



**Günter Ammon, Gisela Finke,
Gerhard Wolfrum**

**Ich-Struktur-Test
nach Ammon**

ISTA

Manual

Ich-Struktur-Test nach Ammon ISTA

Ein psychometrischer Fragebogen zur Erfassung
von Persönlichkeitsstruktur

Manual

von

Günter Ammon†, Gisela Finke, Gerhard Wolfrum

SWETS
TEST SERVICES

SWETS Test Services
Postfach 1015
4100 Krefeld
Tel. (0215) 9123-1
Telefax (0215) 9123-20

Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA). Manual von Günter Ammon †, Gisela Finke, Gerhard Wolfrum

© 1998 Swets & Zeitlinger B.V., Swets Test Services, Frankfurt/M.

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil dieser Veröffentlichung darf reproduziert, übertragen, überschrieben, gespeichert oder in eine Fremd- oder Programmiersprache übersetzt werden, gleich in welcher Form, ob elektronisch, mechanisch, magnetisch, optisch oder sonstwie, ohne vorherige schriftliche Genehmigung des Verlages.

Inhaltsverzeichnis

Teil I: Theoretische Grundlagen und Anwendung

1	Theoretische Grundlagen	9
1.1	Das Humanstrukturmodell	9
1.2	Sozialenergie, Entwicklungsverständnis und Menschenbild	11
1.3	Möglichkeiten und Grenzen der Erfassung von Humanstruktur	13
2	Die Skalen des ISTA	15
2.1	Beschreibung und Operationalisierung der Konstrukte	16
2.1.1	Aggression als Humanfunktion	16
2.1.2	Angst als Humanfunktion	17
2.1.3	Abgrenzung nach außen als Humanfunktion	19
2.1.4	Abgrenzung nach innen als Humanfunktion	20
2.1.5	Narzißmus als Humanfunktion	21
2.1.6	Sexualität als Humanfunktion	21
	Kurzbeschreibung der ISTA-Skalen	26
3	Testdurchführung und Auswertung	28
3.1	Testmaterial und Durchführung	28
3.2	Auswertung	29
3.3	Anwendungsbereiche	30
4	Auswertung und Interpretation	32
4.1	Allgemeine Interpretations-Hinweise	32
4.2	Typische Strukturmuster	33
4.3	Interpretations-Beispiele aus der Praxis	34
4.3.1	Fallbeispiele	34
4.3.2	Verlaufsbeispiele	44
4.4	Differenzierung von Diagnosegruppen	51

Teil II: Testentwicklung und Testanalyse

5	Vorformen des ISTA	57
6	Itementwicklung und -selektion	58
7	Eichung	60
7.1	Skalenkennwerte	61
7.2	Skaleninterkorrelation	63
8	Reliabilität	65
8.1	Die klinische Stichprobe	65
8.2	Itemstatistik in der Eichstichprobe und der Patientengruppe	66
8.3	Retest-Reliabilität	68
8.4	Diskussion der Ergebnisse	68

9	Validität	69
9.1	Interkorrelationen der ISTA-Skalen in der Patientengruppe	69
9.2	Faktorielle Validität	71
9.2.1	Eichstichprobe	71
9.2.2	Klinikpatienten, Aufnahmewerte zu Therapiebeginn	72
9.3	Beziehungen zu anderen Verfahren	74
9.3.1	Gießen-Test (GT)	74
9.3.2	Life Style Index	77
9.3.3	Zusammenhänge mit dem MMPI	80
9.3.4	Symptom Check List (SCL-90R)	81
9.3.5	Intelligenz (HAWIE-R)	82
10	Differentielle Validität	84
10.1	Klinische Gruppe und Normalbevölkerung	84
10.2	Untergruppen der Eichstichprobe	85
10.3	Profile klinischer Gruppen	90
10.4	Evaluation von Therapieeffekten	91
11	Literatur	93
Anhang		99
Normen		101

Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen

Abbildung 1:	Modellvorstellung der Humanstruktur mit Meßbereichen des ISTA	10
Tabelle 1:	Verzeichnis der Untersuchungen mit den verschiedenen ISTA-Versionen ab 1992 im Rahmen der Itemselektion	58
Tabelle 2:	Soziodemografische Beschreibung der Eichstichprobe	60
Tabelle 3:	Geschlechtsspezifische Unterschiede im ISTA in der Eichstichprobe	61
Tabelle 4:	Altersspezifische Unterschiede im ISTA in der Eichstichprobe	62
Tabelle 5:	Interkorrelationen der ISTA-Skalen untereinander	63
Tabelle 6:	Demografische Beschreibung der Untersuchungsgruppen	65
Tabelle 7:	Diagnosen nach ICD-10 in der Patientengruppe (N = 134)	66
Tabelle 8:	Itemstatistik in der Eichstichprobe (N = 1001) bei Patienten in der Klinik für Dynamische Psychiatrie (Aufnahmewerte vor Therapiebeginn, N = 134) ..	67
Tabelle 9:	Cronbach Alpha der ISTA-Skalen in der Eichstichprobe (N = 1001) und bei N = 134 Klinikpatienten (Aufnahmewerte)	67
Tabelle 10:	Retest-Reliabilität der ISTA-Skalen	68
Tabelle 11:	Interkorrelationen der ISTA-Skalen untereinander (Klinikpatienten, N = 134)	70
Tabelle 12:	Faktorenstruktur (Varimax-Rotation) in der Eichstichprobe	71
Tabelle 13:	Zuordnung der ISTA-Skalen zu drei Faktoren (Eichstichprobe, Varimax-Rotation)	71
Tabelle 14:	Faktorenstruktur (Varimax-Rotation) in der klinischen Stichprobe (N = 134) ..	72
Tabelle 15:	Zuordnung der ISTA-Skalen zu vier Faktoren (Varimax-Rotation)	73
Tabelle 16:	Korrelation des ISTA mit dem Gießen-Test (GT), N = 84	76
Tabelle 17:	Korrelation des ISTA mit dem Life Style Index (LSI)	78
Tabelle 18:	Korrelation des ISTA mit dem MMPI (N = 77)	81
Tabelle 19:	Korrelation des ISTA mit dem Life Style Index (LSI)	83
Tabelle 20:	Mittelwerte und Standardabweichungen der ISTA-Skalen in der Eichstichprobe (unter 50 Jahre, N = 600) und bei N = 134 Klinikpatienten (Aufnahmewerte)	84
Tabelle 21:	Mittelwerte und Standardabweichungen der ISTA-Skalen in der Eichstichprobe bei Probanden, die sich in Psychotherapie befinden (N = 51) und dem Rest (N = 950)	86

Tabelle 22:	Probanden, die psychopharmakologische Medikamente einnehmen (Pharmaka; N = 76) versus Rest (keine; N = 925)	86
Tabelle 23:	Partnersituation: Ohne festen Partner (N = 381) versus mit festem Partner (N = 620)	87
Tabelle 24:	Schulabschluß: Hauptschulabschluß (N = 394) versus höhere Schulabschlüsse (N = 542)	87
Tabelle 25:	Beschäftigte (N = 510) versus Arbeitslose (N = 70)	88
Tabelle 26:	Haushaltsnettoeinkommen unter 1500 (N = 121) versus über 4500 DM/Monat (N = 143)	88
Tabelle 27:	Alte (N = 810) versus neue Bundesländer (N = 191)	89
Tabelle 28:	Mittelwerte und Standardabweichungen der ISTA-Skalen bei den verschiedenen Diagnosegruppen der depressiven, psychotischen und Borderline-Struktur ..	91
Tabelle 29:	Mittelwerte und Standardabweichungen der ISTA-Skalen vor und nach der Behandlung	92
Tabelle 30:	T-Normen für die Altersstufe 16 bis 49 Jahre	101
Tabelle 31:	T-Normen für die Altersstufe 50 bis 75 Jahre	103

Teil I: Theoretische Grundlagen und Anwendung

Der Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA) wurde entwickelt als ein **psychoanalytisch orientierter Persönlichkeits-Fragebogen**, der auf der humanstrukturellen Theorie der Dynamischen Psychiatrie Günter Ammons basiert. Er erfaßt die Persönlichkeitsbereiche (Humanfunktionen) von Aggression, Angst, Abgrenzung nach außen und innen, Narzißmus und Sexualität auf 18 Skalen mit insgesamt 213 Items. Gemessen werden jeweils die konstruktiven, destruktiven und defizitären Ausprägungen dieser Humanfunktionen. Der ISTA soll möglichst differenziert den **momentanen Entwicklungsstand** der Persönlichkeit eines Menschen in ihren **unbewußten Strukturmerkmalen** und durch Verlaufsmessungen deren möglichen Veränderungen erfassen, d.h. er soll veränderungssensitiv sein und wesentliche Persönlichkeitsvariablen ansprechen.

1 Theoretische Grundlagen

Anliegen der Dynamischen Psychiatrie, deren Wurzeln in der amerikanischen Dynamic Psychiatry liegen und die verbunden ist mit Namen wie Harry Stack Sullivan, Frieda Fromm-Reichmann und besonders Karl Menninger, ist es, Konzepte und Methoden von **Psychoanalyse, Psychiatrie und Gruppendynamik** zu integrieren und weiterzuentwickeln. Weitere Wurzeln liegen in der Freudianischen Psychoanalyse mit den Konzepten von Übertragung, Widerstand und der Vorstellung eines Unbewußten, des weiteren in der Ich-Psychologie mit den Begriffen der konfliktfreien Sphäre des Ich, in den Ansätzen der Objektschule sowie dem systemtheoretischen und gruppendynamischen Denken. Mit der **Neudefinition der Aggression** als einer konstruktiven und kreativen Kraft löste sich Ammon vom Freudianischen Triebverständnis und entwickelte eine eigene theoretische Konzeption. **Die Aggression** wird – wie Maria Ammon (1997a) schreibt – zur Ich-Funktion und ihre Entwicklung in einen gruppendynamischen Zusammenhang gebracht: Die nach seiner Auffassung jedem Menschen ursprünglich gegebene konstruktive Aggression wird lebensgeschichtlich erst durch spezifische destruktive Gruppendynamiken zu dem, was gemeinhin unter Aggression im Sinne einer zerstörerischen Kraft verstanden wird (Ammon 1970). Die Aggression als Prinzip einer primären Umweltgerichtetheit und Offenheit des Menschen, als neugierigem Herangehen an Dinge und Menschen wird so zu einem zentralen Moment in der Entwicklung der Persönlichkeit, deren Wachstum in Gesundheit wie Krankheit entscheidend von der **Qualität des umgebenden gruppendynamischen Feldes** abhängt. Identitätsentwicklung und Persönlichkeitsaufbau sind damit gebunden an die Entfaltung konstruktiver Aggression im Sinne eines kreativen *adgredi*, wozu auch die schuldfreie Ablösung und Abgrenzung aus der Zeit der frühkindlichen Symbiose in der Primärgruppe gehört (vgl. Ammon, M. 1997a).

Anders als bei Freud wird **das Unbewußte** bei Ammon als ein Ort der kreativen Kräfte des Menschen definiert, als „das Potential der wachsenden und gewachsenen Ich-Funktionen der Persönlichkeit“, also der Entwicklungsmöglichkeiten eines Menschen schlechthin (Ammon 1978). In Verbindung mit der Neudefinition des Unbewußten als kreativem Potential und dem neuen Aggressions- und Kreativitätsverständnis entwickelt Ammon ein eigenes Persönlichkeitsmodell, das er als „**Humanstrukturmodell**“ 1976 veröffentlichte.

1.1 Das Humanstrukturmodell

Die Persönlichkeits-Struktur eines Menschen wird bei Ammon „**Ich-Struktur**“ bzw. mittlerweile „**Human-Struktur**“ genannt (Ammon 1973, 1976, 1979a, 1979b, 1982, 1985a, 1989, 1991, Ammon, M. 1996, 1997a, Burbiel 1997a) – in Abgrenzung zur Ich-Psychologie auf triebtheoretischer Basis (Hartmann 1939, 1964, Hartmann, Kris, Loewenstein 1946). Der Begriff der Humanstruktur grenzt sich von dem von den Ich-Psychologen verwandten Freudianischen Strukturbegriff ab und definiert die Humanstruktur als eine ganzheitliche und mehrdimensionale Struktur, deren Elemente die Humanfunktionen darstellen. Diese Funktionen sind nicht zu verstehen als einmal festgelegte Einheiten, sondern als primär gegebene menschliche Möglichkeiten und Dimensionen. Sie stehen in synergistischem, sich wechselseitig regulierendem und dynamischem Zusammenhang und werden drei verschiedenen Substrukturen der Persönlichkeit zugeordnet: Den primären, zentralen und sekundären Teilbereichen der Persönlichkeit.

Die **primären Humanfunktionen** umfassen die gesamten körperlich-biologischen und neurologischen Funktionen des Menschen.

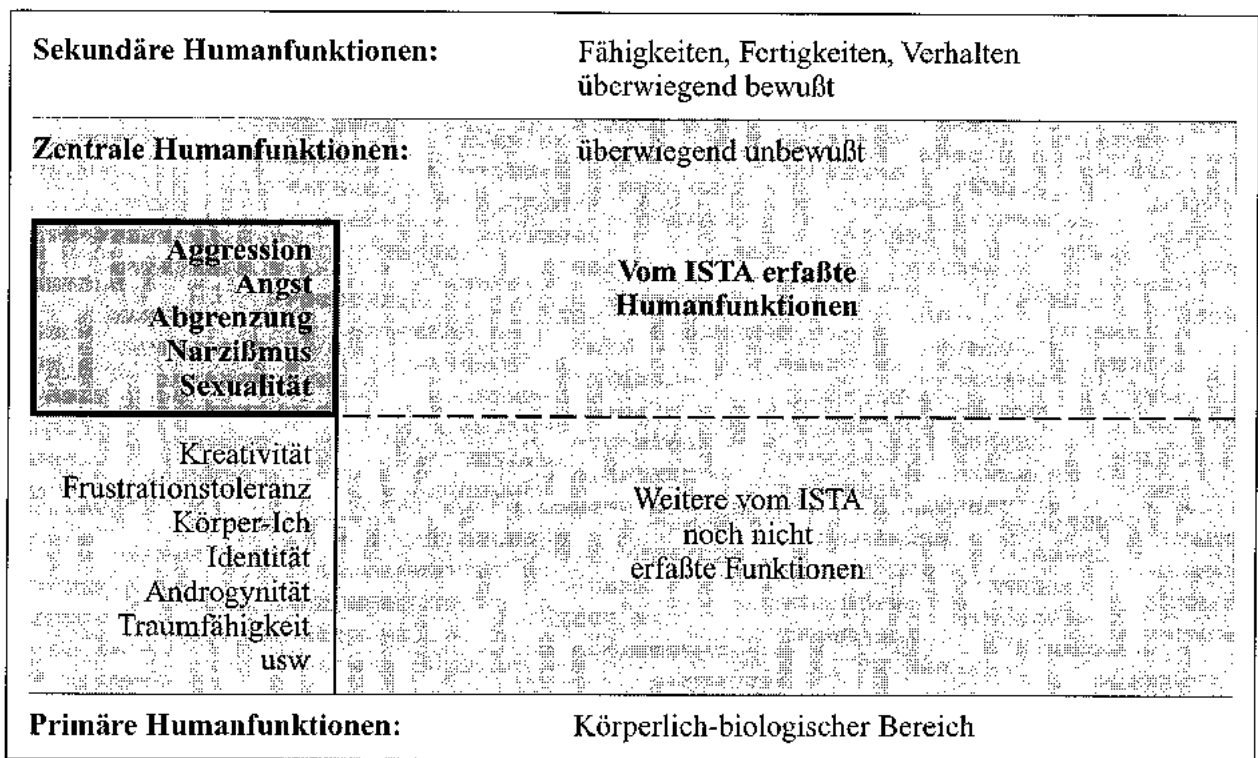


Abbildung 1: Modellvorstellung der Humanstruktur mit Meßbereichen des ISTA

Den Kern der Persönlichkeit bilden die **zentralen Humanfunktionen**, sie regulieren grundlegend die Humanstruktur als ganze als auch die Umweltbeziehungen eines Menschen. Ammon spricht von ihnen als „komplexen integrierten psychologischen Einheiten“ (Ammon 1979), die im Unbewußten angesiedelt sind und in ihrer Ausprägung konstruktive, destruktive und defizitäre Qualitäten annehmen können. Zu den wichtigsten zählen beispielsweise die **Aggression** als primär gegebenem Aktivitätspotential, die **Angst** als notwendiger Voraussetzung zur Realitätsbewältigung, der **Narzißmus** als Fähigkeit mit sich selbst und anderen freundlich umzugehen, die **Abgrenzung** als primäre Beziehungsregulation des Menschen zu umgebenden Gruppen und zu verinnerlichten Beziehungsdynamiken, die **Sexualität** als primär und konfliktfrei gegebenem Potential zu Beziehungs- und Liebesfähigkeit.

Zu den **sekundären Humanfunktionen** gehören die Fähigkeiten, Fertigkeiten, Intelligenz, Sprache und das Verhalten eines Menschen; sie werden eher dem Bereich des Bewußten zugerechnet.

Alle Humanfunktionen sind synergistisch miteinander verwoben und entwickeln sich in Abhängigkeit von der Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungserfahrungen („sozialenergetisch-gruppenspezifisches Feld“) **konstruktiv, destruktiv** oder **defizitär**. Diese Beziehungsprozesse werden in der frühen Kindheit verinnerlicht und bestimmen im wesentlichen die Struktur des Unbewußten (Ammon 1995). Je nachdem, ob ein Mensch in seinen Gruppen **gefördert, behindert** oder **vernachlässigt** wurde, nimmt die Entwicklung der Humanfunktionen einen **konstruktiven, destruktiven** oder **defizitären** Verlauf (Burbiel 1997, Hochmuth 1992). In ihrer konstruktiven Ausprägung haben die Humanfunktionen eine **regulative**, in ihrer destruktiven und defizitären eine eher **dysregulative** Wirkung.

Der ISTA wurde als ein Testinstrument entwickelt, welches Gültigkeit haben soll sowohl für die Erfassung psychisch auffälliger Bereiche als auch der gesunden, **konstruktiv entwickelten Seiten** eines Menschen. Dabei wird versucht, das vorherrschende statische Denken in Kategorien von „krank“ und „gesund“ aufzuheben zugunsten eines Verständnisses von der **Persönlichkeitsstruktur** sowie eines **dynamischen und prozessualen Denkens** im Sinne der Veränderbarkeit und Entwicklungsfähigkeit der psychischen Struktur eines Menschen.

Erste grundsätzliche Überlegungen zur Konstruktion eines solchen Verfahrens erfolgten im Rahmen der Diskussion um ein neues strukturelles Verständnis des Krankheitsbildes des **Borderline-Syndroms** (Ammon 1976, 1979a). Dabei entstand das Anliegen, die schillernde Vielfalt dieses Krankheitsbildes in der Tiefe besser zu verstehen und sowohl eine bessere Modellvorstellung als auch ein Meßinstrument zur Verfügung zu haben, welches die Besonderheiten dieses Krankheitssyndroms strukturell erfassen kann. Dementsprechend sollte der zu entwickelnde Test vor allem **zentrale Ich-Funktionen**, wie z.B. die Aggression, Angst, Kreativität, Sexualität, Ich-Regulation oder Frustrationstoleranz erfassen.

1.2 Sozialenergie, Entwicklungsverständnis und Menschenbild

Grundlage der dem Test zugrunde liegenden Persönlichkeitstheorie ist ein **Verständnis von menschlicher Entwicklung**, das auf der Konzeption einer **zwischenmenschlichen psychischen Energie** basiert – sie wird bei Ammon „**Sozialenergie**“ genannt (Ammon 1982, 1983). Mit dieser Sozialenergie-Konzeption als einem eigenen gruppenspezifisch-psycho-dynamischen Energieverständnis trennt sich Ammon vom triebbestimmten biologischen Konzept der Freudianischen Libidotheorie (Freud 1905, 1920, 1938). Er versteht unter der Sozialenergie eine Kraft, die immer in Kontakt zwischen Menschen entsteht und deren Qualität abhängt von der jeweiligen unbewußten Gruppendynamik: „Sozialenergie entsteht durch Kontakt, Auseinandersetzung, Geborgenheit, Verlässlichkeit, Liebe und auch Forderung zum Tätigsein und Forderungen an die Identität ... und sie findet ihren Niederschlag in allen Bereichen der Humanstruktur“ (Ammon 1982). Auch die Bindungsforschung weist auf die Bedeutung der frühen Beziehungserfahrungen für die menschliche Entwicklung hin (vgl. Bowlby 1969, 1973, Dornes 1993, Grossmann et al. 1989), allerdings betont Ammon sehr viel stärker die unbewußte Dimension und den Feldaspekt seiner Konzeption. Je nachdem, wie der gruppenspezifische Raum zwischenmenschlich gestaltet ist, kann das sozialenergetische Feld konstruktiv, destruktiv oder defizitär ausgeprägt sein und dementsprechend in die Persönlichkeit integriert werden.

Konstruktive Sozialenergie beinhaltet, Verständnis und Interesse für den anderen Menschen zu entwickeln, sich mit ihm auseinanderzusetzen, ihn ernst zu nehmen und zu fordern. **Destruktive Sozialenergie** zeigt sich durch offene Destruktion unter Menschen, Verbote, Lebenseinengungen, Bestrafungen, Beschimpfungen und Zwänge aller Art und impliziert wenigstens noch einen gewissen, wenn auch verstümmelten Mitteilungskarakter. **Defizitäre Sozialenergie** zeigt sich in fehlendem Interesse und fehlendem Verständnis für den anderen, „defizitäre Sozialenergie ist verweigerte Sozialenergie, das Ignorieren von Menschen“ (Ammon 1986). Sozialenergie ist also die Energie, die Persönlichkeitsaufbau bewirkt, dementsprechend kann Persönlichkeitsstruktur als manifestierte Sozialenergie betrachtet werden.

Menschliche Entwicklung wird bei Ammon gesehen als ein lebenslanger Prozeß, der an interpersonelle, kreative und damit „sozialenergetische Austauschprozesse“ gebunden ist und wird verstanden als wachsende Erweiterung der Persönlichkeits-Struktur mit ihren bewußten, unbewußten und neurophysiologischen Anteilen. Hierbei sind das implizit **vermittelte Menschenbild**, die **Wertsetzungen einer Gruppe** wichtig, das, was in den ersten Lebensgruppen als konstruktiv, d.h. entwicklungsfördernd empfunden wird und das, was in der jeweiligen Gruppe als erstrebenswert und vorbildhaft gilt sowie auch, wieviel Raum, Zeit, Echtheit im Kontakt, innere Ruhe und Gelassenheit von den Bezugspersonen vermittelt werden. Das Umgehen mit Arbeit, mit Zeit, mit Kontakten und Freunden, Ideen, Aufgaben, Interessen etc. kann in spezifischer Weise konstruktiv vermittelt und **gefördert** werden, es kann aber auch **gehemmt** oder **verweigert** werden und damit zu Arretierungen oder Erfahrungsdefiziten in der Persönlichkeit führen, d.h. die unbewußte Gruppendynamik der Primärgruppe **reguliert** Ausmaß und Qualität zwischenmenschlicher psychischer Energie.

Die Ich-Struktur des sich entwickelnden Kindes stellt eine repräsentative Abbildung der gesamten emotionalen Gestimmtheit der umgebenden Gruppe, eine Abbildung der jeweils spezifischen Familiendynamik, der Qualität der Beziehungen zu den frühen relevanten Bezugspersonen und der jeweiligen Atmosphäre dar. Der Prozeß der Vermittlung von **Sozialenergie** zwischen Kind, Mutter und umgeben-

der Gruppe verläuft dabei weitgehend auf der Ebene des **Unbewußten** und zwar um so unmittelbarer, je jünger das Kind ist. Für die Entwicklung der Ich-Struktur ist besonders das Beziehungsfeld der frühen Kindheit von Bedeutung, generell jedoch ist Entwicklung, d.h. der Aufbau von Ich- bzw. Human-Struktur ein lebenslanger Prozeß von Differenzierung und Integration – ein Verständnis, welches entsprechende Konsequenzen für therapeutische und diagnostische Prozesse nach sich zieht.

Grundlegend in Ammons Humanstrukturologie ist das zugrunde liegende **Menschenbild**, ein mehrdimensionales, ganzheitliches Menschenbild, in dem Körper, Geist und Seele eine Einheit bilden. Der Mensch wird als ein Gruppenwesen mit dem Bedürfnis nach Identität, Selbstverwirklichung und Sinnfindung im Leben verstanden. „Ich gehe aus von einem Verständnis des Menschen, der lebt mit dem wesentlichen und bedeutsamen Anliegen, nach eigener Identität zu ringen, sich selbst zu erleben mit und durch andere, sich auszudrücken in Gruppen, sich zu entwickeln im Kontakt und in Auseinandersetzung mit dem anderen in der Gruppe“ (Ammon 1986, S. 88). Der Mensch ist von Geburt an mit konstruktiver Aggression ausgestattet „im Sinne des *adgredi*, des Herangehens an Dinge und Menschen ... als Vehikel allen menschlichen, liebenden und schöpferischen Tuns“. „*Adgredi* ermöglicht Leistung, Liebe und damit Selbstverwirklichung“ (Ammon 1970). An diesem explizit positiv formulierten Menschenbild sind Theorieentwicklung, Prophylaxe, Diagnostik und die therapeutische Herangehensweise an den Menschen orientiert.

Psychische Krankheit wird verstanden als „nicht gelungener Befreiungsversuch durch Depression, Psychosomatik, destruktive Aggression und destruktive Sexualität bis hin zu psychotischem Reagieren und Flucht in Alkoholismus und Drogen; eine Mehrdimensionalität destruktiver Flucht- und Befreiungsversuche aus nicht bewußter und unerträglich gewordener Einengung“ (Ammon 1986). Krankheit wird hier immer als *eine* Reaktions-Möglichkeit des Menschen gesehen, als zeitweiliger Verlust des Gleichgewichtes von Körper, Seele und Geist, als Einengung der Mehrdimensionalität des Menschen auf wenige Lebensdimensionen und als Desintegration der Humanfunktionen mit defizitären und destruktiven Ausprägungen. An anderer Stelle hat er das strukturelle Defizit bzw. die unentwickelten oder unintegrierten Bereiche der Humanstruktur (im Sinne einer realen Schädigung wie z.B. bei der Schizophrenie) als „Loch im Ich“ beschrieben (Ammon 1974). Humanstrukturell gesehen wurde damit ein unitäres Krankheitsverständnis postuliert, d.h. alle schweren präödüpalen psychischen Erkrankungen zeigen ein Defizit in der Humanstruktur, das mit unterschiedlicher Symptomatik gefüllt sein kann.

Ammons **Gesundheitsbegriff** führt zu einem dynamischen und prozeßhaften Gesundheitsverständnis, das den Menschen als einen Werdenden begreift, der seine Identität immer wieder neu gestaltet im Hinblick auf neue Entwicklungsmöglichkeiten. „Unter gesunder Entwicklung versteht Ammon die Möglichkeit, entwicklungsfähig zu bleiben, Sozialenergie anzunehmen und in Human-Struktur umzuwandeln und wieder in die Gruppe geben zu können. Strukturell äußert sich dies in einer vorwiegend konstruktiv verlaufenden Human (Ich-)Strukturentwicklung eines Menschen“ (Burbiel et al. 1992). Gesundung eines psychisch kranken Menschen kann dementsprechend als eine Entwicklung von Struktur verstanden werden, die schließlich krankmachende Erfahrungen als nicht mehr bedeutsam erscheinen läßt bzw. aufhebt (Burbiel et al. 1990, 1992, 1994). Hier liegen die **Konsequenzen für die Therapie** und die Notwendigkeiten einer **differenzierten psychodiagnostischen Erfassung** des Entwicklungsstandes der Humanstruktur eines Menschen.

In Ammons Human-Struktur-Modell werden Krankheit und Gesundheit immer als ein prozeßhaftes Geschehen verstanden, das auf einem gleitenden Spektrum angeordnet und veränderbar ist. Gesundheit wird als Ausdruck der Humanfunktionen hin zu konstruktiven, lebensbejahenden Möglichkeiten verstanden, Krankheit als Entwicklungs-Arretierung, d.h. als destruktiv, beziehungs- und kontakt-einengend und zerstörend oder als defizitär im Sinne von nichtentwickelt. Im Sinne dieses Verständnisses von Entwicklung und Veränderung sind in Ammons Konzeption die Humanfunktionen synergistisch untereinander verbunden: Als dynamisches, nicht geschlossenes System stehen sie sowohl untereinander als auch mit der Umgebung in wechselseitigem Austausch. „Das Humansystem ist nach außen zu den Feldern der zwischenmenschlichen Beziehungen hin flexibel geöffnet, so daß über sozial-

energetische Austauschprozesse Persönlichkeitsstrukturaufbau und – veränderung möglich sind“ (Burbiel et al. 1992).

Die Human-Struktur eines Menschen ist in Ammons Verständnis somit Ergebnis aller verinnerlichten bewußten und unbewußten Beziehungserfahrungen in Gruppen. Je beziehungs- und auseinandersetzungsfähiger eine Gruppe ist, desto mehr Sozialenergie kann der einzelne als Human-Struktur verinnerlichen und für sich und andere verfügbar machen (Burbiel & Vogelbusch 1981). Ammon geht davon aus, daß der Mensch ein ungeahntes Maß an Potentialitäten hat – d.h. die nicht von Sozialenergie betroffenen Anteile stellen die nicht erschöpften und noch nicht geahnten und entwickelten Dimensionen des Unbewußten dar.

1.3 Möglichkeiten und Grenzen der Erfassung von Humanstruktur

Quantifizierung des Psychischen ist ein Anliegen, um das sich bereits Freud bemühte (Freud 1938). Aufgrund seines **Energie-Quantum-Theorems** waren dem jedoch enge Grenzen gesetzt: Als intrapsychisches System mit verdrängten Inhalten ohne Struktur läßt sich das Freudsche Unbewußte nicht in Größer-Kleiner-Relationen als notwendiger Voraussetzung für Quantifizierung darstellen. Bei Ammon stellt das Unbewußte einen **Beziehungsniederschlag** dar, „der sich in jeder aktuellen Interaktion, z.B. in gruppentherapeutischen und anderen Gruppen in unterschiedlicher Ausprägung wiederentdecken läßt“. Da sich das Unbewußte im äußeren Erleben und Verhalten durch die sekundären Humanfunktionen vermittelt, ist eine Voraussetzung für den Rückschluß auf die Struktur der Unbewußten gegeben. Die Fragen des Ich-Struktur-Tests nach Ammon sollen beim Probanden gruppensituationen aktualisieren, in denen die unbewußte Humanstruktur die Selbsteinschätzung seines vorgestellten Verhaltens beeinflusst. „Die Testwerte können als **Beziehungswerte** verstanden werden, die sich theoretisch auf einem Spektrum zwischen Primärgruppendynamik und aktueller realer Gruppendynamik bewegen“ (Burbiel & Vogelbusch 1981, S. 23). Die Testaussagen des Probanden müssen dabei als Kommunikation über sich selbst und seine aktuelle gruppensituationale Befindlichkeit verstanden werden.

Es entspricht in der klinischen Testpsychologie einem gängigen Modell, vorrangig nach pathologischen Ausprägungen des Verhaltens und Erlebens zu suchen. Die Beschreibung von Abweichungen vom normierten Mittelwert trägt dann zur Diagnose bei bzw. beinhaltet sie. Da gesunde Anteile einer Persönlichkeit nicht behandlungsbedürftig sind, werden sie in der Regel nicht erfaßt. Dies führt dazu, daß psychisch kranke Personen mit einer anderen Taxonomie als psychisch gesunde Menschen beschrieben werden. Im Verständnis der Dynamischen Psychiatrie jedoch besteht zwischen „gesund“ und „krank“ kein qualitativer Sprung; Gesundheit und Krankheit bilden Punkte auf einem gleitenden Spektrum (vgl. Ammon 1979a, 1979b, 1982). Ein Mensch ist psychisch um so kränker, je mehr Anteile seiner Person geschädigt sind und um so tiefgreifender solche Schäden sind. Auch der psychisch Kränkste verfügt jedoch über gesunde Persönlichkeitsanteile, da er sonst nicht überlebensfähig wäre. Die Humanstrukturologie beschreibt solche gesunden Anteile der Person als „konstruktiv“, kranke Anteile als „destruktiv“ verformt, d.h. fehlentwickelt bzw. arretiert in der Entwicklung und/oder „defizitär“, d.h. nicht entwickelt.

Für die Diagnose, Prognose und die Entwicklung einer geeigneten therapeutischen Strategie ist es von großer Bedeutung, nicht nur die destruktiven und defizitären Ausprägungen zu erfassen, sondern gerade auch die konstruktiven, gesunden Anteile. Dabei reicht es nicht aus, auf konstruktive Anteile lediglich indirekt aus dem Fehlen von spezifischen Symptomen oder pathologischen Erscheinungen zu schließen, vielmehr muß das Gesunde konkret definiert werden.

Im therapeutischen Bereich ermöglichen die gesunden Anteile eines Menschen ein therapeutisches Bündnis im Sinne einer „**nachholenden Ich-Entwicklung**“, sie sind deshalb von großer prognostischer Relevanz. Die Dynamische Psychiatrie versucht als verstehende Psychiatrie sowohl den Menschen als Person im eigenen Recht zu sehen als auch sich auf die vorhandenen gesunden Möglichkeiten zu

stützen. Zentrales Moment in der Therapie sind daher die Verbündung mit den gesunden Seiten einer Persönlichkeit sowie die Arbeit an der Humanstruktur selbst: Im Sinne einer Identitätstherapie muß der Mensch in seinem Kern verstanden und erreicht werden, vorhandene konstruktive Persönlichkeitsanteile werden als Identitätsangebote verstanden, destruktive und defizitäre Persönlichkeitsanteile im Sinne einer „nachholenden Ich-Entwicklung“ (Ammon 1979a, 1980) zu konstruktiven Möglichkeiten der Identität entwickelt (Ammon 1978). Dementsprechend ist es auch die Aufgabe einer humanstrukturellen Diagnostik, möglichst differenziert den momentanen Entwicklungsstand eines Menschen in seinen konstruktiven, destruktiven und defizitären Qualitäten zu beschreiben, d.h. eine **Entwicklungsdiagnostik** zu ermöglichen (Burbiel et al. 1990, 1992, 1993, 1994, Burbiel 1997a, 1997b).

2 Die Skalen des ISTA

Der ISTA soll als Persönlichkeitsfragebogen zentrale Merkmale der Persönlichkeit auf struktureller Ebene erfassen, dies sind die Humanfunktionen der

Aggression als Qualität des neugierig-aktiven Herangehens an Dinge und Menschen sowie des generellen Energie-Potentials eines Menschen

Angst als Qualität des Umgangs mit identitätsanfordernden, d.h. den Menschen in seiner Existenz betreffenden Situationen sowie der zugehörigen Energie-Regulation

Ich-Abgrenzung nach außen und innen als primärer Beziehungsregulation des Ichs zu umgebenden und verinnerlichten Gruppen

des **Narzißmus** als Qualität der Beziehung einer Person zu sich selbst sowie der

Sexualität als primär und konfliktfrei gegebenem Potential zu Beziehungs- und Liebesfähigkeit auf körperlicher, geistiger und seelischer Ebene.

Während zu den Bereichen von Aggression und Angst bereits verschiedene standardisierte psychometrische Skalen vorliegen, die allerdings auf einem anderen Verständnis der Konstrukte beruhen, wurde mit den Ende der 70er Jahre begonnenen Skalenkonstruktionen zu Ich-Abgrenzung und Narzißmus Neuland betreten. Zur Ich-Abgrenzung fehlen auch heute noch standardisierte psychometrische Skalen, eine inhaltliche Nähe zum Konzept weist lediglich die Skala „Durchlässigkeit“ des Gießen-Tests auf, die allerdings nicht nach außen und innen unterscheidet. Darüberhinaus existiert das „Boundary Questionnaire“ von Hartmann (1989), das zwischen „dünnen“ und „dicken“ Ich-Grenzen unterscheidet, dem aber ein klares theoretisches Konzept fehlt und das nicht validiert ist.

Im Bereich des Narzißmus liegen mittlerweile eine Reihe von Instrumenten vor, wie etwa das Narcissistic Personality Inventory (NPI) von Raskin & Hall (1979,); Raskin & Novacek (1989); Raskin, Novacek & Hogan (1991) und das O'Brien Multiphasic Narcissism Inventory (OMNI; O'Brien 1987, 1988). Zu erwähnen sind auch die Arbeiten von Wink, der für das California Psychological Inventory Narzißmus-Skalen entwickelt hat (vgl. Wink 1992; Wink & Gough 1990). Im deutschen Sprachraum haben sich Deneke & Müller (1985) mit der Konstruktion eines Narzißmus-Tests beschäftigt.

Allen Verfahren ist allerdings gemein, daß sie sich auf den pathologischen Narzißmus konzentrieren und nicht auch – wie der ISTA – den gesunden, konstruktiven Narzißmus erfassen.

Für den Bereich der Sexualität sind eine ganze Reihe von Fragebögen erschienen, vor allem in den USA. Zu nennen sind vor allem „The Multidimensional Scale of Sexuality“ (MSS) von Berkey, Perelman-Hall und Kurdek (1990), die „Kinsey Heterosexual-Homosexual Scale“ (Kinsey et al. 1948), „The Klein Sexual Orientation Grid“ (KSOG) (Klein, Sepekoff & Wolf 1985) sowie in Deutschland das „Multiphasic Sex Inventory“ (MSI) von Nichols & Molinder in der deutschen Bearbeitung von Deegener (1997). Gemeinsam ist allen Verfahren, daß sie sexuelles Verhalten und Erleben auf der kognitiv-affektiven und der Handlungsebene in vorgegebenen Kategorien zu erfassen versuchen. Gleiches gilt für den S-S-G-Fragebogen zur Messung von Einstellungen zu Schwangerschaft, Sexualität und Geburt von Lukesch/Lukesch (1976).

Ein Verständnis von Sexualität als eines im Unbewußten verankerten Potentials, das zu seiner Entfaltung positive gruppensdynamische Bedingungen braucht bzw. ein grundsätzlich gruppensdynamisches Verständnis von Sexualität als mehrdimensionalem Beziehungsgeschehen, fehlt jedoch.

Zusammenfassend kann nach Studium der gängigen Literatur festgehalten werden, daß es sich beim ISTA um das einzige psychometrische Testverfahren zu handeln scheint, das auf einer explizit ausformulierten psychoanalytischen Theorie, einem ihr zugrundeliegenden Menschenbild und einer daraus abgeleiteten Gesundheits- und Krankheitsvorstellung basiert.

2.1 Beschreibung und Operationalisierung der Konstrukte

Im folgenden sollen die für den ISTA relevanten Konstrukte der Aggression, Angst, Ich-Abgrenzung nach außen und innen, des Narzißmus und der Sexualität, wie sie in den verschiedenen ISTA-Skalen operationalisiert wurden, im einzelnen skizziert werden.

Wie bereits ausgeführt, können die Humanfunktionen der Aggression, Angst, Ich-Abgrenzung, des Narzißmus und der Sexualität in ihrer Qualität mehr oder weniger gesund, d.h. konstruktiv oder destruktiv bzw. defizitär (pathologisch) ausgeprägt sein. Die Bewertung als konstruktiv, destruktiv oder defizitär geschieht im Hinblick auf die Identitätsentwicklung eines Menschen und den gruppensdynamischen Kontext. Entsprechend diesem Modell ist der ISTA so konstruiert, daß Aggression, Angst, Abgrenzung, Narzißmus und Sexualität in drei von einander unabhängigen Skalen hinsichtlich ihrer konstruktiven, destruktiven und defizitären Ausprägung erfaßt werden (zum Defizitbegriff in Ammons Humanstrukturmodell siehe Thome & Sandermann 1997).

„**Konstruktiv**“ als kontaktherstellend, beziehungsstiftend, verstehend, weiterentwickelnd, abgrenzend und integrierend, aufbauend; realitätsbezogen

„**destruktiv**“ als kontaktabbrechend, fehlentwickelt, arretiert, desintegrierend, zerstörend im Sinne psychisch-geistig-körperlicher Gewaltausübung; verzerrter Realitätsbezug

„**defizitär**“ als kontakt- und beziehungslos, nicht entwickelt, leer, energielos; entspricht einem „Lebensverbot“; fehlender Realitätsbezug

2.1.1 Aggression als Humanfunktion

Aggression wird im Wortsinne des „adgredi“ verstanden, d.h. als aktives Herangehen an Dinge und Menschen und als Prinzip einer primären Umweltgerichtetheit und Umweltoffenheit des Menschen, seiner Bedürfnisse nach Eindrücken, Kontakt und Beziehung (vgl. Ammon 1976). Dies beinhaltet Aspekte der Kontaktaufnahme und Beziehungs- und Bindungsfähigkeit, der aktiven Neugier, Exploration und der Persistenz, dem Festhalten an Beziehungen und Zielen. Das Konzept schließt auch das Aktivitätspotential eines Menschen mit ein und seine Fähigkeit, es adäquat im oben genannten Sinne einzusetzen. Dabei wird die Entwicklung der Humanfunktion der Aggression – ebenso wie die der anderen Humanfunktionen – immer als abhängig vom gruppensdynamischen Kontext eines Menschen und als im Unbewußten verwurzelt verstanden.

Die Entwicklung *konstruktiver* Aggression ist nur im Rahmen der frühen Mutter-Kind-Symbiose verstehbar. Wenn Mutter, Vater und Primärgruppe der Entfaltung der Persönlichkeit des Kindes und seinem spielerischen Erfassen der Realität feindlich oder gleichgültig gegenüberstehen, bleiben wesentliche Teile der kindlichen Ich-Struktur unstrukturiert. Auf psychodynamischer Ebene spiegelt sie die elterliche destruktive Aggression gegenüber der Entfaltung der kindlichen Persönlichkeit wieder.

Sie stellt das **internalisierte Identitätsverbot** der Eltern dar, die aufgrund eigener archaischer Verlassensängste das Kind zur Kompensation ihrer Ich-Struktur-Defekte benötigen. *Destruktive Aggression* ist somit Ausdruck der verinnerlichten elterlichen Feindseligkeit und Gewalt, welche die kindlichen und Lebens- und Identitätsbedürfnisse zurückschlägt. Sie wird verstanden als reaktive Verformung der ursprünglich konstruktiven Aggression. Beziehungen zu Menschen, Aufgaben und Ziele werden nicht aufrechterhalten, sondern destruktiv abgebrochen oder zerstört. *Defizitäre Aggression* ist die Ursache der Depression, des ungelebten Lebens im Sinne des Totstellreflexes. Es ist nach innen gerichtete destruktive Aggression, die zu extremer Ich- und Identitätseinschränkung führt. *Defizitäre Aggression* bedingt eine umfassende Erfahrungs- und Entwicklungs-Unfähigkeit (Ammon 1979a).

Operationalisiert wurde **Konstruktive Aggression** demzufolge als die Fähigkeit, Beziehungen zu anderen Menschen, Dingen und Aufgaben einzugehen und zu diesen Kontakt auch über längere Zeit und bei Schwierigkeiten aufrecht zu erhalten. Der konstruktiv aggressive Mensch ist grundsätzlich neugierig, versucht seine Lebensbedingungen aktiv zu gestalten und ist in der Lage, eigene Standpunkte und Ziele zu entwickeln, sich dafür einzusetzen und sie anderen gegenüber zu vertreten (vgl. Ammon 1979a, S.106 f). Er sucht aktiv neue Erfahrungen auf, ist offen für andere Menschen und Eindrücke, ist fähig, in Auseinandersetzungen einzutreten und sie durchzustehen. Er ist in der Lage, am Arbeitsplatz und seinem privaten Raum Gruppen um sich zu bilden und Verbündete oder Mitstreiter für seine Ziele zu finden.

Bei der **destruktiven Aggression** steht das Element des Beziehungs- und Kontaktabbruchs im Vordergrund. Es ist zwar ein Aktivitätspotential vorhanden, aber dieses ist dysreguliert. Die Dysregulation äußert sich nach außen gerichtet in verbal geäußelter Wut (z.B. Drohungen) bis hin zu Durchbrüchen von Gewalt, aber auch nach innen in nagender Wut, zerstörerischen Phantasien, der emotionalen und gedanklichen Entwertung anderer Menschen sowie in Rachegefühlen und Zynismus. Zerstörerische Impulse können auch an extremistische Institutionen und Ideologien delegiert werden. Findet die destruktive Aggression kein äußeres Ziel, wird sie gegen die eigene Person gerichtet. Destruktives Agieren mit Unfällen, Selbstverletzungen, Suizidalität, Verwahrlosung oder Sucht sind die Folge. Als nach innen gerichtete Zerstörung trägt destruktive Aggression wesentlich zu psychosomatischen Erkrankungen bei und kann dann nur noch in ihrer defizitären Qualität gemessen werden.

Defizitäre Aggression ist definiert durch das Fehlen von Kontakt, Bedürfnissen, Zielen, Interessen, Sinnhaftigkeit. Dies äußert sich in passiver Zurückgezogenheit von Dingen und Menschen, in Gefühlen der inneren Leere, häufiger Langeweile und der Unfähigkeit, Gefühle und Bedürfnisse anderen Menschen gegenüber zu äußern. Eine reale Auseinandersetzung findet nicht statt und wird durch Träume und Phantasien ersetzt. Der Mensch mit defizitärer Aggression zieht sich von anderen zurück, leidet unter Schuldgefühlen, stellt bei Konflikten seine Interessen zurück, gibt sofort nach und in Rivalitätssituationen schnell auf. Defizitäre Aggression beinhaltet ein Unvermögen zur Beziehungsaufnahme. Der mangelnde Umweltbezug führt zu Gefühlen der Teilnahmslosigkeit und inneren Leere, wie sie für die Depression typisch sind.

Der Vollständigkeit halber soll an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass die Aggression in ihrer destruktiven Qualität als instrumentelle Aggression auch eine positive Qualität haben kann, z.B. im Hinblick auf den Schutz der eigenen Person, etwa gegen die Aggression anderer Menschen, im Hinblick auf neue Ziele oder notwendige Veränderungen und kreative Projekte, wo Widerstände und Altes überwunden werden müssen. Dabei scheint vor allem im klinischen Bereich die destruktive Qualität eine grundsätzlich unterschiedliche Charakteristik zu haben – je nach dem, ob sie in Verbindung mit einem hohen konstruktiven Potential steht oder sie eng mit einem hohen Defizit verknüpft ist.

2.1.2 Angst als Humanfunktion

Eng verbunden mit der Aggression ist die Angst, denn jede bedeutsame neue Erfahrung und Veränderung ist nicht nur mit Neugier, sondern gleichzeitig auch mit dem Phänomen der Angst verbunden. Sie

ist als zentrale Ichfunktion zur Bewältigung der Realität unbedingt erforderlich und bestimmt als energetisch-regulatorische Größe die Fähigkeit, identitätsanfordernde Situationen auszuhalten, d.h. die Integration von neuen Erfahrungen, die für die Weiterentwicklung des Menschen wichtig sind. Sie ermöglicht im Sinne einer Regulationsfunktion in einem mittleren Bereich der Intensität Kreativität, d.h. Veränderung und flexible Zuordnung der gesamten Ich-Struktur und damit Ich-Erweiterung und Bereicherung von Identität. In den pathologischen Grenzbereichen verhindert sie Ich-Auflösung, indem sie Abwehrmechanismen in Gang setzt – auf der einen Seite den Zwang, auf der anderen die psychische Reaktion, um Vernichtungs- und Todesangst und letztendlich Identitätsangst zu entgehen.

Konstruktive Angst spielt – wie Ammon schreibt – existentialphilosophisch als „unbedingte Einheit von Angst und Menschsein“ eine wichtige Rolle: „Die konstruktive Angst macht den Menschen zum Menschen. Sie wirft ihn auf sich selbst zurück, sie macht ihn echt“ und trägt zu einer Bereicherung seiner Identität bei. „Sie spielt eine besondere Rolle bei der Ich-Abgrenzung nach innen und außen. Sie macht den Menschen offen für andere, läßt ihn Hilfe annehmen und verhilft ihm selbst, sich seiner eigenen Identität anzunähern. Andererseits hat sie eine Signalfunktion und hat damit ich-strukturell gesehen auch Abgrenzungs-Funktion“ (Ammon 1976, S. 132) Konstruktive Angst aktiviert den Menschen und wird nicht unbedingt negativ, sondern als Zustand von Wachheit, „Aufgeregtheit“ und konzentrierter Anspannung erlebt. „Die destruktive Angst ist eine überflutende Angst ohne konturiertes Ziel. Sie bewirkt die Desintegration des Ich. So ist **destruktive Angst** im eigentlichen Sinne Vernichtungsangst, die nach außen agiert wird und sich in Formen destruktiver Wut äußert. Diese Form der Angst ist eine der Ursachen der sogenannten Borderline-Kriminalität, hier werden Menschen aus Angst zum Verbrecher. Die Menschen schlagen aus Angst um sich wie Ertrinkende, sie flüchten aus Angst in die Psychose, in die Sucht oder auch in die destruktive Sexualität. Die destruktive Angst richtet sich in ihren Verhaltensmanifestationen an die Umwelt“ (Ammon a.a.O., S. 133).

„**Defizitäre Angst** ist die Grundlage für Vermeidung von Leben und Lebensäußerungen, für die Vermeidung von konstruktiv-aggressiver Auseinandersetzung mit anderen Menschen, für die Vermeidung von Identität schlechthin. Defizitäre Angst verstehe ich als eine Abwehr der Angst, als eine Flucht vor der Angst, was ein Ausweichen vor einer Auseinandersetzung mit sich selbst, mit der eigenen Identität bedeutet. Generelles Vermeidungsverhalten, Starrheit, Zwang und der Totstellreflex des Depressiven zeigen, wie ohne Angst keine Entwicklung geschehen kann. Regulatorisch bedeutet die defizitäre Angst eine Überanpassung nach innen und außen, was zu einem totalen Lebens- und Identitätsverbot führt“ (Ammon a.a.O.).

Ähnlich der Entwicklung der Humanfunktion der Aggression ist auch die Entwicklung *konstruktiver Angst* nur im Rahmen der frühen Mutter-Kind-Symbiose und der umgebenden Gruppe verstehbar. Nur wenn Identitätsschritte in einem schützenden Rahmen erlaubt und gefördert werden, dem Kind ohne Überbehütung ein erträgliches Ausmaß an Angsterleben ermöglicht, d.h. im Kontakt erfahrbar gemacht wird, ohne daß es panische Verlassenheits- oder gar Todesängste erleben muß, kann es sich im Schutz einer freundlichen Symbiose neue Erfahrungen und Lebensräume erobern und zu eigen machen. *Destruktive Angst* hat ihre Wurzeln in einem ängstlichen und damit oft auch aggressiven Familienklima – alle neuen Schritte des Kindes werden ängstlich kontrolliert und mit Verlassenwerden bedroht oder bestraft. Die selbst ängstlichen Eltern vermitteln das Bild einer bedrohlichen und gefährlichen Welt, mit der man sich besser nicht einlassen sollte. Destruktive Angst wirkt dementsprechend inaktivierend und führt zu unangemessenem Vermeidungsverhalten. Im *defizitären* Fall wird das Kind in seinen Ängsten weder verstanden noch unterstützt, womit es keine Chance hat, zu lernen, echte Gefahrensituationen realistisch einzuschätzen. Es wird vielmehr auf der Ebene kindlicher Omnipotenz-Phantasien immer wieder mit seiner Umwelt kollidieren und nicht selten kriminell werden oder sich selbst immer wieder in Gefahr bringen. Die abgespaltene Angst vor dem Tod erhöht die Selbstmordgefahr des Menschen, das Fehlen des Spürens von Angst führt auf der zwischenmenschlichen Kontaktebene zu einer Verflachung von Beziehungen. Anders als bei der destruktiven, meist handlungs- und beziehungsverbietenden Angst, wird die Person hier nicht gehindert, neue Beziehungen und Erfahrungen zu machen, sie bleibt aber emotional unbeteiligt und kann damit keinen Gewinn aus neuen Erfahrungen ziehen.

Für die **Operationalisierung** folgt daraus: Ein Mensch mit **konstruktiver Angst** kann bei neuen Erfahrungen und Lebensschritten Angst zulassen, damit umgehen und sie durchstehen. Er kann über die gespürte Angst Kontakt zu anderen Menschen herstellen, andere an seinen Ängsten teilhaben lassen. Er hat Lust an neuen Dingen und Erfahrungen, auch wenn diese mit Angst verbunden sind, indem er seine Angst durch Neugier durchbrechen kann. Die Angst aktiviert ihn und mobilisiert das konstruktive Potential aller Human-Funktionen und hilft ihm, Realangst als begründete Angst vor realen Gefahren von irrationaler Angst zu unterscheiden. Der Mensch mit konstruktiver Angst besitzt auch die Fähigkeit, sich mit Trennungen, Grenzen und dem Tod auseinanderzusetzen.

Destruktive Angst wird gespürt als überflutende Angst ohne konturiertes Ziel oder als phobische Angst und kann Desintegration des Ichs bewirken. Sie führt zur Stagnation der Identitäts-Entwicklung. Hauptmerkmal von destruktiver Angst ist das einengende oder beziehungs- und handlungsverbietende Moment: Der Mensch ist unfähig, überschwemmenden Ängsten Einhalt zu gebieten und auch nicht in der Lage, sich mit diesen Ängsten an andere Menschen zu wenden, sie daran teilhaben zu lassen und sich so zu entlasten. Er hat statt dessen Angst vor anderen Menschen, vor ihrer Nähe und vor körperlicher Berührung. Destruktive Angst geht auch einher mit starken körperlichen Reaktionen, wie z.B. Schwitzen, Herzjagen und Schwindelzuständen und führt dazu, daß die jeweils zur Realitätsbewältigung erforderlichen sekundären Ich-Funktionen zusammenzubrechen drohen, wie dies häufig in Leistungssituationen zu beobachten ist. Insgesamt wird mehr Angst erlebt als situativ angemessen wäre. Phobische Ängste, Panikattacken, die sogenannte frei flottierende Angst, Verlassenheits- und Vernichtungsangst fallen in diese Kategorie. Destruktive Angst kann auch bedeuten, alltägliche, „normale“ Angst bei neuen Aufgaben und Beziehungen nicht tolerieren zu können mit der Folge von Vermeidung von Kontakt.

Der Mensch mit **defizitärer Angst** ist generell unfähig, Angst zu spüren und zuzulassen: Statt dessen werden Müdigkeit, Langweile oder Gefühle innerer Leere gespürt. Gefährliche Situationen werden inadäquat eingeschätzt, real bestehende Gefahren werden unterschätzt oder garnicht wahrgenommen. Insbesondere die gesunde Angst im Kontakt mit Menschen und ungewohnten Situationen wird nicht erlebt. Das unbewußte Bedürfnis, dieser emotionalen Nicht-Existenz zu entkommen führt dazu, daß der Mensch extreme Grenzsituationen aufsucht, wie z.B. gefährliche sportliche Aktivitäten, kriminelles Verhalten oder riskantes Autofahren. Ebenso wenig wie die eigene Angst kann die Angst anderer Menschen wahrgenommen, verstanden und ausgehalten werden, was auch zu einer Verflachung der Beziehungen und emotionalem Unbeteiligtsein führt. Emotional belastende Situationen, wie Trennungssituationen oder Auseinandersetzungen mit Tod und Sterben, werden in ihrer Bedeutung herabgespielt oder umgangen. Dementsprechend kann das Fehlen von Angstgefühlen die Entwicklung situationsangemessener Bewältigungsstrategien verhindern.

2.1.3 Abgrenzung nach außen als Humanfunktion

„Die Auffassung eines primär umwelt-offenen und umwelt-abhängigen Individuums von Beginn an stellt die Dynamik von Beziehungen in den Mittelpunkt. Die Ich-Abgrenzung ist somit eine der primären Beziehungsregulation des Ichs zur umgebenden Gruppe ...“. „Erst die Abgrenzung von Ich und Nicht-Ich schafft die Erkenntnis zweier Individuen, die sich aufeinander beziehen können, im Gegensatz zu einem symbiotischen Verschmelzen. Genetisch gesehen ist daher der Aufbau der Ich-Grenzen die entscheidende Phase in der Identitäts-Entwicklung eines Menschen. Sie ermöglicht gleichzeitig Kontakt nach außen als reale Erfahrung mit der umgebenden Gruppe und damit Verinnerlichung von narzißtischer Zufuhr ...“. „Der erste kreative Akt an eigener Identitätserfahrung ist die Abgrenzung aus der frühkindlichen Symbiose. Bei Nichtgelingen des Heraustretens aus der frühkindlichen Symbiose entsteht ein unstrukturierter Bereich im Ich: Die frühen Bezugspersonen sind da und doch nicht da. Sie sind einerseits da, weil nicht ausgegrenzt, sie sind andererseits nicht da, weil keine wirkliche Kommunikation und Begegnung mit dem anderen möglich ist. Erst Ich-Abgrenzung schafft Wirklichkeit. So schafft sie die Grundlage für Ich-Gefühl und Identität; gelingt dies nicht, bleibt das Ich in weiten Teilen unentwickelt und undifferenziert“ (Ammon 1976, S. 133 f.) Für die Entwicklung einer eigenen Identität ist daher eine gelungene Abgrenzung von zentraler Bedeutung.

Zusammengefaßt bedeutet dies: **Konstruktive Abgrenzung nach außen** ermöglicht größtmögliche Erfahrungsfähigkeit bei gleichzeitigem Schutz vor Überflutung durch äußere Ereignisse, und zwar in einer der gruppenspezifischen Situation angemessenen Art und Weise. **Operationalisiert** heißt dies: Der Mensch mit konstruktiver Abgrenzung nach außen kann Standpunkt beziehen, ist offen für Kritik, die Standpunkte und Gefühle anderer Menschen, kann sich psychisch, geistig und körperlich öffnen, kann neue Erfahrungen integrieren, hat Kontakt zur umgebenden Gruppe und kann diese realen Erfahrungen verinnerlichen und sich so weiterentwickeln. Er kann zwischen eigenen und Gefühlen anderer unterscheiden, kann Nein sagen ohne Schuldgefühle zu bekommen, fühlt sich in seinen Entscheidungen autonom, hat die Fähigkeit entwickelt, sich flexibel und passager auf Symbiosen und tiefere Kontakte einzulassen und sich schuld- und konfliktfrei wieder daraus trennen zu können bzw. darin leben zu können, ohne sich und die eigene Identität aufgeben zu müssen.

Destruktive Abgrenzung nach außen beinhaltet die Störung der Beziehungs-Regulation nach außen zur umgebenden Gruppe, zu anderen Menschen und äußeren Ereignissen. Die Abgrenzung nach außen ist aufgrund bestehender Überflutungsgefahr starr geschlossen und bildet eine Art undurchlässiger Kontaktbarriere. **Operationalisiert** heißt dies: Destruktive Abgrenzung nach außen zeigt sich in Desinteresse und Ablehnung gefühlsmäßiger Anteilnahme an anderen Menschen, Ereignissen und der Umwelt, wobei auch eine echte, interessierte Anteilnahme anderer Menschen an der eigenen Person als unangenehm empfunden und nach Möglichkeit vermieden wird, der Mensch läßt nichts „an sich heran“. Daraus folgen Gefühle innerer Leere und ein Fehlen von Kontakt und Beteiligtsein. Diese Menschen können sich durch nichts wirklich betreffen lassen und auch kein echtes Mitleid mit anderen empfinden.

Defizitäre Abgrenzung nach außen beinhaltet das Unvermögen, Nähe und Distanz in Beziehungen zu anderen Menschen, äußeren Ereignissen und zur Umwelt zu regulieren. Es handelt sich um die Unfähigkeit zwischen Ich und Nicht-Ich, sich selbst und anderen, zwischen eigenen Bedürfnissen und Gefühlen und denen anderer zu unterscheiden. **Operationalisiert** heißt dies: Der Mensch ist nicht in der Lage, eigene Entscheidungen zu treffen und anderen Menschen gegenüber zu vertreten, er kann nicht Nein sagen, um die Anforderungen anderer Menschen abzugrenzen und fühlt sich als Spielball des Willens anderer Menschen. Er übernimmt Gefühle und Stimmungen anderer, als seien es seine eigenen, kann kaum akzeptieren, daß andere Menschen andere Bedürfnisse haben oder eigene Wege gehen wollen, faßt alle Situationen symbiotisch auf, als wollten alle das gleiche. Der Mensch ist abhängig von der Gegenwart anderer, ist überangepaßt an die jeweils in der sozialen Bezugsgruppe vorherrschende Norm, ist anderen hilflos ausgeliefert und damit ausbeutbar.

2.1.4 Abgrenzung nach innen als Humanfunktion

Diese Funktion reguliert flexibel die Beziehung zwischen dem bewußten Ich und Inhalten des Unbewußten, gegenüber der verinnerlichten Primärgruppendynamik, der Phantasietätigkeit und den Träumen. Wesentlichstes Merkmal ist das Vermögen, die verinnerlichte Primärgruppendynamik von aktuellen Beziehungen und Situationen zu unterscheiden, also zwischen Vergangenheit und Gegenwart differenzieren und damit umgehen zu können. Damit wird die enge Verwobenheit zur Abgrenzung nach außen als Dynamik von Beziehungen deutlich. In der Konsequenz bedeutet dies, daß dasjenige Kind, dem keine schuldfreie Abgrenzung auf der äußeren Beziehungsebene gestattet wurde, auch keine konfliktfreien Beziehungsdynamiken verinnerlichen kann. Hier wird die sehr enge Wechselwirkung in der lebensgeschichtlichen Entwicklung der Abgrenzung nach innen mit derjenigen nach außen verständlich.

Operationalisiert heißt dies: **Konstruktive Abgrenzung nach innen** äußert sich in der Fähigkeit, Träume, Phantasien und Gefühle zulassen zu können, einen Zugang zu ihnen zu haben, sie wahrnehmen und ausdrücken zu können, sie aber von der Realität unterscheiden und deren reale und irrealen Aspekte differenzieren zu können. Dies bedeutet, flexibel Gefühle zulassen zu können, aber einer Überflutung durch Gefühle wie Ängsten, Trauer oder Euphorie Einhalt gebieten zu können. Die Person besitzt die Fähigkeit, ihre Grenzen zum Unbewußten flexibel und vorübergehend zu öffnen, um ver-

innerlichte Beziehungserfahrungen kreativ weiterzuentwickeln und im Sinne einer Entwicklung der Persönlichkeit neu zu bewerten. Die flexible Regulierung der Grenzen zwischen verschiedenen psychischen Prozessen und Inhalten gelingt und äußert sich z.B. in einer flexiblen Abgrenzung zwischen Arbeitsebene und Beziehungsebene, zwischen Denken und Gefühlen. Im Zeiterleben besteht ein Synergismus von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. Die flexible Abgrenzung nach innen ermöglicht eine gelingende, nicht-neurotische Verdrängung störender Inhalte.

Destruktive Abgrenzung nach innen ist charakterisiert durch starr geschlossene Ich-Grenzen, der Person fehlt der Zugang zum eigenen Unbewußten. Im Sinne einer **Operationalisierung** zeigt sich dies in mangelnder Traumfähigkeit, Phantasie- und Gefühlsarmut und in einem fehlenden Bezug zur eigenen Geschichte. Daraus folgt die Tendenz, Gefühle abzuspalten oder sie im Zusammenspiel mit destruktiver Aggression auszuagieren in Form von Fehlleistungen, Psychosomatik, Unfällen, Selbstverletzungen, Projektionen, der Delegation von Gefühlen: Statt des Betreffenden werden die umgebenden Menschen wütend, traurig oder bekommen Ängste. Die Kontakte zu anderen Menschen sind sachlich und formal, rigide Abwehrmechanismen, wie z.B. das Ungeschehenmachen, verunmöglichen die Verinnerlichung neuer Beziehungserfahrungen. Destruktive Abgrenzung nach innen bewirkt ein Leben in einem unlebendigem Zeiterleben, die Verweigerung sozialer Energie und erscheint phänomenologisch in der Regel als zwangskrankes Verhalten.

Defizitäre Abgrenzung nach innen hat zur Folge, daß der Mensch mit Inhalten des Unbewußten überschwemmt wird, er ist seinen Gefühlen, auch seinen Gefühlsschwankungen, (Tag-) Träumen, Gedanken, Grübeleien, Konzentrations- und Schlafstörungen ausgeliefert und gerät damit im Extrem in Psychose-Nähe. Er kann weder zwischen wichtig und unwichtig im Leben unterscheiden noch seine Gefühle differenzieren oder kommunizieren. Aufgrund fehlender Grenzen können neue Erfahrungen nur schwer integriert und strukturbildend verinnerlicht werden, körperliche primäre Bedürfnisse können kaum reguliert werden, sondern drängen nach sofortiger Befriedigung.

2.1.5 Narzißmus als Humanfunktion

Die Humanfunktion des Narzißmus bestimmt die Beziehung eines Menschen zu sich selbst. Sie ist entscheidend für das Selbstwertgefühl eines Menschen, d.h. mit welchem Bild von sich selbst und der Welt er an andere Menschen, Aufgaben und Tätigkeiten herantritt. Dieses Selbstbild bezieht sich sowohl auf die Person als Ganze im Sinne eines allgemeinen Selbstwertgefühls als auch auf einzelne Bereiche der Person, wie den Körper, das eigene Handeln, Denken und Fühlen.

Anders als die traditionell-psychoanalytische, triebtheoretische Auffassung des Narzißmus auf Objektbeziehungs-Ebene (Freud 1905, 1914, Kohut 1971, 1977, Kernberg 1978) formuliert Ammon den Narzißmus als primär konstruktives, elementares Grundbedürfnis des Menschen und als Ergebnis der Verinnerlichung von spezifischen Beziehungserfahrungen mit anderen Menschen (Ammon 1979a, 1982). Erst durch entsprechende negative Erfahrungen in der Familiengruppe und in weiteren bedeutsamen Gruppen nimmt der Narzißmus eine krankhafte, d.h. destruktiv oder defizitär verformte Qualität an (Burbiel, Finke, Wagner 1983). Kinder aus solchen Familien flüchten sich dann in eine privatistische Wahrnehmungswelt, die kaum kommunizierbar und nur schwer mit anderen teilbar ist. Auch später wird dementsprechend jede Berührung mit einer zwischenmenschlichen Realität aufgrund der verinnerlichten Primärgruppendynamik als bedrohlich erlebt, was z.B. das paranoische Reagieren auf Kontakt erklärt. Die Humanfunktion des Narzißmus reguliert in Abhängigkeit vom Ausmaß und der Qualität an Aufmerksamkeit und Zuwendung, d.h. an Sozialenergie, die Fähigkeit eines Menschen wiederum an sozialenergetischen Prozessen teilzuhaben: „Die tiefe archaische Existenz- und Lebensangst macht es narzißtisch defizitären Menschen unmöglich, die so sehr ersehnte und benötigte narzißtische Zufuhr von außen wirklich zu internalisieren, ... nichts kann wirklich angenommen und internalisiert werden, so daß ein Strukturgewinn der Persönlichkeit nicht stattfinden kann“ (Ammon 1979a, S. 113). Dementsprechend werden Kinder, die in ihrer Entwicklungsgeschichte nur rudimentäre Beziehungserfahrungen hatten, auch kaum einen Bezug zu sich selbst und dementsprechend auch kein gesundes

Selbstwertgefühl entwickeln können. Die gemeinhin negativen Vorstellungen, die dem konventionellen Narzißmus-Begriff anhaften, wie Privatismus, Beziehungsunfähigkeit sowie Größen- und Kleinheitsideen versteht Ammon als „sekundäre und reaktive Verformungen des ursprünglich konstruktiven Narzißmus“, d.h. als destruktiv oder defizitär (Ammon 1979a, S.112).

Zusammengefaßt bedeutet dies: **Konstruktiver Narzißmus** beinhaltet die Fähigkeit, mit sich selbst und dem eigenen Unbewußten liebevoll umzugehen und dieses beziehungsweise einsetzen zu können. Er beinhaltet auch ein positives Bild von sich selbst als Gefühl eigener Wichtigkeit und Bedeutung, als Grundbedürfnis jeden Menschen und unerläßlichem Bestandteil der Identität. Es handelt sich um eine „nicht-privatistische Form der Selbstliebe“ (Ammon 1979a, S. 110). Diese geht einher mit lustvoller Bejahung der eigenen Körperlichkeit, eigener Interessen, Geistigkeit und Ideen, die als genuin ichhaft, als freudvoll und auch mit einer erotischen Spannung erlebt und kommuniziert werden können: **Operationalisiert** könnte man sagen, „der konstruktiv narzißtische Mensch erlebt sich als ein Mensch mit dem Recht auf eigenes Denken, ein eigenes Empfinden und einen eigenen Lebensstil“ (Ammon a.a.O.). Er besitzt die Fähigkeit, das Gesamt seiner Ich-Funktionen einzusetzen, um Kontakt zu anderen Menschen herzustellen und aufrechtzuerhalten und damit an sozialenergetischen Austauschprozessen teilzuhaben. Er kann andere an für ihn selbst bedeutsamen Ereignissen teilhaben lassen, kann Schwächen und Fehler vor sich und anderen zulassen und ist fähig, von der Erfahrungen anderer zu lernen. Er ist in Lage, sich selbst richtig einzuschätzen, alleine zu sein und im eigenen Denken, Fühlen und Handeln Befriedigung zu finden.

Destruktiver Narzißmus ist gekennzeichnet durch einen gestörten und verzerrten Bezug des Menschen zu sich selbst, zu anderen und zur Umwelt. Destruktiv narzißtische Menschen können sich nicht adäquat einschätzen, überbewerten oder unterschätzen ihre Möglichkeiten und können sich nicht mit anderen über sich und die von ihnen wahrgenommene Realität auseinandersetzen. Sie fühlen sich auch meist unverstanden in ihren Gefühlen und Interessen, pendeln zwischen Größen- und Kleinheits-Phantasien und sind unfähig, von anderen zu lernen und Sozialenergie anzunehmen. Entsprechend ihrer privatistischen Wahrnehmungswelt wird jeder zwischenmenschliche Kontakt als bedrohlich erlebt und paranoidisch verarbeitet. Für die **Operationalisierung** heißt dies, destruktiver Narzißmus äußert sich in der Unfähigkeit, Kritik zu ertragen und Schwächen vor sich und anderen zu zeigen. Umgekehrt fordern diese Menschen ständig Anerkennung und Zuwendung für erbrachte Leistungen, die möglichst perfekt sein müssen und meist ohne Kontakt zu anderen Menschen entstehen.

Defizitärer Narzißmus ist psychogenetisch betrachtet eine pathologische Fortentwicklung der destruktiv-narzißtischen Dynamik: Diese Menschen haben in ihrer Entwicklungsgeschichte nur rudimentäre Möglichkeiten der Entwicklung eines gesunden Selbstwertgefühles gehabt, meist haben sie letztlich gar keinen Bezug zu sich selbst. In Sinne einer **Operationalisierung** hieße dies, der defizitär narzißtische Mensch ist nicht in der Lage, eigenes Denken, Fühlen und Handeln ernst zu nehmen und anderen Menschen gegenüber zu vertreten. Es fehlt somit die Fähigkeit zu einem geistigen und erotischen Kontakt zu anderen Menschen. Diese Menschen sind unfähig alleine zu sein und können sich Kritik und Meinungsverschiedenheiten nicht stellen. Stattdessen versuchen sie, den Bedürfnissen anderer Menschen zu entsprechen aus der Unfähigkeit heraus, eigene Bedürfnisse zu spüren und zu vertreten. Der defizitär narzißtische Mensch hält sich für unwichtig und austauschbar und wird deshalb leicht übersehen und vergessen. Die fehlende Bezogenheit zu Menschen und Dingen verunmöglicht es, die so sehr ersehnte und benötigte Sozialenergie von außen anzunehmen und zu internalisieren, so daß ein Strukturgewinn kaum stattfinden kann. Ähnlich wie bei der defizitären Aggression und Angst resultieren daraus Gefühle von Teilnahmslosigkeit, innerer Leere und Langeweile.

2.1.6 Sexualität als Humanfunktion

Die Möglichkeiten, konstruktiv entwickelte Sexualität leben zu können, lassen sich im wesentlichen auf die Bedingungen einer freundlich-gewährenden, d.h. konstruktiven frühkindlichen Symbiose zurückführen. Sexuelle Störungen werden auf der Basis einer feindselig entwicklungs-behindernden, d.h.

letztendlich destruktiven Symbiose oder einer gleichgültig-unzureichenden, d.h. defizitären Primärgruppenerfahrung verstanden (Ammon 1979, 1986, 1991, Ammon, Finke, Wolfrum 1994, Reitz 1991, 1996).

Für die gelingende Ausbildung einer konstruktiven Sexualität, die von Ammon ebenso wie die Aggression als „primär und konfliktfrei gegebenes Potential“ (Ammon 1972) verstanden wird, ist die entgegenkommende Hilfe und Unterstützung durch die umgebende Gruppe entscheidend wichtig. Konstruktive Sexualität ist abhängig von der Qualität der frühkindlichen Beziehungserfahrungen, abhängig davon, ob die Mutter und die umgebende Gruppe dem Kind helfen, sich flexibel abgrenzen zu dürfen, konstruktive Aggression zulassen, kindliche Ängste verstehen und schließlich aktives Interesse an seiner Körperlichkeit und Sexualität ermöglichen.

Erst das schuldfreie Heraustreten aus der frühkindlichen, verinnerlichten Symbiose und der Aufbau flexibler Ich-Grenzen, wozu auch schuldfreie konstruktive Aggression erlaubt sein muß, ermöglichen das angstfreie Eintauchen in die Symbiose und Intimität einer Partnerschaft und damit die Entfaltung einer freien Sexualität. Ebenso wie die Kreativität steht Sexualität als menschliche Erlebnismöglichkeit erst bei gesunder Angstfähigkeit und gelingender Ich-Abgrenzung dem Ich zur Verfügung, wobei Äußerungsformen der Sexualität stets mit dem jeweiligen Identitätsentwurf eines Menschen eng verbunden sind. Ammon (1979a) schreibt hier zu: „Auch die Sexualität ist als eine exemplarische Identitätsäußerung zu sehen, weil hier beispielhaft auf der Ebene des Körper-Ich primärprozeßhafte Erfahrungsmodi unter der Herrschaft flexibler Ich-Grenzen stehen müssen“ (a.a.O., S. 135). Und weiter: „Die symbiotische Interaktion zwischen Mutter und Kind bildet den Rahmen für die Ausbildung des Körper-Ich, für die Entfaltung der primär gegebenen Humanfunktionen der konstruktiven Aggression, der Kreativität, der Sexualität und anderen und bildet auf diese Weise ein Übungsfeld, auf dem das Kind in der kontinuierlichen Interaktion mit der Mutter seine Ich-Funktionen entwickelt und seine Ich-Grenzen aufbaut und erlebt“ (Ammon 1979a, S. 283).

Als primärprozeßhafter Erfahrungsmodus ist die zentrale Humanfunktion der Sexualität als primär und konfliktfrei gegebenes Potential des Menschen eng mit dem primären Ich und dem Körper-Ich verbunden. D.h. die ersten lust- und unlustbetonten Körpererfahrungen in der Primärgruppe prägen die Wahrnehmungs- und Erfahrungswelt des Neugeborenen und heranwachsenden Kindes. Beim Adoleszenten und später Erwachsenen stellen diese frühen Körper-Erfahrungen die psychische Repräsentanz für eine konstruktive Sexualität dar. Notwendig ist also, daß das Baby ausreichend und liebevoll gestreichelt wird, daß es viele positive taktile lustbetonte Hauterfahrungen machen kann (vgl. die Untersuchungen von Harlow & Harlow 1966 etc.), keine Einschränkung bei Erkundung autosexueller Handlungen erlebt, generell einen liebevollen und fürsorglichen Umgang entsprechend seinen Bedürfnissen erfährt.

Als wesentliche und notwendige Voraussetzung für die Entfaltung **konstruktiver Sexualität** kann also festgehalten werden ein grundsätzlich wohlwollend-freundlich unterstützendes Klima der Primärgruppe, das dem Kind die Entwicklung und Erprobung seiner primär gegeben Funktionen erlaubt, eine schuldfreie Abgrenzung aus der frühkindlichen Symbiose und schließlich neben der Bejahung der eigenen Körperlichkeit auch eine konfliktfreie Bewältigung der ödipalen Problematik.

Destruktive Sexualität kann dementsprechend verstanden werden als das Ergebnis einer krankmachenden frühkindlichen unbewußten Gruppendynamik, manifestiert im „ungelösten Symbiose-Komplex“ (Ammon 1971) als pathologischem Kern aller archaischen Ich-Erkrankungen. Entsprechend obiger Ausführungen zur Sexualität als primärprozeßhaftem Erfahrungsmodus werden hier die Bedürfnisse des Kindes in einer eher unfreundlich bis feindseligen Familienatmosphäre mißachtet oder mißbraucht, der Körper des kleinen Kindes wird nicht freundlich angenommen. Hinzukommen können latenter oder auch offener sexueller Mißbrauch bis hin zum Inzest, ein Treibhausklima, wo alle Beziehungen erotisiert oder sexualisiert, erotisch-sexuelle Bedürfnisse und Gefühle nicht integriert werden, die Eltern nicht mit Nähe und Distanz entsprechend den Bedürfnissen des Kindes umgehen können.

Defizitäre Sexualität wäre zu verstehen als Ergebnis einer defizitären Humanstruktur aufgrund nur rudimentär entwickelter positiver Beziehungserfahrungen, als arretierte Sexualitätsentwicklung auf der Basis eines verinnerlichten Sexual- und generellen Lust- und Lebensverbotes. Auf primärprozeßhafter Ebene wird es sich um Kinder handeln, die nie oder selten gestreichelt wurden, überhaupt zu wenig körperlich-taktile Erfahrungen machen konnten.

Die Humanfunktion der Sexualität kann psychogenetisch und gruppodynamisch als grundlegende Humanfunktion verstanden werden, zu deren Entfaltung jedoch ein gewisses Maß an gesunder Entwicklung in den Bereichen von Aggression, Angst, Abgrenzungsfähigkeit und Narzißmus vorhanden sein muß, wobei die Kontakt- und Beziehungsfähigkeit von entscheidender Bedeutung ist. Man könnte auch hypostasieren, daß sich die Entwicklung der Sexualität aus dem Wachstum der anderen, grundlegenden Humanfunktionen „ableitet“ und sie daher vielleicht auf einer anderen oder höheren Entwicklungs-Ebene liegt.

Operationalisiert bedeutet dies: **Konstruktive Sexualität** kennzeichnet die Qualität des Kontaktes, des Austausches, der Beziehung zwischen Sexualpartnern auf geistiger, seelischer und körperlicher Ebene: Jegliche konstruktive Sexualität ist nur möglich bei echtem Kontakt und echter Beziehung, dem Empfinden von Freude und Wärme über den anderen und sich selbst, der Fähigkeit, Fürsorge, Güte und Hingabe an den anderen zu entwickeln, dem Wahrnehmen des anderen und In-Kontakt-treten mit ihm als Gegenüber bei gleichzeitigem Sich-selbst-genießen-können. Wünschenswert für eine kreative, integrierte konstruktive Sexualität ist darüber hinaus Verspieltheit im Kontakt, die Fähigkeit zu erotischer Phantasie, Freiheit von Geschlechtsrollen-Fixierungen, das Kommunizieren-Können eigener sexueller Bedürfnisse auf verbaler und nonverbaler Ebene, Hingabefähigkeit bis hin zur Orgasmusfähigkeit und ein lustvolles Ganz-Körper-Erleben. Alles Gesagte gilt auch für die männliche und weibliche homosexuelle Beziehung. Auch die Onanie kann konstruktiv als Fähigkeit der Freude am eigenen Körper und Möglichkeit sein, sexuelle Durststrecken zu überstehen. Sie kann jedoch destruktiv werden, wenn die Selbstbefriedigung in autistischer Weise der realen sexuellen Begegnung mit einem Partner vorgezogen wird. Sie ist als Zwangshandlung häufig auch Begleiterscheinung schwerer psychischer Erkrankungen.

Ein wichtiges Kriterium für konstruktive Sexualität ist auch das Gefühl des Menschen **nach** der sexuellen Begegnung: Bereichert und erfüllt spürt er sich selbst mehr, fühlt sich lebendiger – es findet ein konstruktiver sozialenergetischer Austausch statt.

Bei der **destruktiven Sexualität** – üblicherweise als „sexuelle Perversionen“ bezeichnet (Freud 1905, Keller-Husemann 1983) – wird der Sexualpartner vorrangig als Mittel zum Zweck der eigenen Befriedigung wahrgenommen und damit instrumentalisiert, eine Freude an der Freude des anderen besteht nicht. Sexualität hat die Qualität „gegenseitiger Onanie“, es fehlt die Beziehung zum Partner, oft besteht auch Desinteresse an genitaler Vereinigung, wie z.B. beim Fetischismus. Destruktive Sexualität hat immer verletzende Züge dem anderen und oder sich selbst gegenüber und kann auch an ihren Konsequenzen gemessen werden – das äußerste Extrem besteht in sexueller Gewalt bis hin zum Mord, immer sind jedoch Züge von (Selbst)-Zerstörung, auch sozialer Art (öffentlicher Skandal, Inhaftierung etc.) enthalten. Statt Nähe, Vertrautheit und genitaler Vereinigung dominiert oft das reizende Moment der Fremdheit, Anonymität und Kontaktlosigkeit. Auch hier gilt als wichtiges Kriterium das Gefühl nach dem sexuellen Kontakt: In der Regel hat wenigstens einer der Partner **hinterher** ein schlechtes Gefühl, Schuldgefühle, das Gefühl, degradiert worden zu sein oder den anderen erniedrigt zu haben.

Zu den Varianten destruktiver Sexualität auf der Symptomebene gehören Exhibitionismus, Voyeurismus, sadomasochstisches Verhalten, häufig gekoppelt mit Suchtentwicklung und sexueller Hörigkeit, Prostitution, Fetischismus, der sexuelle Mißbrauch von Kindern, Vergewaltigung und Sodomie. Bei den ISTA-Sexualität-Skalen wurden keine Items auf Symptomebene entwickelt, denn entscheidend hinsichtlich der Differenzierung zwischen konstruktiver und destruktiver Qualität sexueller Verhaltensweisen ist die Kontakt- und Beziehungs-Qualität zwischen den Partnern. Die Elemente von Destruktion, Be-

ziehungs-Abbruch, Verletzung, Fremdheit und Entfremdung etc. weisen in ihrer destruktiven Kontakt-Qualität auf die enge Verwandtschaft zur destruktiven Aggression hin.

Die **defizitäre Sexualität** entspricht einem verinnerlichten Sexualverbot, welches in der Kindheit bzw. in gruppodynamischen Kontexten erworben wurde. Wenn überhaupt, kann Sexualität meist nur in Verbindung mit starken Ängsten erlebt werden. Oft zeigt sich die defizitäre Sexualität in der „Impotenz“ des Mannes oder der „Frigidität“ der Frau, woraus dann weitgehender Verzicht auf Sexualität folgt, manchmal liegen auch Ekel, Berührungs- und Ansteckungsängste vor. Defizitäre Sexualität ist häufig zu finden bei sehr kontaktscheuen oder beziehungsunfähigen Persönlichkeiten im Sinne des „gehemmten Menschen“ (Schultz-Henke 1940), der weder Freude am eigenen Körper hat noch gerne mit anderen Menschen zusammen ist. Oft sind diese Menschen auch durch ein schlechtes Selbstwertgefühl charakterisiert oder warten insgeheim auf den „Märchenprinzen“ oder die „Traumfrau“ – wodurch eine generelle Abwertung aller realen möglichen Partner erfolgt. Die Problematik von mangelnder Abgrenzung, Symbiose und Autismus wird hier deutlich: Nach anfänglicher Verliebtheit entwickeln sich symbiotische Abhängigkeit oder gar Hörigkeit, was bei Verlust jeder notwendiger Spannung und flexibler Abgegrenztheit zur toten Symbiose, oft autistischem Rückzug und damit zu defizitärer Sexualität führen muß.

Abschließende Bemerkung

Jeder Mensch hat destruktive, konstruktive und defizitäre Strukturanteile, die individuell unterschiedlich stark ausgeprägt sind. Ein Mensch mit ausschließlich defizitärer Aggression, Angst, Ich-Abgrenzung, Sexualität und fehlendem Narzißmus wäre nicht lebensfähig, ein Mensch mit ausschließlich destruktiven Anteilen ginge an sich selbst zugrunde.

Jeder Mensch hat gesunde Bereiche, die bei ich-strukturellem therapeutischem Arbeiten die Grundlage bilden für ein therapeutisches Bündnis mit dem Therapeuten und eine allmähliche Abgrenzung gegen die eigene Pathologie ermöglichen. Hierbei sind natürlich besonders die sekundären Humanfunktionen mit den Fähigkeiten und Fertigkeiten eines Menschen zu berücksichtigen ebenso wie auch die primären, organischen Strukturen mit einzubeziehen sind.

Aufgrund der bisherigen theoretischen Darstellungen zu den einzelnen Humanfunktionen dürfte die Verwobenheit der einzelnen Funktionen innerhalb der psychischen Gesamtstruktur eines Menschen deutlich geworden sein, wie dies von Ammon im Rahmen seiner Spektraltheorie und damit auch für die Verwobenheit von Krankheitsbildern dargestellt wurde (Ammon 1979b, 1982, 1988, 1992): Die einzelnen Humanfunktionen sind nicht isoliert nebeneinander zu sehen, sondern bestimmen in ihrer Ganzheitlichkeit das Ausmaß an psychischer Gesundheit eines Menschen. Durch die Qualität der früh-kindlichen Symbiose wird generell ein bestimmtes Maß an Konstruktivität, Destruktion oder Defizit das Wesen eines Menschen ausmachen. Hinsichtlich ihrer Komplexität dürfte die Sexualität eine Sonderstellung einnehmen – zumindest in ihrer Verhaltensmanifestation bedarf sie eines gewissen Maßes an gesund entwickelter Aggression, Angst, Abgrenzung und eines gewissen Selbstwertes, womit sie mit den anderen zentralen Humanfunktionen stärker verwoben sein dürfte als diese untereinander.

Kurzbeschreibung der ISTA-Skalen

Qualität	konstruktiv	destruktiv	defizitär
Dimension			
allgemeine Bedeutung:	kontaktherstellend, beziehungsstiftend, weiterentwickelnd, integrierend, aufbauend. Realitätsbezug	kontaktabbrechend, arretiert, fehlentwickelt, desintegrierend, zerstörerisch. Verzerrter Realitätsbezug	kontakt- und beziehungslos, nicht entwickelt, fehlender Realitätsbezug
Humanfunktion:			
Aggression, Aktivitäts-Potential, „adgredi“	○ zielgerichtete und kontaktherstellende Aktivität gegenüber sich selbst, anderen Menschen, Dingen und geistigen Inhalten. Fähigkeit, Beziehungen und Aufgaben durchzuhalten, Standpunkt zu beziehen. Aktive Lebensgestaltung	△ Fehlgerichtete, kontakt-abbrechende, zerstörerische Aktivität gegenüber sich selbst, anderen Menschen, Dingen und geistigen Aufgaben. Gestörte Aggressions-Regulation i.S. destruktiver Durchbrüche, Entwertung anderer Menschen, Zynismus, Rache	□ Generell fehlende Aktivität, keine Kontaktaufnahme zu sich selbst, zu anderen Menschen, Dingen, geistigen Inhalten. Passiv, zurückgezogen, teilnahmslos, leer. Rivalitäts- und Auseinandersetzungsvermeidend
Angst	○ Fähigkeit, Angst zu spüren, zu verarbeiten und situationsentsprechend zu handeln. Gesamt-Aktivierung der Persönlichkeit, realistische Gefahren-Einschätzung	△ Überflutende Todes-oder Verlassenheits-Angst, handlungs-und beziehungs-verbietend. Vermeidung neuer Erfahrungen mit der Folge einer Entwicklungsarretierung. Dysregulation	□ Unfähigkeit, Angst bei sich und anderen wahrzunehmen u. zu spüren. Keine Schutzfunktion u. Regulation durch Gefahrensignale
Ich-Abgrenzung nach außen	○ Flexibler Zugang zu Gefühlen und Interessen anderer, Fähigkeit, zwischen Ich und Nicht-Ich zu unterscheiden. Beziehungsregulation zwischen Personen und Umwelt, Regulation von Nähe und Distanz	△ Starre Abgrenzung gegenüber den Gefühlen und Interessen anderer Menschen. Mangelnde emotionale Anteilnahme, fehlende Kompromiß-Bereitschaft, Unsensibilität, Selbst-Isolation	□ Unfähigkeit, Nein zu sagen, zwisch. sich und anderen zu differenzieren. Chamäleonhafte Übernahme der Gefühle u. Standpunkte anderer; soziale Überangepasstheit, Angst vor Vereinnahmung
Ich-Abgrenzung nach innen	○ Flexibler, situationsbezogener Zugang zum eigenen Unbewußten, zu eigenen Gefühlen, Bedürfnissen. Traumfähigkeit. Phantasie ohne Realitätsverlust. Fähigkeit zwischen Gegenwart u. Vergangenheit unterscheiden zu können	△ Fehlender Zugang zum eigenen Unbewußten, starre Barriere gegenüber eigenen Gefühlen, Bedürfnissen. Mangelnde Traumfähigkeit, Phantasie- u. Gefühls-Armut, fehlender Bezug zur eigenen Geschichte	□ Fehlende Grenze zum Unbewußten, Überschwemmung mit unbewußten Inhalten. Ausgeliefertsein an Gefühle, Träume u. Phantasien. Konzentrations- und Schlafstörungen

Kurzbeschreibung der ISTA-Skalen (Fortsetzung)

Qualität	konstruktiv	destruktiv	defizitär
Narzißmus	○ Freundliche und realitäts- gerechte Einstellung zu sich selbst, positives Gefühl der eigenen Bedeutung u. Wichtigkeit, liebevoller Umgang mit eigenen Bedürfnissen, Fähigkeiten und Interessen, dem eig. Körper, Schwächen	△ Unrealistische Selbstein- schätzung, privatistische Wahrnehmungswelt, Negativis- mus, häufiges Gekränktsein, Gefühl nicht verstanden zu werden. Unfähigkeit, Kritik oder Zuwendung („Sozial- energie“) anzunehmen	□ Fehlender Bezug zu sich selbst, fehlende Selbstliebe. Gefühl eig. Bedeutslosigkeit. Austauschbarkeit. Zurück- nahme eigen. Interessen und Bedürfnisse. Wird häufig übersehen und vergessen
Sexualität	○ Beziehung und echter Kontakt zwischen Partnern auf körperl., geistiger und seelischer Ebene. Empfinden von Freude und Wärme über den anderen u. sich selbst, Fähigkeit zu Güte, Hingabe u. Fürsorge, Verspielt- heit, Fähigkeit zu erotischer Phantasie	△ Instrumentalisierung des Partners zwecks eigener Bedürfnisbefriedigung. Sexualität als „gegenseitige Onanie“. Ohne Freude an der Freude des anderen. Einem von beiden Partnern wird geschadet, Desinteresse an genitaler Sexualität, statt Nähe u. Vertrautheit, Kontakt- und Beziehungs- losigkeit	□ Weitgehend Verzicht auf geliebte Sexualität, verinnerl. Sexual-Verbot, verbunden mit starker Ansteckungs- oder Berührungsangst, Impotenz, Frigidität. Ohne Freude am eigenen oder Körper des anderen, Menschenscheu

3 Testdurchführung und Auswertung

3.1 Testmaterial und Durchführung

Das Testmaterial umfaßt neben dem Manual für den Anwender eine Anzahl von Testbögen, Schablonen, Auswertungsbögen sowie entsprechende Profilblätter zum Eintragen der Ergebnisse. Zur schnelleren Auswertung steht auch ein computerisiertes Programm zur Verfügung.

Die Testinstruktion:

„Sie werden auf den folgenden Seiten eine Reihe von Aussagen über bestimmte Verhaltensweisen und Einstellungen finden. Sie können sie jeweils entweder mit „stimmt“ oder mit „stimmt nicht“ beantworten. Setzen Sie bitte ein Kreuz (X) in den dafür vorgesehenen Kreis. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, weil jeder Mensch das Recht zu eigenen Anschauungen hat. Antworten Sie bitte so, wie es für Sie persönlich zutrifft.

Beachten Sie bitte folgende Punkte:

- Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort vielleicht den „besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich gilt. Manche Fragen kommen Ihnen vielleicht sehr persönlich vor. Bedenken Sie aber, daß Ihre Antworten unbedingt vertraulich behandelt werden.
- Denken Sie nicht lange über einen Satz nach, sondern geben Sie die Antwort, die Ihnen unmittelbar in den Sinn kommt. Natürlich können mit diesen kurzen Fragen nicht alle Besonderheiten berücksichtigt werden. Vielleicht passen deshalb einige nicht so gut auf Sie. Kreuzen Sie aber trotzdem immer eine Antwort an, und zwar die, die noch am ehesten auf Sie zutrifft.

Vielen Dank!“

Der Test kann als **Einzel- oder Gruppentest** durchgeführt werden, die Instruktion bleibt identisch. In der Regel füllen die Patienten die Testbögen selbst aus, Ausnahmen beziehen sich auf die Behandlung in der Klinik: Hier kann es bei besonders schwer erkrankten psychiatrischen Patienten notwendig werden, nicht nur die standardisierte Instruktion, sondern auch die einzelnen Fragen des Tests dem Patienten vorzulesen und die Antworten für diesen zu registrieren. Dies ist allerdings nur relativ selten notwendig. Der Proband füllt den Test aus, indem er die Fragen mit „stimmt“ oder „stimmt nicht“ ankreuzt sowie im Anschluß eine Reihe demographischer Fragen beantwortet. Die Testdurchführung dauert je nach Spontaneität des Antwortverhaltens zwischen zehn und zwanzig Minuten.

3.2 Die Auswertung

Die Auswertung des ISTA kann durch Schablonen oder auf der Basis eines computerisierten Auswertungsprogrammes erfolgen. Dabei werden die jeweiligen Ankreuzungen des Probanden von „stimmt“ oder „stimmt nicht“ den jeweiligen drei verschiedenen Qualitäten der sechs verschiedenen erfaßten Humanfunktionen zugeordnet. Jede relevante Nennung wird als ein Punkt für die jeweilige Skala gerechnet. Die drei verschiedenen Qualitäten der Humanfunktionen sind bei der Schablonen-Auswertung durch Symbole gekennzeichnet:

- der Kreis (○) entspricht der konstruktiven Qualität
- das Dreieck (△) entspricht der destruktiven Qualität
- das Quadrat (□) entspricht der defizitären Qualität.

Die jeweils erzielten Skalenausprägungen werden für die Interpretation mit Mittelwerten und Streuungen einer für die Bundesrepublik Deutschland repräsentativen Vergleichsgruppe in Beziehung gesetzt. Zwecks besserer Anschaulichkeit empfiehlt es sich die Ergebnisse in das altersentsprechende Profilblatt einzutragen, womit sowohl die Struktur des Probanden als auch die Abweichung von der Vergleichsgruppe anschaulich wird.

Sowohl im stationären wie im ambulanten Bereich wird jeder Test mit dem Patienten bzw. den Patientengruppen besprochen. In der **Einzelfalldiagnostik** besteht die Möglichkeit – besonders bei unauffälligen Testergebnissen – die Beantwortung einzelner Fragen zu studieren, hierüber mit den Patienten in Kontakt zu kommen und ihnen die Möglichkeit einer differenzierten Äußerungen zu geben, z.B. zur Frage von Suizidphantasien, Ausprägung und Richtung der Aggression oder real gelebter Sexualität*. Das Testergebnis im ISTA wird dann zusammen zu den anderen Verfahren in Beziehung gesetzt und vor dem Hintergrund der Lebensgeschichte des Patienten interpretiert. Wesentlich für die Interpretation anhand des altersadäquaten Profilblattes sind vier Gesichtspunkte:

- Die **Struktur der Werte**, d.h. das Verhältnis der konstruktiven zu den destruktiven und defizitären Qualitäten innerhalb einer Humanfunktion.
- Die **Relationen** der einzelnen Humanfunktionen zu einander
- Die **Abweichungen** der einzelnen Skalenwerte von den Normwerten.
- **Übereinstimmungen und Widersprüche** mit anderen Testverfahren, z.B. MMPI, Gießen-Test, zu denen korrelative Zusammenhänge (s. empirischer Teil) bestehen.

Die bereits erwähnte **Gruppendiagnostik** zur Überprüfung der strukturellen Zusammensetzung von Gruppen jeglicher Art ist ein relativ junger, noch wenig genutzter Bereich der ISTA-Anwendungsmöglichkeiten. Jeder erfahrene Kliniker weiß, daß die therapeutische Arbeit mit homogenen Patientengruppen äußerst schwierig ist: In einer nur aus depressiv strukturierten Patienten zusammengesetzten Therapiegruppe ist kaum ein Therapeut in der Lage, das Energie-Defizit der Gruppe zu kompensieren, in einer nur aus psychotisch strukturierten Patienten zusammengesetzten Gruppe kann der Therapeut selbst die Orientierung verlieren. Im therapeutischen Feld der Klinik Mengerschwaige wird daher nur mit strukturell heterogen zusammengesetzten Therapiegruppen gearbeitet, um einen relativen Ausgleich der unterschiedlichen Krankheitsbilder mit ihren jeweils spezifischen Strukturen zu erzielen.

Ergeben sich gravierende Störungen hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit einer Therapiegruppe, wird diese mit Hilfe des ISTA auf ihr Gesamtpotential an Konstruktivität, Destruktion und Defizit hin untersucht und unter Umständen anders zusammengesetzt. Gegebenenfalls erweist sich auch die Umstrukturie-

* Dies empfehlen wir besonders im Bereich der Sexualität, da hier – wie bisherige Erfahrungen zeigen – die Grenzen zwischen Realität und Phantasie leichter verwischt werden als bei anderen Humanfunktionen. Die Erhebung einer Sexual-Anamnese ist hier hilfreich.

rung der Leitergruppe mit ihren spezifischen Persönlichkeitsstrukturen als notwendig. Erste Untersuchungen zur Arbeitsfähigkeit und notwendigen Umstrukturierung einer Milieutherapiegruppe wurden 1997 von Römisch & Schmolke veröffentlicht.

Auch auf den regelmäßig stattfindenden 10tägigen gruppendynamischen Tagungen und dreiwöchigen extramuralen stationären Milieutheraufenthalten im Tagungszentrum der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) in Paestum (Süditalien) wird mittlerweile routinemäßig Gruppendiagnostik mit dem ISTA durchgeführt. Zum einen um das Gesamtpotential der Gruppe an Konstruktivität, Destruktion und vorhandenem Defizit zu untersuchen und im gruppendynamischen Prozeß besser zu verstehen, zum anderen, um den Teilnehmern über eine Vorher-/Nachher-Messung die Möglichkeit zu geben, eigenes Persönlichkeits-Wachstum „schwarz-auf-weiß“ genauer studieren zu können (Fabian, U., Dworschak, Borusiak 1997).

Die **Besprechung der Testergebnisse** verstehen wir als ein grundsätzliches Prinzip, da die Auseinandersetzung mit den Ergebnissen dem Patienten neue Möglichkeiten der Einsicht und Auseinandersetzung mit sich selbst eröffnet – gerade für sehr mißtrauische und paranoische Patienten ist dies oft sehr hilfreich. Für die Diagnostik des Patienten ist interessant, ob er sich mit den Werten in Beziehung setzen kann oder ob seine eigene Einschätzung sehr von der Testinterpretation abweicht. Diese Abweichung von **Selbst- und Fremdbild** ist besonders bei Testbesprechungen in Gruppen bedeutsam, weil hier andere Gruppenmitglieder oder auch die Therapeuten selbst direkt zu dem jeweiligen Patienten Stellung nehmen und eine wichtige Rückmeldung geben können, ob das Bild, das der Patient von sich selbst entwirft, dem entspricht, wie er von anderen wahrgenommen wird (Apfelthaler & Sandermann 1997).

3.3 Anwendungsbereiche

- Der Ich-Struktur-Test nach Ammon soll der **allgemeinen Persönlichkeitsforschung** dienen und Rückschlüsse auf die dem Verhalten zugrunde liegenden **Strukturen im Kern der Persönlichkeit ermöglichen**. Er soll damit eine möglichst **differenzierte Repräsentation der Human-Struktur** erlauben (z.B. Fabian 1996, Urban 1995).
- Der Ich-Struktur-Test soll die in der Theorie formulierten **Zusammenhänge zwischen den einzelnen Humanfunktionen** untersuchen helfen. Dies kann geschehen über die ich-strukturelle Untersuchung verschiedener Personengruppen, wie z.B. therapeutischer Gruppen in ambulanter oder stationärer Behandlung, Balintgruppen, Selbsterfahrungsgruppen, Elterngruppen, Mitarbeitergruppen etc. Er kann auch unter anderen Fragestellungen zur **Theorieevaluation** eingesetzt werden.
- Der Ich-Struktur-Test findet in der Therapieverlaufs- und Effizienz-Forschung zur Messung der Entwicklung einzelner Humanfunktionen in ihrer jeweiligen qualitativen Ausprägung vielfache Anwendung. Im Sinne einer **Entwicklungs-Diagnostik** kann damit der momentane psychische Entwicklungsstand erfaßt, mit den Ergebnissen zu anderen Zeitpunkten verglichen und auch für prognostische Fragestellungen eingesetzt werden (Burbiel & Wagner 1984, Burbiel et al. 1989, 1990, 1992, 1993, 1994; Fabian, Dworschak, Borusiak 1997).
- Der Ich-Struktur-Test hat **Behandlungsrelevanz** und eine **therapeutische Funktion**: Seine Ergebnisse können unmittelbar in den therapeutischen Prozeß einbezogen und in der unmittelbaren Auseinandersetzung mit dem Patienten besprochen werden. In der Regel werden die Ergebnisse von den Patienten mit großem Interesse aufgenommen und diskutiert (Ammon, Dworschak, Schmolke 1995, Burbiel, Dworschak, Schmolke 1994, Schmolke & Dworschak 1996).
- Der Ich-Struktur-Test erlaubt wertvolle **Rückschlüsse auf die Kontakt- und Arbeitsfähigkeit** mehrerer miteinander in Auseinandersetzung befindlicher Personen: Er kann Hinweise auf die Persönlichkeitsstruktur geben z.B. bei Partnerkonflikten oder z.B. bei der Frage, inwieweit Therapeut und

Patient von ihren Strukturen her geeignet sind, zusammenzuarbeiten und zur Frage der Zusammensetzung von Therapiegruppen im Hinblick auf ihre Arbeitsfähigkeit. Auf diese Weise läßt sich auch **Gruppendiagnostik** hinsichtlich der qualitativen Zusammensetzung ihrer Mitglieder durchführen (Römisch & Schmolke 1997, Wolfrum & Finke 1997).

- Der Ich-Struktur-Test erlaubt auf der Basis von Modifikationen für andere Sprach- und Kulturräume **interkulturelle Vergleiche**, wie dies bereits für den russischen und ungarischen Sprachraum geschehen ist und für den indischen, israelischen und amerikanischen vorbereitet wird (Alkhazova, T.V., Botscharov, V.V., Tupizin, J.J. et al. 1992; Koczan, G., Fekete, S., Ozsváth, P. & K. 1991; Nesnanov, N.G. & Solowjewa, S.L. 1994; Poloshij 1992, 1994).

4 Auswertung und Interpretation

4.1 Allgemeine Interpretations-Hinweise

Eine Interpretation der ISTA-Ergebnisse eines Probanden oder Patienten sollte immer durch fachlich geschulte Personen, in der Regel Diplom-Psychologen oder auch die behandelnden Psychotherapeuten, durchgeführt werden, die mit den Grundprinzipien der dem Test zugrunde liegenden Theorie vertraut sind. Dies ist im Interesse der Testperson dringend erforderlich, denn nur bei Kenntnis der dem Test zugrundeliegenden Theorie, des Menschenbildes der Dynamischen Psychiatrie, der Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen und vor allem des gruppenspezifischen orientierten Verständnisses menschlicher Entwicklung kann die Bedeutung des jeweiligen Testergebnisses realistisch eingeschätzt werden. Generell hat eine testpsychologische Untersuchung mit dem ISTA nicht das Ziel, einen Menschen zu kategorisieren, sondern sie soll als Hilfe für ein besseres Verständnis der **Persönlichkeits-Struktur** eines Menschen und seines **momentanen psychischen Entwicklungsstandes** dienen. Aus diesem Grunde werden im Verlauf einer Behandlung kontinuierlich sowohl **mehrere Messungen** mit dem ISTA durchgeführt als auch dieser immer in Verbindung mit anderen testpsychologischen Verfahren objektiver wie projektiver Art eingesetzt. Im mehrdimensionalen und ganzheitlichen Behandlungsansatz der Dynamischen Psychiatrie (Ammon, G. 1985b, 1994a, Ammon, M. 1997a, Schmidts 1996) fließen die Testergebnisse bei der stationären Behandlung in die sog. **Case-Konferenz** ein, die für jeden Patienten unter Beteiligung aller Therapeuten, die mit dem Patienten zu tun haben und unter Berücksichtigung aller bisher vorliegenden Testergebnisse stattfindet (detaillierte Veröffentlichungen hierzu siehe Ammon, Dworschak, Schmolke 1995, Burbiel, Dworschak, Schmolke 1994, Schmolke & Dworschak 1996).

Bei der Interpretation eines Testprofils crachten wir generell nur Abweichungen als bedeutsam, die mindestens **eine Standardabweichung** von den Mittelwerten der Bezugsgruppe ausmachen. Dabei müssen die Abweichungen entsprechend der inhaltlichen Bedeutung der einzelnen Skalen interpretiert werden.

Von zentraler Bedeutung für die grundsätzliche Interpretierbarkeit und für die Gesamtinterpretation des Tests sind die Werte der **Abgrenzung nach innen**, die den Zugang zum eignen Unbewußten erfassen. Sind diese in den **defizitären Skalen** weit überdurchschnittlich, so weist dies daraufhin, daß sich die betreffende Person in einem psychosenahen bis psychotischen Zustand befindet und unter Umständen vom Verlust aller Grenzen bedroht ist, was sich in unsinnigen oder überdurchschnittlich hohen defizitären Werten in den anderen Humanfunktionen zeigen kann. Liegen die Werte in der **destruktiven Skalen** der Abgrenzung nach innen weit über dem Durchschnitt, hat sich der Mensch starr nach innen verschlossen, wodurch die Werte der anderen Skalen nur mit geringer emotionaler Beteiligung entstanden sind – der Test insgesamt ist damit nur **eingeschränkt**, wenn überhaupt, **interpretierbar**. In diesem Fall findet man hier meist überdurchschnittlich hoch ausgeprägt konstruktive Qualitäten in den anderen Skalen – ein Hinweis darauf, daß die überstarke Abgrenzung nach innen diesem Menschen nicht erlaubt, Schwächen oder unangenehme Seiten der eigenen Person wahrzunehmen und zuzulassen.

Hier ist auch auf das besonders bei Borderline-Patienten häufig zu beobachtende „**Anpassungs-Profil**“ zu erwähnen: Innerhalb einer Humanfunktion liegen die Werte der konstruktiven Qualitäten überdurchschnittlich hoch, die destruktiven und defizitären Anteile sind unterdurchschnittlich oder gehen gegen Null. Diese Menschen haben es schwer, Identität und Standpunkt zu zeigen und werden besonders in identitätsanfordernden Situationen versuchen, sich chameleonartig den vorgestellten Wünschen anderer Menschen anzupassen, so daß diese Menschen nur konstruktiv erscheinen können.

Aufgrund der theorie- und konstruktionsbedingten Interdependenz der Qualitäten der einzelnen Humanfunktionen wird bei ehrlicher Beantwortung der Test-Items ein spezifisches Strukturmuster der Persönlichkeit sichtbar werden, welches in der Regel in sich schlüssig ist. Nur in seltensten Fällen haben wir mit dem Problem bewußter **Testverfälschung** zu tun – im Gegenteil: Erstens erfreut sich der ISTA bei stationären wie ambulanten Patienten großer Beliebtheit, zum anderen haben die Patienten in der Regel ein großes Interesse daran, Wesentliches über sich und ihre Persönlichkeitsentwicklung zu erfahren. Davon unberührt bleibt natürlich das in der Literatur ausführlich diskutierte Problem der **Sozialen Erwünschtheit** (Jäger & Petermann 1992).

4.2 Typische Strukturmuster

Auf einige in der klinischen Praxis immer wieder zu beobachtende **typische Strukturmuster** soll noch aufmerksam gemacht werden:

Bei **überdurchschnittlich destruktiven** Ausprägungen von Humanfunktionen ist vor allem der Aspekt des Kontaktabbruchs, d.h. der Abbruch von Beziehungen zu sich selbst, zu anderen Menschen, zu Aufgaben und zur Umwelt zu berücksichtigen. So kann überdurchschnittlich ausgeprägte **destruktive Aggression** sowohl aktives Zerstören von Dingen, Wutausbrüche gegenüber anderen Menschen bei nur geringen Anlässen, aber auch den Abbruch des Kontaktes zu sich selbst und damit Selbstbestrafung und die Tendenz zur Autoaggression bedeuten. Überstark ausgeprägte **destruktive Angst** wäre ein Hinweis darauf, daß der Mensch von Todesangst überflutet wird oder von einer Angst überschwemmt wird, die er mit nichts mehr in Beziehung und nicht mehr relativieren kann. D.h. auch, daß er diese nicht mehr in Kontakt bringen und also auch nicht mehr kommunizieren kann.

Desgleichen läßt sich oft ein Zusammenhang zwischen **destruktiver Aggression** und **destruktiver Angst** beobachten: Dabei hat die destruktive Aggression einen Wert um Null, wohingegen die destruktive Angst sehr hoch liegt. Bei Kenntnis der Lebensgeschichte des Patienten kann dies auch als Angst vor der eigenen Aggression verstanden werden.

Eine überdurchschnittlich ausgeprägte **defizitäre Angst** kann so verstanden werden, daß der Mensch in vielen Situationen, die in der Regel Angst machen, diese Angst nicht wahrnimmt. Dies kann in gravierenden Fällen bedeuten, daß dieser Mensch nie Schutz und Geborgenheit durch andere Menschen erlebt und dementsprechend nie eine konstruktive Angstentwicklung hat aufbauen können. Dementsprechend wird er in realen Gefahrensituationen sich selbst nicht schützen können, weil es nie jemanden gegeben hat, der ihn geschützt hat. Dies kann im ISTA-Profil in Verbindung mit hoher **destruktiver Aggression** und/oder hoher **destruktiver Abgrenzung nach innen** als Hinweis auf Selbstentfremdung oder Abspaltung von Gefühlen, unter Umständen sogar auf **suizidale Gefährdung** hinweisen. Häufig findet man unter diesen Konstellationen auch sogenannte **Unfälle-Persönlichkeiten** d.h. Menschen, die sich immer wieder verletzen und selbst gefährden, weil sie kein Gefühl für sich selbst haben. Auch Hinweise auf **Borderline-Kriminalität** sind hier im ISTA-Profil zu finden, wobei bei diesen Menschen – im Gegensatz zum Psychosomatiker – die Aggression nach außen und nicht nach innen agiert wird.

Die Humanfunktion des **Narzißmus** hat im Verständnis der Persönlichkeitstheorie der Dynamischen Psychiatrie eine Art „Pfortnerfunktion“, d.h. die eigene Person wird subjektiv vor dem Hintergrund des eigenen Selbstwertgefühls bewertet. Damit wird die Regulation von Sozialenergie gesteuert, d.h. in welchem Ausmaß ein Mensch Kontakt, Aufmerksamkeit und auch Kritik von anderen Menschen annehmen und auch geben kann. Ein **hoher destruktiver Narzißmus** wird immer zu einer Erfahrungs-Arretierung und zu Lernstörungen führen, da andere Menschen generell als feindselig erlebt werden und mißtrauisch beobachtet werden müssen.

Im Zusammenhang paranoischer Tendenzen als stärkstem Widerstand im therapeutischen Veränderungsprozeß ist auch das von Ammon (Ammon & Burbiel 1992) so bezeichnete **paranoische Widerstands-Dreieck** zu erwähnen. Es ist durch Aggression, Paranoia und schweren pathologischen Narziß-

mus verbunden mit schwerster Kontaktangst gekennzeichnet und läßt sich im ISTA in hoher **destruktiver Aggression**, hoher **destruktive Angst** sowie hohem **destruktiven Narzißmus** wiederfinden. Eine symptomatologische Bestätigung findet sich meist bei Hinzuziehung der MMPI-Testwerte.

Bei der Interpretation der **Sexualitäts-Skalen** ist das Entwicklungs-Niveau der anderen zentralen Humanfunktionen zu berücksichtigen: Nur wenn diese auf einem mittleren Entwicklungs-Niveau liegen, kann man davon ausgehen, daß die Werte der Sexualitäts-Skalen auch der Realität entsprechen. Zeigen die anderen Humanfunktionen überwiegend destruktive und besonders defizitäre Qualitäten, können die Ergebnisse der Sexualitäts-Skalen als Wunsch-Phantasien oder als von der Gesamtpersönlichkeit abgespalten verstanden werden. Hier empfiehlt sich eine Befragung des Probanden bzw. Patienten.

4.3 Interpretations-Beispiele aus der Praxis

4.3.1 Fall-Beispiele

Beispiel 1

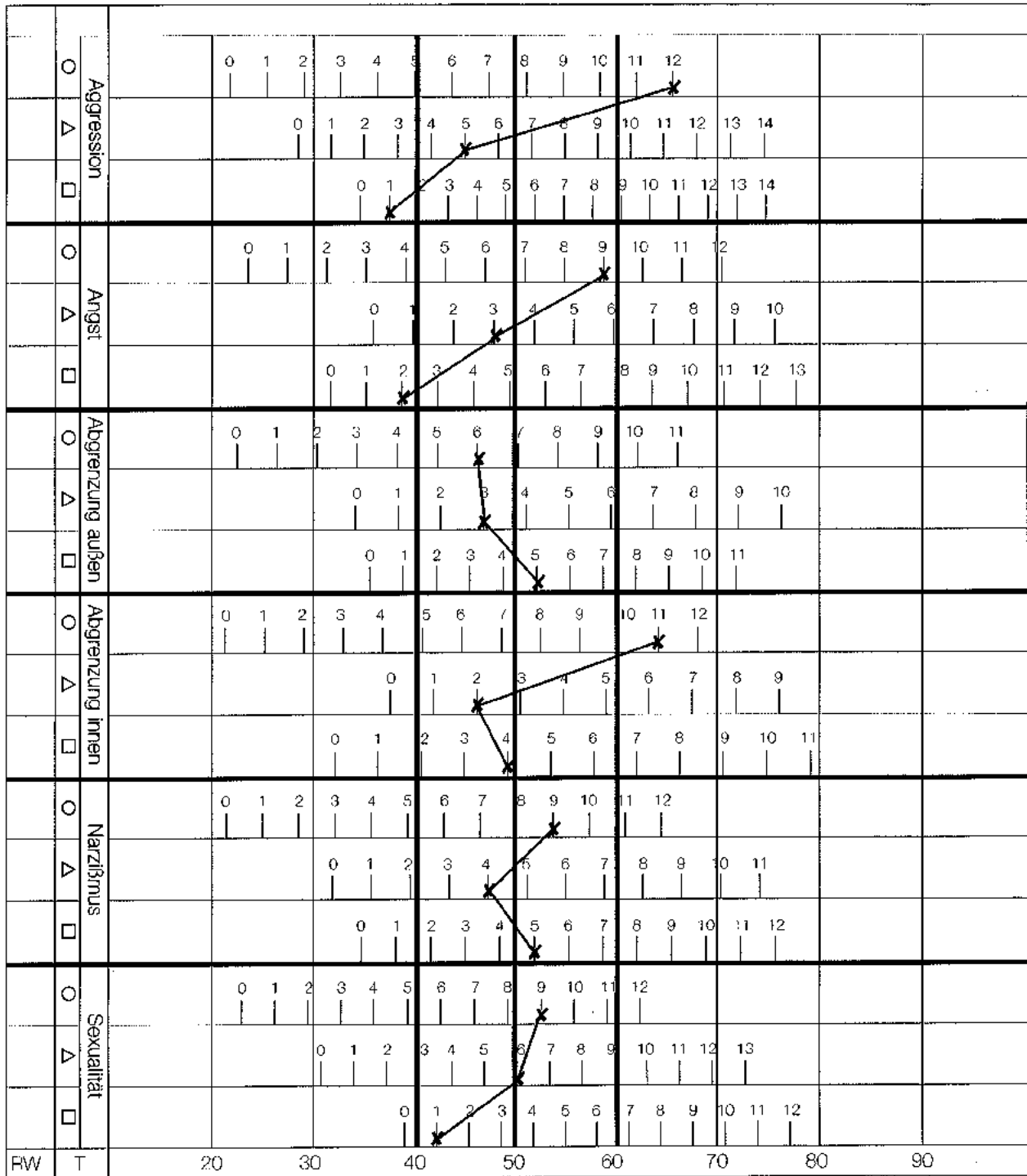
Beispiel 1 zeigt das Profil einer 35jährigen, überwiegend psychisch gesunden und beruflich erfolgreichen Diplom-Psychologin. Sie ist verheiratet, hat zwei Kinder im Vorschulalter und ist ebenso wie ihr Mann voll berufstätig. Sie zeigt sich kontaktoffen, scheut nicht vor neuen und angstmachenden Situationen zurück, wirkt nach außen hin selbstsicher und in sich ruhend und ist bei Kollegen sehr beliebt. Bei näherem Kennenlernen entdeckt man einen beträchtlichen beruflichen Ehrgeiz, den sie mit ihrer Rolle als Ehefrau und Mutter nicht immer konflikt- und schuldgefühlsfrei in Einklang bringen kann. Sie hat Freunde und eigene Interessen, jedoch manchmal Schwierigkeiten, sich neben dem beruflich noch erfolgreicherem Ehemann behaupten zu können. Nach eigenen Angaben leidet sie weder unter Symptomen noch gravierenden Problemen, die eine therapeutische Behandlung notwendig machen würden, sondern fühlt sich insgesamt mit ihrer Lebenssituation überwiegend zufrieden.

Der ISTA zeigt Werte überwiegend im Normbereich, bei einem Überwiegen der konstruktiven über die destruktiven und defizitären Qualitäten – ausgenommen die Abgrenzung nach außen und etwas geringer auch nach innen sowie beim Narzißmus: Hier fallen die vergleichsweise höheren defizitären Qualitäten auf, vor allem bei der Abgrenzung nach außen. Diese lassen vermuten, daß die Person oft Schwierigkeiten hat, sich nach außen gegenüber anderen Menschen abzugrenzen, Nein zu sagen und einen eigenen Standpunkt zu behaupten, obgleich sie sich in Aggression und Angst durchsetzungsfähig und belastbar zeigt. Dies könnte zu einem erklärt werden durch eine gewisse „Ich-Schwäche“ im Hinblick auf Inhalte des Unbewußten, die sie vielleicht gelegentlich verunsichern, zum anderen mit gewissen Selbstunsicherheiten, die sie vielleicht mit Überkonstruktivität in der Aggression überspielen muß. Die hohe und flexible Abgrenzung nach innen läßt eine gesunde Traumfähigkeit vermuten, auch das Profil der Sexualität als eher übergeordnete Struktur zeigt sich gesund. Insgesamt gesehen kann anhand dieses überwiegend „gesunden ISTA-Profiles“ von einer überwiegend gesunden Persönlichkeit-Struktur mit eigentlich keinem therapeutischem Handlungsbedarf ausgegangen werden.

Beispiel 2 zeigt das Profil einer neurotisch strukturierten Patientin (siehe auch Verlaufsbeschreibung aus dem ambulanten Bereich). Es handelt sich um eine 45jährige ambulante Patientin, die mit einer schweren neurotischen Depression in die Behandlung kam. Von Beruf Lehrerin, allein lebend und nur mit minimaler sexueller Erfahrung, konnte sie sich kaum in der Schule behaupten, hatte Schwierigkeiten mit den Kollegen und vor allem den Vorgesetzten. In den Gruppentherapie wurde sie als „graue Maus“ meist übersehen, konnte sich nur artikulieren, wenn man sie ansprach, verhielt sich immer korrekt und angepaßt und zeichnete sich durch weitgehende Bescheidenheit, Kontaktängstlichkeit und vor allem Bedürfnislosigkeit aus. Aus einem schwäbischen Dorf stammend war ihr Leben vorwiegend durch „Sparsamkeit“ in jeder Hinsicht gekennzeichnet – daß sie sich eine analytische Behandlung gestatten konnte, grenzte an ein Wunder und war nur durch ihren erheblichen Leidensdruck plausibel.

ISTA 96 – Profilblatt

Beispiel 1: Gesunde Persönlichkeit



Codenummer: _____ Testdatum: _____ Auswerter: _____

Kontrollgruppe ambulante Therapie stationäre Therapie

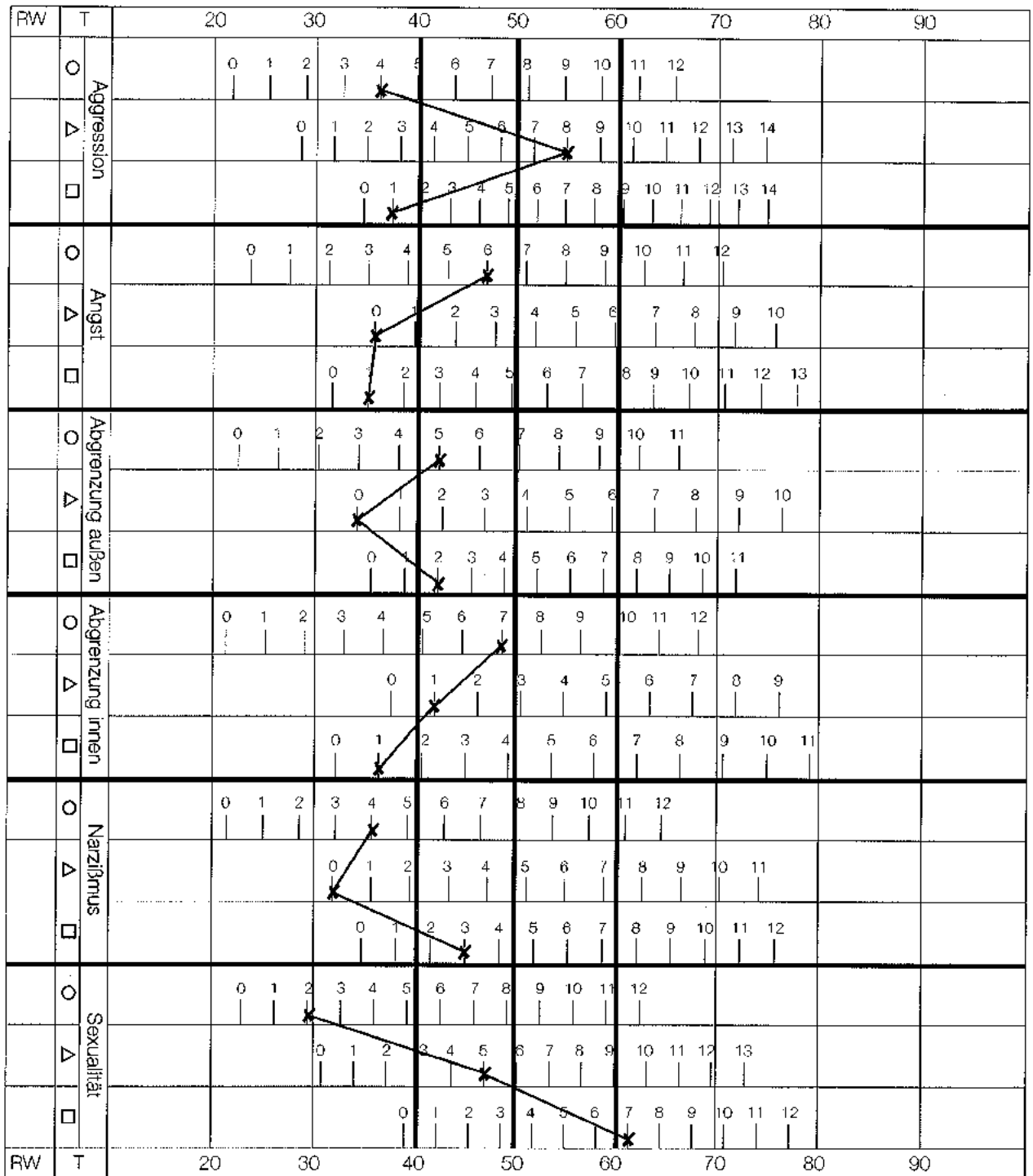
Geschlecht: weiblich männlich

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

© 1998 Swets Test Services, Frankfurt/M

ISTA 96 – Profilblatt

Beispiel 2: Neurotische Struktur



Codenummer: _____ Testdatum: _____ Auswerter: _____

Kontrollgruppe ambulante Therapie stationäre Therapie

Geschlecht: weiblich männlich

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

© 1998 Swets Test Services, Frankfurt/M

Das ISTA-Profil zeichnet sich insgesamt durch eine „Linksverschiebung“ in den unteren T-Wert-Bereich auf – so wie die Patientin „psychisch verhungert“ in die Therapie kam, reichen die Werte kaum bis in den Normbereich der Mitte. Es fallen auf die vergleichsweise hohe destruktive Aggression – die in Verbindung mit den sehr niedrigen konstruktiven Qualitäten von Aggression, Narzißmus und Sexualität dem extremen Lebensverbot der Patientin entspricht – die relative Abgrenzungsschwäche entsprechend fehlendem Standpunkt, der defizitäre Narzißmus sowie die destruktiv/defizitäre Sexualität mit dem Defizit als höchstem Wert insgesamt entsprechend dem Ausmaß ihres ungelebten Lebens. Das Profil zeigt eine konstruktiv wenig bis durchschnittlich entwickelte Ich-Struktur mit hoher Destruktion bei Aggression und Sexualität und Defiziten bei der Abgrenzung nach außen, dem Narzißmus und vor allem der Sexualität. Das Umgehen mit Angst und eine gewisse Abgrenzungsfähigkeit scheinen der Patientin zu gelingen, insgesamt jedoch zeigt sie sich in ihren Entwicklungsmöglichkeiten deutlich reduziert bzw. arretiert, wie der weitere therapeutische Prozeß (siehe Verlauf) gezeigt hat.

Beispiel 3 zeigt das ISTA-Profil eines 30jährigen Borderline-Patienten aus einer ambulanten Gruppenpsychotherapie. Die Problematik dieses beruflich mehr oder weniger erfolgreichen Patienten – er arbeitet nach einer handwerklichen Lehre und einem Aufbaustudium jetzt im sozialen Bereich – äußert sich in erster Linie in seiner ödipalen Unterwerfungs-Dynamik, der damit verbundenen weitgehenden Abgrenzungs-Unfähigkeit und vor allem im Fehlen jeglicher direkter destruktiver Äußerungen im Sinne der Durchsetzung eigener Wünsche und Bedürfnisse. Nach außen hin zeigt sich der Patient angepaßt, erst im direkteren Kontakt wird die passive Aggression, der Leidensdruck des Patienten und die daraus resultierende Therapiemotivation spürbar. Der Patient hat mittlerweile seine langjährige Lebensgefährtin geheiratet und erfreut sich eines mäßig positiven Sexuallebens. An seiner Arbeitsstelle überträgt er immer wieder seine Vaterproblematik auf den Chef, was zu erheblichen Beeinträchtigungen der Zusammenarbeit führt. Mit einer kreativen Begabung hat der Patient sich in der Malerei mittlerweile einen konfliktfreien Bereich geschaffen, der sein Selbstwertgefühl und das Vertrauen zu sich selbst stärkt.

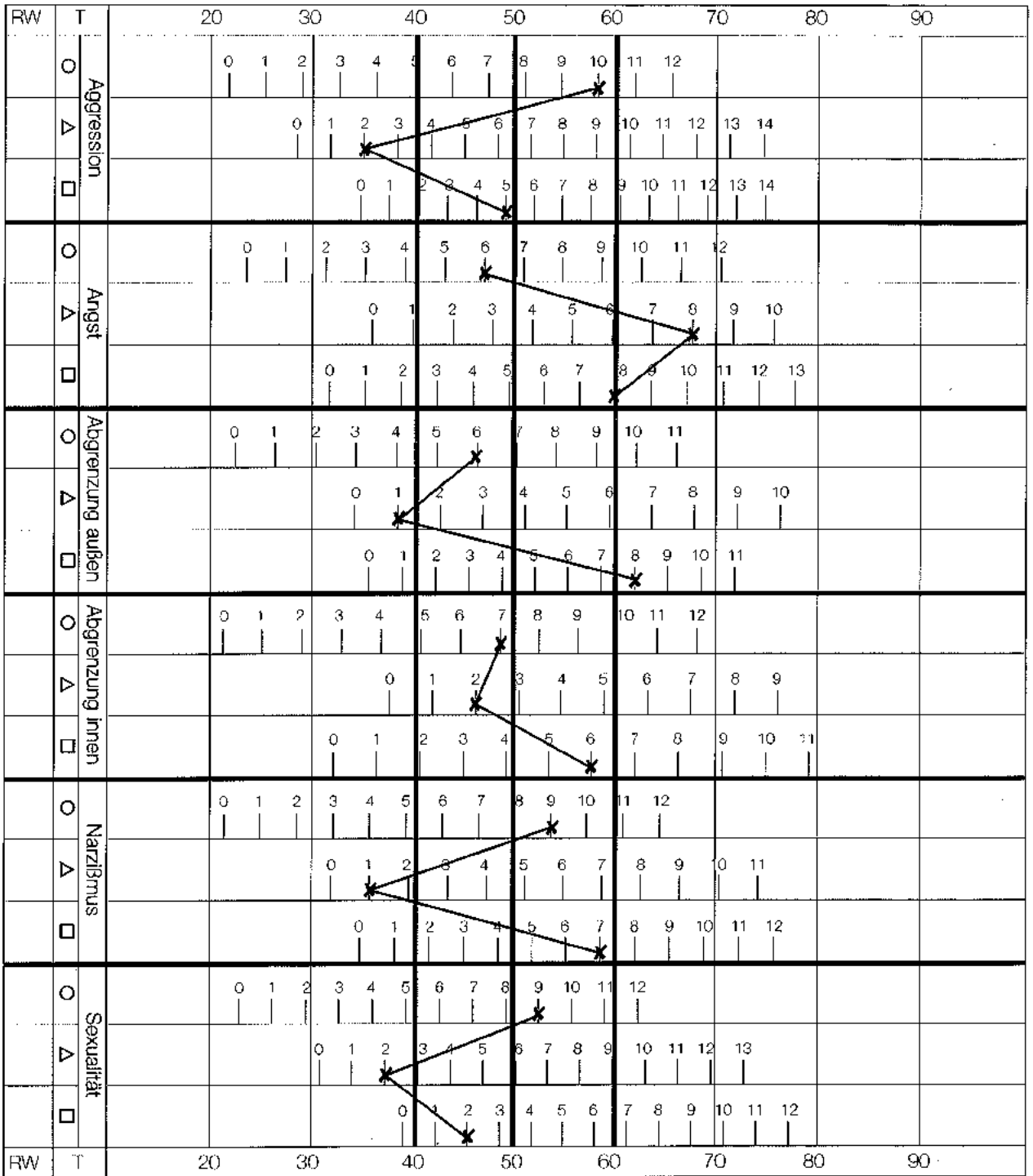
Der ISTA fällt durch weitgehendes Fehlen destruktiver Qualitäten auf (Aggression, Abgrenzung, Narzißmus, Sexualität) – mit Ausnahme der destruktiven Angst. Diese wird verständlich als Folge seiner inneren und äußeren Unfreiheit und Standpunktlosigkeit, resultierend aus der überdurchschnittlich hohen defizitären Abgrenzung nach außen, die sein Ausgeliefertsein an seine Umwelt, den fehlenden Standpunkt und die damit verbundene Entwicklung-Arretierung deutlich werden läßt. Dementsprechend hoch sind auch die defizitären Qualitäten in Aggression, Angst, Narzißmus und Sexualität, was sich symptomatisch als depressive Tendenz, passive Aggression, fehlendem Selbstwertgefühl und eher geringer sexueller Aktivität niederschlägt.

Im Vergleich zu Beispiel 1 liegen hier die konstruktiven Qualitäten zwar im Normbereich, aber insgesamt niedriger, die destruktiven entweder extrem hoch (Angst) oder nahe Null. Die sehr viel höheren defizitären Qualitäten indizieren die Behandlungsbedürftigkeit mit einer untergründigen Depression, massiven Abgrenzungsschwäche, brüchigem Selbstwertgefühl und konflikthafter Sexualität.

Beispiel 4 zeigt das ISTA-Profil einer 30jährigen Verwaltungsangestellten, die aus einer ambulanten orthodoxen Einzelanalyse kommend sich in die Ambulanz der Klinik Menterschwaige mit der Bitte um stationäre Aufnahme vorgestellt hatte. Im Erstgespräch gab sie an, aufgrund der drei mal wöchentlich stattfindenden analytischen Sitzungen immer mehr in „regressive Zustände“ zu geraten, in der Realität zunehmend zu versagen und jeglichen Halt und den Boden unter den Füßen zu verlieren. Nach dem Tod des Vaters und mehreren gescheiterten Partnerbeziehungen hatte sie in verschiedensten Branchen gejobbt, sich auch im Ausland versucht und war schließlich dank der Beziehung zu einer Freundin in München „hängen geblieben“. Der unmittelbar nach dem Erstgespräch durchgeführte ISTA zeigte die eklatanten strukturellen Defizite der Patientin, vor allem die massive Abgrenzungs-Schwäche, die ein „Überleben“ auf Dauer in der Realität eigentlich kaum erlauben. Das Profil unterscheidet sich aufgrund der erheblich größeren Defizite grundsätzlich von Beispiel 3 und konnte mit als Entscheidungshilfe für die Aufnahme in die stationäre Therapie herangezogen werden. Im Gegensatz zum Profil der ambulanten Patienten liegen alle defizitären Qualitäten außerhalb des

ISTA 96 – Profilblatt

Beispiel 3: Borderline-Struktur



Codenummer: _____ Testdatum: _____ Auswerter: _____

Kontrollgruppe ambulante Therapie stationäre Therapie

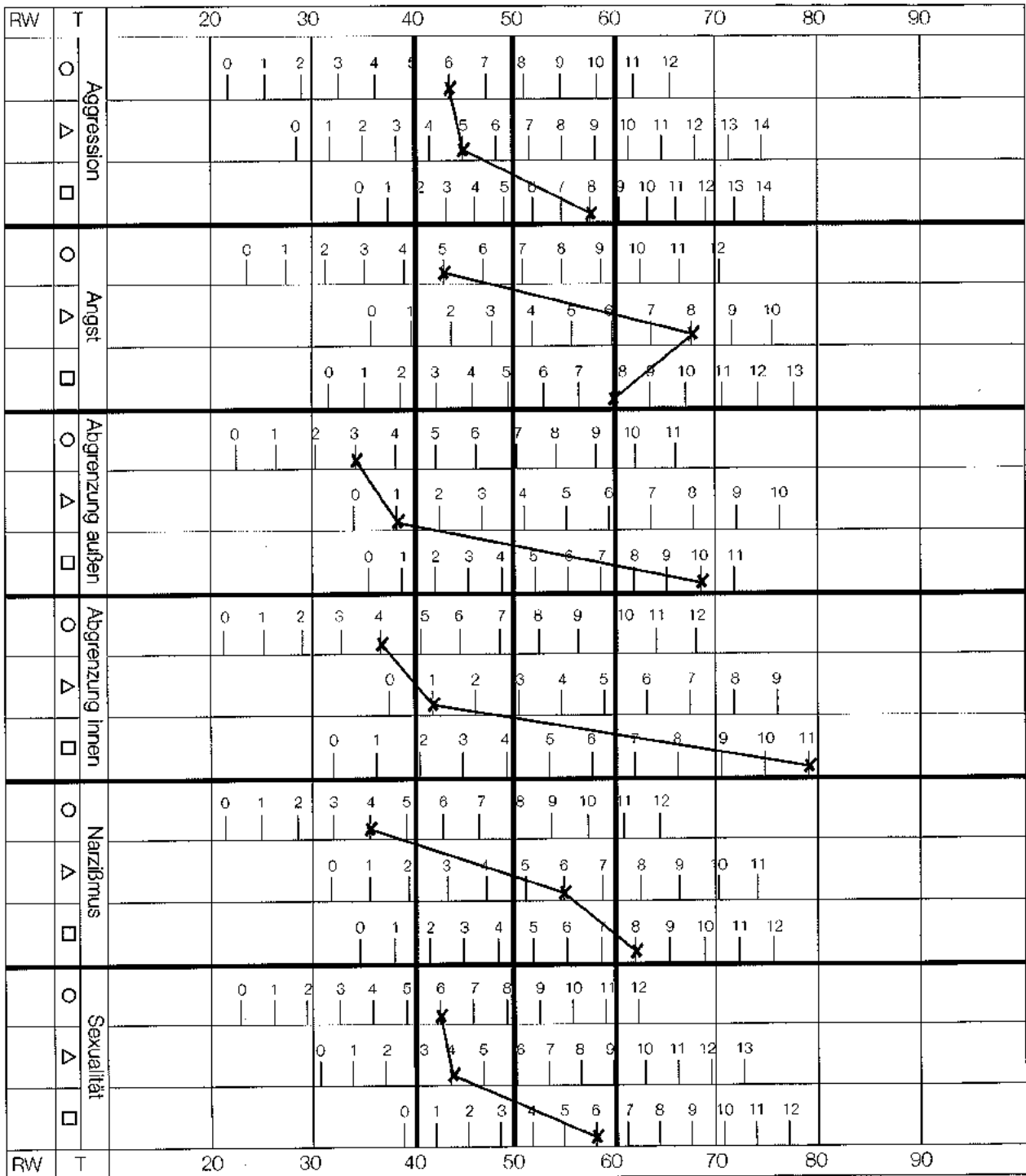
Geschlecht: weiblich männlich

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

© 1998 Swets Test Services, Frankfurt/M

ISTA 96 – Profilblatt

Beispiel 4: Borderline-Struktur



Codenummer: _____ Testdatum: _____ Auswerter: _____

Kontrollgruppe ambulante Therapie stationäre Therapie

Geschlecht: weiblich männlich

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Normbereichs und können wohl kaum von den wenig bis durchschnittlich konstruktiv entwickelten Qualitäten ausgeglichen werden. Besonders deutlich wird die massive Abgrenzungsschwäche der Patientin: Die destruktiven Qualitäten sind weit unterdurchschnittlich, was besagt, daß der Patientin auch die Möglichkeiten einer starren Abgrenzung fehlen. Die überwiegend defizitäre Aggression – immer ein Hinweis auf Depression – läßt in Verbindung mit dem destruktiv-defizitären Narzißmus die hohe destruktive Angst verständlich werden – eine gespürte, kontakt- und handlungsverbietende Angst, die überflutend und damit lähmend erlebt wird. Insgesamt gesehen eine überwiegend defizitär/destruktive Struktur mit hoher Therapiebedürftigkeit.

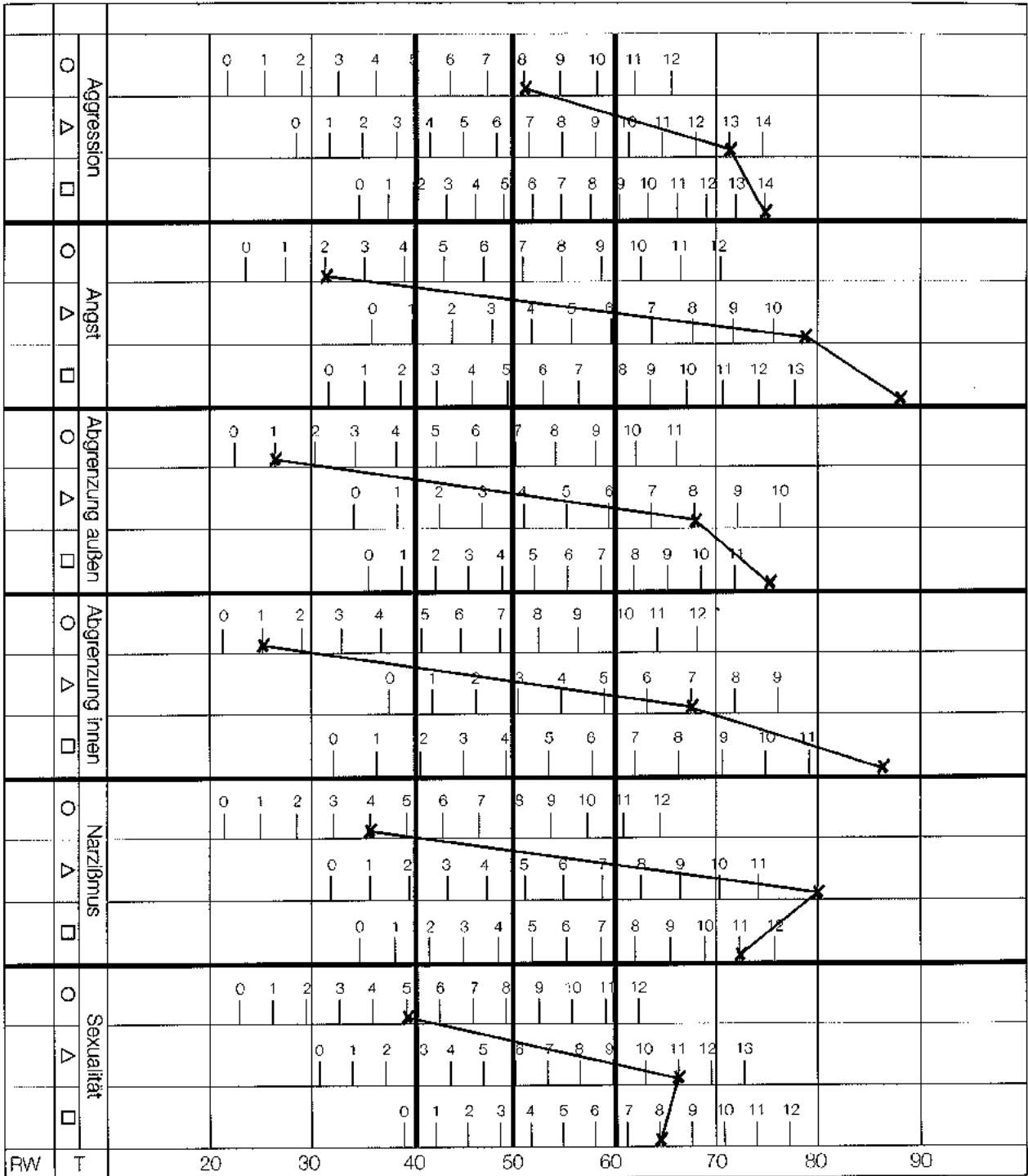
Beispiel 5 zeigt das ISTA-Profil einer 47jährigen Patientin aus der stationären Behandlung mit einer narzißtischen Depression, entsprechend dem Krankheitsverständnis der Dynamischen Psychiatrie also einer narzißtisch-depressiven Struktur. Die Patientin hatte sich lange Zeit in einer kirchlichen Institution in tiefster Provinz als inoffizielle Hauswirtschaftsleiterin mehr schlecht als recht durchgeschlagen. Immer wieder mußte sie für die manisch-depressive Mutter einspringen, wenn diese wieder einmal in die Landesnervenklinik eingewiesen wurde. Als älteste der vier Geschwister mußte sie den Vater, das bäuerliche Anwesen und die Geschwister versorgen, fühlte sich dadurch einerseits aufgewertet, konnte aber andererseits nie ihre massive Eifersucht auf die jüngeren Geschwister artikulieren und bewältigen. Diese wurden von Vater unterstützt, konnten sich beruflich entwickeln, heirateten alle samt und bekamen Kinder und bauten sich außerhalb des Elternhauses eigene Existenzen auf. Unsere Patientin blieb dem Elternhaus treu, verschmähte aus Wut und Enttäuschung den vom Vater zugewiesenen Partner, der ihr durchaus gefallen hätte, blieb dem Elternhaus treu ohne sich eine eigene Partnerschaft oder Kinder zu gestatten und entwickelte sich mehr und mehr zur „alten Jungfer“. Mit dem Tod der Eltern wurde ihre bisherige Ersatzidentität hinfällig, die Geschwister zeigten für die älteste Schwester keinerlei Verständnis, sondern versuchten sie weiterhin auszubeuten, auch die kirchliche Institution konnte sie nicht mehr tragen. Erst jetzt wurde sie sich ihrer Lage bewußt, verfiel in schwere Depressionen und bewarb sich in unserer Klinik um Aufnahme.

Auffallend sind an diesen ISTA-Profil die „Rechtsverschiebung“ in den oberen T-Werte-Bereich mit weit überdurchschnittlich hohen Defizite in allen Humanfunktionen, die überdurchschnittlichen destruktiven Qualitäten in fast allen Funktionen, die auffallend niedrigen konstruktiven Qualitäten bei Angst und Abgrenzung sowie der weit überdurchschnittliche destruktive Narzißmus als höchste Qualität im destruktiven Bereich. Von den konstruktiven Qualitäten bewegt sich nur die Aggression im Mittelfeld – in geschütztem Rahmen kann die Patientin durchaus etwas leisten – bereits die Sexualität liegt an der unteren Normgrenze, alle anderen konstruktiven Qualitäten sind weit unterdurchschnittlich. Insgesamt also ein Profil, was auf sehr wenig Strukturaufbau schließen läßt, eine defizitär-destruktive Familiendynamik mit wenig sozialenergetischer Unterstützung vermuten läßt. Der hohe destruktive Narzißmus läßt sogar auf destruktive Verweigerung von Sozialenergie und paranoische Symptomatik schließen, wie dies der MMPI schließlich bestätigt hat. Der destruktive Narzißmus entpuppte sich im Laufe der Behandlung tatsächlich als Dreh- und Angelpunkt der Behandlung – hinter dem strukturellen Defizit und der paranoische Symptomatik verbarg sich eine hohe destruktive Aggression mit massiver Verlassenheitsangst von psychotischer Qualität, weshalb die Patientin zeitweise auch medikamentös gestützt werden mußte und über lange Zeit kaum in der Lage war, zwischenmenschliche Energie anzunehmen und damit Kontakte und Entwicklungsmöglichkeiten aufzubauen.

Beispiel 6 zeigt das Profil eines 32jährigen psychotisch strukturierten Patienten aus der stationären Therapie mit ebenfalls massiven Defiziten und gering ausgeprägten Konstruktiv-Qualitäten. Der Patient wurde auffällig durch sexuell destruktives und aggressives Agieren und darausfolgender häufigerer Straffälligkeit und kam darüber zur stationären Therapie. Er wurde aufgenommen mit Symptomen hochgradiger Ambivalenz, Autismus, Stereotypien, Grimassieren, Inkohärenz des Gedankenganges bis zur Gedanken-Ausbreitung und tiefer Ratlosigkeit und schweren paranoiden Verfolgungsideen. Er war als jüngster von zehn Geschwistern nach dem fast zeitgleichen Tod der Eltern zuerst sexuell vom ältesten Bruder mißbraucht, schließlich in eine benachbarte Großfamilie abgeschoben und dort vom Familienvater ebenfalls sexuell mißbraucht und drogenabhängig gemacht worden. Eine

ISTA 96 – Profilblatt

Beispiel 5: Narzißtisch – depressive Struktur



Codenummer: _____ Testdatum: _____ Auswerter: _____

Kontrollgruppe ambulante Therapie stationäre Therapie

Geschlecht: weiblich männlich

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

© 1998 Swets Test Services, Frankfurt/M

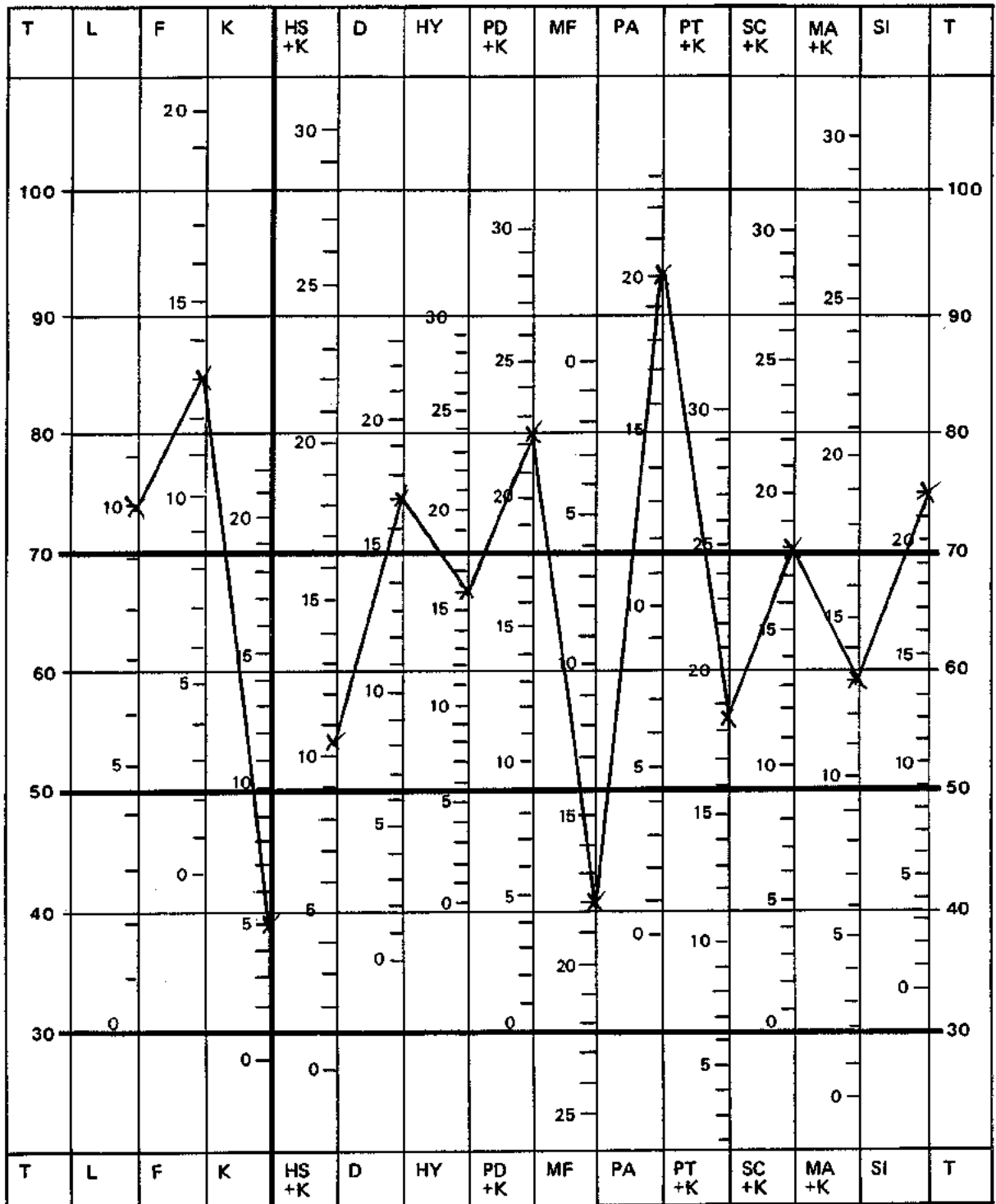
MMPI

Beispiel 5

MMPI-Kurzform

Profilblatt

Frauen



ISTA 96 – Profilblatt

Beispiel 6: Psychotische Struktur

RW	T	20	30	40	50	60	70	80	90										
	<input type="radio"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12																	
	<input type="radio"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14																	
	<input type="radio"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14																	
	<input type="radio"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12																	
	<input type="radio"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10																	
	<input type="radio"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13																	
	<input type="radio"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11																	
	<input type="radio"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10																	
	<input type="radio"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11																	
	<input type="radio"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12																	
	<input type="radio"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11																	
	<input type="radio"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12																	
	<input type="radio"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12																	
	<input type="radio"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13																	
	<input type="radio"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12																	
RW	T	20	30	40	50	60	70	80	90										

Codenummer: _____ Testdatum: _____ Auswerter: _____

Kontrollgruppe ambulante Therapie stationäre Therapie

Geschlecht: weiblich männlich

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

© 1998 Swets Test Services, Frankfurt/M

abgeschlossene Berufsausbildung schaffte er mangels Unterstützung seines Umfeldes und wiederholter psychiatrischer Klinikaufenthalte nicht, erst zu einem späteren Zeitpunkt den qualifizierten Hauptschulabschluß. Die einzig bekannten konstruktiven Bereich des Patienten lagen in seinen handwerklichen Fähigkeiten und einer hohen Präferenz für alles, was mit Fahrrädern und dem Fahrradfahren zu tun hat. Auffallend an diesem überwiegend defizitär-destruktiven ISTA-Profil ist die scheinbar gesündere Struktur der Sexualität – die konstruktive Qualität ist stärker ausgeprägt als die defizitäre, die Skalen liegen im Normbereich. Alle anderen Humanfunktionen zeigen extreme Abweichungen und damit die hohe Entwicklungs-Arretierung und Therapiebedürftigkeit des Patienten. Das eher gesündere Profil der Sexualitätsskalen läßt dementsprechend auf eine Abspaltung der Sexualität schließen, darauf, daß sexuelles Agieren dem Patienten vielleicht als einzige und damit pathologische Kontaktbrücke zur Verfügung steht. Interessant ist auch, daß im ISTA die „Perversion“ als Symptomenverhalten nicht sichtbar wird und auch nicht werden kann, da der ISTA Struktur erfaßt. Deutlich sichtbar sind jedoch die massiven Defizite in allen anderen Humanfunktionen, aufgrund deren ein gesundes Sexualleben derzeit unmöglich wäre.

Noch einmal soll an dieser Stelle auf den **Stellenwert der Sexualitäts-Skalen** hingewiesen werden: Da es bei der stationären Therapie schwerer psychiatrischer Krankheitsbilder um eine „nachholende Entwicklung“ und einen grundlegenden Ich-Aufbau gehen muß, spielen in der Anfangsphase der Therapie die Werte dieser Skalen eher eine untergeordnete Rolle. Dies ändert sich mit fortschreitender Entwicklung des Patienten und ganz besonders natürlich im ambulanten Bereich: Im Bereich von Borderline-Therapien und neurotischer Störungen sind die Werte der Sexualitäts-Skalen von hoher Relevanz.

4.3.2 Verlaufs-Beispiele

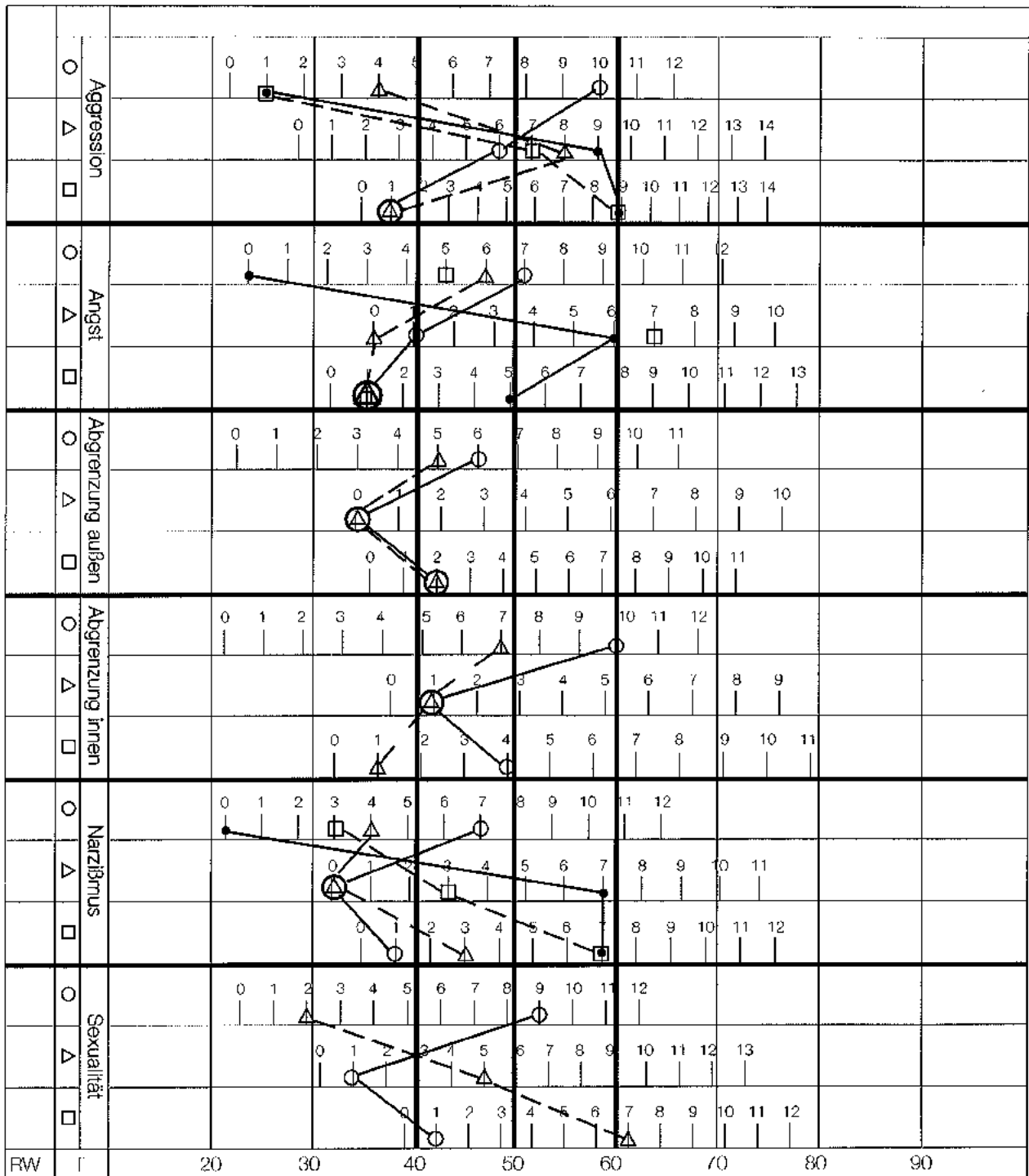
Beispiel 7 zeigt den Verlauf der im Beispiel 2 als neurotische Struktur dargestellten Patientin. Sie kam mit einer schweren neurotischen Depression in die Behandlung, klagte über depressive und symptomatische Symptome, Einsamkeit, innere Leere und ihre schier nicht endenwollende Partnerlosigkeit über die besten Jahre ihres Lebens hinweg. Während sie anfangs als „graue Maus“ lange Zeit unauffällig im Gruppenprozeß „mitschwamm“, immer wieder übersehen zu werden drohte, konnte sie nach und nach mehr Kontakt- und Auseinandersetzungsfähigkeit aufbauen und sich stärker in den Gruppenprozeß einbringen. Eine zusätzliche parallele Einzeltherapie verlieh ihr mehr Sicherheit, sie begann sich auch mit den Leitern auseinanderzusetzen – vermehrt wurden die destruktive Aggression und das Lebensverbot ihrer Familiengeschichte sichtbar. Schließlich überraschte sie Gruppe und Therapeuten mit der Mitteilung einer Partnerschaft und gelebter Sexualität, welche zwar wieder zusammenbrach, aber einer neuen und konstruktiveren Beziehung Platz machte.

Die Testwerte im ISTA können im Verlauf nur für die beiden letzten Jahre wiedergegeben werden, da die früheren Werte mit der alten ISTA-Fassung nicht direkt vergleichbar sind. Dennoch kann zum Verständnis des ISTA-Verlaufs daraufhingewiesen werden, daß die konstruktiven Qualitäten in Aggression, Angst und Narzißmus über vier Jahre kontinuierlich angewachsen sind, die destruktiven Qualitäten in den genannten Humanfunktionen abgenommen haben. Die destruktive Aggression pendelt in einem mittleren Bereich von $T = 48$ bis $T = 58$, die destruktiven Qualitäten von Angst und Narzißmus nehmen fast kontinuierlich ab. Die Abgrenzung nach außen war anfangs eher zu offen, die nach innen im Normalbereich stabil. Die Veränderung aller sechs Humanfunktionen in den beiden letzten Jahren zeigt.

Beispiel 8 beschreibt den Verlauf einer 26jährigen Studentin, die mit zunehmender anorektischer Symptomatik aus einer ambulanten Psychotherapie um Aufnahme in unsere Klinik Menterschwaige bat. Sie litt zunehmend unter Panikzuständen und Todesangst, psychosomatischen Symptomen mit Eßstörungen, Übelkeit und Erbrechen, Herzschmerzen, Beklemmungsgefühlen und starken Depressionen. Die Symptomatik hatte sich nach dem letzten Urlaub mit dem Ehemann verstärkt und obgleich sie mit diesem seit einem Jahr zusammenlebte, konnte sie mit ihm keinerlei Sexualität leben

ISTA 96 – Profilblatt

Beispiel 7: Neurotische Struktur Verlauf



Codenummer: _____ Testdatum: _____ Auswerter: _____

Kontrollgruppe ambulante Therapie stationäre Therapie

Geschlecht: weiblich männlich

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

• t₁ □ t₂ △ t₃ ○ t₄

© 1998 Swets Test Services, Frankfurt/M

– als Äußerstes an Nähe duldet die Patientin, daß der Ehemann ihr die Hand auf das Knie legte. Durch die ambulante Psychotherapie hatten sich zwar die Angstzustände gebessert, aber sozial hatte die Patientin sich zunehmend isoliert und zuletzt völlig zurückgezogen. Nach dem Abbruch des Medizinstudiums im sechsten Semester hatte sie nun auch die Ausbildung zur Beamtin abgebrochen. Als Älteste von vier Geschwistern litt sie bereits seit früher Kindheit unter starken Verlassenheitsängsten, häufigen Grenzverletzungen in einer sexualisierten Familienatmosphäre, es bestand der Verdacht sexuellen Mißbrauchs durch den Vater. Diagnostisch wurde sie als Anorexia nervosa (ICD 10: F 50.0) und rezidivierende depressive Störung (F 33.1) aufgenommen.

Ohne hier näher auf das Krankheitsbild der Anorexia nervosa einzugehen zu wollen, sei nur soweit darauf hingewiesen, daß die weibliche anorektische Reaktion entsprechend dem Krankheitsverständnis der Dynamischen Psychiatrie als im Schnittpunkt von Depression, Psychosomatik und schizophrener Reaktion stehend verstanden wird (Wallenberg Pachaly in: Ammon (Hrsg.) 1982).

Im Aufnahme-ISTA zeigt die Patientin hohe Defizite in Aggression, Abgrenzung nach außen und innen, dem Narzißmus und der Sexualität, darüber hinaus hohe destruktive Werte in der Abgrenzung außen und der destruktiven Angst. Der Aufnahme-MMPI zeigt stark überhöhte Werte in Hypochondrie, Depression, Hysterie und Psychopathie, mäßige Erhöhung in Schizoidie, Manie und sozialer Introversion. Der Aufnahme-GT vor allem eine depressive und retentive Selbsteinschätzung, der SCL90-R eine überdurchschnittlich hohe psychische Belastung vor allem in Somatisierungstendenz, Depression, Ängstlichkeit und Psychotizismus.

Im Verlauf der Behandlung (nach etwa vier Monaten) zeigt die Patientin im ISTA eine beträchtliche Zunahme in den konstruktiven Qualitäten von Aggression und Angst, eine geringere Zunahme in den konstruktiven Qualitäten von Abgrenzung und Narzißmus bei gleichzeitigem Rückgang der jeweiligen destruktiven und defizitären Qualitäten. Die Werte in den Sexualitätsskalen bleiben unverändert. Der Verlaufs-MMPI zeigt überwiegenden Rückgang an Symptomatik (HS, D, HY, PD, MA und SI) bei gleichzeitiger Zunahme von PA und PT sowie der Validitäts-Skala F. Im Verlaufs-Gießen-Test zeigt sich eine Veränderung des Selbstbildes mit einem Rückgang in den Skalen NR und DE, einer Zunahme von RE und IP sowie eine Annäherung an den Mittelbereich bei den Antworttendenzen M und E, der SCL90-R einen Rückgang in den eingangs überhöhten Werten, ausgenommen der Ängstlichkeit, welche deutlich ansteigt, ebenso wie der Unsicherheit, Aggression und Paranoia.

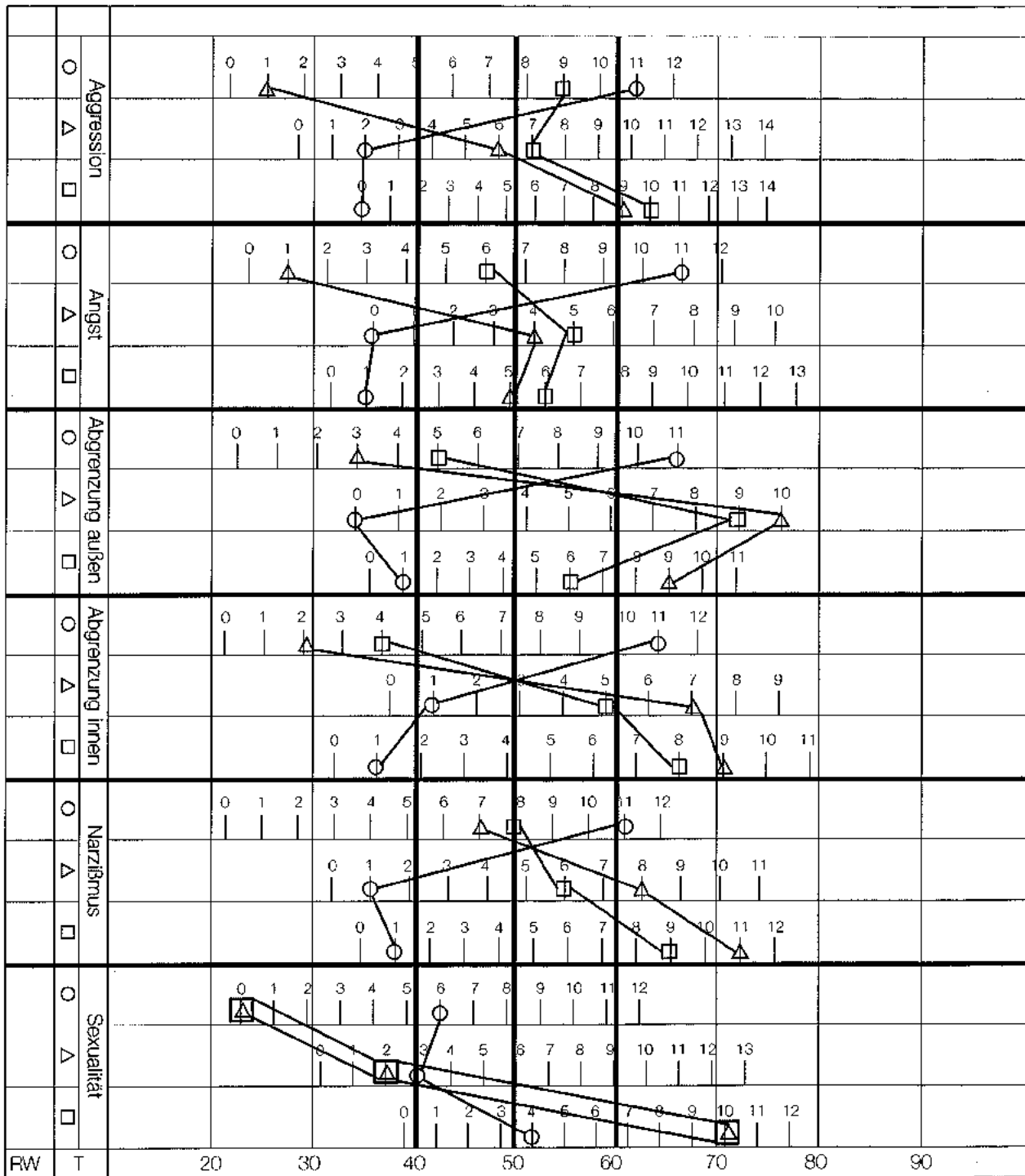
Die Entlassungs-Tests der Patientin zeigen insgesamt einen deutlichen Struktur-Gewinn im ISTA, im MMPI eine massive Abnahme nahezu aller Symptom-Skalen in den Normalbereich, im GT ein positiv verändertes Selbstbild und im SCL-90-R ebenfalls eine Annäherung an den Durchschnittsbereich mit jetzt nur noch leichten Überhöhungen bei Somatisierung und Angst.

Im ISTA zeigt sich dieser Strukturgewinn durch einen insgesamt deutlichen Anstieg der konstruktiven Qualitäten von Aggression, Angst und Abgrenzung sowie geringfügiger, aber auch beachtlich Zunahme bei Narzißmus und Sexualität. Mit Ausnahme der Sexualität reduzieren sich alle Skalenwerte in den destruktiven Qualitäten sowie in unterschiedlichem, aber beachtlichem Ausmaß auch in den defizitären Skalen-Qualitäten. Am wenigsten entwickelt stellt sich bei Entlassung die Humanfunktion der Sexualität dar, hier muß weitere Arbeit einer ambulanten Therapie vorbehalten bleiben.

Wie bereits an anderer Stelle erwähnt zeigen ausführliche testpsychologische Studien aus unserer Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige zur **Effizienz und Katamnestik** von **psychotisch strukturierten, narzißtisch depressiv strukturierte** Patienten und von **Borderline-Patienten** (Burbiel et al. 1984, 1989, 1990, 1992, 1993, 1994) im Verlauf der stationären Behandlung als Gesamtgruppen eine statistisch gesicherte Abnahme in allen defizitären Qualitäten des ISTA (mit Ausnahme der Sexualitätsskalen, die damals noch nicht entwickelt waren), eine statistisch gesicherte Abnahme in allen destruktiven Qualitäten – mit Ausnahme der destruktiven Aggression – sowie eine statistisch gesicherte Zunahme in allen konstruktiven Qualitäten des ISTA. Mit diesem

ISTA 96 – Profilblatt

Beispiel 8: Borderline – Struktur mit Anorexia und Depression Verlauf



Codenummer: _____ Testdatum: _____ Auswerter: _____

Kontrollgruppe ambulante Therapie stationäre Therapie

Geschlecht: weiblich männlich

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Δ t₁ □ t₂ ○ t₃

© 1998 Swets Test Services, Frankfurt/M

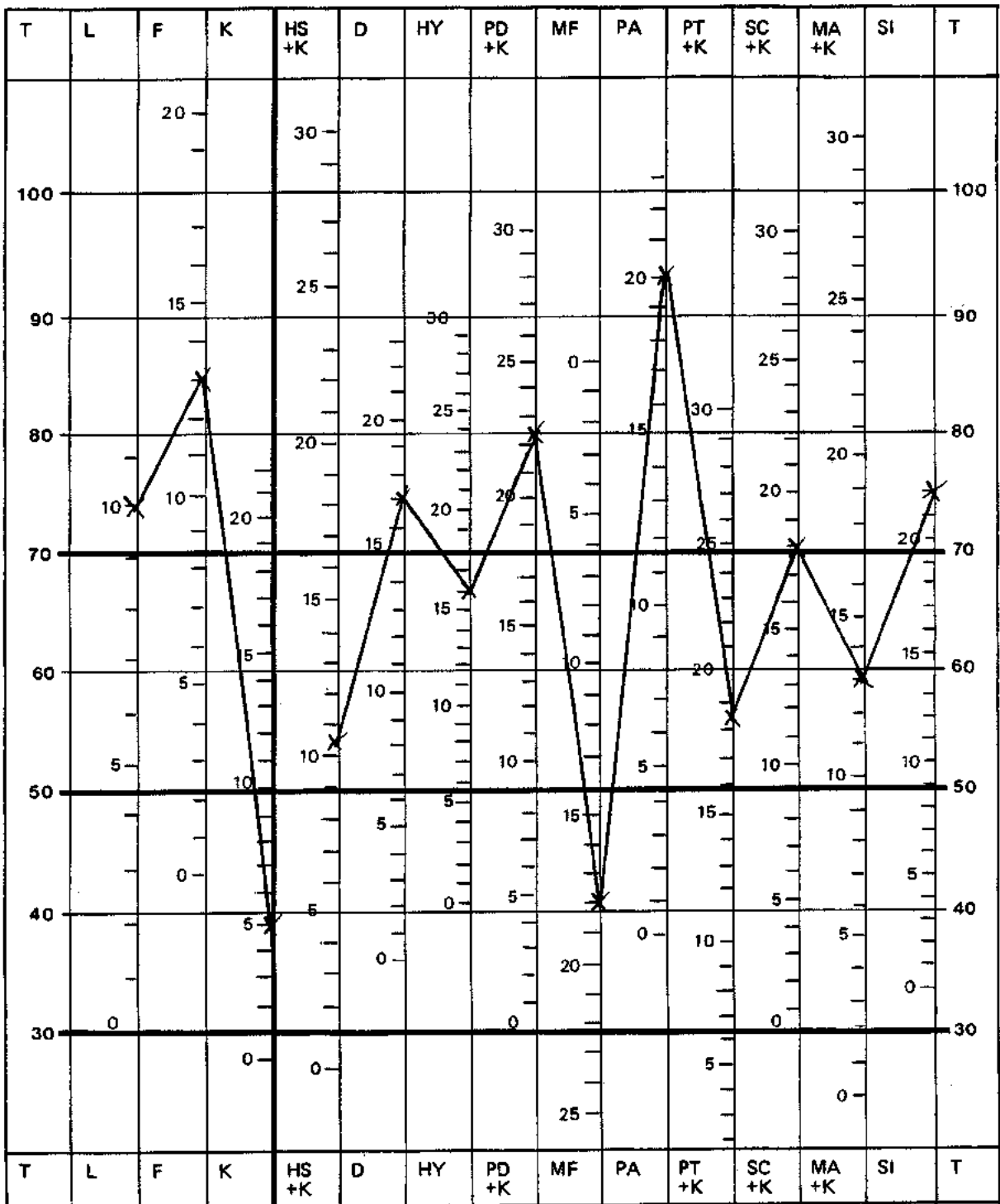
MMPI

Beispiel 8: Aufnahmebefund

MMPI-Kurzform

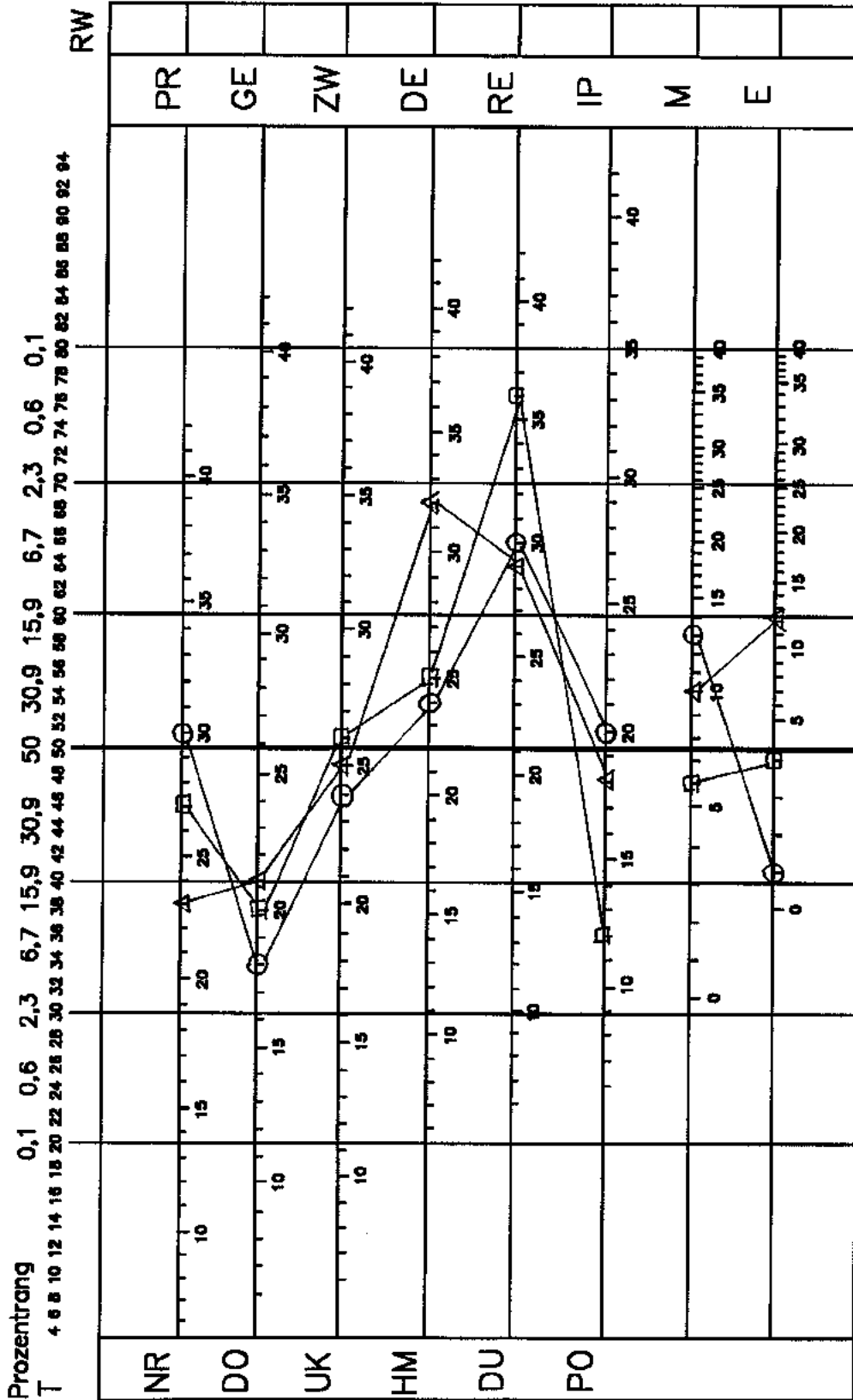
Profilblatt

Frauen



GT

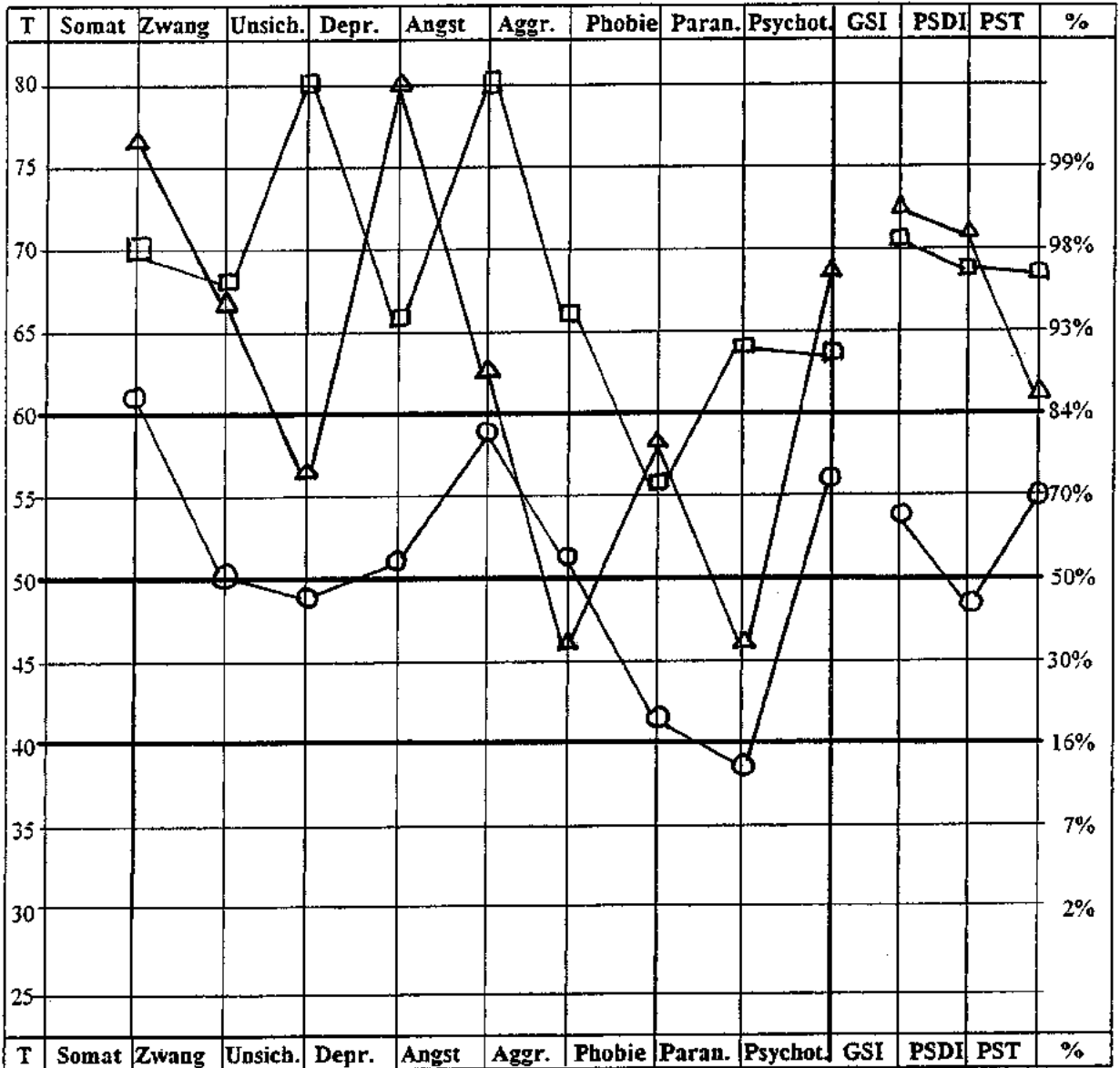
Beispiel 8



Δt_1 $\square t_2$ $\circ t_3$

SCL-90-R

Beispiel 8



△ t₁ □ t₂ ○ t₃

Prozeß einher ging ein statistisch gesicherter **Rückgang an Symptomatologie**, gemessen in MMPI und Gießen-Test sowie anderen Verfahren. Im Sinne einer Wechselwirkung werden offensichtlich Defizite im therapeutischen Prozeß zugunsten eines Zuwachses an Destruktion abgebaut. Erst nach therapeutischer Durcharbeitung der Destruktion scheinen sich konstruktive Qualitäten aufzubauen. Eine Ausnahme für den klinisch-stationären Bereich bildet die destruktive Aggression: Sie bleibt während des Behandlungsverlaufs rechnerisch im Durchschnitt gleich – man könnte vermuten, daß es sich um den Dreh- und Angelpunkt von Entwicklung schlechthin und die Aufhebung vorhandener Arretierung handelt. Erst im ambulanten Therapiebereich nimmt auch die destruktive Aggression zugunsten der konstruktiven Qualität ab. Diese Ergebnisse konnten für den Behandlungsverlauf im der Klinik Mengerschwaige statistisch gesichert werden und blieben bei anschließender ambulanter Nachbehandlung auch außerhalb des stationären Feldes stabil (s. hierzu Burbiel et al. 1989, 1990, 1992, 1993, 1994).

4.4 Differenzierung von Diagnosegruppen

Die bisherigen Ausführungen zu den theoretischen Grundlagen des ISTA und die Beispiele aus der Praxis sollen zeigen, daß das eigentlich Psychische der Beziehungsprozeß ist, der Niederschlag dieses Beziehungsprozesses die psychische Struktur. „Psychische Struktur wird erfaßt im Sinne von sich äußernden Ich-Funktionen, zentral unter der Ich-Funktion der Identität: Die sogenannten psychiatrischen Krankheiten sind daher im eigentlichen Sinne Identitätskrankheiten“ (Ammon 1978). Dem Spektrum psychischer Erkrankungen steht also das Spektrum mehr oder weniger entwickelter Humanstrukturen und Funktionen gegenüber, für deren nosologische Differenzierung dementsprechend eine Erfassung intakter und defekter Humanstrukturen entscheidend ist.

Entsprechend Ammons Spektraltheorie des gleitenden Spektrums von Gesundheit und psychischer Erkrankung lassen sich – im Gegensatz zur Zeller-Griesinger'schen Auffassung der Einheitspsychose oder zu Karl Menningers „Stufen der Organisationsstörung“ – archaische Ich-Krankheiten auf einem Spektrum von narzißtischer Depression, schizophrener bzw. psychotischer Struktur, Borderline-Struktur, neurotischer Struktur bis zur sog. gesunden Struktur im Sinne zunehmender Integration der Persönlichkeit anordnen (Ammon 1976, 1979a, Menninger 1963). Phänomenologische Erscheinungen wie Zwang, Sucht oder Psychosomatik sind auf ihren Stellenwert in der Persönlichkeitsstruktur hin zu untersuchen, denn sie können einerseits Psychosecharakter haben, wobei das Symptom dann die Persönlichkeit aufgrund übergroßer Defizite stabilisieren und psychotische Dekompensation verhindern muß. Symptomatik kann andererseits aber auch funktionellen Charakter haben, wie z.B. beim Borderline-Syndrom, wo diese wechselnd und oft stellvertretend für andere Abwehroperationen steht. Dabei werden Symptome in der Dynamischen Psychiatrie nicht als Ausdruck einer individuellen Krankheit verstanden, sondern als Ausdruck eines kommunikativen Geschehens, „in dem sich Ich-Struktur, verinnerlichte Gruppendynamik, aktuelle Gruppendynamik und Psychodynamik der beteiligten Personen zu einer Handlung zusammenfügen“ (Rock in Ammon 1979a, S. 804). Die Ich- und Identitäts-Entwicklung steht dabei im Mittelpunkt des Interesses, „weil auf der Ebene des Ich alle Faktoren des multidimensionalen Krankheitsgeschehens erfahren und auch in Verhalten umgesetzt werden“ (Rock a.a.O.). „Störungen des interpersonellen Geschehens in der Symbiose, in der das Kind seine Ich-Funktionen der konstruktiven Aggression und Kreativität entdeckt, und in dem schützenden Rahmen der Symbiose entwickelt und erprobt, führen zu psychopathologischen Syndromen“ (Ammon 1979a, S. 801).

Alle schweren psychiatrischen Ich-Krankheiten sind dementsprechend als Reaktionsformen auf eine solche Störung im Aufbau der Ich-Grenze bzw. der daran beteiligten Ich-Funktionen zu verstehen. Allgemein können sie als Manifestationen einer pathologischen Arretierung der Ich- und Identitätsentwicklung auf präödpaler Ebene aufgefaßt werden.

Die Interpretation eines ISTA-Profiles allein kann und will nicht in erster Linie nosologische Klassifikationen im üblichen klassisch-psychiatrischen Sinne liefern, sondern eine differenzierte Beschrei-

bung über den momentanen Entwicklungsstand des einzelnen ermöglichen im Hinblick auf Defizite, vorhandene Destruktion und das Ausmaß an entwickelter, konstruktiver Struktur. Hier gibt es allerdings Hinweise auf typische Struktur-Muster:

1. **Die gesunde Persönlichkeit** wird sich im ISTA-Profil generell auszeichnen durch ein Überwiegen aller konstruktiven über die destruktiven und defizitären Qualitäten der einzelnen Humanfunktionen, das Gesamtprofil wird weitgehend im Normbereich liegen.
2. **Eine neurotische Struktur** wird je nach Ausmaß der stattgefundenen Verdrängung in einzelnen Funktionen Störungen deutlich werden lassen, vor allem in der Aggression und besonders der Sexualität, jedoch insgesamt über ein weitgehend „intaktes Ich“ mit wenig schwerwiegenden Defiziten und weitgehend stabilen Ich-Grenzen verfügen. Auch werden gesamt gesehen die konstruktiven über die destruktiven und defizitären Qualitäten dominieren, wobei auch eine Verschiebung des Gesamtprofils „nach links“, also in den unteren T-Wertebereich zu beobachten ist.
3. **Die Borderline-Struktur** zeigt sich entsprechend der Vielfalt dieses Krankheitsbildes auf dem gleitenden Spektrum zwischen den neurotischen und psychotischen Persönlichkeits-Störungen sehr unterschiedlich, im schwerwiegendsten Fall unterscheidet sich der Borderline-Patient in den durch den ISTA gemessenen zentralen Humanfunktionen aufgrund seines zersplitterten Ichs nur unwesentlich von den Defiziten eines psychotisch strukturierten Patienten, vor allem wenn seine kompensatorisch eingesetzten sekundären Ich-Funktionen (Fertigkeiten und Fähigkeiten etc.) zusammengebrochen sind. Der Borderline-Kranke leidet nach Ammon (Ammon 1976, 1979b, 1984, 1987) vor allem an einer zentralen Störung der Identität mit Störungen in fast allen zentralen Humanfunktionen. Aufgrund der spezifisch destruktiv-defizitären Primärgruppensituation in der präödi-palen Entwicklungszeit werden die genannten Funktionen überwiegend destruktiv und defizitär entwickelt sein. Die Humanfunktion der Aggression wird sich wechselnd zwischen den drei Qualitäten konstruktiv, destruktiv und defizitär zeigen: Konstruktiv entsprechend dem Begabungspotential des sekundären Humanfunktionen, destruktiv im Sinne häufiger Kontaktabbrüche und fehlender Kontinuität, defizitär im Fehlen von Standpunkt und Auseinandersetzungsfähigkeit. Ich-Abgrenzung kann sowohl nach außen als auch innen schwanken zwischen rigider, überkontrollierter Geschlossenheit, aber auch psychosenahen Zuständen bis hin zur Ich-Auflösung. Im Bereich der Angst wechseln sich häufig destruktive (z.B. nächtliche Panikattacken) mit defizitären Qualitäten ab, wenn die Person sich durch sekundäres Funktionieren abgesichert fühlt. (Ammon, Burbiel, Finke, Wagner, In: Ammon (Hrsg.) 1982). Die Qualität der Sexualität wird aufgrund der fehlenden Beziehungsfähigkeit des Borderline-Patienten überwiegend destruktiv ausgeprägt sein im Sinne destruktiven Ausagierens, häufiger Kontaktabbrüche bis hin zur Promiskuität.

Die besonderen Zusammenhänge zwischen den Humanfunktionen der Abgrenzung und des Narzißmus bei der Borderline-Persönlichkeit wurden von Burbiel, Finke und Sandermann (1994) empirisch genauer untersucht. Verglichen mit anderen Strukturen ist beim Borderline-Patienten meist das Ausmaß an destruktiver Aggression erhöht, die Angst häufig „ungespürt“, d.h. defizitär, was sich im destruktiven Ausagieren bemerkbar macht. Große Unterschiede bestehen bei Borderline-Patienten hinsichtlich ihrer Realitätstüchtigkeit und der Fähigkeit, sekundäre Ich-Funktionen kompensatorisch einzusetzen, um eine Adaptation an die Realität zu ermöglichen, häufig ist eine Differentialdiagnose zur psychotischen Struktur nur über die sekundären Ich-Funktionen möglich. Aufgrund der Zersplitterung und der Abhängigkeit von der aktuellen Gruppensituation zeigt der Borderline-Patient in allen Humanfunktionen uneinheitliche Ergebnisse, d.h. die Streuung ist innerhalb dieser Diagnosegruppe höher als in Vergleichsgruppen. Als Gesamtgruppe werden sich aufgrund der größeren Streuung dieser Gruppe die Unterschiede herausmitteln, so daß sich für eine Gruppe von Klinikpatienten (N(BI-Ptn) = 61, N (Psychot. Str) = 29) bislang statistisch gesicherte Unterschiede nur für die defizitäre Abgrenzung nach innen und die defizitäre Sexualität nachweisen lassen (siehe empirischer Teil).

4. Bei der **Depression** wird in der Dynamischen Psychiatrie zwischen Depression als Symptom (Neurotische Depression) und Depression als Struktur unterschieden und diese dann als „narzißtische

depressive Struktur“ (entsprechend ICD 10: F 32.2 bis 32.9 und F 33.2 bis 33.9) bezeichnet. Bei letzterer sind die zentralen Humanfunktionen insgesamt sehr viel schwerer gestört als beim Borderline-Patienten, wobei die eklatanteste Auffälligkeiten in den hohen Defiziten und im weitgehenden Fehlen von konstruktiven Aggression liegt. Auch die konstruktive Angst-Toleranz liegt beim Borderline-Patienten in der Regel höher. Die Abgrenzung nach außen ist bei der narzißtisch depressiven Struktur meist defizitär oder – im Gegensatz zum Borderline-Patienten starr geschlossen. Die Abgrenzung nach innen ist ebenfalls häufig starr geschlossen, die Skalen des Narzißmus entweder überwiegend defizitär oder destruktiv, womit eine Annahme von Sozialenergie und damit die Möglichkeit der Veränderung erschwert wird. Die insgesamt defizitäre Identität und Aggression äußert sich in „Nicht-Reagieren, Nicht-Wahrnehmen, Nicht-Handeln, innere Leere, Beziehungslosigkeit und Unfähigkeit zur Kontaktaufnahme“ (a. a. O, S. 588). Die destruktive Abgrenzung nach innen zeigt sich im Fehlen von Bedürfnissen, Träumen und Phantasien, dem Mangel an innerer Orientierung sowie einem fehlenden Bezug zum eigenen Unbewußten (Ammon 1976).

5. Die **schizophrene bzw. psychotische Struktur** (entspr. ICD 10: F 20.0 bis 20.9) ist ebenfalls durch eine schwere Schädigung aller zentralen Humanfunktionen gekennzeichnet, vor allem der Abgrenzung nach innen, aber auch die nach außen ist in der Regel hoch defizitär, da diese Menschen nie eine Abgrenzung und damit die Möglichkeit von Strukturaufbau erhalten haben. Im Unterschied zum Borderline-Patienten, dessen Angst häufig defizitär und damit un gespürt ist, ist die Angst des psychotisch strukturierten Patienten meist hoch destruktiv, d.h. sie wird von ihm gespürt, verbietet ihm aber aufgrund ihres überflutenden Charakters und aufgrund seines tiefen Mißtrauens jegliches konkrete Handeln und/oder lebensnotwendige Beziehungs- und Kontaktaufnahme. Da der psychotisch strukturierte Mensch nie die Möglichkeit hatte, eigene Bedürfnisse zu entwickeln, zu äußern und zu vertreten – alle seine konstruktiven Lebensäußerungen wurden von der Primärgruppe aggressiv zurückgeschlagen – zeichnet er sich in der Humanfunktion der Aggression durch ein hohes Potential defizitärer und im therapeutischen Verlauf später auch destruktiver Aggression aus. Generell verfügt der psychotisch strukturierte Patient aufgrund der lebensgeschichtlich erfahrenen Destruktion über mehr psychische Energie, die allerdings ungerichteter ist, als der narzißtisch Depressive – er zeigt deshalb auch höhere Werte in der destruktiven Aggression, wohingegen bei der narzißtisch depressiven Struktur eher die emotionale Leere und damit das Defizit im Vordergrund stehen.

Teil II: Testentwicklung und Testanalyse

5 Vorformen des ISTA

Mit der Entwicklung des ISTA wurde 1977 begonnen. Es entstand eine erste Version des Ich-Struktur-Tests der konstruktiven, destruktiven und defizitären Aggression (Beck et al. 1978; Burbiel & Vogelbusch 1981) mit 83 Items. 1980 folgten die Skalen zur konstruktiven, destruktiven und defizitären Angst (56 Items) und zur Ich-Abgrenzung nach innen und nach außen (32 Items; Ammon et al. 1982); 1982 wurden die Skalen zum konstruktiven, destruktiven und defizitären Narzißmus (71 Items) entwickelt (Burbiel, Finke, Wagner, 1983).

Diese ISTA-Skalen wurden in der Folgezeit verschiedenen, vor allem klinischen Gruppen vorgegeben und gemäß den Gütekriterien der klassischen Testtheorie mehrfach revidiert (vgl. Burbiel & Wagner, 1984; Kull, 1985; Wagner & Gemmer, 1985). Seit 1983 war eine vorläufige Endversion des ISTA in Gebrauch. Sie bestand aus 196 Items, die vom Probanden mit „stimmt“ bzw. „stimmt nicht“ beantwortet wurden.

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 konstruktive, destruktive und defizitäre Ausprägung differenziert. Im Zuge dieser Erweiterungen wurden auch die Skalen zur Aggression, Angst und zum Narzißmus auf der Basis der Tests von 493 Probanden überarbeitet, d.h. gekürzt und z.T. auch mit neuen Items versehen.

6 Itementwicklung und -selektion

Die Formulierung der Items erfolgte unter der Leitung von Günter Ammon durch ein Expertenteam, das sich aus Psychoanalytikern und Diplompsychologen der Klinik Mengerschwaige und der Lehr- und Forschungsinstitute der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (LFI) in München und Berlin zusammensetzte. Die Testitems stellen dabei Operationalisierungen dar von für eine jeweilige Human-Funktion (z.B. destruktiver Aggression) typischen-Einstellungen, Gefühlen, Motiven und Verhaltensweisen, wie sie in der Theorie des Humanstrukturmodells beschrieben sind und in der therapeutischen Arbeit erfahren werden. Diese typischen Erlebens- und Verhaltensweisen sollten sich zudem auf verschiedene relevante Lebensbereiche erstrecken bzw. ein möglichst breites Spektrum abdecken.

Jeder der Experten wurde gebeten, zu jeder der 18 Skalen Aussagen zu formulieren, in denen sich aufgrund seiner klinischen Erfahrung und Kenntnis der Theorie das zu erfassende Merkmal ausdrückt. Zusätzlich sollten diese Aussagen möglichst aus unterschiedlichen Lebensbereichen stammen und unterschiedliche psychische Qualitäten umfassen, d.h. sowohl Handlungen als auch Kognitionen, Emotionen und Motive.

Es entstand ein Itempool von mehreren hundert Testfragen. Diese wurden „blind“, d.h. ohne Kenntnis der ihnen zugeordneten Zugehörigkeit zu einer Skala, von einem weiteren Expertenteam den Skalen zugeordnet. Items, die nicht eindeutig zuzuordnen waren, wurden gestrichen. Der verbleibende Itempool wurde anhand einer Matrix systematisiert, um Repräsentativität zu erreichen. Im Sinne des Anliegens, einen Fragebogen zu erhalten, der sowohl für psychisch Kranke als auch für Gesunde gültig ist, wurden rein symptomzentrierte Items (wie z.B. Fragen nach Wahnvorstellungen, Phobien, Zwängen) eliminiert. Ebenso wurde darauf verzichtet, Items aus bereits etablierten Tests zu verwenden. Es ent-

Tabelle 1: Verzeichnis der Untersuchungen mit den verschiedenen ISTA-Versionen ab 1992 im Rahmen der Itemselektion

Version	Datum	Items	Skalen	Gruppen	N
ISTA	1992	196	11	Klinikpatienten	244
				ambulante Patienten	138
				gesunde Kontrollgruppe	125
ISTA-R	1994	353	18	Klinikpatienten	80
				ambulante Patienten	96
				gesunde Kontrollgruppe	116
ISTA-W	1994	279	18	Klinikpatienten	80
				ambulante Patienten	96
ISTA95	1995	269	18	Klinikpatienten	40
				ambulante Patienten	96
				Alkoholiker	16
				gesunde Kontrollgruppe	137
				Gesamtzahl Probanden	1264

stand eine Version-R mit 18 Skalen und 353 Fragen. Diese wurde im Sommer 1994 insgesamt 292 Probanden vorgegeben.

Item- und Skalenanalysen sowie auch inhaltliche Überlegungen ergaben die Notwendigkeit, für die Abgrenzungs- und Sexualitätsskalen neue Items zu formulieren bzw. Items umzuändern. Bei den Abgrenzungsskalen bestand die Schwierigkeit darin, Innen- und Außen-Abgrenzung eindeutig zu differenzieren. Die Items der destruktiven und defizitären Sexualität erwiesen sich v.a. für die Kontrollgruppe als zu schwierig, d.h. hier wurden nach Verhaltensweisen und Einstellungen gefragt, die in der Bevölkerung selten anzutreffen sind bzw. geleugnet werden. Es entstand eine Version mit 279 Items (ISTA-W), die nach weiteren Studien sukzessive auf 213 Items reduziert werden konnte (ISTA96). Der ISTA96 mit **213 Items** wurde in eine Eichstichprobenstudie gegeben, die an 1001 Probanden in den alten und neuen Bundesländern vom Infas-Institut (München) Ende 1995 durchgeführt wurde.

7 Eichung

Die Eichung des ISTA sollte an einer repräsentativen Stichprobe der erwachsenen deutschen Bevölkerung erfolgen. Das INFAS-Institut für Wirtschaftsforschung wurde mit dieser Untersuchung beauftragt. Die Erhebung erfolgte im November 1995. Der Test wurde innerhalb einer sogenannten „Omnibusbefragung“ (mehrere Fragenprogramme) an erster Stelle plaziert. Die Interviewer suchten die Probanden persönlich auf; nicht beantwortete Fragen wurden in einer Nachbefragung erhoben. Die Stratifizierung der Stichprobe von N=1001 erfolgte nach den üblichen Kriterien (s. Tabelle 2). Zusätzlich wurde erfragt, ob sich die Probanden in einer psychotherapeutischen/psychiatrischen Behandlung befinden und ob sie psychopharmakologische Medikamente einnehmen.

Tabelle 2: Soziodemografische Beschreibung der Eichstichprobe

Merkmal	Häufigkeit	Prozent
<i>Geschlecht</i>		
männlich	474	47,4
weiblich	527	52,6
<i>Alter</i>		
16 bis 29 Jahre	225	22,5
30 bis 39 Jahre	163	16,3
40 bis 49 Jahre	212	21,2
50 bis 59 Jahre	133	13,3
60 bis 75 Jahre	268	26,8
<i>Schulabschluß</i>		
Hauptschule	394	39,4
Mittlere Reife, Realschule	400	40,0
Abitur	142	14,2
Hochschule	65	6,5
<i>Gemeindegröße</i>		
unter 5000 Einwohner	144	14,4
5000 bis 20 000	162	16,2
20 000 bis 50 000	84	8,4
50 000 bis 100 000	90	9,0
100 000 bis 500 000	271	27,1
über 500 000 Einwohner	250	25,0
<i>Beruflicher Status</i>		
Arbeiter	40	4,0
Facharbeiter	141	14,1
einfacher Beamter/Angestellt.	249	24,9
höherer Beamter/Angestellt.	102	10,2
Selbständig	55	5,5
Rentner	168	16,8
Hausfrau	80	8,0
Azubi, Zivi, Schüler, Student	96	9,6
arbeitslos	70	7,0

7.1 Skalenkennwerte

Neben den Fragen der Reliabilität und Normierung wurden für die Eichstichprobe die Scores der 18 ISTA-Skalen getrennt nach Geschlecht und Alter berechnet. Es ergaben sich in den meisten Skalen signifikante Unterschiede, wie in Tabelle 3 und Tabelle 4 dargestellt ist.

Die geschlechtsspezifischen signifikanten Mittelwertunterschiede spiegeln die sozialisationsbedingten Geschlechtsrollenstereotypen wieder:

Tabelle 3: Geschlechtsspezifische Unterschiede im ISTA in der Eichstichprobe

Skala	männlich		weiblich		t	p
	\bar{x}	sd	\bar{x}	sd		
konstruktive Aggression	7,6	2,9	7,0	3,0	3,28	.001
destruktive Aggression	6,6	3,0	5,9	3,1	3,48	.001
defizitäre Aggression	5,4	3,3	5,7	3,5	-1,59	ns
konstruktive Angst	6,7	2,6	6,2	2,8	2,78	.01
destruktive Angst	3,6	2,8	4,2	2,9	-3,04	.01
defizitäre Angst	5,1	2,8	4,9	3,0	0,78	ns
konstruktive Abgrenzung außen	6,9	2,5	6,4	2,6	3,56	.000
destruktive Abgrenzung außen	5,2	2,3	5,1	2,5	0,57	n.s.
defizitäre Abgrenzung außen	4,1	2,9	4,9	2,8	-4,25	.000
konstruktive Abgrenzung innen	7,4	2,6	7,3	2,8	0,81	n.s.
destruktive Abgrenzung innen	3,2	2,3	3,3	2,5	-0,80	n.s.
defizitäre Abgrenzung innen	4,4	2,5	4,8	2,3	-2,37	.02
konstruktive Narzißmus	7,1	2,7	7,2	2,8	-0,20	n.s.
destruktive Narzißmus	4,7	2,6	4,7	2,7	-0,15	n.s.
defizitäre Narzißmus	4,4	2,9	4,5	3,1	-0,82	n.s.
konstruktive Sexualität	7,5	3,2	6,4	3,4	5,34	.000
destruktive Sexualität	5,6	3,0	4,7	3,1	4,85	.000
defizitäre Sexualität	3,8	3,2	4,3	3,1	-2,50	.02

(männlich: N = 474; weiblich N = 527; Mittelwertvergleich t-Test)

Männer sind „aggressiver“ als Frauen, und zwar sowohl im konstruktiven als auch im destruktiven Bereich. Frauen sind „ängstlicher“ als Männer, sie verfügen im Mittel über weniger konstruktive Angst und weisen mehr Anteile an destruktiver Angst auf.

Männer können sich besser nach außen hin abgrenzen als Frauen, d.h. z.B. ihre Interessen vertreten. Demgegenüber sind Frauen in der Außenabgrenzung signifikant defizitärer, d.h. z.B. weniger in der Lage, Bedürfnisse zu äußern und zu vertreten.

In der Abgrenzung nach innen, also dem Zugang zum Unbewußten und den eigenen Gefühlen, unterscheiden sich die beiden Geschlechter nicht signifikant. Frauen sind jedoch – worauf der höhere Wert bei der defizitären Abgrenzung nach innen verweist – offener in der Abgrenzung nach innen.

Im Narzißmus, d.h. dem Selbstwertgefühl, finden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen.

In der Sexualität weisen Männer signifikant höhere Werte bei der konstruktiven und destruktiven Sexualität auf und niedrigere bei der defizitären. Auch dies entspricht dem Rollenmuster von Männern als dem sexuell aktiveren Part.

Die Frage, ob diese geschlechtsspezifischen Unterschiede insgesamt es rechtfertigen, für Männer und Frauen getrennte Normen aufzustellen, ist jedoch zu verneinen. Zum einen sind die numerischen Unterschiede nicht gravierend. Sie bewegen sich zwischen 1,1 (konstruktive Sexualität) und 0,4 (defizitäre Abgrenzung innen), und betragen damit nur einen Bruchteil der Standardabweichung.

Die ISTA-Ergebnisse in der Eichstichprobe bezogen auf die Altersstufen zeigen einen deutlichen Effekt im Vergleich der Probanden, die jünger als 50 Jahre sind gegenüber den über Fünfzigjährigen.

Tabelle 4: Altersspezifische Unterschiede im ISTA in der Eichstichprobe

Skala	unter 50 Jahre		über 50 Jahre		t	p
	\bar{x}	sd	\bar{x}	sd		
konstruktive Aggression	7,9	2,9	6,4	2,8	8,35	.000
destruktive Aggression	6,7	3,0	5,6	3,0	5,69	.000
defizitäre Aggression	5,3	3,4	5,8	3,5	-2,5	.05
konstruktive Angst	6,8	2,7	5,9	2,6	5,43	.000
destruktive Angst	3,7	2,9	4,0	2,8	-0,94	ns
defizitäre Angst	5,0	2,9	5,1	2,9	-0,64	ns
konstruktive Abgrenzung außen	7,0	2,6	6,1	2,4	5,94	.000
destruktive Abgrenzung außen	4,8	2,4	5,5	2,4	-4,05	.000
defizitäre Abgrenzung außen	4,4	2,9	4,7	2,9	-1,84	.10
konstruktive Abgrenzung innen	7,5	2,7	7,0	2,7	2,94	.01
destruktive Abgrenzung innen	3,0	2,3	3,6	2,4	-3,78	.000
defizitäre Abgrenzung innen	4,5	2,4	4,7	2,3	-1,32	ns
konstruktive Narzißmus	7,7	2,8	6,3	2,6	7,58	.000
destruktive Narzißmus	4,6	2,7	4,8	2,7	-0,83	n.s.
defizitäre Narzißmus	4,2	3,0	4,8	3,0	-3,03	.01
konstruktive Sexualität	7,9	3,0	5,4	3,4	11,96	.000
destruktive Sexualität	5,7	2,9	4,2	3,1	7,49	.000
defizitäre Sexualität	3,5	3,1	5,0	3,1	-7,76	.000

(unter 50 Jahre: N = 600; über 50 Jahre N = 401; Mittelwertvergleich t-Test)

Bei den über Fünfzigjährigen liegen alle konstruktiven Ausprägungen signifikant unter denen der Jüngeren; d.h. sie verfügen im Mittel über weniger konstruktive Aggression, Angst, Abgrenzung nach außen und innen, Narzißmus und Sexualität. Besonders deutlich sind die Unterschiede in den Skalen zur konstruktiven Aggression, dem konstruktiven Narzißmus und in allen Sexualitätsskalen. Wie andersorts veröffentlicht (Finke, Wolfrum 1996) repräsentiert dies möglicherweise eine gesellschaftliche Tendenz eines „Defizitmodells des Alters“ insbesondere, was die gelebte Sexualität angeht, aber auch die konstruktive Aggression als Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen, die konstruktive Angst als „vernünftige“ Risikobereitschaft und – daraus folgend – eine Selbstwertproblematik, die auch indirekt das kulturell bedingte geringere Ansehen des Alters widerspiegelt. Die Unterschiede rechtfertigen für den ISTA Altersnormen für unter versus über Fünfzigjährige (s. Kapitel 6).

7.2 Skaleninterkorrelationen

Die Interkorrelationen der ISTA-Skalen in der Eichstichprobe sind Tabelle 5 zu entnehmen.

Die Skaleninterkorrelation bewegen sich insgesamt in den zu erwartenden Richtungen, d.h. die konstruktiven Ausprägungen korrelieren positiv untereinander, aber negativ mit den destruktiven und defizitären Skalen. Die gemeinsame Varianz liegt zwischen 49 (Konstruktive Aggression/konstruktiver Narzißmus) und 36 Prozent (Konstruktive Aggression/konstruktive Abgrenzung innen). Die destruktiven Ausprägungen der Skalen korrelieren insgesamt positiv mit den destruktiven und defizitären Ausprägungen der anderen Skalen im Sinne eines allgemeinen „Pathologiefaktors“. Insgesamt sind die Interkorrelationen jedoch nicht zu hoch, so daß von der Unabhängigkeit der Skalen ausgegangen werden kann.

Ein besonderers Augenmerk verdienen die folgenden Zusammenhänge:

Destruktive Aggression bildet die höchste Korrelation ($r = .64$) mit destruktiver Sexualität, dies weist auf die Gemeinsamkeit dieser beiden Konstrukte.

Destruktive Aggression korreliert aber auch ($r = .42$) mit konstruktiver Aggression sowie auch allen anderen Skalen, die konstruktive, d.h. gesunde Anteile erfassen. Dies steht in Übereinstimmung mit der humanstrukturellen Theorie (vgl. Ammon 1981, 1982), daß beim gesunden Menschen immer auch gewisser Anteil an destruktiver Aggression vorhanden sein muß, um sich z.B. von überkommenen Normen oder Lebensbedingungen trennen zu können. Dies gilt insbesondere, so Ammon, für den kreativen Prozeß. Die Schaffung von Neuem erfordert – zumindest vorübergehend – eine Vernichtung des Alten. Destruktive Aggression ist aber auch notwendig, um auf destruktive Aggression anderer reagieren zu können. Auch destruktive Phantasien (z.B. Item 104: „Ich male mir oft aus, wie schlecht es denen gehen müßte, die mir Unrecht tun.“) spielen für die Psychohygiene eine gewisse kathartische Rolle. Destruktive Aggression wird jedoch problematisch und u.U. auch pathologisch, wenn sie nicht durch konstruktive Strukturanteile reguliert werden kann und/oder mit hohen Ausprägungen von defizitärer Aggression gepaart ist. Ist letzteres der Fall, ist zu vermuten, daß die Person die destruktive Aggression nach innen gegen die eigene Person richtet.

Ist hohe destruktive Aggression mit hoher defizitärer Angst gepaart, ist also die Fähigkeit, Angst zu spüren gestört, entfällt der Schutz der Angst etwa vor negativen Konsequenzen der geäußerten Aggression (vgl. hierzu auch Kap. 2.1).

Ebenfalls auffällig sind die hohen Interkorrelation von destruktiver und defizitärer Angst in der Eichstichprobe. Sie verweisen auf den Zusammenhang zwischen Vermeidungsverhalten und Verdrängung als Folge destruktiver, überschwemmender Angst. Höher noch als mit defizitärer Abgrenzung nach innen ($r = .63$) korreliert destruktive Angst mit der destruktiven Abgrenzung nach innen ($r = .70$), wobei anzunehmen ist, daß die „Angst vor der Angst“ zu einer destruktiven Abgrenzung nach innen beiträgt.

Tabelle 5: Interkorrelationen der ISTA-Skalen untereinander (Eichstichprobe, N=1001)

	Kon. Aggr.	Des. Aggr.	Def. Aggr.	Kon. Angst	Des. Angst	Def. Angst	Kon. außen	Des. außen	Def. außen	Kon. innen	Des. innen	Def. innen	Kon. Narz.	Des. Narz.	Def. Narz.	Kon. Sex	Des. Sex	Def. Sex
Konag	1.00																	
Desag	.42	1.00																
Defag	-.06	.37	1.00															
Konan	.60	.36	-.14	1.00														
Desan	-.05	.39	.77	-.11	1.00													
Defan	.06	.50	.73	.01	.71	1.00												
Konau	.61	.24	-.22	.61	-.22	-.14	1.00											
Desau	.04	.34	.59	.08	.55	.57	-.01	1.00										
Defau	-.07	.30	.73	-.06	.71	.68	-.19	.56	1.00									
Konin	.58	.17	-.23	.61	-.22	-.12	.66	.02	-.17	1.00								
Desin	-.14	.33	.74	-.14	.70	.68	-.25	.59	.68	-.22	1.00							
Defin	.04	.34	.67	.05	.63	.63	-.08	.49	.65	-.04	.61	1.00						
Konna	.68	.28	-.13	.57	-.09	-.03	.62	-.02	-.08	-.22	-.24	.01	1.00					
Desna	.02	.40	.74	-.03	.68	.70	-.12	.59	.68	-.14	.69	.60	-.05	1.00				
Defna	-.12	.32	.74	-.12	.70	.69	-.22	.58	.70	-.19	.76	.63	-.19	.71	1.00			
Konsex	.63	.42	-.10	.54	-.10	-.01	.59	-.06	-.10	.45	-.19	-.03	.61	-.03	-.17	1.00		
Dessex	.41	.64	.38	.23	.36	.44	.17	.23	.26	.10	.31	.30	.26	.38	.33	.41	1.00	
Defsex	-.15	.18	.64	-.11	.63	.58	-.25	.47	.57	-.17	.64	.52	-.20	.55	.65	-.39	.18	1.00

Signifikanz: $P > = .05$ für $r > = .08$; $P > = .01$ für $r > = .10$

8 Reliabilität

Die Trennschärfe der Items und die Reliabilität der Skalen wurde sowohl für die Eichstichprobe als auch für eine klinische Stichprobe von N = 134 Patienten der Klinik für Dynamische Psychiatrie, München, berechnet.

8.1 Die klinische Stichprobe

Die klinische Gruppe setzt sich aus allen Patienten zusammen, die zwischen dem 1. Januar 1996 und dem 1. September 1997 in die Klinik aufgenommen wurden und den ISTA vor bzw. zu Beginn der Behandlung ausgefüllt haben. Zwischen der Aufnahme und der Testung lagen zwischen einem und drei Tagen.

Die demografischen Daten und die Diagnosen der Patientengruppe sind in Tabelle 6 ersichtlich (zum Vergleich sind auch die entsprechenden Angaben der Eichstichprobe angeführt).

Tabelle 6: Demografische Beschreibung der Untersuchungsgruppen

Merkmal	Klinikpatienten (N = 134)		Eichstichprobe (N = 1001)	
<i>Alter</i>				
bis 30 Jahre	67	(50 %)	225	(22,5 %)
30 bis unter 40	38	(28,3 %)	163	(16,3 %)
40 bis unter 50	23	(17,4 %)	212	(21,2 %)
über 50	6	(4,3 %)	401	(40,0 %)
<i>Geschlecht</i>				
männlich	60	(45,2 %)	474	(47,4 %)
weiblich	74	(54,8 %)	527	(52,7 %)
<i>Schulabschluss</i>				
keiner/Sonderschule	2	(1,1%)		
Hauptschule	48	(35,9 %)	394	(39,4 %)
Real/Mittl.R.	33	(25 %)	400	(40,0 %)
Abitur	26	(19,6 %)	142	(14,2 %)
Hochschule	16	(12 %)	65	(6,5 %)
Sonstige	9	(6,4%)		
<i>Psychopharmakol. Medikation</i>				
ja	57	(42 %)	76	(7,6 %)
nein	77	(58 %)	925	(92,5%)

Tabelle 7: Diagnosen nach ICD-10 in der Patientengruppe (N = 134)

Diagnose (ICD-10)	Verschlüsselung	Anzahl	Prozent
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	F10.10, F10.21, F11.21, F19.20,	5	3,7
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	F20.0, F20.1, F20.3, F20.4, F20.9, F23.3, F25.1, F25.2, F20.x3, F20.x4, F20.x5, F21	26	19,4
Affektive Störungen	F34.0, F32.0, F32.1, F32.2, F32.3, F33.2, F33.3, F31.4, F32.10, F32.11, F32.2, F32.3, F33.11	29	21,6
Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen	F45.0, F48.9	2	1,5
Eßstörungen	F50.0, F50.9	3	2,2
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	F60.0, F60.1, F60.3, F60.6, F60.7, F60.8, F60.30	15	11,2
Borderline Typus	F60.31	45	33,6
Sonstige		9	6,7

8.2 Itemstatistik in der Eichstichprobe und der Patientengruppe

Trennschärfe und Schwierigkeit der Testitems sind, nach Skalen aufgeteilt, in Tabelle 8 wiedergegeben.

Die Itemtrennschärfen (und demzufolge auch die innere Konsistenz) liegen in der Bevölkerungsgruppe meist unter denen der Patientengruppe. Eine Ursache dafür liegt darin, daß die Items auch Einstellungen und Verhaltensweisen abfragen, die bei psychisch unauffälligen Probanden eher selten sind. Hinzu kommt, daß psychische Krankheit das Verhaltensspektrum einengt und somit zu einer geringeren Variabilität führt, was sich in höheren Interkorrelationen der Items ausdrückt. Insgesamt erlaubt die Skalenreliabilität in der Eichstichprobe jedoch eine Anwendung des ISTA auch bei Fragestellungen der allgemeinen Persönlichkeitsdiagnostik. Mit gewisser Vorsicht zu interpretieren wären die Skalen zur Abgrenzung nach außen und innen. Die gesunde Abgrenzung nach außen und innen ist gekennzeichnet durch eine adäquate Flexibilität der Abgrenzungsstrategie in verschiedenen Situationen und „Rollen“. Psychisch relativ gesunde Menschen nehmen aktiv am Leben teil, suchen also im Grad der Privatheit verschiedene Situationen auf und können sich flexibel und situationangemessen abgrenzen, wobei speziell in der Abgrenzung nach außen ($\alpha = .58$ in der Eichstichprobe, $.73$ bei Patienten) Feststellungen wie: „Am liebsten sind mir Menschen, die immer cool und souverän sind (Nr. 196)“, „Mit dem Verstand kommt man weiter als mit den Gefühlen“ (Nr. 200) oder „Gefühle haben bei der Arbeit nichts zu suchen“ (Nr. 55) durchaus im Sinne eines Selbstschutzes, gepaart mit einer realistischen Einschätzung einer Situation, als angemessen betrachtet werden könnten.

Tabelle 8: Itemstatistik in der Eichstichprobe (N = 1001) und bei Patienten in der Klinik für Dynamische Psychiatrie (Aufnahmewerte vor Therapiebeginn, N = 134)

Skala	Itemzahl	Eichstichprobe				Patientengruppe			
		\bar{x}	sd	alpha	r_{ii}	\bar{x}	sd	alpha	r_{ii}
konstruktive Aggression	13	7,29	2,9	.70	.32	7,13	3,1	.74	.36
destruktive Aggression	14	6,24	3,0	.69	.31	5,27	3,3	.77	.39
defizitäre Aggression	14	5,53	3,4	.77	.39	8,35	3,6	.81	.43
konstruktive Angst	12	6,57	2,7	.66	.29	6,00	2,9	.73	.38
destruktive Angst	10	3,62	2,9	.74	.40	5,33	2,9	.77	.43
defizitäre Angst	13	5,05	2,9	.69	.37	6,96	3,1	.74	.38
konstruktive Abgrenzung außen	11	6,60	2,6	.66	.32	5,10	2,6	.69	.33
destruktive Abgrenzung außen	11	5,10	2,4	.58	.25	4,77	2,8	.73	.38
defizitäre Abgrenzung außen	11	4,51	2,9	.75	.40	6,08	2,8	.75	.40
konstruktive Abgrenzung innen	12	7,33	2,7	.67	.31	6,17	2,9	.75	.38
destruktive Abgrenzung innen	9	3,27	2,4	.72	.40	4,40	2,4	.74	.42
defizitäre Abgrenzung innen	11	4,97	2,4	.67	.32	7,29	2,5	.74	.38
konstruktive Narzißmus	12	7,16	2,8	.69	.33	6,42	3,0	.77	.41
destruktive Narzißmus	11	4,70	2,7	.70	.34	5,14	2,9	.77	.42
defizitäre Narzißmus	12	4,47	3,0	.77	.45	6,00	3,2	.81	.46
konstruktive Sexualität	12	6,87	3,0	.81	.47	5,91	3,4	.82	.47
destruktive Sexualität	13	5,42	2,9	.77	.40	3,75	3,1	.80	.43
defizitäre Sexualität	11	4,09	3,1	.81	.50	3,80	2,9	.77	.45

Mittelwert (\bar{x}), Standardabweichung (sd), Cronbach Alpha, mittlere Trennschärfe (r_{ii})

Tabelle 9: Cronbach Alpha der ISTA-Skalen in der Eichstichprobe (N = 1001) und bei N = 134 Klinikpatienten (Aufnahmewerte)

Skala	Itemzahl	Eichstichprobe (N = 1001)	Klinikpatienten (N = 134)
konstruktive Aggression	13	.70	.74
destruktive Aggression	14	.69	.77
defizitäre Aggression	14	.77	.81
konstruktive Angst	12	.66	.73
destruktive Angst	10	.74	.77
defizitäre Angst	13	.69	.74
konstruktive Abgrenzung außen	11	.66	.69
destruktive Abgrenzung außen	11	.60	.73
defizitäre Abgrenzung außen	11	.75	.75
konstruktive Abgrenzung innen	12	.67	.75
destruktive Abgrenzung innen	9	.72	.74
defizitäre Abgrenzung innen	11	.67	.74
konstruktive Narzißmus	12	.69	.77
destruktive Narzißmus	12	.70	.77
defizitäre Narzißmus	12	.77	.81
konstruktive Sexualität	12	.82	.81
destruktive Sexualität	13	.77	.80
defizitäre Sexualität	11	.79	.81

8.3 Retest-Reliabilität

Die Retest-Reliabilität wurde an einer Gruppe von N = 46 Probanden (m = 21, w = 25, durchschnittliches Alter 39,8 Jahre) untersucht, die sich nicht in einer psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlung befanden. Das Meßintervall betrug 2 bis 3 Monate.

Tabelle 10: Retest-Reliabilität der ISTA-Skalen

Skala	Itemzahl	Retest-Reliabilität
konstruktive Aggression	13	.74
destruktive Aggression	14	.81
defizitäre Aggression	14	.77
konstruktive Angst	12	.55
destruktive Angst	10	.68
defizitäre Angst	12	.84
konstruktive Abgrenzung außen	11	.79
destruktive Abgrenzung außen	11	.59
defizitäre Abgrenzung außen	11	.66
konstruktive Abgrenzung innen	12	.74
destruktive Abgrenzung innen	9	.72
defizitäre Abgrenzung innen	11	.73
konstruktive Narzißmus	12	.76
destruktive Narzißmus	12	.74
defizitäre Narzißmus	12	.90
konstruktive Sexualität	12	.85
destruktive Sexualität	13	.86
defizitäre Sexualität	11	.80

8.4 Diskussion zur Reliabilität

Als Konsens gilt, daß die Reliabilität der Skalen .70 nicht unterschreiten sollte. Cattell (1973) widerspricht der Forderung nach einer möglichst hohen Konsistenz, in dem er argumentiert, daß eine hohe interne Konsistenz dazu führen kann, sehr enge und psychologisch triviale Variablen zu erfassen. Kline (1992a) stimmt dem insoweit zu, daß er die Obergrenze für alpha bei Persönlichkeitstests bei .90 ansetzt.

Die Test-Retest Reliabilität sollte bei einem Persönlichkeitstest ebenfalls .70 nicht unterschreiten. Bei der Beurteilung eines Reliabilitätskoeffizienten ist kritisch zu prüfen, inwieweit der Test nicht viele Items enthält, die sich lediglich gegenseitig paraphrasieren bzw. semantisch sehr ähnlich sind. Die Reliabilitätskoeffizienten des ISTA sind als befriedigend bis gut zu beurteilen.

Die Retest-Reliabilität zeigt, daß die erfaßten Konstrukte zeitlich stabil sind, es sich also um Strukturmerkmale handelt. Die relativ niedrige Stabilität der Skalen zur konstruktiven und destruktiven Angst zeigt an, daß dies stärker fluktuierende Merkmale sind. Dies gilt auch für die destruktive und defizitäre Abgrenzung nach außen, die per Definitionem auch situationsspezifisch ist, weil sie die Öffnung der Person zur Umwelt beinhaltet.

9 Validität

9.1 Interkorrelation der ISTA-Skalen in der Patientengruppe

Interkorrelation der ISTA-Skalen in der Patientengruppe sind in Tabelle 11 dargestellt.

Auch in der Klinikgruppe liegen die Interkorrelationen in den zu erwartenden Richtungen. Die konstruktiven Ausprägungen korrelieren untereinander signifikant positiv und negativ mit den destruktiven und defizitären Skalen. Die Skalen, die eher eine pathologische Entwicklung umschreiben, korrelieren positiv.

Im einzelnen sei auf einige Zusammenhänge hingewiesen, die die Konstrukte validieren. So korreliert konstruktive Aggression am höchsten mit dem konstruktiven Narzißmus (.66), was auf die Gemeinsamkeit von Aktivität und Umweltgerichtetheit und einem positiven Selbstbild und Selbstwertgefühl verweist.

Die Skala der destruktiven Aggression korreliert am höchsten mit defizitärer Angst (.47) und destruktivem Narzißmus (.46), d.h. in der destruktiven Aggression drückt sich narzißtische Wut aus, gepaart mit nicht bewußt gespürter Angst.

Bei der defizitären Aggression bildet sich ein starker Zusammenhang zur destruktiven Angst (.64), defizitären Abgrenzung nach außen (.69), destruktiven Abgrenzung nach innen (.66) und dem defizitären Narzißmus (.67) ab; ein Cluster, welches typisch für depressive Störungen ist.

Die Skala zur konstruktiven Angst korreliert mit .69 am höchsten mit der Skala zur konstruktiven Abgrenzung nach innen. Die Fähigkeit, Angst angemessen verarbeiten zu können, hängt also relativ eng mit dem Zugang ab, den ein Mensch zu seinem Unbewußten und damit zu seinen Gefühlen hat.

Destruktive Angst hat (neben der bereits erwähnten defizitären Aggression) v.a. auch auch mit defizitärer Abgrenzung nach außen zu tun ($r = .67$) – der Mensch fühlt sich vermeintlichen Gefahren hilflos ausgeliefert und besitzt wenig Kontrollüberzeugung.

Die defizitäre Angst korreliert interessanterweise am höchsten mit defizitärer Abgrenzung nach innen (.56) – dies könnte erklären, warum Menschen mit viel defizitärer Angst den „Nervenkitzel“ suchen, nämlich als Ersatz für fehlende Ich-Grenzen.

Konstruktive Abgrenzung innen korreliert am ausgeprägtesten mit konstruktiver Angst (.69; s.o.); destruktive Abgrenzung innen mit defizitärer Aggression (s.o.), aber auch defizitärer Abgrenzung außen (.66) und defizitärem Narzißmus (.63).

Die Skalen zur Sexualität weisen mit den anderen Testskalen geringere Korrelationen auf, d.h. sie zeigen sich als relativ unabhängig. Dies liegt u.a. auch daran, daß einige Probanden bei der Beantwortung dieser Fragen stärker von Wunschvorstellungen als von der realen, gelebten Sexualität geleitet werden. Im ISTA ist Sexualität zwar v.a. als „Potential“ konzeptualisiert ist, zu dem sicherlich auch Wünsche und Phantasien beitragen. Wie sich dieser Zusammenhang jedoch im Testergebnis abbildet, muß noch untersucht werden.

Im Vergleich zur Eichstichprobe zeigen sich einige Besonderheiten. So ist insbesondere die destruktive Aggression nur schwach oder gar nicht mit den konstruktiven Skalen verbunden. Damit bekommt ein mögliches destruktives Potential eine andere Qualität.

Tabelle 11: Interkorrelationen der ISTA-Skalen untereinander (Klinikpatienten, N=134)

	Kon. Aggr.	Des. Aggr.	Def. Aggr.	Kon. Angst	Des. Angst	Def. Angst	Kon. außen	Des. außen	Def. außen	Kon. innen	Des. innen	Def. innen	Kon. Narz.	Des. Narz.	Def. Narz.	Kon. Sex	Des. Sex	Def. Sex
Konag	1.00	.13	-.38	.47	-.22	-.17	.38	-.27	-.26	.49	-.38	-.10	.66	.03	-.30	.44	.35	-.26
Desag	.13	1.00	.27	-.06	.37	.47	-.10	.20	.32	-.14	.28	.39	.22	.46	.27	.23	.32	.10
Defag	-.38	.27	1.00	-.58	.64	.50	-.56	.47	.69	-.55	.66	.54	-.52	.43	.67	-.25	.11	.31
Konan	.47	-.06	-.58	1.00	-.33	-.42	.53	-.20	-.37	.69	-.41	-.26	.54	-.26	-.49	.24	.13	-.11
Desan	-.22	.37	.64	-.33	1.00	.53	-.46	.41	.67	-.38	.63	.56	-.22	.47	.45	-.18	.19	.37
Defan	-.17	.47	.50	-.42	.53	1.00	-.29	.38	.47	-.47	.49	.56	-.13	.50	.46	-.03	.18	.30
Konau	.38	-.10	-.56	.53	-.46	-.29	1.00	-.15	-.55	.53	-.47	-.29	.46	-.21	-.45	.42	.10	-.37
Desau	-.27	.20	.47	-.20	.41	.38	-.15	1.00	.37	-.18	.51	.31	-.31	.33	.49	-.16	.05	.37
Defau	-.26	.32	.69	-.37	.67	.47	-.55	.37	1.00	-.38	.66	.52	-.24	.48	.59	-.18	.24	.29
Konin	.49	-.14	-.55	.69	-.38	-.47	.53	-.18	-.38	1.00	-.42	-.31	.54	-.21	-.40	.40	-.17	-.23
Desin	-.38	.28	.66	-.41	.63	.49	-.47	.51	.66	-.42	1.00	.53	-.41	.39	.63	-.25	.13	.43
Defin	-.10	.39	.54	-.26	.56	.56	-.29	.31	.52	-.31	.53	1.00	-.16	.50	.34	-.04	.27	.24
Konna	.66	.22	-.52	.54	-.22	-.13	.46	-.31	-.24	.55	-.41	-.16	1.00	-.13	-.44	.46	.21	-.22
Desna	.03	.46	.53	-.26	.47	.50	-.21	.33	.48	-.21	.39	.50	-.13	1.00	.47	.14	.36	.14
Defna	-.30	.27	.67	-.49	.45	.45	-.45	.49	.59	-.40	.63	.34	-.44	.47	1.00	-.19	.18	.31
Konsex	.44	.23	-.25	.24	-.18	-.03	.42	-.16	-.18	.40	-.25	-.04	.46	.14	-.19	1.00	.46	-.57
Dessex	.35	.32	.11	.13	.19	.18	.10	.05	.24	.17	.13	.27	.21	.36	.18	.46	1.00	-.09
Defsex	-.26	.10	.31	.11	.37	.30	-.37	.37	.29	-.23	.43	.24	-.22	.14	.31	-.57	-.09	1.00

Signifikanz: $P > .05$ für $r > .20$; $P > .01$ für $r > .28$

9.2 Faktorielle Validität

Zur Bestimmung der Binnenstruktur des ISTA wurden Hauptkomponentenanalysen auf Skalenebene für die Eichstichprobe und für die Patientengruppe getrennt berechnet. Es wurden Varimax-Lösungen für die Faktoren mit Eigenwerten über 1 berechnet.

9.2.1 Eichstichprobe

In Tabelle 12 sind die Ergebnisse der Faktorenanalyse in der Eichstichprobe dargestellt.

Tabelle 12: Faktorenstruktur (Varimax-Rotation) in der Eichstichprobe

	F1	F2	F3	Kommunalität
Varianzanteil (%)	40,9	24,6	6,0	
Skala				
konstruktive Aggression	-.03	.76	.38	.73
destruktive Aggression	.37	.29	.70	.71
defizitäre Aggression	.85	-.15	.21	.80
konstruktive Angst	-.00	.82	.10	.68
destruktive Angst	.82	-.14	.22	.74
defizitäre Angst	.81	-.04	.30	.75
konstruktive Abgrenzung außen	-.14	.84	.06	.73
destruktive Abgrenzung außen	.75	.13	.04	.59
defizitäre Abgrenzung außen	.84	-.07	.06	.71
konstruktive Abgrenzung innen	-.08	.86	-.12	.76
destruktive Abgrenzung innen	.84	-.19	.10	.75
defizitäre Abgrenzung innen	.78	.06	.08	.62
konstruktiver Narzißmus	-.09	.79	.21	.68
destruktiver Narzißmus	.82	.04	.21	.71
defizitäre Narzißmus	.85	-.16	.10	.76
konstruktive Sexualität	-.18	.62	.57	.74
destruktive Sexualität	.30	.17	.80	.77
defizitäre Sexualität	.78	-.15	-.15	.65

Die Varimax-Rotation führt bei Beachtung des Eigenwertkriteriums zu 3 Faktoren. Wir finden einen Pathologie-Faktor, den man als „psychische Krankheit“ bezeichnen kann, auf dem alle Defizitär-Skalen liegen, sowie die destruktive Angst, destruktive Abgrenzung nach außen und innen und den destruktiven Narzißmus. Auf dem zweiten Faktor liegen alle Konstruktiv-Skalen mit Ausnahme der konstruktiven Sexualität, die nicht eindeutig zuzuordnen ist. Der dritte Faktor wird gebildet durch destruktive Aggression und destruktive Sexualität. Die konstruktive Sexualität lädt fast gleich stark auf dem zweiten und dem dritten Faktor. (vgl. auch Tabelle 13)

Tabelle 13: Zuordnung der ISTA-Skalen zu drei Faktoren (Eichstichprobe, Varimax-Rotation)

Faktor 1 (40,9%)	Faktor 2 (24,6%)	Faktor 3 (6,0 %)
defizitäre Aggression .85	konstruktive Aggression .76	destruktive Aggression .70
destruktive Angst .82	konstruktive Angst .82	destruktive Sexualität .80
defizitäre Angst .81	konstruktive Abgrenzung außen .84	(konstruktive Sexualität .67)
destruktive Abgrenzung außen .75	konstruktive Abgrenzung innen .86	
defizitäre Abgrenzung außen .84	konstruktive Narzißmus .79	
destruktive Abgrenzung innen .84	(konstruktive Sexualität .62)	
defizitäre Abgrenzung innen .78		
destruktiver Narzißmus .82		
defizitärer Narzißmus .85		
defizitäre Sexualität .78		

Zur Interpretation der drei Faktoren bietet es sich an, den ersten Faktor als eine eher „statische Form von Pathologie“ zu qualifizieren. Die auf ihm hoch ladenden Skalen führen auf der Verhaltensebene eher zu Einengung, Arretierung oder Passivität. Der zweite Faktor erweist sich eindeutig als Maß für „psychische Gesundheit“. Der dritte Faktor könnte als Einfluß einer eher „dynamischen Form von Pathologie“ verstanden werden. Destruktive Aggression und destruktive Sexualität implizieren, im Unterschied zu den defizitären Komponenten, aber auch z.B. der destruktiven Angst oder Abgrenzung, noch eine Zielgerichtetheit und damit auch höhere Strukturiertheit des entsprechenden Verhaltens.

9.2.2 Klinikpatienten; Aufnahmewerte zu Therapiebeginn

Tabelle 14: Faktorenstruktur (Varimax-Rotation) in der klinischen Stichprobe (N = 134)

	F4	F1	F2	F3	Kommunalität
Varianzanteil (%)	37,4	16,3	7,2	5,6	
Skala					
konstruktive Aggression	.06	.79	.25	-.17	.71
destruktive Aggression	.63	.13	.17	.08	.45
defizitäre Aggression	.62	-.54	-.22	.10	.74
konstruktive Angst	-.33	.82	-.05	.08	.78
destruktive Angst	.72	-.15	-.36	-.01	.67
defizitäre Angst	.69	-.24	-.01	.15	.55
konstruktive Abgrenzung außen	-.38	.50	.47	.36	.74
destruktive Abgrenzung außen	.36	-.14	-.20	.80	.83
defizitäre Abgrenzung außen	.72	-.20	-.32	-.16	.68
konstruktive Abgrenzung innen	-.27	.76	.18	.08	.69
destruktive Abgrenzung innen	.60	-.30	-.34	.23	.62
defizitäre Abgrenzung innen	.71	-.01	-.11	.10	.53
konstruktiver Narzißmus	.07	.80	.19	-.17	.72
destruktiver Narzißmus	.75	-.09	.12	.10	.59
defizitärer Narzißmus	.53	-.44	-.09	.30	.58
konstruktive Sexualität	.09	.34	.82	-.00	.81
destruktive Sexualität	.47	.39	.37	-.14	.53
defizitäre Sexualität	.23	-.07	-.78	.23	.72

Im Unterschied zur Eichstichprobe wird bei den Klinikpatienten der dritte Faktor aus der konstruktiven und der defizitären Sexualität gebildet, die komplementär zueinander sind. Zusätzlich erscheint ein vierter Faktor, auf dem die destruktive Abgrenzung nach außen lädt. Die Skalen zur konstruktiven Abgrenzung nach außen und zur destruktiven Sexualität lassen sich nicht eindeutig zuordnen. Destruktive Sexualität lädt nur schwach auf dem ersten Faktor; konstruktive Abgrenzung nach außen lädt nahezu gleich hoch auf den Faktoren zwei und drei.

Im Unterschied zur Eichstichprobe liefert die Faktorenanalyse in der Gruppe der Klinikpatienten (Aufnahmewerte) vier Faktoren, die 66,5 % der Varianz erklären.

Vergleicht man die Zuordnung der ISTA-Skalen zu Faktoren, ergeben sich weitgehende Übereinstimmungen bezüglich des ersten „Pathologie“-Faktors sowie auch eines zweiten Faktors „Gesundheit“. Auf dem ersten Faktor (37,7 % der Varianz) liegen alle destruktiv und defizitär Skalen mit Ausnahme der destruktiven Abgrenzung nach außen und der defizitären Sexualität. Der zweite Faktor (16,3 % der Varianz) wird gebildet durch die Skalen, die konstruktive Ausprägungen erfassen mit Ausnahme der konstruktiven Sexualität. Diese bildet einen eigenständigen dritten Faktor, der 7,2 % der Varianz erklärt; auf diesem lädt auch hoch negativ, d.h. komplementär, die defizitäre Sexualität. Die Skala der destruktiven Abgrenzung nach außen bildet schließlich einen eigenständigen vierten Faktor (5,6 % der Varianz).

Tabelle 15: Zuordnung der ISTA-Skalen zu vier Faktoren (Varimax-Rotation)

Faktor 1 (37,7%)	Faktor 2 (16,3%)	Faktor 3 (7,2%)	Faktor 4 (5,6 %)
Destruktive Aggression .63	Konstruktive Aggression .79	Konstruktive Sexualität/ defizit. Sexualität (.82/- .78)	Destruktive Abgrenzung außen .80
Defizitäre Aggression .62	Konstruktive Angst .82	(Konstruktive Abgrenzung außen .47)	
Destruktive Angst .72	Konstruktive Abgrenzung innen .76		
Defizitäre Angst .69	Konstruktiver Narzißmus .80		
Defizitäre Abgrenzung außen .72	(Konstruktive Abgrenzung außen .50)		
Destruktive Abgrenzung innen .60			
Defizitäre Abgrenzung innen .61			
Destruktiver Narzißmus .75			
Defizitärer Narzißmus .53			
(Destruktive Sexualität .47)			

Als Ergebnis der Faktorenanalysen ist festzuhalten:

1. Insgesamt bestätigt die Faktorenanalyse die postulierte Struktur des ISTA insoweit, daß konstruktive Ausprägungen jeweils einen Faktor bilden, während destruktive und defizitäre Ausprägungen sich auf einem bzw. mehreren anderen Faktoren gruppieren.
2. Zwischen der Normalbevölkerung und der Patientenstichprobe ergeben sich Unterschiede in der faktoriellen Struktur. So wird ein verschieden hoher Prozentsatz der Varianz durch einen Faktor „psychische Gesundheit“ erklärt – in der Eichstichprobe 24,6 %, bei den Patienten 16,3 Prozent.
3. Eine Sonderrolle in der Patientengruppe spielt die Destruktive Angrenzungen nach außen, die hier einen eigenen Faktor markiert. Die Offenheit bzw. „Abgeschottetheit“ nach außen, d.h. gegenüber anderen Menschen und Erfahrungen hat bei psychisch kranken Menschen eine besondere Funktion. Sie führt in extremer Ausprägung zu einer paranoiden Abkapselung und dürfte sich in der Psychotherapie als prognostisch ungünstig erweisen.
4. Ebenfalls eine Sonderrolle spielen die Skalen zur Sexualität. Hier ist zu vermuten, daß die Beantwortung der Fragen mit am stärksten von „sozialer Erwünschtheit“ bzw. persönlichem Wunsdenken beeinflusst wird.

In der Eichstichprobe bilden die Skalen zur destruktiven Aggression und destruktiven Sexualität einen gemeinsamen Faktor, der, wie bereits ausgeführt, als zwar abweichendes, aber immerhin zielgerichtetes Verhalten interpretiert werden kann. Auch die konstruktive Sexualität lädt mit .67 hoch auf diesem Faktor (allerdings fast gleichhoch mit .62 auch auf dem „Gesundheitsfaktor“). Konstruktive und destruktive Sexualität erweisen sich somit in der Eichstichprobe als nicht voneinander unabhängig, wobei der Frage nach dem Verhältnis von sexuellen Phantasien und realem Verhalten nachzugehen wäre.

In der Patientengruppe liegen konstruktive und defizitäre Sexualität mit umgekehrten Vorzeichen auf einem gemeinsamen Faktor. Man könnte hier also von der einen Skala auf die andere schließen. Dies erscheint auch plausibel, denn wer vorrangig konstruktiv in einem Merkmal ist, kann nicht gleichzeitig darin auch defizitär sein. Allerdings ist zu bemerken, daß bezüglich Aggression, Angst, Abgrenzung und Narzißmus diese Komplementarität nicht besteht. Zudem wäre zu erwarten, daß die konstruktive Sexualität zumindest in mittlerer Stärke mit den anderen konstruktiv Skalen kovariiert. Auch dies deutet darauf hin, daß von den Patienten die Fragen zur Sexualität *anders* behandelt wurden als die Items der übrigen Skalen, und zwar in Richtung einer Erwünschtheit oder auch Dissimulation. Die Konsequenzen für die Testanwendung und -auswertung werden in Kapitel 4 diskutiert (vgl. hierzu auch den Vergleich der Mittelwerte zwischen klinischer Gruppe und Eichstichprobe).

9.3 Beziehungen zu anderen Verfahren

Zum Kreuzvergleich mit anderen etablierten klinischen Tests im Sinne einer Überprüfung der externen Validität standen für die Patientengruppe der Gießen-Test (Beckmann u. Richter, 1975), der Life Style Index (LSI) (Pluchik, Conte, 1989), der MMPI (Harthaway, McKinley, 1977) die Symptom Check List (SCL-90, Franke, 1996) und der HAWIE-R (Tewes, 1991) zur Verfügung. Alle Verfahren werden im Rahmen der Aufnahmediagnostik der Klinik routinemäßig zusammen mit dem ISTA vorgegeben.

9.3.1 Gießen-Test (GT)

Die Korrelationen des ISTA mit dem Gießen-Test (GT) sind in Tabelle 16 dargestellt. Der GT ist, ähnlich wie der ISTA, ein an einem psychoanalytischen Persönlichkeitsmodell orientierter Persönlichkeitstest.

Kurzbeschreibung der Skalen des Gießen-Test (nach Beckmann u. Richter, 1975)

GT-Skala	Beschreibung
Soziale Resonanz	„negativ sozial resonant“ (NR) unattraktiv, unbeliebt, mißachtet, in der Arbeit kritisiert, nicht durchsetzungsfähig
	„positiv sozial resonant“ (PR) anziehend, beliebt, geachtet, in der Arbeit geschätzt
Dominanz	„dominant“ (DO) häufig in Auseinandersetzungen verstrickt, eigensinnig, gern dominierend, ungeduldig
	„gefügig“ (GE) selten in Auseinandersetzungen, fügsam, gern sich unterordnend, geduldig
Kontrolle	„unterkontrolliert“ (UK) unbegabt im Umgang mit Geld, unordentlich, eher bequem, unständig, fähig zum Ausgelassensein
	„überkontrolliert“ (ZW) begabt im Umgang mit Geld, überordentlich, übereifrig, stetig, unfähig zum Ausgelassensein
Grundstimmung	„hypomanisch“ (HM) selten bedrückt, wenig zur Selbstreflektion neigend wenig ängstlich, kaum selbstkritisch, Ärger eher herauslassend, eher unabhängig
	„depressiv“ (DE) häufig bedrückt, stark zur Selbstreflektion neigend, sehr ängstlich, sehr selbstkritisch, Ärger eher hineinfressend, eher abhängig
Durchlässigkeit	„durchlässig“ (DU) aufgeschlossen, anderen nahe, eher viel preisgebend, eher vertrauenselig, intensiv in der Liebe erlebnisfähig
	„retentiv“ (RE) verschlossen, anderen fern, eher wenig preisgebend, eher mißtrauisch, in der Liebe wenig erlebnisfähig

Soziale Potenz

„sozial potent“ (PO)

gesellig, sexuell unbefangen, sehr hingabefähig, deutlich konkurrierend, fähig zur Dauerbindung, phantasie reich

„sozial impotent“ (IP)

ungesellig, sexuell befangen, wenig hingabefähig, kaum konkurrierend, kaum fähig zur Dauerbindung, phantasie arm

Die Korrelationen zwischen den ISTA-Skalen und den Skalen des GT liegen in der erwarteten Richtung und Stärke. Im Folgenden sollen nur die jeweils höchsten Korrelationen kommentiert werden (hierbei ist die Polung der GT-Skalen zu beachten).

Mit der GT-Skala „Soziale Resonanz“ korrelieren am höchsten der konstruktive Narzißmus (.51) und der defizitäre Narzißmus (-.56). Defizitärer Narzißmus hat viel gemein mit „negativer Resonanz“ des sich unbeliebt und mißachtet fühlen. Konstruktiver Narzismus hängt entsprechend mit positiver Resonanz zusammen.

„Dominanz“ korreliert schwach negativ mit destruktiver Aggression und konstruktiver Angst, wobei die destruktive Aggression vermutlich die negativen Seiten der Dominanz i.S. einer Unterdrückung anderer anspricht, die konstruktive Angst eher die Fähigkeit zur Auseinandersetzung.

Mit der GT-Skala „Kontrolle“ finden sich interessanterweise keine signifikante Korrelationen der ISTA-Skalen.

Die „Grundstimmung“ korreliert am höchsten mit der defizitären Aggression (.59) i.S. der Depression, der destruktiven Angst (.54) („sehr ängstlich“, vgl. Tab. 16) und der defizitären Abgrenzung nach innen i.S. der starken Neigung zur Selbstreflektion verstanden als Grübeln.

Zur „Durchlässigkeit“ ergibt sich eine negative Korrelation mit dem konstruktiven Narzißmus (-.54) und der konstruktiven Angst (-.50) und auch der konstruktiven Sexualität (-.36) i.S. der Aufgeschlossenheit anderen gegenüber und der Fähigkeit zur (Selbst) Liebe. Eher „retentiv“ erweisen sich erwartungsgemäß die defizitäre Aggression (.53) („anderen fern“), und die destruktive Abgrenzung nach außen (.48) und nach innen (.44) – „mißtrauisch“, „wenig preisgebend“.

„Soziale Potenz“ korreliert, ähnlich wie „soziale Resonanz“, am höchsten mit dem konstruktiven Narzißmus (-.47).

Bei den Antworttendenzen ist interessant, daß Probanden, die im ISTA höhere Werte beim destruktiven Narzißmus erzielen, es eher vermeiden, „Mitte-Antworten“ zu geben, d.h. auszusagen, sie seien wie die meisten Menschen, und zu Extrem-Antworten neigen, d.h. den Unterschied zu den anderen zu betonen.

Insgesamt zeigt die Korrelationsmatrix Zusammenhänge in erwarteter Richtung, die jedoch nicht sehr hoch ausfallen, d.h. zwischen dem ISTA und dem GT gibt es zwar einige inhaltliche Überschneidungen, aber es ist auch eine gewisse Eigenständigkeit festzustellen.

Tabelle 16: Korrelation des ISIA mit dem Gießen-Test (GT), N = 84

Skala	Soziale Resonanz	Dominanz	Kontrolle	Grundstimmung	Durchlässigkeit	Soziale Potenz	Mitte-Antworten	Extrem-Antworten
konstruktive Aggression	.45			-.20	-.38	-.35		
destruktive Aggression	-.34	-.24		.37				.25
defizitäre Aggression	-.49			.59	.53	.30		.23
konstruktive Angst	.46	-.25		-.30	-.50	-.39	-.21	
destruktive Angst	.42			.54	.42	.27		.29
defizitäre Angst	-.31			.40	.24			.21
konstruktive Abgrenzung außen	.47			-.39	-.27	-.29		
destruktive Abgrenzung außen	-.49			.33	.48	.28		.18
defizitäre Abgrenzung außen	-.48			.47	.39			
konstruktive Abgrenzung innen	.49			-.36	-.34	-.33		
destruktive Abgrenzung innen	-.37			.27	.44	.26		
defizitäre Abgrenzung innen	-.32			.53	.37			
konstruktiver Narzissmus	.51			-.26	-.54	-.47	-.33	.30
destruktiver Narzissmus	-.42			.36	.33			.25
defizitärer Narzissmus	-.56			.36	.46	.30		
konstruktive Sexualität	.30			-.19	-.36	-.25		
destruktive Sexualität				.23	.24			
defizitäre Sexualität	-.28							

kursiv: $p < .05$, fett: $p < .001$ schraffiert:jeweils höchste Korrelation(en)

9.3.2 Life Style Index

Der Life Style Index (Plutchik, Kellermann und Conte 1979) erfaßt acht verschiedene Abwehrmechanismen, er erfüllt die teststatistischen Gütekriterien und geht von einem theoretisches Modell seiner Konstrukte aus.

Aus diesem Grund wurde der LSI von einer Arbeitsgruppe der diagnostischen Abteilung der Klinik Mengerschwaige ins deutsche übersetzt und validiert (vgl. Burbiel, 1994; Burbiel und Finke, 1997).

Kurz-Beschreibung der LSI-Abwehrmechanismen (Conte u. Plutchik)

Leugnen: Mangel an Aufmerksamkeit gegenüber bestimmten Ereignissen, Erfahrungen oder Gefühlen, deren Kenntnisnahme schmerzhaft sein würde

Verdrängung (sowie Isolieren, Introjektion): Ein Gedanke oder eine Wahrnehmung und die damit verbundenen Gefühle werden vom Bewußtsein ausgeschlossen; so können traumatische Erfahrungen ohne die ursprünglich mit ihnen verbundene Angst verarbeitet werden

Regression (sowie Ausagieren): Unter Stress wird auf frühere oder unreifere Verhaltensmuster oder Befriedigungsquellen zurückgegriffen; die Angst, die durch verbotene Impulse geweckt wird, wird reduziert, ohne daß Schuldgefühle entwickelt werden

Kompensation (sowie Identifikation, Phantasie): Versuch, ein passendes Substitut für eine reale oder vermeintliche eigene Schwäche zu finden, unbewußtes Ändern von Einstellungen und Verhalten nach dem Bild einer anderen Person, um das Selbstwertgefühl zu erhöhen oder Verluste zu kompensieren; Rückzug in die Phantasie, um realen Problemen auszuweichen oder Konflikte zu vermeiden.

Projektion: Unbewußte Ablehnung von eigenen, nicht akzeptablen Gedanken, Wünschen, Eigenschaften und deren Attribuierung auf andere

Verschiebung: Übertragung von abgelehnten Gefühlen, gewöhnlich von Ärger und Wut, auf andere Objekte, Tiere oder Menschen, die ungefährlicher erscheinen als die, die ursprünglich diese Gefühle weckten

Intellektualisieren (sowie Sublimieren, Rationalisieren, Ungeschehenmachen): unbewußte Kontrolle von Gefühlen und Impulsen durch exzessives intellektuelles Erklären von Situationen: Ersetzung eines unterdrückten Instinkts oder unakzeptablen Gefühls, speziell sexueller oder aggressiver Natur, durch sozial akzeptierte Alternativen

Reaktionsbildung: Verhinderung des Ausdrucks von inakzeptablen Wünschen, vor allem sexueller und aggressiver Art, durch die Entwicklung oder Übertreibung gegenläufiger Einstellungen und Verhaltensweisen.

Die Korrelationen der ISTA-Skalen mit den Skalen des LSI sind Tabelle 19 zu entnehmen. Wir betrachten die jeweils höchsten positiven Zusammenhänge.

„Leugnen“ korreliert interessanterweise nur mit dem „konstruktiven Narzißmus“, was darauf verweist, daß die Fähigkeit zum Leugnen oder „übersehen“ unangenehmer Ereignisse durchaus gesund sein kann.

„Verdrängung“ korreliert am höchsten mit destruktivem Narzißmus (.48) und destruktiver Abgrenzung nach außen (.42) – hier spiegeln sich der gestörte Realitätsbezug und die Abschottung gegenüber der Außenwelt wieder.

Tabelle 17: Korrelation des ISTA mit dem Life Style Index (LSI)

Skala	Leugnen (denial)	Verdrängung (repression)	Regression (regression)	Kompensation/ (compensation)	Projektion (projection)	Verschiebung/ (displacement)	Intellektu- alisierung (intellectual)	Reaktions- bildung/reac- formation
konstruktive Aggression	.46							
destruktive Aggression			.47		.29	.52		
defizitiäre Aggression	.35		.51	.49	.31	.41		
konstruktive Angst	.49							
destruktive Angst		.28	.42	.39	.33	.36		.27
defizitiäre Angst			.31			.31		
konstruktive Abgrenzung außen			-.41					
destruktive Abgrenzung außen		.42	.40			.28	.34	
defizitiäre Abgrenzung außen			.51	.58	.31	.38		
konstruktive Abgrenzung innen		-.38						
destruktive Abgrenzung innen		.30						
defizitiäre Abgrenzung innen			.36	.39	.37	.39		
konstruktive Narzibmus	.37							
destruktive Narzibmus		.48	.51	.47	.39	.37	.42	.30
defizitiäre Narzibmus		.36	.40		.26			
konstruktive Sexualität								
destruktive Sexualität								
defizitiäre Sexualität								

kursiv: $p < .05$, fett: $p < .01$, schraffiert: jeweils höchste Korrelation(en)/highest correlation(s)

Mit der Skala „Regression“ korrelieren gleich hoch (.51) defizitäre Aggression, defizitäre Abgrenzung außen und destruktiver Narzißmus, wobei der destruktive Narzißmus wiederum zur Abspaltung von der Realität beitragen dürfte, während in defizitärer Aggression und defizitärer Abgrenzung innen eher die Ursachen für abzuwehrende, „verbotene Impulse“, Ängste und Schuldgefühle zu suchen sind.

Defizitäre Abgrenzung nach außen bildet mit der LSI-Skala „Kompensation“ den insgesamt höchsten positiven Zusammenhang, wobei dieser Abwehrmechanismus (vgl. Tab. 17) u.a. von den Autoren als „unbewußtes Ändern von Einstellungen und Verhalten nach dem Bild einer anderen Person“ operationalisiert wurde – ein Anpassungsmechanismus, der auch bei der Operationalisierung der defizitären Abgrenzung nach außen eine wichtige Rolle spielt.

Die „Projektion“ korreliert mit .37 moderat mit defizitärer Abgrenzung innen und destruktivem Narzißmus; „Verschiebung“ ausgeprägt (.52) mit der destruktiven Aggression, wobei dieser Abwehrmechanismus vorrangig Ärger und Wut auf andere attribuiert.

Die „Intellektualisierung“ erweist schließlich einen Zusammenhang zum destruktiven Narzißmus (.42) wie auch – schwächer – die Reaktionsbildung (.30).

Es ist insgesamt keine der Ich-Funktionen, wie sie im ISTA erfaßt werden, eindeutig und ausschließlich einem der Abwehrmechanismen zuzuordnen. Es zeigt sich aber, daß sowohl von der Zahl und der Höhe der Korrelationen insbesondere der destruktive Narzißmus (7 positive signifikante Korrelationen), die destruktive Angst (6 signifikante positive Korrelationen), die defizitäre Aggression (5 signifikante positive Korrelationen), die destruktive und defizitäre Abgrenzung nach außen (jeweils 4 signifikante Korrelationen), und die defizitäre Abgrenzung nach innen (4 signifikante Korrelationen), bei der Wahl von Abwehrmechanismen anscheinend eine Rolle spielen.

Es handelt sich um Humanfunktionen, die sowohl einzeln als auch in der Kombination insbesondere der Kontaktabwehr dienen. Es zeigt sich aber auch, daß es bei Abwehrmechanismen nicht alleine um die Abwehr von (destruktiver) Angst geht, sondern es sich offenbar um ein komplexeres Geschehen handelt.

Die konstruktiven Ausprägungen korrelieren insgesamt signifikant negativ mit den LSI-Skalen bzw. nicht bedeutsam.

9.3.3 Zusammenhänge mit dem MMPI

Der MMPI ist ein umfangreiches psychiatrisches Inventar, das im wesentlichen Symptome und Syndrome verschiedener psychiatrischer Krankheitsbilder auf 10 klinischen Skalen und 3 Zusatzskalen mißt.

Kurzbeschreibung der MMPI-Skalen (nach Hathaway u. McKinley)

MMPI-Skala	Beschreibung
(HS) Hypochondrie	Neigung zu körperlichen Beschwerden, Pessimismus ...
(D) Depression	Depression, Mutlosigkeit, subjektive Erschöpfung ...
(HY) Hysterie	Unreife, großes Bedürfnis nach sozialer Billigung und Beliebtheit ...
(PD) Psychopathie	Unverantwortlich, impulsiv, egozentrisch, non-konformistisch, mögliche Probleme mit Alkohol, Drogen ...
(PA) Paranoia	Aggressivität, Feindseligkeit, Argwohn, Überempfindlichkeit ...
(PT) Psychasthenie	Selbstunsicherheit, Ängstlichkeit, Zwanghaftigkeit ...
(SC) Schizoidie	in sich zurückgezogen, sich abschließend, bizarres Denken und Verhalten, Trennung zwischen Denkweise und Realität ...
(MA) Hypomanie	Enthusiastisch, nicht ausdauernd, ruhelos, überaktiv ...
(SI) Soziale Introversion/Extraversion	Rückzug von sozialem Kontakt

Die Korrelationen der ISTA-Skalen mit den klinischen Skalen des MMPI (Kurzform von Gehring & Blaser, 1982) finden sich in Tabelle 18.

Die ISTA-Skalen, die die konstruktiven Ausprägungen messen (konstruktive Aggression, konstruktive Angst, konstruktiver Narzißmus) korrelieren insgesamt negativ mit den MMPI-Skalen mit Ausnahme der Skala MA (Hypomanie). Umgekehrt korrelieren die ISTA-Skalen, die destruktive und defizitäre, also tendenziell pathologische Ausprägungen erfassen, erwartungsgemäß positiv mit den MMPI-Skalen.

Auch die Betrachtung der Einzelkorrelationen unterstützt das Kriterium der Konstrukt-Validität. So korreliert die Konstruktive Aggression erwartungsgemäß hoch negativ mit der Symptomatik der Depression (Skala D, $r = -.45$) und dem Rückzug von sozialem Kontakt (SI, $r = -.50$). Destruktive Aggression korreliert positiv insbesondere mit den MMPI-Skalen PA (Paranoia, $r = .55$) und PT (Psychasthenie, $r = .48$). Weitere Erläuterungen finden sich z.B. bei Burbiel et al. (1989, 1990, 1993).

Tabelle 18: Korrelation des ISTA mit dem MMPI (N = 77)

Skala	Hypo- chondrie	Depression	Hysterie	Psycho- pathie	Paranoia	Psycho- sthenie	Schizoide	Manie	Soziale Extraversion
konstruktive Aggression		-45	-34			-34			-50
destruktive Aggression		.50	.33	.31	.55	.48	.46	.40	.39
defizitäre Aggression		.58	.42		.38	.54	.34		.58
konstruktive Angst	.28	-38	-30			-31			-48
destruktive Angst		.61	.43	.38	.52	.59	.49		.51
defizitäre Angst		.44	.36		.39	.48	.44		.39
konstruktive Abgrenzung außen		-45	-33		-28	-34			-43
destruktive Abgrenzung außen		.47	.38	.30	.40	.46	.37		.56
defizitäre Abgrenzung außen		.55	.47		.42	.50	.43	.31	.57
konstruktive Abgrenzung innen		-48	-32			-36			-39
destruktive Abgrenzung innen		.65	.54	.33	.33	.28	.51	.31	.32
defizitäre Abgrenzung innen		.31	.31		.53	.54			.55
konstruktiver Narzissmus		-36				-30			-51
destruktiver Narzissmus	.35	.57	.41	.48	.62	.49	.48	.44	.59
defizitärer Narzissmus		.42		.38	.39	.39	.35		.47
konstruktive Sexualität									
destruktive Sexualität									-28
defizitäre Sexualität									.37

kursiv: $p < .05$; fett: $p < .01$; schraffiert:jeweils höchste Korrelation(en)

9.3.4 Symptom Check List (SCL-90)

Die Korrelationen der ISTA-Skalen mit den neun Skalen der SCL-90 finden sich in Tabelle 19. Auch hier korrelieren, analog zum MMPI, zunächst einmal die konstruktiven ISTA-Skalen stringent negativ oder nicht signifikant mit der psychopathologischen Symptomatik, während die destruktiven und defizitären Ausprägungen signifikant positiv korrelieren.

Die Korrelationen zwischen den ISTA-Skalen und den Symptombereichen der SCL-90 zeigen, daß zwischen den Humanfunktionen einerseits und einer spezifischen Symptomatik andererseits kein eindeutiger Zusammenhang besteht. Vielmehr bilden sich in der Regel Cluster, in denen mehrere Humanfunktionen mit einer Symptomatik in Zusammenhang stehen. Besonders augenfällig ist dies bei „Zwang“, „Unsicherheit“, „Depression“ und „Psychotizismus“. Quer gelesen zeigt die Korrelations-tabelle, daß insbesondere die defizitäre, d.h. starr offene Abgrenzung nach innen mit einer psychischen Symptomatik einhergeht, insbesondere mit „Psychotizismus“ (.60), „Zwang“ (.56) und „Depression“ (.52). Demgegenüber erweist sich die destruktive Abgrenzung nach innen als eine Art Barriere gegenüber offener Symptomatik und korreliert nur mit der Skala Psychotizismus (.34).

Betrachten wir die jeweils ausgeprägtesten Zusammenhänge, so paart sich die Zwangssymptomatik v.a. mit destruktiver Angst (.50) und defizitärer Abgrenzung nach innen (.56) – der Zwang wehrt die destruktive Angst ab und stellt einen Abgrenzungsersatz dar. „Unsicherheit“ und „Depression“ weisen ein ähnliches Muster auf und korrelieren positiv v.a. mit dem pathologischen Narzißmus, defizitärer und destruktiver Aggression, destruktiver Angst und pathologischer Abgrenzung nach außen.

„Angst“ korreliert am höchsten mit defizitärer Abgrenzung innen (.44) und destruktiver Angst (.40); „Aggression“ mit destruktiver Aggression (.42), „Phobie“ mit destruktiver Angst (.49). Mit der Skala „Paranoia“ korreliert der destruktive Narzißmus (.35) und spiegelt hier die Problematik des sich von anderen nicht verstanden fühlen wieder.

Sowohl für die Korrelationen des ISTA mit dem MMPI als auch mit der SCL-90 ist zu berücksichtigen, daß der ISTA sehr wenige Items enthält, die direkt nach einer psychopathologischen Symptomatik fragen.

9.3.5 Zusammenhang mit der Intelligenz

Zwischen den ISTA-Skalen und der Intelligenz, gemessen mit den Subtests des HAWIE sowie dem Verbal-, Handlungs- und Gesamt-IQ finden sich keine signifikanten Korrelationen. Der ISTA erweist sich damit als unabhängig vom Intelligenzniveau der Probanden.

Eine Ausnahme stellt der HAWIE- Subtest „Bilderordnen“ dar, der auch als Hinweis auf „soziale Intelligenz“ interpretiert werden kann. Bilderordnen korreliert signifikant negativ mit destruktiver Aggression (-.36), destruktiver Angst (-.34), defizitärer Abgrenzung nach außen (-.32) und nach innen (-.38) und destruktivem Narzißmus (-.39).

Tabelle 19: Korrelation des ISTA mit dem Life Style Index (LSI)

Skala	Psychosomatik	Zwang	Unsicherheit	Depression	Angst	Aggression	Phobie	Paranoia	Psychofizismus
konstruktive Aggression		-.39		-.38					
destruktive Aggression		.41	.41	.38	.35	.42	.38	.31	.31
defizitiäre Aggression		.45	.44	.49					.52
konstruktive Angst		-.32		-.30					-.40
destruktive Angst		.50	.54	.44	.40		.49		.49
defizitiäre Angst		.36		.32					.33
konstruktive Abgrenzung außen		-.41	-.31	-.37					-.48
destruktive Abgrenzung außen		.42	.39	.41	.30		.30		.49
defizitiäre Abgrenzung außen		.48	.47	.43	.30		.30		.43
konstruktive Abgrenzung innen		-.40		-.37					-.39
destruktive Abgrenzung innen		.29	.42	.52	.44	.27	.27		.34
defizitiäre Abgrenzung innen		.56		.52					.60
konstruktive Narzißmus		-.27		-.38					-.31
destruktive Narzißmus		.48	.50	.47	.34		.32	.35	.49
defizitiäre Narzißmus		.28	.36	.41		.27			.42
konstruktive Sexualität									-.29
destruktive Sexualität									.28
defizitiäre Sexualität									.28

kursiv: $p < .05$, fett: $p < .01$, schraffiert: jeweils höchste Korrelation(en)

10 Differentielle Validität

10.1 Klinische Gruppe und Normalbevölkerung

Als Vergleichswerte wurden aus der Eichstichprobe die Skalenmittelwerte der Gruppe der unter Fünfzigjährigen (N=600) herangezogen. Mittelwerte, Standardabweichungen, t und p-Werte sind in Tabelle 20 dargestellt.

Tabelle 20: Mittelwerte (\bar{x}) und Standardabweichungen (sd) der ISTA-Skalen in der Eichstichprobe (unter 50 Jahre, N = 600) und bei N = 134 Klinikpatienten (Aufnahmewerte)

Skala	Bevölkerung		Klinikpatienten		t	p
	\bar{x}	sd	\bar{x}	sd		
konstruktive Aggression	7,9	2,9	7,1	3,1	-2,67	.01
destruktive Aggression	6,7	3,0	5,1	3,3	-5,09	.000
defizitäre Aggression	5,3	3,4	8,3	3,6	9,00	.000
konstruktive Angst	6,8	2,7	5,9	2,9	-3,35	.001
destruktive Angst	3,7	2,9	5,8	2,9	7,13	.000
defizitäre Angst	5,0	2,9	6,9	3,1	6,44	.000
konstruktive Abgrenzung außen	7,0	2,6	5,1	2,6	-8,07	.000
destruktive Abgrenzung außen	4,9	2,4	4,7	2,8	-.63	n.s.
defizitäre Abgrenzung außen	4,4	2,9	6,1	2,8	6,42	.000
konstruktive Abgrenzung innen	7,5	2,7	6,2	2,9	-5,06	.000
destruktive Abgrenzung innen	3,0	2,4	4,3	2,4	5,87	.000
defizitäre Abgrenzung innen	4,5	2,4	7,3	2,5	11,82	.000
konstruktive Narzißmus	7,7	2,8	6,3	3,0	-4,87	.000
destruktive Narzißmus	4,6	2,7	5,2	2,9	2,00	.05
defizitäre Narzißmus	4,2	3,0	5,5	3,2	4,34	.000
konstruktive Sexualität	7,9	3,0	5,7	3,4	-6,75	.000
destruktive Sexualität	5,7	2,9	3,7	3,1	-6,75	.000
defizitäre Sexualität	3,5	3,1	3,8	2,9	1,05	n.s.

Bei der Interpretation der Daten ist zu berücksichtigen, daß es sich bei der Klinikgruppe um Patienten mit sehr unterschiedlichen Krankheitsbildern und Strukturen handelt (s.a. Abschnitt 5.5). Zwischen der Bevölkerung und der Patientengruppe unterscheiden sich die Skalen-Mittelwerte trotzdem im wesentlichen in erwarteter Richtung (vgl. Tabelle 20): Die Klinik-Patienten haben durchgängig in den konstruktiven Skalen niedrigere, und in den destruktiven und defizitären Skalen in der Regel höhere Werte.

Ausnahmen bilden hier allerdings die destruktive Aggression und destruktive Sexualität. In beiden Skalen weist die Klinikgruppe niedrigere Werte auf als die vom Alter her vergleichbare gesunde

Bevölkerung. Psychisch Kranke sind – wie auch andere Untersuchungen belegen – nicht destruktiv aggressiver oder gewaltbereiter als die Bevölkerung. Nach unseren Ergebnissen ist eher das Gegenteil der Fall. Psychisch Kranke sind, abgesehen von einer Untergruppe der Delinquenten bzw. sozial devianten Persönlichkeitsstörung (F 60.6 nach ICD), zumindest in unserer Stichprobe vorrangig psychisch gehemmt. Dafür spricht auch, daß die größten Unterschiede auf den defizitären Skalen auftreten, die – gemäß der Theorie (s. S. 19 ff) – auch die kränkste, d.h. die am wenigstens entwickelte Struktur repräsentieren. Die destruktiven Anteile haben schon eine gewisse Strukturierung erfahren, es handelt sich bei destruktiver Aggression und destruktiver Sexualität um eine zielgerichtete Form von Aktivität. Ob diese außer Kontrolle gerät i. S. aggressiver Impulshandlungen bzw. Durchbrüche dürfte davon abhängen, in wie weit destruktive Aggression mit konstruktiver oder defizitärer Aggression und auch Angst und Abgrenzung nach außen und innen gepaart ist.

Hier zeigten schon die Korrelationen der ISTA-Skalen untereinander und auch die Faktorenanalyse für die Eichstichprobe und die Klinikgruppe ein unterschiedliches Muster (vgl. S. 73). In der gesunden Bevölkerung korreliert die destruktive Aggression positiv mit konstruktiver Aggression (.42), konstruktiver Angst (.36) und auch allen anderen konstruktiven Ausprägungen. Dies ist in der Patientengruppe nicht der Fall. Die destruktive Aggression korreliert hier nur mit .14 mit der konstruktiven Aggression, und negativ mit der konstruktiven Angst und der konstruktiven Abgrenzung nach außen und nach innen.

10.2 Untergruppen der Eichstichprobe

Abgesehen von den alters- und geschlechtsspezifischen Effekten (vgl. 3.2), die auch als Hinweise auf die differentielle Validität des ISTA gewertet werden können, ergeben sich noch weitere deutliche Effekte.

Psychotherapie und Einnahme von Psychopharmaka

Zunächst seien die beiden Variablen betrachtet, die auch von klinisch-psychologischer Relevanz sind, nämlich die Frage nach einer psychotherapeutischen Behandlung und nach psychopharmakologischer Medikation (Tabelle 21).

Der ISTA trennt auf 16 seiner 18 Skalen in der Regel hochsignifikant zwischen Probanden, die sich in einer psychotherapeutischen Behandlung befinden und solchen, die dies nicht sind. Die Psychotherapiepatienten erweisen sich in eindeutiger Weise als die kränkere Gruppe. Ein ähnlich deutlicher Unterschied ergibt sich auch für die Konsumenten von psychopharmakologischen Medikamenten verglichen mit Probanden, die angeben, keine Psychopharmaka einzunehmen (Tabelle 22).

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. Hingewiesen werden soll auf die Ich-Funktionen der Abgrenzung. Hier zeigen Menschen ohne festen Partner Schwächen in dem Sinne, daß sie über weniger konstruktive Abgrenzung verfügen, sich also in Beziehungen schneller „gefangen“ fühlen können, weil sie ihre Interessen und Bedürfnisse gegenüber dem Partner nicht adäquat vertreten können (Tabelle 23).

Schulabschluß, Beschäftigungssituation und Einkommen

Menschen mit einer höheren Schulbildung als dem Hauptschulabschluß erweisen sich im ISTA als psychisch stabiler (Tabelle 24). Arbeitslose haben im Vergleich zu Personen, die sich in einem Beschäftigungsverhältnis befinden, größere Defizite in der Aggression, Abgrenzung und dem Narzißmus und erhöhte Werte bei destruktiver Angst. Dies spiegelt Anzeichen von Depression wieder, ein Ergebnis, welches auch in Studien zu den psychischen Folgen der Arbeitslosigkeit gefunden wird (Frese et.al, 1989) (Tabelle 25).

Tabelle 21: Mittelwerte und Standardabweichungen der ISTA-Skalen in der Eichstichprobe bei Probanden, die sich in Psychotherapie befinden (N = 51) und dem Rest (N = 950)

Skala	in Psychotherapie		nicht in Psychotherapie		t	p
	\bar{x}	sd	\bar{x}	sd		
konstruktive Aggression	6,2	3,1	7,4	2,9	-2,55	.02
destruktive Aggression	6,4	2,7	6,2	3,1	0,41	ns
defizitäre Aggression	8,8	3,5	5,4	3,3	6,83	.000
konstruktive Angst	5,4	3,0	6,5	2,7	-2,75	.01
destruktive Angst	6,5	2,7	3,4	2,8	6,95	.000
defizitäre Angst	7,5	2,8	4,9	2,8	6,22	.000
konstruktive Abgrenzung außen	5,4	2,5	6,7	2,6	-3,67	.001
destruktive Abgrenzung außen	6,7	2,5	5,0	2,4	4,54	.000
defizitäre Abgrenzung außen	4,4	2,9	6,1	2,8		
konstruktive Abgrenzung innen	5,8	2,9	7,4	2,7	-3,98	.000
destruktive Abgrenzung innen	5,3	2,3	3,2	2,4	6,30	.000
defizitäre Abgrenzung innen	6,8	2,1	4,5	2,4	7,74	.000
konstruktive Narzißmus	5,7	3,0	7,2	2,8	-3,57	.001
destruktive Narzißmus	6,7	3,1	4,6	2,6	4,90	.000
defizitäre Narzißmus	7,2	3,3	4,3	2,9	6,09	.000
konstruktive Sexualität	6,1	3,0	6,9	3,4	-1,83	.10
destruktive Sexualität	5,9	2,3	5,1	3,1	2,36	.05
defizitäre Sexualität	5,6	3,5	4,0	3,2	3,22	.01

Tabelle 22: Probanden, die in psychopharmakologische Medikamente einnehmen (Pharmaka; N = 76) versus Rest (keine; N = 925)

Skala	Pharmaka		keine Pharmaka		t	p
	\bar{x}	sd	\bar{x}	sd		
konstruktive Aggression	6,0	2,8	7,4	2,9	-4,25	.000
destruktive Aggression	6,1	2,7	6,3	3,1	-.54	ns.
defizitäre Aggression	6,4	3,8	5,5	3,4	2,15	.04
konstruktive Angst	5,5	2,7	6,6	2,7	-3,47	.001
destruktive Angst	5,0	3,0	3,9	2,9	3,03	.003
defizitäre Angst	6,2	3,0	5,0	2,9	3,50	.001
konstruktive Abgrenzung außen	6,3	2,7	7,4	2,7	3,46	.001
destruktive Abgrenzung außen	4,0	2,3	3,2	2,4	2,76	.007
defizitäre Abgrenzung außen	5,3	2,7	4,5	2,4	2,38	.02
konstruktive Abgrenzung innen	5,7	2,5	6,7	2,6	-3,65	.000
destruktive Abgrenzung innen	5,5	2,7	5,1	2,4	1,24	n.s.
defizitäre Abgrenzung innen	5,4	3,1	4,4	2,9	2,72	.008
konstruktive Narzißmus	5,7	2,7	7,3	2,8	-4,88	.000
destruktive Narzißmus	5,4	3,0	4,7	2,7	2,04	.04
defizit. Narzißmus	5,5	3,3	4,4	3,0	2,72	.01
konstruktive Sexualität	5,6	3,0	7,0	3,4	-3,79	.000
destruktive Sexualität	4,7	3,0	5,1	3,0	-1,22	n.s.
defizitäre Sexualität	5,2	3,3	4,0	3,2	3,09	.003

Tabelle 23: Partnersituation: Ohne festen Partner (N = 381) versus mit festem Partner (N = 620)

Skala	ohne Partner		mit Partner		t	p
	\bar{x}	sd	\bar{x}	sd		
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
konstruktive Abgrenzung außen	6,4	2,6	7,0	2,5		.000
destruktive Abgrenzung außen	4,7	2,8	4,5	2,7		n.s.
defizitäre Abgrenzung außen	4,8	2,8	4,5	2,7		.10
konstruktive Abgrenzung innen	6,9	2,7	7,5	2,7		.000
destruktive Abgrenzung innen	5,6	2,6	5,4	2,4		n.s.
defizitäre Abgrenzung innen	5,9	3,1	5,7	3,0		n.s.
konstruktive Narzißmus	6,8	2,8	7,3	2,7		.01
destruktive Narzißmus	5,2	2,9	4,7	2,8		.01
defizitäre 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 Sexualität	3,9	3,0	3,6	3,0		n.s.

Tabelle 24: Schulabschluß: Hauptschulabschluß (N = 394) versus höhere Schulabschlüsse (N = 542)

Skala	Hauptschule		höherer Abschluß		t	p
	\bar{x}	sd	\bar{x}	sd		
konstruktive Aggression	6,7	3,0	7,7	2,9	-5.45	.000
destruktive Aggression	5,7	3,2	6,6	2,9	-4.51	.000
defizitäre Aggression	5,7	3,6	5,4	3,3	1.37	n.s.
konstruktive Angst	6,0	2,7	6,8	2,7	-4.37	.000
destruktive Angst	3,9	2,9	4,0	2,8	-.25	n.s.
defizitäre Angst	5,2	3,0	5,0	2,8	-.81	n.s.
konstruktive Abgrenzung außen	6,3	2,6	6,9	2,5	-3.42	.001
destruktive Abgrenzung außen	5,5	2,5	5,0	2,3	3.62	.000
defizitäre Abgrenzung außen	4,7	3,0	4,4	2,8	1,85	.07
konstruktive Abgrenzung innen	7,2	2,7	7,4	2,8	-1.42	n.s.
destruktive Abgrenzung innen	3,5	2,5	3,1	2,4	2.36	n.s.
defizitäre Abgrenzung innen	4,7	2,4	4,5	2,4	1.04	n.s.
konstruktive Narzißmus	6,6	2,8	7,5	2,8	-5.43	.000
destruktive Narzißmus	4,8	2,8	4,7	2,6	.56	n.s.
defizitäre Narzißmus	5,8	3,1	4,3	3,0	2.38	.021
konstruktive Sexualität	5,8	3,6	7,6	3,1	-8.36	.000
destruktive Sexualität	4,4	3,2	5,6	2,9	-5.86	.000
defizitäre Sexualität	4,5	3,2	3,8	3,2	3.26	.000

Tabelle 25: Beschäftigte (N = 510) versus Arbeitslose (N = 70)

Skala	Beschäftigte		Arbeitslose		t	p
	\bar{x}	sd	\bar{x}	sd		
konstruktive Aggression	8,0	2,8	7,0	2,8	2,71	.01
destruktive Aggression	6,6	3,0	6,6	3,0	.05	n.s.
defizitäre Aggression	5,2	3,4	6,4	3,0	-3.13	.002
konstruktive Angst	7,0	2,7	6,2	2,5	2.23	.03
destruktive Angst	3,7	2,9	4,5	2,7	-2.35	.02
defizitäre Angst	4,9	2,9	5,6	2,8	-2.05	.04
konstruktive Abgrenzung außen	7,1	2,5	6,6	2,9	1.18	n.s.
destruktive Abgrenzung außen	4,9	2,3	5,6	2,3	-2.58	.01
defizitäre Abgrenzung außen	4,1	2,9	5,4	2,6	-3.96	.000
konstruktive Abgrenzung innen	7,9	2,7	7,3	2,9	.99	n.s.
destruktive Abgrenzung innen	2,9	2,3	3,7	2,2	-2.86	.005
defizitäre Abgrenzung innen	4,3	2,5	5,3	2,2	-3.57	.001
konstruktive Narzißmus	7,7	2,6	6,7	2,8	2.80	.01
destruktive Narzißmus	4,6	2,8	5,1	2,4	-1.69	n.s.
defizitäre Narzißmus	4,1	3,0	5,5	2,8	-3.86	.000
konstruktive Sexualität	7,7	3,2	6,7	3,1	2.64	.01
destruktive Sexualität	5,6	2,9	4,7	2,9	2.27	.03
defizitäre Sexualität	3,6	3,2	4,1	2,8	-1.41	n.s.

Tabelle 26: Haushaltsnettoeinkommen unter 1500 (N = 121) versus über 4500 DM/Monat (N = 143)

Skala	unter 1500 DM		über 4500 DM		t	p
	\bar{x}	sd	\bar{x}	sd		
konstruktive Aggression	6,8	2,8	8,3	2,5	2,71	.01
destruktive Aggression	6,9	3,2	6,9	2,9	0.01	n.s.
defizitäre Aggression	6,9	3,2	5,3	3,5	-3.13	.002
konstruktive Angst	6,0	2,9	7,4	2,5	2.23	.03
destruktive Angst	5,0	2,9	4,2	3,2	-2.35	.02
defizitäre Angst	6,0	2,8	5,0	2,9	-2.05	.04
konstruktive Abgrenzung außen	6,2	2,6	7,5	2,1	1.18	n.s.
destruktive Abgrenzung außen	5,7	2,3	5,3	2,2	-2.58	.01
defizitäre Abgrenzung außen	5,5	2,8	4,5	2,9	-3.96	.000
konstruktive Abgrenzung innen	6,7	2,8	8,1	2,5	.99	n.s.
destruktive Abgrenzung innen	4,1	2,3	3,3	2,5	-2.86	.005
defizitäre Abgrenzung innen	5,4	2,4	4,5	2,4	-3.57	.001
konstruktive Narzißmus	6,7	2,7	8,0	2,5	2.80	.01
destruktive Narzißmus	5,9	2,6	4,6	2,6	-1.69	n.s.
defizitäre Narzißmus	5,6	2,9	4,3	2,9	-3.86	.000
konstruktive Sexualität	6,4	3,5	7,5	2,8	2.64	.01
destruktive Sexualität	6,0	3,0	5,7	3,2	2.27	.03
defizitäre Sexualität	4,4	3,2	4,3	3,3	-1.41	n.s.

Die Variable „Haushaltsnettoeinkommen“ zeigt, daß die Ärmsten (Einkommen unter 1500,-/Monat) auch die psychisch Schwächsten sind (Tabelle 26).

Aus den Zusammenhängen zwischen sozio-demographischen Merkmalen und den ISTA-Ergebnissen lassen sich Risikofaktoren für psychische Krankheit ableiten (vgl. Finke, Wolfrum 1996, 1997).

Im Sinne der Evaluation des ISTA stellen die Ergebnisse eine Validierung dar. Darüberhinaus werfen sie die Frage auf, inwieweit Persönlichkeitsstruktur durch negative soziale (gruppendynamische) Erfahrungen (Einsamkeit, Armut, schulische und berufliche Mißerfolge) beschädigt wird, und inwieweit eine primär strukturell geschwächte Person im Erwachsenenleben hinsichtlich ihrer Beziehungs- und Arbeitsfähigkeit gehandicapt ist.

Alte versus neue Bundesländer

Die Repräsentativ-Erhebung mit dem ISTA fand fünf Jahre nach der „Wiedervereinigung“ statt. Vor dem Hintergrund der Ost-West-Diskussion interessiert die Frage, ob sich zwischen Personen aus den alten und den neuen Bundesländer im ISTA Unterschiede abbilden. Unseres Wissen handelt es sich um die erste Studie, die solche Vergleiche ermöglicht.

Die Mittelwerte in den ISTA-Skalen der beiden Untergruppen (alte BRD, N = 810; ehemalige DDR, N = 191) sind in Tabelle 27 dargestellt. Es zeigen sich auf 10 der 18 Skalen signifikante Unterschiede:

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.

Tabelle 27: Alte (N = 810) versus neue Bundesländer (N = 191)

Skala	alte Bundesländer		neue Bundesländer		t	p
	\bar{x}	sd	\bar{x}	sd		
konstruktive Aggression	7,3	3,0	7,1	2,8	.89	n.s.
destruktive Aggression	6,2	3,1	6,6	3,0	-1.90	.06
defizitäre Aggression	5,4	3,4	6,2	2,9	-3.46	.001
konstruktive Angst	6,4	2,7	6,7	2,8	-1.02	n.s.
destruktive Angst	3,8	3,0	4,7	2,5	-4.50	.000
defizitäre Angst	5,0	3,0	5,6	2,4	-3.15	.002
konstruktive Abgrenzung außen	6,7	2,6	6,1	2,5	3.14	.001
destruktive Abgrenzung außen	5,1	2,4	5,1	2,2	-.03	n.s.
defizitäre Abgrenzung außen	4,4	3,0	5,2	2,4	-4.13	.000
konstruktive Abgrenzung innen	7,6	2,7	6,4	2,5	5.55	.000
destruktive Abgrenzung innen	3,1	2,4	3,8	2,4	-3.51	.001
defizitäre Abgrenzung innen	5,5	2,5	4,8	2,2	-1,67	n.s.
konstruktive Narzißmus	7,2	2,8	7,1	2,7	.57	n.s.
destruktive Narzißmus	4,7	2,7	5,2	2,5	-3.0	.001
defizitäre Narzißmus	4,3	3,0	5,2	3,0	-3,88	.000
konstruktive Sexualität	6,9	3,4	6,8	3,2	.20	n.s.
destruktive Sexualität	5,1	3,0	5,2	2,0	-.44	n.s.
defizitäre Sexualität	3,9	3,2	4,7	3,0	-3.31	.001

Hochsignifikant ist auch 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.

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 BRD-Bürgern eine Erhöhung der defizitären Abgrenzung nach innen wie nach außen. Bei den destruktiven Ausprägungen zeigt sich kein Unterschied.

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

In der Sexualität 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.

Insgesamt weisen also die Bürger aus den neuen Bundesländern (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 nicht sehr gefördert wurden. Die Ergebnisse bei der Angst und beim 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, 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. 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 Individualität und damit Identität blockiert andere Potentiale.

10.3 Profile klinischer Gruppen

Der ISTA ist konzipiert als ein Instrument zur Untersuchung der Persönlichkeit im Bereich der zentralen Humanfunktionen mit dem Ziel, den Entwicklungsstand und die Potentiale einer Person – was die erfaßten Skalen betrifft – differenziert zu beschreiben. Die Zuordnung eines Patienten zu einer der gebräuchlichen diagnostischen/psychiatrischen Entitäten steht nicht im Vordergrund, spielt aber natürlich in der klinischen Praxis und somit auch bei der Anwendung des ISTA auch eine gewisse Rolle.

Zur diagnostischen Klassifikation der Patientenstichprobe nach ICD-10 s. S. 52f.

- Patienten mit vorrangig depressiver Syndromatik („Depressive Struktur“).
- Patienten mit vorrangig psychotischer Syndromatik („Psychotische Struktur“)
- Patienten mit Persönlichkeitsstörungen vorrangig vom Borderline-Typ („Borderline-Struktur“).

Zu ergänzen wären zumindest Patienten mit vorrangig neurotischer Syndromatik (die „neurotische Struktur“), hierzu laufende Untersuchungen aus dem ambulanten Bereich sind noch nicht abgeschlossen.

Zwischen den Diagnosegruppen der depressiven, der schizophrenen und der Borderline-Struktur erbrachten die Vorformen des ISTA in früheren Untersuchungen (vgl. Burbiel & Wagner, 1984; Burbiel et al. 1990) erwartungsgemäß nur vereinzelt statistisch und inhaltlich bedeutsame Differenzen. Die Unterschiede dieser Krankheitsbilder dürften, so die Interpretation, auch mehr auf der Ebene des Schweregrads der spezifischen krank(machend)en Faktoren angesiedelt sein, so daß die Unterschiede in der Persönlichkeitsstruktur zwischen den Diagnoseklustern fließend ineinander übergehen (Tabelle 21).

Die Ergebnisse bestätigen das formulierte Krankheitsverständnis der Dynamischen Psychiatrie des gleitenden Spektrums von psychischen Störungen und Krankheitsbildern, die fließend ineinander übergehen.

Tabelle 28: Mittelwerte (\bar{x}) und Standardabweichungen (sd) der ISTA-Skalen bei den verschiedenen Diagnosegruppen der depressiven, psychotischen und Borderline-Struktur

Skala	„depressiv“ (D) (N = 34)		„psychotisch“ (P) (N = 29)		„Borderline“ (B) (N = 61)		Unterschiede*
	\bar{x}	sd	\bar{x}	sd	\bar{x}	sd	
konstruktive Aggression	5,8	3,3	7,7	2,4	7,6	3,1	D > P; D > B
destruktive Aggression	5,8	3,7	5,3	3,3	4,8	3,1	
defizitäre Aggression	8,8	3,4	8,7	3,2	8,0	3,9	
konstruktive Angst	5,1	3,1	6,6	2,9	6,1	2,9	D < P
destruktive Angst	6,0	2,9	6,2	2,5	5,7	3,0	
defizitäre Angst	7,1	3,1	7,1	3,1	6,8	3,2	
konstruktive Abgrenzung außen	4,9	2,6	5,1	2,6	5,0	2,6	D > B
destruktive Abgrenzung außen	5,6	2,9	4,8	2,6	4,2	2,6	
defizitäre Abgrenzung außen	6,4	2,9	6,4	2,7	6,1	2,9	
konstruktive Abgrenzung innen	6,0	3,3	6,7	3,0	6,2	2,9	D > B P > D; P > D
destruktive Abgrenzung innen	5,0	2,2	4,4	2,3	4,1	2,5	
defizitäre Abgrenzung innen	7,1	2,4	8,2	2,0	7,0	2,7	
konstruktive Narzißmus	5,4	3,0	7,0	3,0	6,6	3,0	D < P; D < P
destruktive Narzißmus	5,3	2,9	4,8	2,9	5,2	3,0	
defizitäre Narzißmus	6,4	2,7	5,0	3,3	5,4	3,4	
konstruktive Sexualität	5,7	3,7	5,5	3,1	5,9	3,6	D > P
destruktive Sexualität	3,4	3,0	3,6	3,1	4,2	3,1	
defizitäre Sexualität	3,4	2,4	4,6	2,6	3,6	3,3	

*) es werden jeweils die signifikanten ($p \leq .05$) Gruppenunterschiede angegeben

10.4 Evaluation von Therapieeffekten

Ein valides klinisches Testinstrument sollte auch Veränderungen im Behandlungsverlauf in der erwarteten Richtung abbilden. Für die Gruppe der 134 Klinikpatienten lagen von 44 Patienten vollständig ausgefüllte Tests für zwei Meßzeitpunkte vor: nämlich Aufnahme (t1) und Behandlungsende (t2). Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 5,4 Monate.

48 Patienten befanden sich noch in Behandlung, so daß von ihnen noch kein Entlassungswerte vorliegen konnten, 42 Patienten brachen die Behandlung ab, wurden verlegt oder verweigerten eine Abschluß-Testung.

Im Prä-Post-Vergleich verändern sich, bis auf die destruktive Aggression, alle Skalen signifikant und in der erwarteten Richtung (siehe Tabelle 29). Die konstruktiven Anteile nehmen zu, destruktive und defizitäre Ausprägungen nehmen ab. Bei der destruktiven Aggression, die im Mittel gleich bleibt, bestätigt sich die Hypothese, daß sich im therapeutischen Prozeß die defizitäre Aggression über das „Durchgangsstadium“ der destruktiven Aggression in konstruktive Aggression „umwandelt“ (vgl. Burbiel & Wagner, 1984; Burbiel et al. 1993). Man könnte auch sagen, daß die destruktive Aggression stärker mit konstruktiven Anteilen verankert und damit regulierter wird. Auch die destruktive Sexualität nimmt diese Entwicklung. In den Skalen zur Sexualität zeigen sich zudem die relativ am wenigsten ausgeprägten Veränderungen; was auch darauf zurückgeführt werden kann, daß die Bearbeitung der Sexualität erst relativ spät im therapeutischen Prozeß steht (vgl. S. 22ff) und in der ambulanten psychotherapeutischen Weiterbehandlung vorrangiger wird.

Tabelle 29: Mittelwerte (\bar{x}) und Standardabweichungen (sd) der ISTA-Skalen vor und nach der Behandlung

Skala	Aufnahme		Entlassung		t	p
	\bar{x}	sd	\bar{x}	sd		
konstruktive Aggression	7,4	3,3	9,2	2,5	-3,54	.001
destruktive Aggression	5,5	3,5	4,8	2,9	1,25	ns
defizitäre Aggression	8,5	3,6	4,2	3,2	6,50	.000
konstruktive Angst	5,8	3,1	8,5	2,3	-5,14	.000
destruktive Angst	6,2	2,7	4,0	3,1	5,04	.000
defizitäre Angst	6,8	3,3	4,9	3,1	3,37	.002
konstruktive Abgrenzung außen	4,6	2,5	6,5	2,8	-3,86	.000
destruktive Abgrenzung außen	4,7	2,5	3,2	2,8	2,97	.01
defizitäre Abgrenzung außen	6,6	2,8	4,3	3,0	4,47	.000
konstruktive Abgrenzung innen	5,7	2,9	7,9	2,7	-4,86	.000
destruktive Abgrenzung innen	4,4	2,3	3,4	2,4	2,39	.05
defizitäre Abgrenzung innen	7,6	2,1	5,5	2,4	3,76	.001
konstruktive Narzißmus	6,2	3,0	8,2	2,8	-3,84	.000
destruktive Narzißmus	5,4	3,1	4,4	2,6	2,12	.05
defizitäre Narzißmus	5,6	3,4	3,6	3,6	3,11	.01
konstruktive Sexualität	5,8	3,6	7,4	4,1	-2,86	.01
destruktive Sexualität	4,7	2,3	4,2	3,1	0,52	ns
defizitäre Sexualität	3,6	2,9	2,9	2,6	1,94	.10

Vergleicht man die Mittelwerte von t2 mit den Mittelwerten der Referenzgruppe in der Bevölkerung, so haben sich die Scores angeglichen; in den konstruktiven Bereichen liegen die Werte der Patienten sogar höher.

Literatur

- Alkhazova, T.V., Botscharov, V.V., Kamorina, T.V., Tupizin, J.J., Tsvetkova, M.V. (1992): Results of the Russian-Language Ego-Structure Test by Ammon (ISTA) Psychometrical Peculiarities Investigation. *Dyn. Psychiat.* (25), 332–346
- Ammon, G. (1970): *Gruppendynamik der Aggression. Beiträge zur psychoanalytischen Theorie* Berlin: Pinel-Publikationen
- Ammon, G. (1971): Kreativität und Ich-Entwicklung in der Gruppe. *Dyn. Psychiat.* (4), 269–295
- Ammon, G. (Hrsg.) (1972): *Gruppendynamik der Kreativität.* Berlin: Pinel-Publikationen
- Ammon, G. (1973): Die Psychodynamik der Psychosen, der Symbiosekomplex und das Spektrum der archaischen Ich-Krankheit. *Dyn. Psychiat.* (6)
- Ammon, G. (1974): *Psychoanalyse und Psychosomatik.* (München: Piper)
- Ammon, G. (1976): Das Borderline-Syndrom – ein neues Krankheitsbild. *Dyn. Psychiat.* (9), 317–348
- Ammon, G. (1978): Das Verständnis eines Entwicklungsdefizits von Ich-Strukturen in Persönlichkeit und umgebender Gruppe als Grundlage für Wissenschaft und Praxis einer Dynamischen Psychiatrie. *Dyn. Psychiat.* (11), 120–140
- Ammon, G. (Hrsg.) (1979): *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Band 1.* München: Ernst Reinhardt
- Ammon, G. (1979a): Entwurf eines Dynamisch-Psychiatrischen Ich-Struktur-Konzeptes – Zur Integration von funktional-struktureller Ich-Psychologie, analytischer Gruppendynamik und Narzißmus-theorie. In: Ammon, Günter (Hrsg.): *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie Bd. 1* München: Ernst Reinhardt
- Ammon, G. (1979b): unter Mitarbeit von Ammon, Gisela und Marsen, Brigitte: Das Borderline-Syndrom und das ich-strukturelle Arbeiten. In: Ammon, Günter (Hrsg.): *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie Bd. I* München: Ernst Reinhardt
- Ammon, G. (1979c): Das ich-strukturelle und gruppendynamische Prinzip bei Depression und psychosomatischer Erkrankung. *Dyn. Psychiat.* (12), 445–463
- Ammon, G. (1980): Ich-strukturelle und gruppendynamische Aspekte bei der Entstehung der Schizophrenie und deren Behandlungsmethodik. *Dyn. Psychiat.* (13) 429–450
- Ammon, G. (1982): Das sozialenergetische Prinzip in der Dynamischen Psychiatrie. In: Ammon, Günter (Hrsg.): *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie Bd. 2* München: Ernst Reinhardt
- Ammon, G. (1983): Das Prinzip der Sozialenergie im holistischen Denken der Dynamischen Psychiatrie. *Dyn. Psychiat.* (16)
- Ammon, G. (1984): Das Borderline-Syndrom – ein neues Krankheitsbild in Abgrenzung zur Schizophrenie (diagnostische, klinische und therapeutische Aspekte). *Dyn. Psychiat.* (17), 357–380
- Ammon, G. (1985a): Dynamische Psychiatrie – Human-Strukturologie. In: Toman, W., Egg, R. (1985) (Hrsg.): *Psychotherapie – ein Handbuch, Bd. 1.*
- Ammon, G. (1985b): Der mehrdimensionale Mensch. *Dyn. Psychiat.* (18), 99–100
- Ammon, G. (1986): Der mehrdimensionale Mensch. Zur ganzheitlichen Schau von Mensch und Wissenschaft. München: Pinel
- Ammon, G. (1987): Das Borderline-Syndrom – ein neues Krankheitsbild. *Dyn. Psychiat.* (20), 339–368
- Ammon, G. (1988): Zur humanstrukturellen Verwobenheit von Psychosomatik und Schizophrenie in einem ganzheitlichen Krankheitsverständnis. *Dyn. Psychiat.* (21), 1–19
- Ammon, G. (1989): Das Borderline-Syndrom, eine humanstrukturelle Erkrankung: Zur Weiterentwicklung der Ergebnisse des DAP-Borderline-Symposiums 1976
- Ammon, G. (1991): Dynamic Human Structural Psychiatry Today. *Dyn. Psychiat.* (24), 21–33

- Ammon, G. (1992): Neurose und Schizophrenie – Theoretische und klinische Erfahrungen und Konsequenzen. *Dyn. Psychiat.* (25), 147–164
- Ammon, G. (1993): Dynamic Psychiatry and Human-Structurology. *Dyn. Psychiat.* (26), 279–287
- Ammon, G. (1994a): Man as a Multidimensional Being in Health and Illness. *Dyn. Psychiat.* (27)
- Ammon, G. (1994b): The Therapeutic Concept of the Dynamic-Psychiatric Hospital Mengerschwaige. *Dyn. Psychiat.* (27) 31–34
- Ammon, G. (1994c): Zur Methodenintegration in der Psychotherapie. *Dyn. Psychiat.* (27), 149–170
- Ammon, G., Rock, W. (1979): Über die unbewußte Strukturierung und gruppenabhängige Entwicklung der Persönlichkeit. *Dyn. Psychiat.* (12), 377–394
- Ammon, G., Burbiel, I., Wagner, H., Finke, G. (1982): Ergebnisse Dynamisch-Psychiatrischer Forschung. In: Ammon, G. (Hrsg.): *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie*, Bd. 2 München: Ernst Reinhardt
- Ammon, G., Burbiel, I. (1992): Grundzüge der klinischen Humanstrukturellen Psychotherapie. *Dyn. Psychiat.* (25), 1–22
- Ammon, G., Finke, G., Wolfrum, G. (1994): The Revised Form of ISTA and ISTA-Sexuality. Unveröffentl. Manuskript, Vortrag gehalten auf dem 10. Weltkongreß der WADP, 23. Intern. Symposium der DAP vom 25. bis 29. Oktober 1994 am Psychoneurolog. Institut W.M. Bechterew, St. Petersburg, Rußland
- Ammon, G., Dworschak, M., Schmolke, M. (1995): The Case-Conference as an Integrative Moment in Diagnostics and Psychotherapy. *Dyn. Psychiat.* (28) 43–49
- Ammon, M. (1996): Theory and Practice of Dynamic Psychiatry. *Dyn. Psychiat.* (29) 173–180
- Ammon, M. (1997a): Dynamische Psychiatrie – ein integratives psychiatrisch-psychotherapeutisches Konzept. *Dyn. Psychiat.* (30) 3–18
- Ammon, M. (1997b): Theorie und Praxis der Dynamischen Psychiatrie. In: *Kulturelle und ethnische Probleme der psychischen Gesundheit. Kongreßsammelband, Moskau – Ischevsk 1997*
- Apfelthaler, R., Sandermann, G. (1997): The Ego-Structure-Test (ISTA) according to Ammon as an Instrument for Assessment by Psychotherapists. Unveröffentl. Manuskript. Vortrag gehalten auf dem 11. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) / 14. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 4. bis 8. März 1997 an der Fachhochschule München-Pasing.
- Beck, B., Bott, C., Rock, W., Wiehl-Volbehr, A. (1978): Methodische Ansätze zu einer objektivierenden Ich-strukturellen Diagnostik im Rahmen des Ammon'schen Ich-Struktur-Modelles am Beispiel der zentralen Ich-Funktion der Aggression. In: *Dyn. Psychiat.* (11), 152–164
- Beckmann, D. & Richter, H.E. (1975): Gießen-Test (GT). Ein Test für Individual- und Gruppendiagnostik. *Handbuch*. Bern, Stuttgart, Wien: Huber
- Berkey, B.R., Perelman-Hall, T., Kurdek, L.A. (1990): The Multidimensional Scale of Sexuality
- Bowlby, J. (1969): Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. München: Kindler 1975
- Bowlby, J. (1973): Trennung: Psychische Schäden als Folge der Trennung von Mutter und Kind. München: Kindler 1976
- Burbiel, I. (1994): The Group-Dynamic Principle in Diagnosis and Research of Dynamic Psychiatry. *Dyn. Psychiat.* (27) 1–7
- Burbiel, I. (1997a): Das Humanstrukturmodell. *Dyn. Psychiat.* (30) 145–155
- Burbiel, I. (1997b): Grundzüge dynamisch-psychiatrischer Diagnostik. In: *Kulturelle und ethnische Probleme der psychischen Gesundheit. Kongreßsammelband, Moskau – Ischevsk 1997*
- Burbiel, I., Vogelbusch, W. (1981): Die Persönlichkeitstheorie Günter Ammons als Grundlage psychometrischer Untersuchungen. *Dyn. Psychiat.* (14), 16–37
- Burbiel, I., Bott, C., Finke, G. (1982): Wissenschafts-theoretische Grundlagen und Forschungsmethodik der Dynamischen Psychiatrie. In: Ammon, G. (Hrsg.): *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie*, Bd. 2 München: Ernst Reinhardt, 531–671
- Burbiel, I., Wagner, H., Finke, G. (1983): Der Ich-Struktur-Test des Narzißmus. *Dyn. Psychiat.* (16), 221–253
- Burbiel, I., Wagner, H. (1984): Einige Ergebnisse Dynamisch-Psychiatrischer Effizienzforschung. *Dyn. Psychiat.* (17), 468–500

- Burbiel, I., Fabian, E., Emmert, C., Wolfrum, G. (1989): Klinisch-psychologische Effizienzuntersuchungen bei der stationären Behandlung von Borderline-Patienten in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige. *Dyn. Psychiat.* (22), 343–266
- Burbiel, I., Apfelthaler, R., Fabian, E., Schanné, U., Seidler, G., Wolfrum, G. (1990): Die Effizienz stationärer Psychotherapie in der Klinik Mengerschwaige – Klinisch-psychologische Untersuchungen. *Dyn. Psychiat.* (23) 247–301
- Burbiel, I., Apfelthaler, R., Fabian, E., Schanné, U., Wolfrum, G. (1992): Stationäre Psychotherapie der Psychosen. Eine testpsychologische katamnestische Untersuchung. *Dyn. Psychiat.* (25), 214–276
- Burbiel, I., Apfelthaler, R., Fabian, E., Schanné, U., Wolfrum, G. (1993): Inpatient Psychotherapy of Psychoses: A Pre/Post and Follow-up Psychological Outcome Study. *Dyn. Psychiat.* (26) 316–325
- Burbiel, I., Finke, G., Sandermann, G. (1994): Measuring Narcissism and Boundaries in Borderline Patients. *Dyn. Psychiat.* (27), 8–23
- Burbiel, I., Dworschak, M., Schmolke, M. (1994): Grundzüge Dynamisch Psychiatrischer Diagnostik. *Dyn. Psychiat.* (27) 187–201
- Burbiel, I., Apfelthaler, R., Sandermann, G. (1994): Inpatient Psychotherapy of Borderline Patients: A Pre/Post and Follow-up Study. *Dyn. Psychiat.* (27) 336–350
- Deegener, G. (1997): The Multiphasic Inventory (MSI). Fragebogen zur Erfassung psychosexueller Merkmale bei Straftätern (nach Nichols, H.R. & Molinder, I.) Deutsche Bearbeitung. Hogrefe: Göttingen.
- Deneke, F.-W., Müller, R. (1985): Eine Untersuchung zur Dimensionalität und metrischen Erfassung des narzißtischen Persönlichkeitssystems. *Ztschr. f. Psychoth. u. med. Psychol.* 35, 329–341
- Dornes, M. (1993): Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen. Frankfurt: Fischer
- Fabian, E. (1996): Psychosomatik und Psychose – Strukturelle Überlegungen anhand von Fallstudien. *Dyn. Psychiat.* (29), 55–68
- Fabian, U., Dworschak, M., Borusiak, M. (1997): Unbewußte Gruppenprozesse im Verlauf einer Extramuralen Stationären Milieuthherapie (ESMT) mit ISTA-Untersuchungen. Unveröffentl. Manuskript. Vortrag gehalten auf dem 11. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) /14. Internationales Symposium der Deutschen
- Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 4. bis 8. März 1997 an der Fachhochschule München-Pasing
- Finke, G. & Wolfrum, G. (1996): Der Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA) – Erste Ergebnisse nach der Revision. *Dyn. Psychiat.* (29), 199–212
- Finke, G. & Wolfrum, G. (1997): Risikofaktoren Psychischer Gesundheit in Deutschland In: Kulturelle und ethnische Probleme der psychischen Gesundheit. Kongreßsammelband, Moskau – Ischevsk 1997
- Franke, G. (1996): SCL-90-R. Die Symptom-Check-Liste von Derogatis – deutsche Version. Weinheim: Beltz Test
- Freud, S. (1905): Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. *Ges. Werke* Bd. 5
- Freud, S. (1914): Zur Einführung des Narzißmus. *Ges. Werke*, Bd. 10
- Freud, S. (1920): Jenseits des Lustprinzips. *Ges. Werke*, Bd. 13
- Freud, S. (1938): Abriß der Psychoanalyse. *Ges. Werke*, Bd. 17
- Gemmer, I. (1989): Über den Zusammenhang von Sozialenergie, Lernen und Identitätsentwicklung am Beispiel der sog. Lernbehinderung. Eine empirische Grundlagenstudie über psychische Erkrankung als Hintergrund schwerer Lernstörungen. *Dyn. Psychiat.* (22), 74–103
- Grossmann, K., August, P., Fremmer-Bombik, E., Friedl, A., Grossmann, K., Scheurer-Englisch, H., Spangler, G., Stephan, C., Suess, G. (1989): Die Bindungstheorie: Modell und entwicklungspsychologische Forschung. In: Keller, H. (Hrsg.): *Handbuch der Kleinkindforschung*. Berlin: Springer
- Harlow, H.F., Harlow, M. (1966): Learning to love. In: *Am. Scient.* 54, 3
- Hartmann, H. (1939): Ich-Psychologie und Anpassungsproblem. *Intern. Zft. Psychoanalyse – Imago* 24, 62–124
- Hartmann, H. (1964): *Essays of ego-psychology. Selected problems in psychoanalytic psychoanalytic problems*. New York, Int. Univ. Press
- Hartmann, H., Kris, E. und Loewenstein, R.M. (1946): Comments on the formation of psychic structure. *Psychoanal. Study of the Child* 2, 11–38

- Hartmann, E.(1989): Boundaries of dreams, boundaries of dreamers: Thin and thick boundaries as a new personality measure. *Psychiat. Journ. of the University of Ottawa*, 14 (4), 557–560
- Hathaway, S.-R. & McKinley, J.C. (1977): MMPI Saarbrücken. Handbuch. Bern, Stuttgart, Wien: Huber
- Hochmuth, R. (1992): Diskussion des Humanstrukturbegriffs bei Ammon. *Dyn. Psychiat.* (25), 425–439
- Jäger, R.S., Petermann, F. (1992): *Psychologische Diagnostik Ein Lehrbuch*. Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Keller-Husemann, U. (1983): *Destruktive Sexualität. Krankheitsverständnis und Behandlung der sexuellen Perversionen*. München: Ernst Reinhardt
- Kernberg, O. (1978): *Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus*. Frankfurt a.M.
- Kinsey, A.C. et al. (1948): Kinsey Heterosexual-Homosexual Scale. In: *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: W.B.Sanders
- Klein, F., Sepekoff, B., Wolf, T. (1985): The Klein Sexual Orientation Grid (KSOG). In: Klein, F. & Wolf, T. (Eds.): *Two lives to lead: Bisexuality on men and women*. New York: Harrington Park Press
- Koczan, G., Fekete, S., Ozsváth, P. & K. (1991): The Adaptation of Ego Structure Test developed by Ammon in Hungary – The Process of Validation and First Results. In: *Dyn. Psychiat.* (24) 298–307
- Kohut, H. (1971): *The Analysis of the Self*. New York
- Kohut, H. (1977): *The Restoration of the Self*. New York
- Kull, W. (1985): Multiple Sklerose – eine psychosomatische Erkrankung? Kasuistik und Ergebnisse im Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA) bei MS-Patienten. *Dyn. Psychiat.* (18), 211–221
- Lukesch, H., Lukesch, M. (1976): S-S-G-Fragebogen zur Messung von Einstellungen zu Schwangerschaft, Sexualität und Geburt. Göttingen: Hogrefe
- Nesnanow, N.,G., Solowjewa, S.,L. (1994): Testpsychologische Untersuchung von verschiedenen Formen aggressiven Verhaltens. *Dyn. Psychiat.* (27), 202–205
- O'Brien, M.L.(1987): Examining the dimensionality of pathological narcissism: Factor analysis and construct validity of the O'Brien Multiphasic Narcissism Inventory. *Psycholog. Reports*, 61, 499–510
- O'Brien, M.L.(1988): Further evidence of the validity of the O'Brien Multiphasic Narcissism Inventory. *Psychol. Bull.* 62, 879–882
- Plutchik, R. & Conte, H. R. (1989): Measuring emotions and their derivatives: Personality traits, ego defenses, and coping styles. In: S. Wetzler & M.M. Katz (Eds.), *Contemporary approaches to psychological assessment* (pp. 239–269). New York: Brunner/Mazel
- Poloshij, B. (1992): Psychische Erkrankung im heutigen Rußland – politische, epidemiologische und präventive Aspekte. *Dyn. Psychiat.* 25, 383–389
- Poloshij, B.(1994): Dynamisch-Psychiatrische Methoden bei einigen durch Sozialstress ausgelösten psychischen Störungen. In: *Dyn. Psychiat.* (27) 368–375
- Raskin, R., Hall, C.S.(1979): A Narcissistic Personality Inventory. *Psychol. Reports* 45, 590
- Raskin, R., Novacek, J.(1989): An MMPI Description of the narcissistic personality. *Journ. of Personal. Assessment*, 53 (1), 66–80
- Raskin, R., Novacek, J. & Hogan, R. (1991): Narcissistic self-esteem management. *Journ. of Personal. and Social Psychol.*, 60, 911–918
- Reitz, G. (1991): Der therapeutische Prozeß eines Borderline-Patienten im Feld einer ambulanten Gruppen- und Tanztherapie – Ein kasuistischer Beitrag. *Dyn. Psychiat.* (24), 56–69
- Reitz, G. (1996): Humanstrukturelle Tanztherapie und die Entwicklung von Körperlichkeit und Sexualität. *Dyn. Psychiat.* (29), 78–91
- Römisch, S. & Schmolke, M. (1997): Group Diagnosis as Therapeutic Agent in Inpatient Milieu Therapy. Unveröffentl. Manuskript. Vortrag gehalten auf dem 11. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP) / 14. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)vom 4. bis 8. März 1997 an der Fachhochschule München-Pasing
- Schibalski, W. (1993): Auswirkungen von Dogmenbildung in der orthodoxen Psychoanalyse – dargestellt an Hand von Sexualität und psychischer Energie in Hinblick auf Ammons Konzept von Sozialenergie und Androgynität. *Dyn. Psychiat.* (26), 370–380
- Schmidts, R. (1996): Das ganzheitliche Prinzip in der humanstrukturellen Psychoanalyse Günter Ammons. *Dyn. Psychiat.* (29) 317–345

- Schmolke, M. & Dworschak, M. (1996): Die Bedeutung der Case-Konferenz in der stationären humanstrukturellen Psychotherapie. *Dyn. Psychiat.* (29), 262–268
- Schultz-Henke, H. (1949): *Der gehemmte Mensch*. Leipzig: Thieme
- Tewes, U. (Hrsg.) (1991): *Hamburg-Wechsler Intelligenz-Test für Erwachsene*. Revision 1996. Handbuch und Testanweisung. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber
- Thome, A., Sandermann, G. (1997): Zum Defizitbegriff bei Ammon. *Dyn. Psychiat.* (30), 193–203
- Urban, M. (1995): Longterm Treatment of Borderline Personality Disorders – Practical Experiences and Theoretical Considerations. *Dyn. Psychiat.* (1995), 86–95
- Wink, P.(1992): Three narcissism scales for the Carlifornia Q-Set. *Journ. of Person. Assessment*, 58 (1), 51–66
- Wink, P., Gough, H.G.(1990): New narcissism scales for the Carlifornia Psychological Inventory and MMPI. *Journ. of Personality Assessment*, 54 (3) 446–462
- Wolfrum, G, Finke, G. (1997): Der Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA) – ein Verfahren zur Erfassung von Persönlichkeitsstruktur. *Dyn. Psychiat.* (30) 156–182

Anhang

Normen

Wir empfehlen, bei der Auswertung des ISTA Altersnormen zu berücksichtigen, da sich im Mittelwertvergleich zwischen den Gruppen der unter und über 50jährigen auf den meisten Skalen signifikante Unterschiede ergaben. Entsprechend sind auch die beiden Profilblätter gestaltet.

Tabelle 30: T-Normen für die Altersstufe 16 bis 49 Jahre

Rohwert T-Wert	Konstr. Aggr	Destr. Aggr.	Defizit. Aggr.	Konstr. Angst	Destr. Angst	Defizit. Angst	Konstr. außen	Destr. Außen	Defizit. Außen	Rohwert T-Wert
20										20
21										21
22	0									22
23							0			23
24				0						24
25										25
26	1									26
27							1			27
28		0		1						28
29	2									29
30								0		30
31		1					2			31
32				2						32
33	3					0				33
34		2	0					1		34
35							3		0	35
36	4			3	0	1				36
37			1							37
38		3						2		38
39			4			4		1		39
40	5		2		1	2				40
41		4								41
42							5	3	2	42
43	6		3	5		3				43
44		5			2					44
45									3	45
46			4				6	4		46
47	7			6		4				47
48		6			3					48
49			5						4	49
50	8			7		5	7	5		50
51		7								51
52			6		4				5	52
53	9									53
54		8		8		6	8			54
55			7		5			6		55
56									6	56
57	10					7				57
58		9		9			9			58
59					6			7	7	59
60	11					8				60
61		10								61
62			9	10			10		8	62
63					7		8			63
64	12		10			9				64
65				11			11			65
66									9	66
67			11		8	10		9		67
68		12								68
69				12					10	69
70			12							70
71		13			9	11		10		71
72										72
73			13						11	73
74		14								74
75					10			11		75
76			14							76
77										77
78						13				78
79										79
80										80

Tabelle 30: T-Normen für die Altersstufe 16 bis 49 Jahre (Fortsetzung)

Rohwert T-Wert	Konstr. Aggr	Destr. Aggr.	Defizit Aggr.	Konstr. Angst	Destr. Angst	Defizit. Angst	Konstr. außen	Destr. Außen	Defizit. Außen	Rohwert T-Wert
20										20
21										21
22	0									22
23				0						23
24							0			24
25										25
26	1			1				1		26
27										27
28										28
29										29
30	2			2			2			30
31			0					0		31
32										32
33	3			3	0					33
34							3	1		34
35			1							35
36						0				36
37	4			4	1		4	2		37
38		0								38
39						1			0	39
40			2	5	2		5	3		40
41	5									41
42		1							1	42
43						2				43
44	6		3	6	3		6	4		44
45									2	45
46		2				3				46
47							7	5		47
48	7		4	7	4				3	48
49						4				49
50		3					8	6		50
51				8						51
52	8		5		5				4	52
53						5		7		53
54		4					9			54
55				9	6				5	55
56	9		6			6		8		56
57							10			57
58		5		10					6	58
59	10				7	7				59
60			7				11	9		60
61									7	61
62				11						62
63	11	6			8	8		10		63
64							12			64
65			8	12					8	65
66					9	9		11		66
67	12	7								67
68									9	68
69			9			10		12		69
70					10					70
71		8							10	71
72										72
73			10			11		13		73
74					11				11	74
75		9								75
76						12				76
77			11						12	77
78										78
79										79
80										80

Tabelle 31: T-Normen für die Altersstufe 50 bis 75 Jahre

Rohwert T-Wert	Konstr. Aggr	Destr. Aggr.	Defizit. Aggr.	Konstr. Angst	Destr. Angst	Defizit. Angst	Konstr. außen	Destr. Außen	Defizit. Außen	Rohwert T-Wert
20										20
21										21
22										22
23										23
24										24
25							0			25
26								0		26
27	0			0						27
28										28
29							1			29
30				1						30
31	1	0				0		1		31
32										32
33			0				2			33
34	2			2					0	34
35		1						2		35
36			1		0	1				36
37							3		1	37
38	3	2		3						38
39			2			2				39
40					1			3		40
41	4	3					4		2	41
42			3	4						42
43					2	3				43
44								4	3	44
45	5	4	4				5			45
46				5		4				46
47					3					47
48		5	5					5	4	48
49	6									49
50				6		5	6			50
51		6	6		4				5	51
52	7							6		52
53			7	7		6				53
54							7		6	54
55		7			5					55
56	8		8					7		56
57				8		7				57
58		8					8		7	58
59	9		9		6					59
60						8		8		60
61		9		9					8	61
62			10				9			62
63	10				7	9				63
64		10		10				9		64
65			11						9	65
66	11				8	10	10			66
67										67
68		11	12						10	68
69				11				10		69
70	12				9	11	11			70
71		12	13							71
72									11	72
73			14	12				11		73
74					10	12				74
75		13								75
76										76
77						13				77
78		14								78
79										79
80										80

Tabelle 31: T-Normen für die Altersstufe 50 bis 75 Jahre (Fortsetzung)

Rohwert T-Wert	Konstr. Aggr	Destr. Aggr.	Defizit. Aggr.	Konstr. Angst	Destr. Angst	Defizit. Angst	Konstr. außen	Destr. Außen	Defizit. Außen	Rohwert T-Wert
20										20
21										21
22										22
23										23
24	0									24
25				0						25
26										26
27										27
28	1									28
29				1						29
30			0							30
31	2									31
32					0					32
33				2						33
34			1			0	0		0	34
35	3	0								35
36					1			0		36
37				3		1	1		1	37
38			2							38
39	4	1						1		39
40					2		2		2	40
41				4		2				41
42								2		42
43	5	2	3		3		3			43
44						3			3	44
45				5				3		45
46	6				4		4			46
47			4			4			4	47
48		3		6						48
49							5	4		49
50	7								5	50
51			5		5	5				51
52		4		7			6	5		52
53									6	53
54	8				6	6				54
55							7	6		55
56		5	6	8					7	56
57	9					7				57
58					7		8	7		58
59										59
60		6	7	9					8	60
61	10					8	9	8		61
62					8					62
63									9	63
64		7	8	10		9	10	9		64
65	11									65
66					9		11		10	66
67						10		10		67
68		8		11						68
69	12		9			10	12		11	69
70								11		70
71						11				71
72				12				12		72
73		9	10		11				13	73
74						12				74
75										75
76								13		76
77			11							77
78										78
79										79
80										80