz* – »stirbt niemals ganz, sondern lebt weiter, nicht nur im Gedenken seiner Lieben, sondern im Gedenken der gesamten Menschheit!« (Übersetzt aus dem Italienischen: *Gabriela Graf*)

20 Jahre Dynamisch-Psychiatrische Kliniken in Deutschland

Am 10. Mai 1996 wurde in der Klinik Menterschwaige in Anwesenheit zahlreicher in- und ausländischer Gäste das 20jährige Bestehen Dynamisch-Psychiatrischer Kliniken in Deutschland gefeiert. Das Datum war so gewählt, daß damit gleichzeitig auch des im letzten Jahr verstorbenen Gründers und geistigen Vaters der Klinik, Prof. Dr. med. *Günter Ammon,* gedacht wurde, der am 9. Mai seinen 78. Geburstag gefeiert hätte.

In seinem Eröffnungsvortrag über »20 Jahre Dynamisch-Psychiatrische Kliniken« spannte Dr. *Rolf Schmidts,* Chefarzt der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, einen historischen Bogen über die nahezu 70 Jahre, die von der Gründung der ersten psychoanalytischen Klinik in Berlin-Tegel bis heute den Weg des dynamischen und strukturellen Verständnisses der schweren psychischen Krankheiten und der Humanisierung und Verbesserung ihrer Psychotherapie markierten. Nach einer Schilderung von *Ernst Simmels* psychoanalytischen Klinik (1927–1931) und einem kurzen Überblick über die Menninger Klinik in Topeka/USA, skizzierte Dr. *Schmidts Ammons* wissenschaftlichen und therapeutischen Lebensweg.

Nach einer detaillierten Darstellung des Behandlungsspektrums, der Arbeitsweise, der Diagnostik und Effizienzforschung der Klinik Menterschwaige schloß Dr. *Schmidts* seinen Vortrag mit Dankworten »an unseren Lehrer *Günter Ammon* für seine Arbeit und menschliche Haltung«.

In seinem Festvortrag »Leben und Werk von Prof. Dr. *Günter Ammon*« sprach Prof. Dr. *Ernst Federn* aus Wien über *Ammons* Weg zur Behandlung schwer psychisch kranker Menschen in einer historischen Betrachtung. In der Geschichte der Psychoanalyse gebürt *Paul Federn,* dem Vater von *Ernst Federn,* die wichtige Rolle, als erster die Bedeutung des Ichs und der Ich-Grenzen in der Psychosentherapie erkannt und betont zu haben. *Ernst Federn* erinnerte sich in persönlichen Worten an seine erste Begegnung mit *Ammon,* aus der eine wissenschaftliche Freundschaft wurde. Im Gegensatz

zur biologisch geprägten Psychiatrie ist Dynamische Psychiatrie »eine schwierige und zeitraubende Methode, aber sie ist die einzige, die auf die Geisteskranken wirkt«, weil sie »die Geschehnisse des menschlichen Lebens in ihren Realitäten erfaßt, also mit allen in ihnen vorhandenen Kräften und Bewegungen«.

Nach der Verlesung eines Grußwortes des Oberbürgermeisters der Landeshauptstadt München, *Christian Ude,* der der Klinik ein gutes Gelingen und viel Erfolg anläßlich des 20jährigen Jubiläums wünschte, sprachen *Johann Fahn,* Direktor der AOK Bayern, und Rechtsanwalt *Heinz Rottmann,* Geschäftsführer des Verbandes der Privatkrankenanstalten in Bayern in ihren Grußworten über die fast 20jährige Unterstützung und Zusammenarbeit mit der Klinik Menterschwaige, die sie als Vertreterin »eines Weges in eine neue Zeit« (*Fahn*) durch ihr »bewundernswertes Engagement für die psychisch Kranken« (*Rottmann*) sehen. Rechtsanwalt *Alexander Eberth,* Landesvorsitzender des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes in Bayern, erinnerte sich an schwere Zeiten in der Geschichte der Klinik, in denen der DPWV treu und unterstützend an ihrer Seite stand. In ihren freundschaftlichen, warmen und humorvollen Worten wurde es deutlich, daß sich über die Jahre eine über das Behördliche hinausgehende menschliche und freundschaftliche Beziehung zur Klinik entwickelt hat.

Prof. *Modest Kabanow,* Präsident der WADP und Leiter des Bechterew-Institutes in St. Petersburg, sowie Prof. *Kawarsarski,* Präsident der Russischen Psychotherapeutischen Gesellschaft und Prof. *Poloshi* aus dem Serbsky National Research Institute aus Moskau würdigten die therapeutische Arbeit und die internationale Anerkennung der Klinik für Dynamische Psychiatrie als Modellklinik und die nunmehr 20jährige Freundschaft und Zusammenarbeit mit Rußland, die noch in den Zeiten einer politischen Spaltung zwischen Ost und West durch *Ammons* Initiative entstanden, als Symbol der menschlichen und wissenschaflichen Überbrückung und Verbündung im Kampf für die Humanisierung der Behandlung schwer psychisch kranker Menschen. Prof. Judge *Amnon Carmi* aus Haifa, Präsident des israelischen Zweiges der WADP, Dr. *Marius Erdreich,* Chairman des israelischen Zweiges der WADP, Dr. *Bela Buda,* Vizepräsident der WADP und Chairman des ungarischen Zweiges, sowie *Bernhard Stritih,* Chairman des slowenischen Zweiges, Prof. *Vadim Rotenberg* aus Israel, Dr. *Andrzej Guzek* aus Warschau und Frau *Grete Leutz,* Präsidentin der Moreno Gesellschaft, gedachten insbesondere der menschlichen Größe, der politischen Courage und des Engagements des »revolutionären Psychiaters und Psychoanalytikers« *Günter Ammon,* des Kämpfers für die »Demokratisierung der Psychoanalyse, deren Boden die Dynamisch-Psychiatrische Klinik Menterschwaige darstellt« (*Erdreich).* Unter den Gästen waren auch Prof. *Churkin* aus dem Serbsky Institut aus Moskau und Fr. Dr. *Körmendy,* Leiterin der Ungarischen Dynamisch-Psychologischen und Psychoanalytischen Gesellschaft. Abschließend begrüßte ein Repräsentant der Klinikpatienten die ausländischen und deutschen Gäste.



Bei der Feier zum 20jährigen Bestehen Dynamisch-Psychiatrischer Kliniken in der Klinik für Dynamische Psychiatrie Menterschwaige in München am 10. Mai 1996, v.l.n.r.: Dr. med. Grete Leutz, Leiterin des Moreno-Instituts (Überlingen), Prof. Dr. Modest M. Kabanov, Direktor des W.M. Bechterew-Institutes, Präsident der WADP (St. Petersburg), Dipl. Psych. Maria Ammon, Präsidentin der DAP (Berlin), Waldemar Dziakonski, Geschäftsführer der Klinik für den wirtschaftlichen Bereich, Dipl.-Psych. Dr. phil. Ilse Burbiel, Leiterin der psychologisch-diagnostischen Abteilung der Klinik (München), Dr. med. Rolf Schmidts, Ingeborg Urspruch, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Dynamische Psychiatrie (DGDP) (München)



Prof Ernst Ferdern, M.A. (Wien) und Dipl.-Psych. Maria Ammon. Im Hintergrund v.l.n.r. Erwin Eßl, Renate Eßl (verdeckt), Dipl.-Psych. Gerhard Wolfrum (München)



Dr. med. Rolf Schmidts bei seinem Eröffnungsvortrag an der Feier. V.l.n.r.: Dr. med. Univ. Tel Aviv (Israel) Egon Fabian, Oberarzt der Klinik, Prof. Dr. Vadim Rotenberg, Israel, M. Schmidts, Dipl.-Psych. B. Schwienert, I. Urspruch (München)



Die Teilnehmer an der Klinikfeier



V.r.n.l.: Prof. Judge Amnon Carmi, Präsident des israelischen Zweiges der WADP, Dr. Bela Buda, Chairman des ungarischen Zweiges der WADP, Prof. Dr. Viktor Wied, Chairman des russischen Zweiges der WADP, Prof. Dr. Boris Dr. Karwasarski, Präsident der russischen Gesellschaft für Psychotherapie



V.r.n.l.: Johann Fahn, Direktor der AOK Bayern, Waldemar Dziakonski, Heinz Rottmann, Geschäftsführer des Verbandes der Privatkrankenanstalten in Bayern, Dr. Alexander Eberth, Landesvorsitzender des DPWV Bayern



Dipl.-Psych. Maria Ammon bei ihrem Vortrag am Symposium »Dynamische Psychiatrie heute« in memoriam Prof. Dr. Günter Ammon im Münchener Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse am 11. Mai 1996



v.r.n.l.: Prof. Dr. Modest M. Kabanov, Dr. med. Rolf Schmidts, Dipl.-Psych. Dr. phil. Ilse Burbiel

Die Feierlichkeit schloß mit einigen Szenen aus den Carmina Burana von *Carl Orff* in der Darstellung der Tanztheatergruppe des Münchner Lehr- und Forschungsinstitutes der Deutschen Akademie für Psychoanalyse. Diese Tanztheatergestaltung verbindet Elemente des humanstrukturellen Tanzes, den *Ammon* in die Therapie der schwer erreichbaren Ich-Kranken einführte und konzeptionell integrierte, mit Theaterelementen. Dadurch stellt sie eine Weiterentwicklung dar, die *Ammon* anregte und aufmerksam verfolgte. *Ammon* war es wichtig, sein Konzept von Gesundheit und Krankheit, von Menschenbild und von der Behandlung psychischer Krankheiten als ein dynamisches, lebendiges und offenes System zu verstehen, das von der klinischen Erfahrung mit den Patienten gespeist wird und nicht in dogmatischen Formen erstarrt. Die therapeutische Arbeit in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige verkörpert, mit ihrer Integration von Geistigkeit, Kunst und menschlichem Kontakt die Essenz seiner Lehre.

Egon Fabian (München)

Programm des Symposiums »Dynamische Psychiatrie heute« in memoriam Prof. Dr. med. Günter Ammon am 11. Mai 1996 in München

Dipl.-Psych. *Maria Ammon*:	Theorie und Praxis der Dynamischen Psychiatrie
Prof. Dr. med. *Modest Kabanov:*	Günter Ammon and the Concept of Rehabilitation
Dr. med. *Rolf Schmidts:*	Das ganzheitliche Prinzip in der humanstrukturellen Psychotherapieschule Günter Ammons
Prof. Judge *Amnon Carmi:*	Dynamic Psychiatric Interview
Dr. med. *Béla Buda:*	Nachholende Ich-Entwicklung – Ein von Günter Ammon formuliertes Konzept von großer therapeutischer Bedeutung
Prof. Dr. med. *B.D. Karwarsarski:*	The Influence of Dynamic Psychiatry of Günter Ammon upon Becoming of Psychotherapeutic Services in Hospitals of Russia
Dipl. Psych. *Gerhard Wolfrum/* Dipl. Psych. *Gisela Finke:*	Der Ich-Struktur-Test (ISTA) nach Ammon – Erste Ergebnisse nach der Revision
Dr. med. *Marius Erdreich:*	About the Dynamic Relations between Ammon's Human-Structurology and Erdreich's Psychotraumatology
Dipl. Psych. Dr. phil. *Ilse Burbiel:*	Psychoanalytische Ausbildung in der Dynamischen Psychiatrie
Prof. Dr. med. Dr. phil. *Vadim S. Rotenberg:*	Dynamic Psychiatry and the Modern Psychophysiology
Dr. med. *Egon Fabian/* Dr. med. *Ulrike Fabian:*	Schizophreniepsychotherapie in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige
Ingeborg Urspruch, Psychoanalytikerin	Die Arbeit an Menschen und Schauspielern in der Theatertherapie der Dynamischen Psychiatrie und in der russischen Theatertradition bei Stanislawski
Prof. Dr. med *Boris S. Poloshij:*	Die humanistischen Ideen der Dynamischen Psychiatrie in der Entwicklung der psychiatrischen Forschung in Rußland

Dr. phil. *Györgyi Körmendy:*	Die Auswirkung der humanstrukturellen Psychoanalyse Günter Ammons auf die Kinderpsychotherapie
Dr. phil. *Gertraud Reitz:*	Humanstrukturelle Tanztherapie und die Entwicklung von Körperlichkeit und Sexualität
Prof. Dr. med. *Viktor Wied:*	Dynamic and Classic Psychiatry: Confrontation or Integration
Dr. med. *Bernhard Richarz/* RA *Thomas Hessel*	Der mehrdimensionale Ansatz der dynamisch-psychiatrischen Nachbehandlung
Dr. med. *Andrzej Guzek:*	Auf dem Wege zur Psychiatrie der Zukunft
Dipl. Psych. *Margit Schmolke/* Dipl. Psych. *Monika Dworschak:*	Die Bedeutung der Case-Konferenz in der stationären humanstrukturellen Psychotherapie
Dipl. Psych. *Dörte Griepenstroh-Schmidt:*	Zur Verschränkung von Gesellschaftlichem und Persönlichem. Günter Ammon und Paul Parin
Dipl. Psych. *Astrid Thome:*	Der Freiheitsbegriff bei Ammon
Dipl. Psych. *Gabriele von Bülow:*	Einige Aspekte des Geistes und der Geistigkeit in der Humanstrukturologie Ammons

Erweiterung der Räumlichkeiten des Münchner Lehr- und Forschungsinstituts der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)

Am Samstag, den 9. März 1996, fand in den neuen Erdgeschoß-Räumen des Münchner Lehr- und Forschungsinstituts der DAP in der Goethestr. 54 eine Eröffnungsfeier statt, an der mehr als 100 Gäste teilnahmen. Der ärztliche Leiter des Instituts, Dr. med. *Rolf Schmidts*, hielt einen Festvortag zum Thema »Dynamische Psychiatrie heute« und stellte die Entwicklung der Institutsarbeit in München in einem historischen Überblick dar.

Die wissenschaftliche Leiterin des Instituts, Frau Dr. phil. *Ilse Burbiel*, sprach anschließend über die »Psychoanalytische Ausbildung in der Dynamischen Psychiatrie« und betonte dabei insbesondere die Bedeutung der gesamten Institutsgruppe als gruppendynamisches Feld für die Ausbildung. Für die musikalische Umrahmung des Festaktes sorgten *Franziska von Wendland* (Klavier) und Dr. med. (Univ. Tel Aviv) *Egon Fabian* (Violine).

Ulrike Fabian (München)

Tage der Klinischen Psychologie in Ladenburg/Heidelberg

Ende März fanden in Ladenburg bei Heidelberg die »Tage der Klinischen Psychologie« statt, veranstaltet von der Sektion Klinische Psychologie im Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP). Schwerpunkt der Vorträge waren die psychologische und neuropsychologische Diagnostik und die Gesundheitspsychologie. Mitarbeiter der psychologisch-diagnostischen Abteilung der Dynamisch-Psychia-

trischen Klink Menterschwaige waren mit zwei Beiträgen vertreten: Dr. phil. Dipl. Psych. *Ilse Burbiel* stellte in ihrem Referat »Grundzüge einer mehrdimensionalen integrativen Diagnostik« das diagnostische und therapeutische Setting der Klinik vor. Dipl. Psych. *Gisela Finke* und Dipl. Psych. *Gerhard Wolfrum* hielten den Vortrag »Der Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA)«, in dem die dem ISTA zugrunde liegende Theorie des Human-Struktur-Modells von *Günter Ammon* inhaltlich ausführlich dargelegt und Ergebnisse aus der Eichstichprobenuntersuchung erläutert wurden. Beide Vorträge stießen auf großes Interesse und eine rege Resonanz, insbesondere waren die Teilnehmer beeindruckt von den breiten Therapiemöglichkeiten in der Klinik Menterschwaige und dem Ausbildungsangebot der Deutschen Akademie für Psychoanalyse.

Gisela Finke (München)

Kongreß der Weltgesellschaft für psychosoziale Rehabilitation in Rotterdam

Die Weltgesellschaft für psychosoziale Rehabilitation (WAPR) veranstaltete vom 22. bis 24. April 1996 in Rotterdam ihren fünften internationalen Kongreß. Er stand unter dem Thema »Towards Full Citizenship of the Person with Mental Illness through Psychosocial Rehabilitation« und wurde von mehr als 1 000 Teilnehmern aus über 60 Ländern besucht. Mit dem Begriff der psychosozialen Rehabilitation sollen dabei alle Bemühungen und Maßnahmen umschrieben werden, die psychiatrischen Patienten zu sozialer Integration, Teilhabe am Leben ihrer Gemeinde und Verbesserung ihrer Lebensqualität verhelfen. »Bedarf«, »Praxis« und »Ergebnisse« waren die Schwerpunkte, die die drei Tage des Kongresses gliederten.

Im Eröffnungsvortrag sprach *G. Tognoni,* Sekretär des Permanent Peoples Tribunal, über Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen und Menschenrechte. Er betrachtet psychisch Kranke neben anderen Bevölkerungsgruppen als die Grenzpersonen, die die Glaubwürdigkeit der Demokratie herausfordern: Wichtiger als die Garantie gesellschaftlicher Nischen und deren Schutz ist es deshalb seiner Meinung nach, grundlegend zu verhindern, daß Randgruppen in einer Gesellschaft überhaupt entstehen. Seine Gedanken wurden fortgeführt von *Virginia Gonzales-Torres,* die in Mexiko eine Organisation für Menschenwürde und Menschenrechte psychisch Kranker leitet. Vor dem Hintergrund von Sozialdarwinismus und Tötung psychisch kranker Menschen im Nationalsozialismus stellte sie fest, es sei auch heute noch ein Traum, daß psychisch Kranke gleichberechtigt und in Würde leben könnten. *Judith Wolf* vom Netherlands Institute of Mental Health forderte die Verwirklichung einer ganzheitlichen Perspektive in der psychosozialen Rehabilitation, die nicht Symptome berücksichtige, sondern Fähigkeiten, Identität und Lebensplan der Patienten.

In über 500 Beiträgen in bis zu 18 Parallelsektionen wurde eine Vielfalt von Rehabilitationsmaßnahmen unter unterschiedlichsten Gesichtspunk-

ten vorgestellt. Breiten Raum hatten dabei Berichte über Deinstitutionalisierung, wie sie seit langem schon in Italien üblich ist und seit kurzem in England erfolgt. Ein anderes Thema, das sich durch viele Beiträge zog, war die Untersuchung der Lebensqualität der Betroffenen. Eine Gruppe aus dem St. Petersburger Bechterew-Institut unter Leitung von *Modest M. Kabanow* berichtete über erste Anwendungen der russischen Version eines Fragebogens bei stationären und teilstationären Patienten unterschiedlicher Diagnosen. Immer wieder wurden auch Alternativen zum herkömmlichen System psychiatrischer Versorgung vorgestellt wie z.B. das in New York entwickelte Club-House-Modell, das den Patienten die Verantwortung über die Gestaltung des Zusammenlebens in einer freiwilligen Gemeinschaft Betroffener überträgt und das in den letzten Jahren weite internationale Verbreitung gefunden hat. Als Mitarbeiter der Klinik für Dynamische Psychiatrie und des Trägervereins für Freie und Therapeutische Wohngemeinschaften stellten *Bernhard Richarz* und *Thomas Hessel* den mehrdimensionalen Ansatz der dynamisch-psychiatrischen Nachbehandlung vor.

Auf Grenzen gängigen Rehabilitationsdenkens wiesen zwei Plenarvorträge des letzten Kongreßtages hin. *John S. Strauss,* Psychiater und Psychoanalytiker von der Yale-Universität, stellte Fragen an die psychiatrische Theorie, die für ihn aus seinen langjährigen Verlaufsuntersuchungen psychiatrischer Erkrankungen entstanden sind, und *Patricia E. Deegan,* klinische Psychologin aus den USA, forderte aus eigener Betroffenheit die Teilnehmer des Kongresses dazu auf, nicht Rehabilitationstechniken zu lernen, sondern Weisheit zu erlangen, um ihre Patienten verstehen zu können. Gerade ihr Vortrag verdeutlichte, daß die Begegnung von Patient und Therapeut in Achtung und Würde die entscheidende Voraussetzung zur Verwirklichung der Menschenrechte psychiatrischer Patienten ist.

Bernhard Richarz (München)

Das 17. Donausymposium für Psychiatrie in Timisoara, Rumänien

Das 17. Donausymposium fand dieses Jahr in Timisoara, Rumänien, vom 24. bis 27. April statt. Neben den großen Delegationen der Donaustaaten Deutschland, Österreich, Ungarn, Rumänien, Slowakei, Bulgarien, Jugoslawien und Moldawien waren auch Wissenschaftler aus der Schweiz, Frankreich, Belgien, Großbritannien, den Niederlanden, der Tschechischen Republik und den ehemaligen jugoslawischen Staaten zusammengekommen, um über den aktuellen Stand der Diagnostik, Therapie und Forschung in drei großen Bereichen der Psychiatrie zu diskutieren. Der erste Kongreßtag war dem »Selbstzerstörerischen Verhalten in verschiedenen Altersgruppen« gewidmet und nahm mit über 50 Vorträgen den zentralen Platz im Kongreß ein. Hier wurden psychodynamische, soziokulturelle und wirtschaftliche Faktoren in Verbindung mit dem Suizid erörtert, mit besonderer Betonung der veränderten politisch-ökonomischen Realität der

ehemaligen sozialistischen Ostblockstaaten, in denen die Suizid-, aber auch die Drogen- und Alkoholproblematik von immer größerer Aktualität sind. Thema des zweiten Tages war das »Schizophrenie-Management in den verschiedenen Teilen Europas«. Viele Referenten versuchten, Teilaspekte der Schizophrenieprophylaxe und -behandlung zu beschreiben, wobei u.a. sozialpsychiatrische Management-Modelle, Versorgung und Rehabilitation im Mittelpunkt des Interesses standen. In einem zusammenfassenden Vortrag sprach *Norman Sartorius* aus der Schweiz über den aktuellen Stand der Schizophreniebehandlung mit ihren zahlreichen, additiv verwendeten therapeutischen Methoden, mit der Enttäuschung über die »großen« biologisch-pharmakologischen Fortschritte und dem gesellschaftlichen Problem der alternden, hospitalisierten Patienten. Hier, wie auch in den meisten Vorträgen des dritten Abschnittes über »Atypische Aspekte affektiver Störungen«, war das Fehlen eines integrierenden Gesamtkonzeptes von Genese, Therapie und Forschung spürbar.

Besonders möchten wir die warme Gastfreundschaft und die freundliche Organisation der rumänischen Gastgeber hervorheben, die von Anfang an eine angenehme Atmosphäre für Begegnung und Austausch schufen.

Egon Fabian (München)

Einladung des Bechterew-Institutes zum Kongreß über »Crisis in Society and Health in a Rapidly Changing World«

Vom 18. bis 20. Juni 1996 – während der berühmten Petersburger weißen Nächte – veranstaltete das Bechterew-Institut unter Leitung von Prof. *Modest M. Kabanow* zusammen mit der WHO, dem schwedischen Gesundheitsministerium und der finnischen Gyllenberg-Foundation einen Kongreß zum Thema »Crisis in Society and Health in a Rapidly Changing World – Etiology, Pathogenesis, Prevention«. Eingeladen waren Referenten aus Rußland, Schweden, Finnland, aus Deutschland die Präsidentin der DAP, Frau Dipl.-Psych. *Maria Ammon,* und Dipl.-Psych. *Gerhard Wolfrum.* Der Kongreß befaßte sich mit den gesellschaftlich und ökonomisch relevanten Aspekten gesellschaftlicher Umbruch-Prozesse, wie sie für die derzeitige Situtation Rußland typisch sind, aber auch Aspekten der deutschen Wiedervereinigung sowie weltweiter sozialer Veränderungen. Hier rief vor allem der schwedische Chairman, Prof. *Nennart Levi* zu raschem und entschiedenem Handeln auf. Dipl-Psych. *Maria Ammon* sprach zum Thema »Überlegungen zur Krise in der Gesellschaft – Belastungen und Möglichkeiten« und führte vor dem Hintergrund von *Ammons* theoretischer und Behandlungskonzeption aus, daß Krisen auch die Chance der Veränderung zum Besseren in sich tragen. Dipl.-Psych. *Gerhard Wolfrum* stellte die Ergebnisse einer Repräsentativ-Untersuchung mit dem Ich-Struk-

tur-Test nach *Ammon* (ISTA) in Deutschland mit signifikanten Unterschieden zwischen den alten und neuen Bundesländern und anderen Personen-Merkmalen vor.

Gerhard Wolfrum (München)

Vertragsabschlüsse mit dem Moskauer Serbsky-Institut und der russischen psychotherapeutischen Gesellschaft, DAP und DGG affiliiert

Anläßlich des Kongreßbesuches im Bechterew-Institut vom 18. bis 20. Juni 1996 auf Einladung von Prof. *Modest M. Kabanow* unterzeichnete die Präsidentin der DAP, Frau Dipl.-Psych. *Maria Ammon,* einen Kooperationvertrag mit dem Serbsky National Research Center for Social and Forensic Psychiatry unter der Leitung von Frau Prof. *T.B. Dimitrieva.* Hauptbestandteil dieses Abkommens ist die wissenschaftliche Zusammenarbeit, derzeit im Rahmen einer gemeinsamen Basisdokumentation und zusammen mit dem Bechterew-Institut der gemeinsamen Weiterentwicklung der russischen Version des Ich-Struktur-Tests (ISTA) sowie der Austausch von Wissenschaftlern im Rahmen der Fort- und Weiterbildung. Eingeladen von der russischen psychotherapeutischen Gesellschaft unter Leitung von Prof. *Kawarsarski* besuchten Dipl.-Psych. *Maria Ammon* und Dipl.-Psych. *Gerhard Wolfrum* zusammen mit Mitarbeitern der Vereinigung sowie den Professoren *Churkin* und *Tupizin* am 20. und 21. Juni 1996 das städtische psychiatrische Krankenhaus von Nowgorod unter Leitung des Chefarztes Dr. *Tschernikow.* Im Rahmen dieser Initiative der russischen psychotherapeutischen Gesellschaft wurde vereinbart, einen wissenschaftlichen Kooperationsvertrag zwischen der russischen psychotherapeutischen Gesellschaft sowie der Deutschen Akademie für Psychoanalyse abzuschließen. Darüber hinaus plant die Gesellschaft sowohl in Nowgorod – hier bereits mit Unterstützung des Bürgermeisters – als auch weiteren russischen psychiatrischen Kliniken dynamisch-psychiatrisch strukturierte Abteilungen einzurichten. Zu diesem Zweck werden Mitarbeiter nach München in die Dynamisch-Psychiatrische Klinik Menterschwaige kommen, um vor Ort Erfahrungen in Theorie und Praxis der Dynamischen Psychiatrie zu sammeln.

Sowohl die Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) als auch die Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft (DGG) sind mittlerweile affiliierte Mitglieder der russischen psychotherapeutischen Gesellschaft.

Gerhard Wolfrum (München)

Ankündigungen / Announcements

11th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP/ XXIVth International Symposium of the German Academy for Psychoanalysis (DAP) e.V., Munich

Dynamic Psychiatry Today
The Integration of Psychotherapy in Psychiatry

At the forthcoming 11th World Congress of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP which is also the XXIVth International Symposium of the German Academy for Psychoanalysis (DAP) the latest developments and results in the field of Dynamic Psychiatric theory, therapy, prophylaxis and research as well as actual problems and questions will be presented and discussed.

Dynamic Psychiatry is understood as a science in which psychiatry, psychoanalysis and group dynamics are closely linked. The development of Dynamic Psychiatry started in the 30's in the USA. Günter Ammon, in continuing his work at the Menninger Foundation (Topeka, USA), introduced and further developed it in Germany in the 60's. Its theoretical and practical roots are to be found in Freudian psychoanalysis, ego psychology, object school and system-theoretic and group-dynamic understanding. Further developments of Günter Ammon were a new understanding of aggression, a new view of the unconscious and a new interpersonal energetic principle within a holistic concept of personality.

The congress strives for co-work with other scientific schools and directions, aiming at an integration of the latest developments on the background of comprehensive understanding of disease and health.

The forthcoming 11th World Congress of the WADP is the first congress to be held without its founder Prof. Günter Ammon who died on September 3rd, 1995. The 10th World Congress held at the Psychoneurological Research Institute V.M. Bekhterev in St. Petersburg in 1994 showed once more the increasing importance of the WADP for solving the current questions in psychiatry, psychotherapy and medical psychology.

May this congress again be a fruitful mutual exchange between many different disciplines, scientists and countries.

Modest M. Kabanov *Maria Ammon*

Main Topics of the Congress will be:

- A view of man, a comprehension of illness and health in humanistic psychiatry and psychotherapy
- On history and further development of psychoanalytic concepts: unconscious, restistance, transference, counter-transference, energy,

- group-dynamics, aggression, dreams, creativity, identity and the model of personality
- New concepts in psychiatry, psychosomatics, psychotherapy and psychoanalysis
- Holistic approaches to treatment and a variety of verbal and non-verbal methods
- Multidimensional diagnostics of health and illness
- Potentials of man's growth in prevention, therapy and rehabilitation
- Training, personality development and institution
- Research in psychotherapy, neuropsychology and other fields
- Psychiatry, psychotherapy, ethics, law and society
- Dynamic psychiatry in childhood, adolescence and age

Organzier: World Association for Dynamic Psychiatry WADP Inc. Bern and German Academy for Psychoanalysis (DAP) e.V.
Title: Dynamic Psychiatry Today
The Integration of Psychotherapy in Psychiatry
Location: Munich
Time: March 4–8, 1997
Information: German Academy for Psychoanalysis (DAP) e.V. Goethestraße 54, D-80336 Munich (Germany), Tel. (49-89) 539674

❁

Kongreß der DGPPN '96

Thema: »Im Spannungsfeld zwischen Spezialisierung und Integration – Entwicklungstendenzen der Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde«
Veranstalter: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
Ort: Congress Center Düsseldorf
Zeit: 17. – 21.09.1996
Information: Kongreßbüro CPO Hanser Service, Büro Hamburg, Postfach 1221, D-22882 Barsbüttel, Tel. (040) 67 08 82-0, Fax: (040) 6 70 32 83

11. Wiener Trainingsseminar für Gruppenmethoden

Veranstalter: Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik
Ort: Rust am Neusiedlersee
Zeit: 1.10. – 5.10.1996
Information: Manfred Kohlheimer, Beatrixgasse 14A, A-1030 Wien Tel. 0043-1-7151662

2. Fachtagung zur angewandten Körperpsychotherapie

Titel: Psychoanalyse/Tiefenpsychologie und Tanz- und Bewegungstherapie
Ort: Bonn
Zeit: 26.10.1996
Information: DITAT e.V., Herrn Dr. B. Voigt, Rilkestr. 103, D-53225 Bonn
Tel. (0228) 467900

Congress: First Psychotic Episode of Schizophrenia

Organizer: AMC-IROS Group & Dutch Schizophrenia
Location: RAI Congress Centre Amsterdam
Time: November 28–29, 1996
Information: Congress office, Bureau PAOG _
Amsterdam, Tafelbergweg 25, 1105 BC Amsterdam
Tel.: + 31-20-5 66 48 01, Fax: +31-20-6 96 32 28

100. Gruppendynamische Tagung der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)

Leitung: Dipl. Psych. Maria Ammon
Ort: Tagungszentrum der DAP in Paestum (Süditalien)
Zeit: 22. 12.96 bis 1.1.97
Information: Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V.,
LFI Berlin, Kantstr. 120/121, 10625 Berlin, Tel. 030/3122698
LFI München, Goethestr. 54, 80336 München, Tel. 089/539674

Symposium zu den theoretischen Grundlagen der Kunsttherapie

Ort: Wien
Zeit: 21.2. – 23.2.1997
Information: Sekretariat der Wiener Schule für Kunsttherapie, Apostelgasse 25–27, A-1030 Wien, Tel. (0222) 7185421

7th EAP Conference

Title: Common Grounds and Different Approaches in Psychotherapy
Organizer: European Association for Psychotherapy
Location: Rome
Time: June, 26–29, 1997
Information: EAP Italy, Riccardo Zerbetto, Via Montanini 54, I-53100 Siena
Tel. (39-89) 57745379

Im nächsten Heft erscheint...

Gisela Finke, Gerhard Wolfrum (München)
Der Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA) in der revidierten Fassung

Astrid Thome, Ulrich Koeppen (Munich)
Sleep Structure in Depression, Schizophrenia, Psychosomatics, Borderline-Syndrom and Anorexia Nervosa – A Comparison

Gertraud Reitz, Dorothea Doldinger (München)
Der psychoanalytische Kindergarten

Dieter Harbisch (Solingen), *Sylvia von Wallenberg Pachaly* (Düsseldorf)
Development of Group Ability – Observations in Parental Groups

Takashi Yamaguchi (Tokyo)
Love and Hate – Amae (Dependence) and Ijime (Torment) in Japan

Shoba Mishra (Patna)
Developing Women Entrepreneurs: The Dynamic Psychiatric Approach

Igor Shchigolew (Mglin)
Social Aspects of Psychic Epidemies in Russia

– 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

Gesellschafter des Verlages (mit Einlagen über 5% des Stammkapitals):
Dipl. Psych. Maria Ammon, Berlin (14%); RA Thomas Hessel, München (7%); Dr. med. Rolf Schmidts, München (6%)
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: Dipl. Psych. Maria 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: Renate Drechsler, Amalienstraße 49a, D-80779 München (verantwortlich)
Abonnentenabteilung/Subscription management: Dipl. Ing. Werner Schütz, Kantstraße 120/121, D-10625 Berlin
Manuskripte nimmt die Redaktion/Manuscripts should be sent to:

Hauptschriftleitung/Address of the editorial staff:
Dipl. Psych. Maria Ammon, 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. Gerhild Sandermann, Dipl. Psych. Margit Schmolke, Dipl. Psych. Astrid Thome, Dipl. Psych. Gerhard Wolfrum.

Die veröffentlichten Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Manuskripte werden in Deutsch und Englisch 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 German and English. 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.