

Dynamische *Dynamic* Psychiatrie *Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse
Herausgegeben von Günter Ammon

Günter Ammon

Ich-strukturelle und gruppodynamische Aspekte bei der Entstehung der Schizophrenie und deren Behandlungsmethodik

Brigitte Marsen

Hirnhemisphären und Ich-Struktur

Hartwig Volbehr

Ansätze zu einer gruppodynamischen Betrachtungsweise von neurophysiologischen Strukturen

Nachrichten

PSYCHOTHERAPIE DER SCHIZOPHRENIE

13. Jahrgang

6. Heft 1980

PINEL-PUBLIKATIONEN BERLIN

65

Dynamische Psychiatrie / *Dynamic Psychiatry*

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

13. Jahrgang, 6. Heft 1980, Nr. 65

Herausgegeben von Günter Ammon

unter Mitarbeit von

F. Antonelli, Roma – C. Bahnson, Philadelphia – R. Barnes, Phoenix – F. V. Bassin, Moskau
– L. Bellak, New York – G. R. Bloch, Los Angeles – B. Buda, Budapest – R. Ekstein, Los Angeles
– A. A. Fischer, Maastricht – Th. Freeman, Antrim – A. Garma, Buenos Aires – K. E. Godfrey, Topeka
– J. L. Gonzales, Mexico City – G. H. Graber, Bern – F. Hacker, Wien – F. Hansen, Oslo – G. Hidas, Budapest
– H. Illing, Los Angeles – I. Jakab, Belmont – H. W. Janz, Hannover – U. Keller-Husemann, Düsseldorf
– M. Khan, London – E. Linnemann, København – K. Okonogi, Tokio – L. Miller de Paiva, São Paulo
– J. Pohl, München – E. Ringel, Wien – G. J. Rose, Rowayton – E. Rosenblatt, Santiago – V. S. Rotenberg, Moskau
– H. Searles, Chevy Chase – E. Servadio, Roma – D. Shaskan, Los Angeles – A. E. Sherozia, Tbilisi
– V. Smirnoff, Paris – T. C. Sinha, Calcutta – J. Sutherland, Edinburgh – V. Tähkä, Helsinki – Y. Tokuda, Tokio
– E. Weigert, Chevy Chase – W. Th. Winkler, Gütersloh – W. Z. Winnik, Jerusalem – E. D. Wittkower, Montreal.

Günter Ammon (Berlin)

Ich-strukturelle und gruppodynamische Aspekte bei der Entstehung der Schizophrenie
und deren Behandlungsmethodik 429

Brigitte Marsen (Berlin)

Hirnhemisphären und Ich-Struktur 451

Hartwig Volbehr (Berlin)

Ansätze zu einer gruppodynamischen Betrachtungsweise von neurophysiologischen
Strukturen 474

Nachrichten 488

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

Günter Ammon, Berlin*

Was der Autor in dieser Arbeit vorstellt, ist etwas grundlegend Neues: die Verbindung von neurophysiologischer Hirnhemisphäre und Ich-Struktur-Forschung. Er stellt die Verbindung her zwischen dem Synergismus der Hirnhemisphären und dem Synergismus der Ich-Bereiche von primärem, zentralem und sekundärem Ich.

Dies ist von besonderer Relevanz für ein Verständnis der Schizophrenie. In dieser Arbeit leitet Ammon die ich-strukturelle Persönlichkeitsentwicklung des schizophren reagierenden Menschen ab von dessen lebensgeschichtlich erfahrener Gruppendynamik, die ihren ich-strukturellen Niederschlag ebenso im Unbewußten findet wie im primären Ich, d. h. die neurophysiologischen Funktionen des Menschen.

Dieser Prozeß wird gesehen als abhängig vom sozialenergetischen Feld, bzw. Umfeld des Menschen, d. h. von der von der Gruppe auf einem gleitenden Spektrum gegebenen oder verwehrt Sozialenergie.

So gibt Ammon eine differenzierte Definition des Krankheitsbegriffes der schizophrenen Reaktion, entwickelt ein gruppendynamisches Verständnis der Genese der Erkrankung und zeigt die ich-strukturellen Konsequenzen auf.

Auf dieser Grundlage entwickelt er eine therapeutische Behandlungsmethodik, die sich anpaßt an die Bedingungen, die die Erkrankung setzt und erläutert die Möglichkeiten einer ambulanten wie stationären Behandlung schizophrener Erkrankter.

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

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

Die Schizophrenie verstehe ich als Identitätserkrankung. Identitätsverweigerung ist methodisch in der Geschichte häufig als Psycho-Folter einge-

* Dr. med., Präsident der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) und der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP), Chef-Konsiliaris der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige

** Vortrag, gehalten auf dem XII. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 8.-13. Dezember 1980, Kongreßzentrum München.

setzt worden, als Zerstörung eines Menschen, wie *Carl Zuckmayer* es so deutlich in seinem Theaterstück „Des Teufels General“ beschreibt, in dem ein Mensch durch systematische Verweigerung seiner Identität in den Wahnsinn getrieben wird.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Mit anderen Worten heißt das, daß die Begriffe Schizophrenie und schizophrene Reaktion hinsichtlich der Erkrankung, die sie bezeichnen, identisch sind, sich aber unterscheiden hinsichtlich des Krankheitsverständnisses und des dahinterliegenden Menschenbildes (vgl. *B. Gülsdorff*, 1980).

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

Bei der schizophrenen Reaktion handelt es sich um den Zusammenbruch des niemals richtig entwickelten Persönlichkeitskerns des Menschen, den ich von unserer ich-strukturellen Lehre ausgehend als das im Unbewußten lie-

gende zentrale Ich der Persönlichkeit bezeichne, mit den Ich-Funktionen der Ich-Abgrenzung, der Ich-Integration, der Ich-Regulation, der Aggression, der Angst, der Sexualität, konzeptionellem Denken, Traum- und Phantasiefähigkeit, Kreativität und Ich-Autonomie, die in interdependentem Zusammenhang stehen und einmünden in die den Menschen ausmachende zentrale Ich-Funktion der Identität.

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

Nach unserer neuesten Forschung können wir das Phänomen der Schmerzunfähigkeit hinzufügen, da wir oft bei Patienten in diesen Zuständen das Fehlen von Schmerzfähigkeit feststellen können ebenso wie das Fehlen von Träumen in der Psychose. Im therapeutischen Prozeß, wenn diese Menschen aus der psychotischen Situation wieder auftauchen, setzt die Traumfähigkeit wieder ein und ebenso die Schmerzfähigkeit. Traumfähigkeit und Schmerzfähigkeit erscheinen geradezu als diagnostische Kriterien und als Kriterien für die Effektivität der Therapie und den Stand der Behandlung. Die sekundären Ich-Funktionen, die die Aspekte von Funktionsfähigkeit und Verhalten des Menschen im gesellschaftlichen Umfeld beschreiben, sind bei Menschen mit schizophrener Grundstruktur lebensgeschichtlich, aber auch in ihrer aktuellen Lebenssituation weitgehend stützend, durch hilfreiche Menschen der umgebenden Gruppe, als Hilfs-Ich-Funktionen übernommen worden.

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

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

der der Patient in die Klinik kommt, nur vorübergehend anzunehmen und an einer Loslösung schrittweise und behutsam zu arbeiten.

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

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

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

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

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

Gerade in der letzten Zeit ist die Hirnhemisphären-Forschung in Verbindung mit der Ich-Struktur-Forschung unserer Schule weiterentwickelt worden. Parallel dazu konnte auch meine Persönlichkeitsprofil-Forschung neue Erkenntnisse bringen, der Ich-Struktur-Test erweitert werden, worüber meine Mitarbeiter, die Diplom-Psychologen *Ilse Burbiel* und *Wilfried Vogelbusch* (1980), veröffentlicht haben.

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

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

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

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

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

Stellt eine andere gesellschaftliche Gruppe bewußt oder unbewußt ein sozialenergetisches Feld her, übernimmt Hilfs-Ich-Funktionen und leistet eine sozialenergetisch regulative Auseinandersetzung, so kann sie damit ermöglichen, daß ein Mensch mit schizophrener Ich-Struktur ein erfülltes, kreatives Leben in ihrer Mitte führen kann.

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

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

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

lenbegriff meint, nämlich eine sich prozeßhaft verändernde Position in einem dynamischen Geschehen.

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

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

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

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

Dem grausamen, mit Todesangst einhergehenden ich-losen Zustand versuchen schizophren reagierende Menschen häufig durch starke körperliche Reize zu entfliehen; sie laufen dann barfuß durch den Schnee oder fügen sich in extremen Fällen schmerzhaft Verletzungen zu, um die Grenzen ihres Körpers wieder spüren zu können. Sie brennen sich mit Zigaretten oder Bügeleisen oder fügen sich tiefe Schnittwunden zu, denn ein extremer, an der Körper-Ich-Grenze erlebter Schmerz gibt diesen Menschen das Gefühl ichhaft erlebter Existenz wieder zurück. Ähnliches geschieht auch, wenn diese Menschen somatisch erkranken: die akut psychotische Situation klingt ab. Für die Therapie schizophren reagierender Patienten bedeutet das als Konsequenz, daß auch das Körper-Ich einbezogen werden muß. Dies geschieht

vor allem durch Massage und Schwimmtherapie, aber auch durch Jazzdance und Theatertherapie. Auch die Reittherapie ist bei schizophren reagierenden Patienten von großer Bedeutung: Ihre Konzentration ist ganz auf das Pferd gelenkt, der Kontakt zum Therapeuten kann damit vom Patienten seinen Bedürfnissen entsprechend angstfreier reguliert werden, und die Gefahr einer psychotischen Desintegration des Patienten ist herabgesetzt.

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

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

Der archimedische Punkt in der Psychotherapie mit katatonen Patienten ist die Einstellung des Therapeuten: Hält der Therapeut den Patienten für stumpf, uninteressant, psychisch tot und gibt ihn auf, wird er keinen Kontakt herstellen können, ist er aber auf dem Hintergrund des Wissens um das Leiden des Patienten immer wieder bemüht, Kontakt herzustellen, auch wenn er nur schweigend bei ihm ist, wird er im allgemeinen auch einen Weg zu ihm finden können.

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

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

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

Ich habe den Begriff des konstruktiven Widerstandes (vgl. *Günter Ammon*, 1981) eingeführt, der eben diese Abgrenzungsversuche gegenüber der

symbiotischen Übertragung zum Therapeuten bezeichnet und als Widerstand in der Therapie erscheint. Gerade hier müssen wir dem Patienten helfen, sich zum ersten Mal in seinem Leben abzugrenzen, nein zu sagen und auch seine destruktive Aggression gegen uns zu richten, um ihm überhaupt zu ermöglichen, den risikogeladenen und schweren Weg zu eigener Identität zu finden.

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

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

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

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

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

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

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

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

In der Therapie delegieren schizophren reagierende Patienten ihre Angst an den Therapeuten: Sie verbreiten Panik und Konfusion, drohen damit, wegzulaufen oder sich umzubringen. In der Therapie kommt es darauf an, daß die Angst getragen wird im Bewußtsein dessen, daß diese Angst, die der Therapeut dann empfindet, die Angst des Patienten ist, und er dem Patienten hilft, der Angst standzuhalten statt sich zum Mitagieren hinreißen zu lassen. Es ist dann oft wohltuend für den Patienten, wenn der Therapeut ihm seine Gefühle mitteilt und vermittelt, wie starke Angst der Patient eigentlich haben muß und diese sehr ernst zu nehmen sei. Diese Angst kann dann verstanden werden, sie ist immer eine Todes- und Identitätsangst, die bei jedem weiteren Identitätsschritt in der Therapie eintritt und im Tiefsten eine Angst ist vor der identitätsverbietenden Primärgruppe.

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

Diese Dynamik konnte ich beobachten zwischen einem Ehepaar und dessen südländischem schizophren reagierenden Bekannten. Herr N. kam, um

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

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

Die gestörte Ich-Funktion des Narzißmus führt dazu, daß der schizophren Reagierende ständig destruktiv gegen sich, bzw. das soziale Umfeld agiert oder in weniger stark psychotischen Phasen kontinuierlich narzißtische Zuwendung fordern wird, die ihn aber immer unbefriedigt sein läßt und in keiner entsprechenden Korrelation zu dem steht, was echte Anerkennung einbringen könnte. Läßt der Therapeut sich darauf ein, den Patienten nur zu bestätigen, alle Bedürfnisse zu befriedigen, wird er erleben müssen, wie die Ansprüche des Patienten ins Unermeßliche wachsen, einem Faß ohne Boden gleich, und der Patient immer unzufriedener und fordernder wird, bis es zu einem Abbruch der Behandlung kommt.

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

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

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

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

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

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

Eingangs habe ich als weitere Grundstörung beim schizophren Erkrank-

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

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

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

Die primäre gruppendynamische Situation des schizophren Erkrankten ist dadurch gekennzeichnet, daß an ihn unerfüllbare Identitätsanforderungen gestellt werden. Er sollte die vielfachen narzißtischen Bedürfnisse der Mutter, des Vaters oder anderer Mitglieder der Gruppe befriedigen, d. h. er wurde narzißtisch ausgebeutet anstatt narzißtische Energiezufuhr zu erhalten.

Für die Bedürfnisbefriedigung der Familie wurden Forderungen gestellt in körperlicher, intellektueller und anderer Hinsicht, die der Befriedigung der Bedürfnisse der Gruppe dienten und sich zu einer verrücktmachenden Situation für das Kind entwickelten. Das Kind wurde nicht als eigenes Wesen und eigener Mensch angenommen, sondern benutzt als Automat zur Bedürfnisbefriedigung der Gruppe. Der Gruppe ermöglichte das Kind dann Gefühle, Lust, Sicherheit, das Erleben eigener Vollkommenheit, indem es einen perfekten Körper zu haben hatte, intellektuelle oder künstlerische Leistungen vollbrachte und versprach, ein außerordentlicher Mensch zu werden. Auf dem Hintergrund dieser Dynamik ist die psychotische Reaktion im Sinne einer symbiotisch-psychotischen Explosion, einer Sprengung der eigenen identitätsverbietenden Situation in der Gruppe zu verstehen. Der

Patient versucht, sich destruktiv-aggressiv aus dem als Gefängnis empfundenen symbiotischen Gehäuse zu befreien. Der schizophren reagierende Mensch befindet sich in einer Situation, aus der es für ihn oft keinen anderen Ausweg gibt, als sich in den Wahn oder andere schizophrene Formen wie u. a. die Katatonie und den Autismus zu stürzen, was zu verstehen ist auf dem Hintergrund des beschriebenen Identitäts- und Abgrenzungsverbot. Aus diesem Grund ist er gezwungen, in dieser engen symbiotischen Beziehung zu verharren, er kann ohne sie nicht existieren und wäre hilflos seinen archaischen Verlassenheitsgefühlen und der daraus resultierenden Wut ausgeliefert. So lebt er in einer Symbiose entweder mit seinen Eltern, die ihn nicht freigeben wollen, um die pathologische Familienhomöostase nicht zu gefährden, in symbiotischen Partnerbeziehungen oder auch in einer „geistigen Symbiose“.

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

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

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

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

Von besonderer Bedeutung für die kindliche Entwicklung ist die Familiengruppe und deren Dynamik, auch wenn andere Gruppen ebenfalls eine Rolle spielen. Kinder sind von ihren Eltern existentiell abhängig und daher in ihrer ich-strukturellen Entwicklung der Familiengruppendynamik besonders ausgeliefert, beeinflussbar und verletzbar. Jede Familiengruppe hat ihre eigene Dynamik, von der die darin lebenden Kinder abhängig sind und daher in ihrer ich-strukturellen Entwicklung umso schwerer getroffen werden

können. Dies gilt vor allem, wenn mehrere von den im Folgenden aufgeführten Aspekten auf das Kind einwirken:

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

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

Gisela Ammon hat aus ihren Direktbeobachtungen derartiger Aspekte, die vereinzelt in Familiengruppen der Psychoanalytischen Kindergärten vorkommen, diese Dynamik differenziert beschrieben (vgl. *Gisela Ammon*, 1980).

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

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

Eltern oder den anderen Beziehungspersonen herzustellen und ihre Unterstützung für die Therapie zu erlangen.

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

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

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

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

Eine bedeutsame Rolle im Behandlungsprozeß spielt die Teambesprechung und Supervisionsgruppe der Klinik unter Leitung des die Behandlung koordinierenden Klinikleiters, in der alle Mitglieder des Teams, wie Psychiater, Milieu-Therapeuten, Gruppen-Psychotherapeuten, Psychoanalytiker, internistische bzw. neurologische Ärzte, Sozialarbeiter und Diplom-Psychologen, dynamisch-psychiatrische Krankenschwestern und Pfleger, Musik-, Theater-, Tanz-, Kunst- und Sport-Therapeuten und Lehrer der Patienten teilnehmen. Die Möglichkeiten der Kontrolle der Behandlung werden erweitert durch Direktbeobachtungen von teilnehmenden Beobachtern oder durch unser Zwei-Weg-Spiegel-System durch sogenannte „fremde“ Beobachter.

In der Supervisionsgruppe sind die bei den Berichten über die therapeutischen Situationen entstehenden Angst- und Fremdheitsgefühle von Bedeu-

tung, d. h. man wird in der Art des Berichtes und im Verhalten des berichtenden Therapeuten durch unbewußte Identifizierungsprozesse den Patienten wiedererkennen und in der Reaktion des Teams die Gefühle des Therapeuten in der Behandlungssituation erleben. Je mehr psychotisch schizophren der Patient reagiert, um so intensiver wird sich diese Situation während der Supervision, sei es Einzel-, sei es Gruppensupervision, darstellen.

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

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

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

Gewisse Persönlichkeitsanforderungen sind an die Therapeuten zu stellen, besonders die Eigenschaft, sich mit den Patienten intensiv auseinanderzusetzen zu können. Der Therapeut muß selber auch ein reiches persönliches Leben führen können, das ihm Befriedigung bringt und darf nicht abhängig sein von Bestätigung durch die von ihm durchgeführte Schizophrenie-Therapie, und er darf auf keinen Fall bewußt oder unbewußt sein Leben zu einem Leben in der Therapie machen, wozu schizophren reagierende Patien-

ten nur allzu leicht im Sinne des Widerstandes verführen, wobei die schizophrene Übertragung einen weit größeren Sog zu Gegenübertragungsreaktionen ausübt als die von *Freud* bei der Hysterie beschriebenen Widerstandsmechanismen.

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

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

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

Diese Angst des Patienten spiegelt sich im Therapeuten wider und wird als Gegenübertragungsreaktion oftmals als eine Art Milchglas- oder Dementia praecox-Gefühl beschrieben, was dann diagnostisch gewertet wird. Eine erfolgreiche Schizophrenie-Therapie hängt davon ab, ob der Therapeut die spezifische Art der schizophrenen Übertragung erkennt und annimmt, was ich an anderer Stelle als ein Einsteigen in die Psychose beschrieben habe. In diesem Zustand einer symbiotisch tragenden Übertragungsbeziehung sollte der Therapeut nicht über die Gebühr lange mit dem Patienten verharren, vielleicht einige Sitzungen lang oder auch über einige Wochen. Ebenso be-

stimmend für eine erfolgreiche Schizophrenie-Therapie ist, daß der Therapeut von Anfang an das Ziel der Therapie im Auge behält, nämlich den Patienten aus seinen symbiotischen Abhängigkeitsfesseln, bzw. seiner schizophrenen symbiotischen Übertragung zu befreien und ihm zu eigener Abgrenzung zu verhelfen.

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

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

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

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

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

Diese Menschen, die ich oft als die Schwächsten und Ausgestoßenen unserer Gesellschaft bezeichnet habe, können nicht selbst für ihre Rechte eintreten, so daß wir als Psychiater und in diesem Bereich Tätige die Anwaltschaft für ihre Interessen übernehmen müssen im Sinne einer humanistischen Gesellschaft.

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

Günter Ammon (Berlin)

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

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

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

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

The author describes the basic assumptions of groupdynamics causing schizophrenic reactions, with regard to the ego-functions of the body-ego, ego-demarcation, aggression, anxiety, perception and the ego-functions of thought. It is the rigid network of groupdynamics which causes mental illnesses. The homeostasis of the family group will be supported by the mentally ill patient. The schizophrenic reacting patient can liberate himself out of this so called symbiotic prison by psychosis. His family group can only get feelings of existence itself because the patient fulfills the emptiness – the so called hole – in the family’s ego-structure and groupdynamic. The schizophrenic reacting patient is not allowed to demarcate himself for his own

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

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

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

Essentials of the treatment are:

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

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

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

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

Literatur

- Ammon, Gisela* (1979): Präventive Maßnahmen – Psychoanalytische Kindergärten und Psychoanalytische Pädagogik. In: Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1, Hrsg. *Günter Ammon*, (München: Ernst Reinhardt)
- (1981): Präventive Kindergartenarbeit – schizophren machende Aspekte in Familiengruppen. In: *Dyn. Psychiat.* (Im Druck)
- Ammon, Günter* (1959): Theoretical Aspects of Milieutherapy. The Menniger School of Psychiatry, Topeka, Kansas, USA. (Berlin: Pinel-Publikationen, 1977)
- (1971 a): Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie I. In: *Dyn. Psychiat.* (4) 9-28
- (1971 b): Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie II. In: *Dyn. Psychiat.* (4) 123-167
- (1971 c): Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie III. In: *Dyn. Psychiat.* (4) 181-201
- (1972 a): Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie IV. In: *Dyn. Psychiat.* (5), 81-107
- (1972 b): Verschiedene Ausdrucksformen bei schizophrener Reaktion. In: *Jap. Bull. of Art Ther.*, Tokyo
- (1973): Dynamische Psychiatrie – Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie. (Darmstadt: Luchterhand, München: Neuauflage Kindler, 1980)
- (1978): Das Verständnis eines Entwicklungsdefizits von Ich-Strukturen in Persönlichkeit und umgebender Gruppe als Grundlage für Wissenschaft und Praxis einer Dynamischen Psychiatrie. In: *Dyn. Psychiat.* (12) 120-140
- (1979 a): Entwurf eines Dynamisch-Psychiatrischen Ich-Struktur-Konzepts – Zur Integration von funktional-struktureller Ich-Psychologie, analytischer Gruppendynamik und Narzißmustheorie. In: Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1, Hrsg.: *Günter Ammon*, (München: Ernst Reinhardt)
- (1979 b): unter Mitarbeit von *Andreas von Wallenberg Pachaly*: Schizophrenie. Ebenda
- (1979 c) unter Mitarbeit von *Gisela Ammon* und *Brigitte Marsen*: Das Borderline-Syndrom und das ich-strukturelle Arbeiten. Ebenda
- Ammon, Günter; Ammon, Gisela; Griepenstroh, D.* (1981): Das Prinzip von Sozialenergie – gleitendes Spektrum und Regulation. In: *Dyn. Psychiat.* (Im Druck)
- Ammon, Günter* (1981): Psychoanalytische Aspekte des Widerstandes. In: Die Rolle des Widerstandes in den psychotherapeutischen Schulen, Hrsg.: *H. Petzold*, (Im Druck)
- Bateson, G.; Jackson, D. D.; Haley, J. und Weakland, J. W.* (1956) Toward a Theory of Schizophrenia. In: *Behavioural science*, 1, 251-264
- Bleuler, E.* (1911): Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien. In: Handbuch der Psychiatrie (Aschaffenburg, Leipzig-Wien: G. Deuticke)
- Burbiel, I.; Vogelbusch, W.* (1980): Das Persönlichkeitsmodell nach Günter Ammon in Theorie und Praxis psychometrischer Untersuchungen. In: *Dyn. Psychiat.* (Im Druck)
- Freud, S.* (1911): Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia paranoide). In: *Ges. W.* Bd. VIII, In: Imago, London
- Freud, S.* (1938): Abriß der Psychoanalyse. In: *Ges. W.* Bd. XVII, In: Imago, London
- Gülsdorff, B.* (1980): Der Stellenwert der Genetik und Neurotransmitter bei der Schizophrenie. In: *Dyn. Psychiat.* (Im Druck)
- Marsen, B.* (1980): Hirn-Hemisphären und Ich-Struktur. In: *Dyn. Psychiat.* (13), 451-473
- Spitz, R. A.* (1946): Anaclitic Depression. In: *Psychoanalyt. Study Child*, 2. Int. Univ. Press, New York

Anschrift des Autors:

Dr. med. Günter Ammon,
Prinz-Friedrich-Leopold-Straße 21
1000 Berlin 37

Hirnhemisphären und Ich-Struktur**

Brigitte Marsen*

Der Mensch als Gegenstand der modernen naturwissenschaftlichen Forschung und der Mensch als Gegenstand der psychologischen Wissenschaft bestanden lange in völlig getrennten Forschungsrichtungen nebeneinander. Das Persönlichkeitskonzept Günter Ammons und seiner Schule stellt den Versuch dar, die strukturelle und genetische Einheit der Persönlichkeit theoretisch und methodisch zu erfassen. Als Prinzip dieser Einheit wird die Gruppe angesehen, weil sich Menschen in ihren biologischen wie psychologischen Aspekten ganzheitlich in den Beziehungen zu ihren Lebensgruppen entwickeln und entfalten.

In dieser Arbeit sollen die Ergebnisse der neurophysiologischen Forschung, insbesondere die Befunde über die funktionelle Asymmetrie der Hirnhemisphären auf der Grundlage des Ich-Struktur-Modells interpretiert werden. Der Synergismus von primären, zentralen und sekundären Ich-Funktionen entspricht der synergistischen Tätigkeit der beiden Hirnhemisphären, die wiederum nur in Beziehung zu untergeordneten Hirnabschnitten zu sehen ist. Eine Lokalisation einzelner Funktionen ist von daher abzulehnen. Neurophysiologische Befunde deuten darauf hin, daß die Tätigkeit der rechten Hemisphäre den zentralen Ich-Funktionen entspricht, die der linken Hemisphäre den sekundären Ich-Funktionen.

Der Gedanke, bei psychischen Prozessen nach einem körperlichen Korrelat zu forschen, ist so alt wie die Psychoanalyse selbst. So schreibt *Freud* 1915: „Es ist ein unerschütterliches Resultat der Forschung, daß die seelische Tätigkeit an die Funktion des Gehirns gebunden ist wie an kein anderes Organ.“ *Freud* versuchte, „eine naturwissenschaftliche Psychologie zu liefern, d. h. psychische Vorgänge darzustellen als quantitativ bestimmte Zustände aufzeigbarer, materieller Teile, und sie damit anschaulich und widerspruchsfrei zu machen“ (*Freud*, 1895). Bereits 1915 sieht er diesen Versuch als gescheitert an. „Ein Stück weiter – es ist nicht bekannt, wie weit – führt die Entdeckung von der Ungleichwertigkeit der Gehirnteile und deren Sonderbeziehung zu bestimmten Körperteilen und geistigen Tätigkeiten. Aber alle Versuche, von da aus eine Lokalisation der seelischen Vorgänge zu erraten, also Bemühungen, die Vorstellung in Nervenzellen aufgespeichert zu denken und die Erregungen auf Nervenfasern wandern zu lassen, sind gründlich gescheitert.“ (*Freud*, 1915).

Der Versuch einer Entsprechung bzw. Zuordnung von psychischen zu hirnphysiologischen Prozessen mußte aus zweierlei Gründen scheitern:

Erstens bietet das Instanzenmodell von Ich, Es und Über-Ich keine differenzierte Matrix für detaillierte Weiterforschung einzelner Funktionsuntersuchungen.

Zweitens war der Wissensstand auf dem Gebiet der Hirnphysiologie noch sehr gering im Vergleich zu den uns heute zur Verfügung stehenden For-

* Dr. med., Dozentin und Lehranalytikerin am Berliner Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik (LFI) der DAP

** Vortrag, gehalten auf dem XII. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 8.-13. Dezember 1980, Kongreßzentrum München

schungsergebnissen. So hatte *Broca* 1861 ein lokalisiertes Sprachzentrum auf der linken Hemisphäre nachgewiesen, und die Forschung war in der Folge darum bemüht, weitere derartig lokalisierte Zentren zu finden. Differenzierte Kenntnisse z. B. bezüglich der rechten und linken Hirnhemisphäre lagen noch nicht vor.

Freud versuchte, psychische Prozesse in naturwissenschaftliche Kategorien zu fassen. Als dieser Versuch scheitern mußte, beschränkte er sich auf die Erforschung des rein Psychischen.

Spätere neurophysiologische Forschungen, vor allem auch im Zuge der Entwicklung kybernetischer Modelle, haben ergeben, daß Funktionskreise mit vielfältigen Verbindungsmöglichkeiten zu verschiedenen Zentren des Gehirns bestehen, was eine Abkehr von der Suche nach bestimmten Hirnfunktionen in lokalisierten Zellgruppen zur Folge hatte.

Der Ansicht einer lokalisierten Störung als Grundlage sogenannter Geisteskrankheiten scheinen selbst in heutiger Zeit noch einige Schulpsychiater zu huldigen, wenn sie nach umschriebenen morphologischen Veränderungen oder Störungen im Transmitter-Stoffwechsel als Ursache z. B. für die Schizophrenie suchen.

Die dynamisch-psychiatrische Wissenschaft hat folgende Punkte einer Kritik an den wissenschaftstheoretischen Grundannahmen der naturwissenschaftlichen Humanwissenschaften:

1. Diese werden durch ihre spezifische Methodologie dazu angeleitet, die Lebensprozesse des menschlichen Individuums in ihrer genuinen Zugehörigkeit zu den Lebensprozessen seiner mitmenschlichen Umwelt zu zerlegen in einen biologischen bzw. chemisch-physikalischen Forschungsbereich einerseits und einen außerbiologischen andererseits. Diese Zerlegung ist nicht wissenschaftlich neutral, d. h., sie leitet dazu an, Erfordernisse der Forschungsmethodik für reale Gegebenheiten zu halten. Darüber hinaus leitet sie dazu an, allein die naturwissenschaftlichen Forschungsergebnisse und -vorhaben für exakt und überprüfbar zu halten. Die außernaturwissenschaftlichen Forschungsergebnisse geraten durch diese Zerlegung in die Geltung, subjektivistisch und willkürlich zu sein.
2. Infolge des naturwissenschaftlichen Kausalitätsdenkens ist es zu der nicht hinterfragten Auffassung gekommen, daß der aus methodologischen Gründen abgespaltene Bereich des biologisch, chemisch und physikalisch Erfassbaren reales Substrat und Entstehungsort der psychologischen, sozialen und historischen Realien sei. Diese Auffassung ist durch die Anwendung mathematischer Modelle wie Kybernetik und Statistik, die das Kausalitätsdenken ablösen, nicht verändert worden. Es kommt so zu einem den Humanwissenschaften inhärenten Schichtmodell: Das Psychologische baut auf das Biologische, das Gesellschaftliche auf das Psychologische auf – und zwar im Sinne einer Kausalitätskette. Nach dieser Grundannahme ist die naturwissenschaftliche Forschung Grundlagen-

und Ursachenforschung für alle weiteren den Menschen betreffenden Wissenschaften. Aus dieser Grundannahme wird auch die Priorität der biologischen Endogenität der psychischen Erkrankung hergeleitet.

3. Prinzip allen naturwissenschaftlich orientierten empirischen Denkens ist eine Zugangsweise dem Forschungsgegenstand gegenüber, die versucht, die wissenschaftliche Wahrnehmung genau zu kontrollieren, ihre Bedingung möglichst absolut zu erfassen und sie einzuengen auf einen umgrenzt definierten Teilgegenstand. Dieser Teilgegenstand soll ein möglichst eindeutiges und von anderen Phänomenen unabhängiges Einzelphänomen sein. Hieraus resultiert eine Subjekt-Objekt-Beziehung von Forscher und Forschungsgegenstand, in der Einflüsse des Forschers auf seinen Gegenstand nicht einbezogen werden, – sei es, daß sie wie nicht vorhanden unbeachtet bleiben, sei es, daß sie mit statistischen Methoden als eine besondere, im einzelnen nicht weiter untersuchte anonyme Größe einkalkuliert und in den Untersuchungsergebnissen in Abzug gebracht werden. Auch in der Psychoanalyse und anderen psychologischen Forschungsansätzen ist dieses Denken zu finden, z. B. im Begriff der sogenannten „durchschnittlich zu erwartenden Umwelt“ (*Hartmann, 1939*).

Die drei Kritikpunkte gehören eng zusammen. Ihnen gemeinsam ist die methodische Isolierung real nur miteinander in Beziehung stehender Gegebenheiten. Biologische und nicht-biologische Seinsbereiche kommen nur gemeinsam und miteinander korrespondierend vor. Ebenso ist der forschende Mensch mit seiner breiten und differenzierten Skala der Wahrnehmung und seinem komplexen Verhalten in ständiger, ebenfalls komplexer Beziehung zu dem seinerseits komplexen Forschungsgegenstand, dem Menschen.

Nimmt man diese Überlegungen ernst, so ist auch die Annahme in Frage zu stellen, daß die biologisch erfassbaren Seins-Bereiche zugleich die ausschließlichen Ursachen und Entstehungsorte der psychologischen und sozialen Seinsbereiche des Menschen oder ihre Substrate seien. Man hätte zumindest Wechselwirkungsbezüge anzunehmen.

Diese In-Frage-Stellung ist Hintergrund des Anliegens dieses Referates. Auf der Basis der wissenschaftlichen Prinzipien und Grundannahmen, die durch die Gruppe, die Dynamik von Gruppen und das gruppenspezifische Gewachsen-Sein des Menschen entstehen, möchte ich mich mit der neuesten naturwissenschaftlichen Hirnhemisphärenforschung auseinandersetzen, um exemplarisch zu verdeutlichen, daß gruppenspezifische Erkenntnisse naturwissenschaftlich gewonnene Erkenntnisse zu umgreifen und mit psychologischen Erscheinungen in einen Erklärungszusammenhang zu bringen vermögen.

Die Dimension der Gruppe und die genuine Gruppenspezifität und -bezogenheit des Menschen haben nach *Günter Ammon (1970, 1979)* Gültigkeit sowohl für ihre allgemeinen, d. h. gattungsmäßigen Charaktere wie auch für die Kategorien einer Spezifik der Persönlichkeit. Entsprechend hierzu faßt *Ammon* das menschliche Individuum in ein komplexes, mehrdi-

mensionales Modell von Ich-Funktionen. Sie kommen jedem Menschen zu und erlangen verschiedene persönlichkeitspezifische Ausprägungen, die Ich-Struktur. Für die Ausbildung der Ich-Struktur ist die unverwechselbare Lebensgeschichte jedes Menschen, sind seine Lebensgruppen, insbesondere die erste Lebensgruppe, als ursächlich anzusehen. Nach *Ammon* sind Ich-Funktionen und Ich-Strukturen Niederschläge vor allem unbewußter Gruppendynamiken, d. h. Niederschläge besonders der unbewußten Einflußnahmen anderer Menschen.

Dies gilt m. E. bereits für die pränatale Entwicklung und für die gruppendynamischen Potentiale, die vor der Befruchtung bereitstehen. Ich möchte hiervon ausgehend zeigen, wie sich die Untersuchungsergebnisse der Hirnhemisphärenforschung gruppendynamisch und ich-funktional verstehbar machen lassen, wie also die psychologischen Funktionen des menschlichen Individuums im allgemeinen zu beziehen sind auf die biologischen Abläufe der Hirnhemisphären. Persönlichkeitsspezifische Beziehungen lassen sich m. E. jedoch bisher nur in Ansätzen zeigen.

Weiterhin möchte ich durch meine exemplarischen Überlegungen versuchen, im Sinne der im Vorhergehenden geäußerten Kritik zu einem veränderten ganzheitlichen Verständnis der Humanwissenschaften beizutragen.

Die Gruppe umfaßt das komplexe multi-faktorielle, sowie vieldimensionale und prozeßhafte Geschehen des menschlichen Lebens, Wachsens und Sich-Entfaltens. Sie ist der real gegebene Forschungsgegenstand einer Wissenschaft vom Menschen. Die Gruppe als Wissenschafts- und Forschungsprinzip könnte daher in der Lage sein, die ganzheitliche Sicht auf den Forschungsgegenstand wiederherzustellen und auch objektiv vermittelbar zu machen. Erkenntnisse über Gruppen und Wachstumsprozesse und über gruppendynamische Ursachen der Persönlichkeitsbildung sind, obwohl sie der komplexen Wahrnehmung und der komplexen Teilnahme an Gruppenprozessen entstammen, sehr wohl objektivierbar, was auch unsere ich-strukturellen Tests zeigen.

Unsere These ist: Die Wissenschaft, die aus dem, dem genuin menschlichen Sein immanenten Faktum Gruppe entspringt, ist die umgreifende, die naturwissenschaftliche Forschung einschließende Wissenschaft. Das naturwissenschaftliche Forschen wäre demgemäß als ein Segment innerhalb des umfassenden gruppendynamischen Forschens anzusehen.

Die Wissenschaft von der Gruppe könnte auch das bisherige Zerlegen in verschiedene Seins-Bereiche überwinden. Sie könnte das Wechselwirkungsverhältnis von biologischen und psychologischen Prozessen erfassen. In der medizinischen Diagnostik schlägt sich das bisherige naturwissenschaftliche Denken darin nieder, daß die somatische und die psychische Erkrankung getrennt behandelt werden und die psychosomatische Medizin noch immer relativ wenige Forschungsergebnisse vorzuweisen hat.

Wenn das Potential der Ich-Funktionen als jedem Menschen gegeben angesehen werden muß, ebenso wie das Potential der hirnpfysiologischen Ab-

läufe, so ist dennoch das spezifische Schicksal der Hervorbildung und Differenzierung der Ich-Funktionen wie auch der hirnhysiologischen Potentiale abhängig von den Einflüssen der umgebenden Gruppenprozesse.

Ohne diese Einflüsse würden sie nicht zu lebendigen Realitäten, das Individuum stürbe, wie die Untersuchungen von *René Spitz* (1965) und anderen zeigen. Weiteren wissenschaftlichen Bemühungen bleibt es überlassen, Entstehungsorte und Entstehungsprozesse dieser Potentiale zu erforschen.

Der Zusammenhang von körperlichen – in unserem Fall hirnhysiologischen – Prozessen wird deutlich, wenn wir uns vergegenwärtigen, daß alle Erfahrungen, die wir machen, zunächst von unserem Körper aufgenommen werden und dort Prozesse verschiedenster Art in Gang setzen, auch die neurophysiologischen Abläufe.

Diesen neurophysiologischen Abläufen möchte ich mich zuerst zuwenden. Weiterhin will ich versuchen, eine Beziehung herzustellen zwischen den zentralen Ich-Funktionen des *Ammonschen* Ich-Struktur-Modells und den rechtshemisphärischen Funktionsmodi und zwischen den sekundären Ich-Funktionen dieses Ich-Struktur-Modells und den linkshemisphärischen Funktionsmodi.

Befunde an Split-brain-Patienten

Die Forschungen über die funktionelle Asymmetrie des Gehirns wurden besonders intensiviert durch Untersuchungen an Patienten, bei denen die

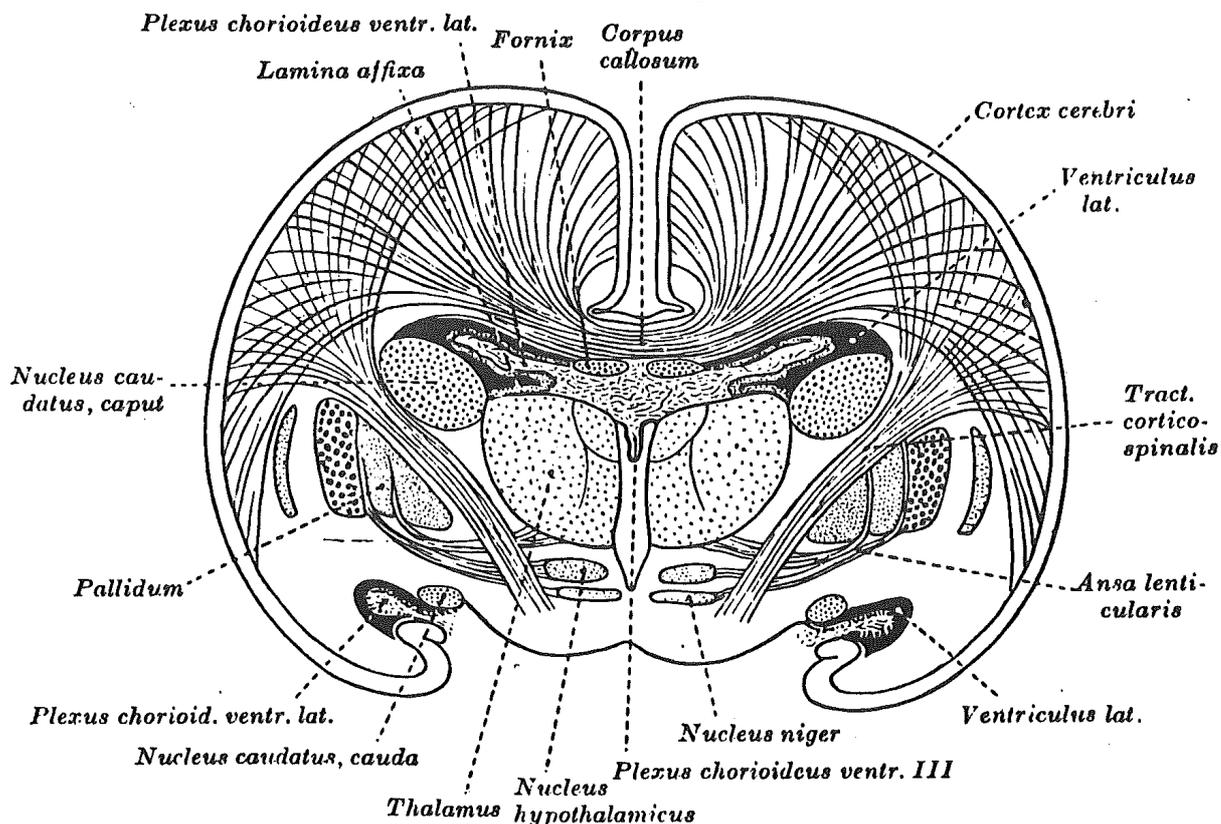


Abb. 1. Frontalschnitt durch das Zwischenhirn und die Hemisphären des Endhirns. Schema der Faserung des Corpus callosum, der Tractus cortico-spinales und der Ansa lenticularis. Der Plexus des III. Ventrikels ist der Einfachheit halber unpaar gezeichnet.

Hirnhemisphären aus therapeutischen Gründen voneinander getrennt wurden.

Ein erstes überraschendes Ergebnis nach der Operation war, daß diese Patienten bei oberflächlicher Betrachtung in ihrem Verhalten kaum verändert schienen gegenüber dem Zustand vor der Operation (*Gazzagnia, 1971*). Bei der Erforschung der Hirnhemisphären wurden relativ einfache neurologische Funktionsuntersuchungen durchgeführt, wie Erkennen und Benennen von Objekten, räumliches Wiedererkennen, Lesen, Schreiben etc. Die Bedeutsamkeit dieser Untersuchungen liegt darin, daß die unterschiedliche Funktionsweise der beiden Hirnhemisphären überhaupt erst einmal ins Blickfeld geriet und damit ein neues Forschungsfeld eröffnet wurde, d. h. die Erforschung der je unterschiedlichen Funktionsweise.

Es ging vor allem darum, herauszufinden, wonach man zu suchen hat.

Bis heute sind äußerst differenzierte Methoden entwickelt worden, um auch an nicht operierten Versuchspersonen die Funktionsweise der beiden Hirnhemisphären getrennt zu untersuchen.

Im Folgenden möchte ich anhand einiger Beispiele die ersten Untersuchungen auf diesem Gebiet darstellen. Um die unterschiedliche Funktionsweise der Hirnhemisphären zu verdeutlichen, möchte ich die Untersuchung von *Bogen (1969)* zitieren: *Bogen* ließ seine Patienten einfache geometrische Figuren nachzeichnen, z. B. ein griechisches Kreuz und einen Quader. Die rechte Hemisphäre, also die linke Hand, war imstande, im Wesentlichen die Gestalt richtig wiederzugeben, während die linke Hemisphäre, also die rechte Hand, einzelne Striche aneinanderreichte, ohne daß ein Gestaltzusammenhang zu erkennen war.

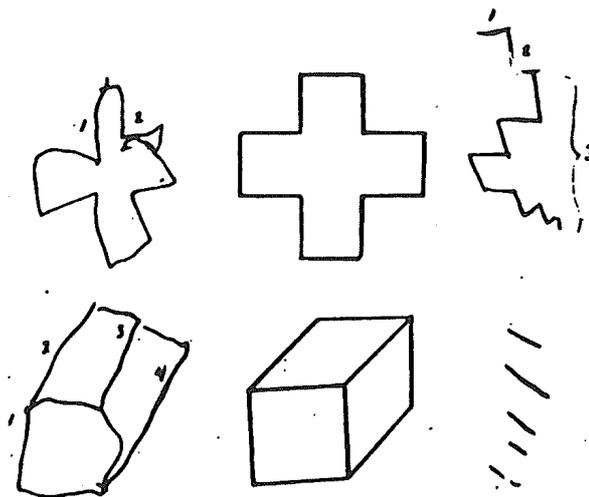


Fig. 2. Drawing test by a patient who had undergone the split-brain operation. Drawings were made by the right hand (right) and left hand (left) of the model (center). (From *Bogen, ref. 3.*)

Im Zusammenhang mit anderen Untersuchungen (*Sperry, 1966, 1970, 1974, 1977, Gazzaniga, 1971*) erkannte man, daß die rechte Hemisphäre nach einem holistischen, die linke Hemisphäre nach einem analytischen Prinzip arbeitet.

Sperry fand anhand einer differenzierten Versuchsanordnung heraus, daß, wenn man ein Wort nur auf die rechte Hemisphäre projiziert, z. B. Schraubenmutter, die linke Hand der Versuchsperson diesen Gegenstand aus verschiedenen anderen Gegenständen herauszusuchen vermag und seinen Verwendungszweck demonstrieren kann, aber keine Auskunft darüber geben kann, was sie sieht und was sie tut. Interessant an diesem Versuch ist, daß die Versuchsperson zielgerichtet handelt, jedoch kein Bewußtsein darüber hat, was sie tut.

Aufgrund dieser und weiterer Untersuchungen läßt sich sagen, daß die rechte Hemisphäre eine spezielle Fähigkeit zum Erfassen gestalthafter und bildlicher Strukturen hat, während die linke Hemisphäre durch die Fähigkeit zum sprachlichen Ausdruck gekennzeichnet ist. Sie ist auf „feine gedankliche Details jeder Art und Wirkungsweise spezialisiert“, und „sie kann auch addieren, subtrahieren, multiplizieren, dividieren und andere computerähnliche Funktionen ausführen“ (*Eccles*, 1980).

In der Folge wurden viele weitere detaillierte Untersuchungen zur differenzierten Erforschung der unterschiedlichen Funktionsweise vorgenommen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 1 zusammengefaßt.

Tab. 1

Funktionen der rechten bzw. linken Hirnhemisphäre nach *Rotenberg* (1981)

<i>Rechte Hemisphäre</i>	<i>Linke Hemisphäre</i>
Wiedererkennen von Objekten	Benennen von Objekten, Sprache
Nachzeichnen geometr. Figuren	Lesen, Schreiben
Bildhaftes Gedächtnis	
Handhabung nicht-verbaler Materials	Handhabung verbalen Materials, Zeichen
Wahrnehmung ganzer Gestalten (Images)	Symbole, Zahlen
Melodien, Raum- u. Körperorientierung	Durchführen mathematischer Operationen
Feldabhängigkeit, Identifikation von Gesichtern, kinästhetische Funktionen	Lösen logischer Probleme,
Körperschema, kreative Fähigkeiten, die bildhaftes Denken erfordern, wie Malen, Dichten, Schach-Spielen, Lösen nicht-trivialer math. Probleme	einfache arithmetische Operationen
Synthetisches Denken	Analytisches Denken
Simultane Operationen	Diskrete Operationen
Verständnis von Geschichten	Verständnis von technischen Texten
Träume	Fortlaufende Analyse der Information (verbal oder non-verbal)
Verarbeitung vieler Informationselemente zu einem Ganzen, Wahrnehmung der Welt mit allen ihren Widersprüchlichkeiten und negativen Komponenten	Rationale Erklärungen für die eigenen Motive
Motive, die vom Bew. nicht akzeptiert werden	

Zu diesen Untersuchungen möchte ich kritisch anmerken, daß sie alle an „split-brain-Patienten“ vorgenommen wurden und damit in unserem Verständnis nur in beschränktem Maße Rückschlüsse zulassen auf die möglichen Funktionsweisen bei gesunden Menschen.

So waren z. B. zwei der von *Sperry* (1967) untersuchten Patienten Frühgeburten und litten vom dritten bzw. 18. Lebensjahr an an schwerer Epilepsie mit bis zu drei generalisierten Krampfanfällen pro Tag, bei denen durch medikamentöse Behandlung keine Besserung erzielt werden konnte.

Auf dem Hintergrund des Ich-Struktur-Modells würden wir hier auf eine schwerwiegende Störung der primären Ich-Struktur schließen, insbesondere eine Störung der neurophysiologischen Funktionen, aber auch der zentralen und sekundären Funktionen. Alle diese Untersuchungen erforschten isolierte Funktionsweisen, ohne den Patienten in seinen gruppenspezifischen Bezügen zu sehen, z. B. seine Stellung in der Familie oder auch den Umgang der Familie mit der epileptischen Erkrankung. Im Sinne der naturwissenschaftlichen Betrachtungsweise von Erkrankungen wird überhaupt nichts zur Familie mitgeteilt.

Zum Anderen möchte ich hinzufügen, daß der Zeitpunkt der Untersuchungen, z. B. kurz nach der Operation oder viele Jahre später, entscheidend die Ergebnisse beeinflussen kann, da Fähigkeiten und Funktionsweisen einer Hemisphäre z. T. durch die andere kompensiert werden können, so daß sich in der Tendenz zwei Gehirnhälften herausbilden können (*Sperry*, 1974), was auf eine hohe Flexibilität und Veränderbarkeit schließen läßt.

Dies konnte bestätigt werden durch Untersuchungen an Patienten mit einer kongenitalen Agenesie des Balkens (*Sperry*, 1974), die auf beiden Seiten ein „Sprachzentrum“ ausgebildet haben.

Dies ist meines Erachtens ein Hinweis auf die Plastizität der primären Ich-Struktur, die sozialenergetisch von der umgebenden Gruppe abhängig und veränderbar ist. Auf diesen Zusammenhang werde ich später noch differenzierter eingehen.

In der artifiziellen Versuchsanordnung der Untersuchungen werden derartige gruppenspezifische Einflußgrößen nicht aufgenommen, z. B. ob und welche Kompensationsmöglichkeiten durch die Familiengruppe unterstützt werden. *Rotenberg* (1979, 1981) weist darauf hin, daß sich in der neurophysiologischen Forschung, die sich mit der funktionellen Asymmetrie der Hirnhemisphären befaßt, der Trend abzeichnet, die unterschiedlichen Arbeitsweisen der beiden Hemisphären auf das angebotene Material verbal-nonverbal, d. h. bildlich (image thinking) zu reduzieren.

Schon die Untersuchungen von *Sperry* et al. (1970, 1974) zeigten, daß auch die rechte Hemisphäre ein gewisses Wortverständnis besitzt. *Zaidel* (1976) wies nach, daß das Wortverständnis der isolierten rechten Hemisphäre etwa dem eines zwölfjährigen Kindes entspricht. *Rotenberg* zieht daraus den Schluß, daß das Spezifikum des rechts- bzw. linkshemisphärischen Denkmodus nicht in den qualitativen Charakteristika des Materials, sondern in der Methode der Informationsverarbeitung liegt.

Wörter sind gewöhnlich polysemantisch; ihre Eindeutigkeit erhalten sie durch den Kontext. Ein Bild ist für sich eindeutig, konkret und ausreichend definiert; als Element der realen Welt ist es komplex und vielfältig. Die

Komplexität eines Bildes ergibt sich aus der Unmöglichkeit, es in allen seinen Eigenschaften erschöpfend zu beschreiben.

Diese Tatsache läßt sich an den Träumen verdeutlichen: Träume besitzen eine so große Polysemantik, d. h. ihre Vorstellungen (Bilder – images) können auf vielen Ebenen und in multiplen Facetten miteinander in Beziehung treten, so daß die erschöpfende Wiedergabe mit Worten unmöglich ist. Es bleibt immer ein unerschöpfter, nicht zu verbalisierender Rest, was wohl jeder Mensch aus eigener Erfahrung bestätigen kann.

Zusammenfassend stellt *Rotenberg* fest, daß „die grundsätzliche Funktion der linken Hemisphäre eine fortlaufende Analyse der Information, ob verbal oder nonverbal, ist, während die Funktion der rechten Hemisphäre die Verarbeitung vieler Informationselemente zu einem Ganzen darstellt“.

Wichtige Charakteristika der rechten Hemisphäre sind somit Simultanität und Erfassen der Essenz.

Dies stellt m. E. den ersten Ansatzpunkt dar, wo wir die primären Ich-Funktionen der rechts- und linkshemisphärischen Arbeitsweise mit den zentralen bzw. sekundären Ich-Funktionen in Beziehung setzen können, was ich später weiter ausführen werde.

An dieser Stelle möchte ich noch die Untersuchung von *Moore* (1979) über das Hören von Musik erwähnen: Bei einem Menschen, der sich in einem Zustand völliger geistiger und körperlicher Ruhe und Entspannung befindet, kann im EEG der gleichmäßige Alpha-Rhythmus mit einer Frequenz von 8-12 Hz abgeleitet werden. Bei geistiger Aktivität z. B. kommt es zu einer Abnahme dieses Alpha-Rhythmus. *Moore* ging davon aus, daß sich beim Hören von Musik – ein sog. Musikzentrum war schon früher in der rechten Hemisphäre angenommen worden – eine Abnahme der Alpha-Aktivität im EEG besonders über der rechten Hemisphäre nachweisen lassen müßte. Die Versuchspersonen hörten ein Konzert von *Mozart*, wobei jedoch nur die Hälfte von ihnen die erwartete Veränderung im EEG aufwies. Auf Befragen kam heraus, daß bei denjenigen Versuchspersonen, die keine eindeutige Abnahme der Alpha-Aktivität auf der rechten Seite aufwiesen, die Musik analysiert worden war, während die anderen sich dem Erleben der Musik intuitiv hingeeben hatten.

Beim intuitiven Hören von Musik befindet sich das Individuum in einem besonderen Ich-Zustand; es findet eine vorübergehende Öffnung der Ich-Grenzen nach innen, d. h. zum Emotionalen und Unbewußten, und nach außen statt. Dieser Ich-Zustand hat m. E. Ähnlichkeit mit dem kreativen Zustand, den *Ammon* (1979) folgendermaßen beschreibt: „Ich gehe davon aus, daß es sich bei dem kreativen Zustand um eine besondere Form der Ich- und Identitätsdiffusion handelt, welche die Grenzen der bisherigen Ich-Organisation und -Abgrenzung auflöst, neue Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Vorstellungsinhalten und Bewußtseinsebenen herstellt und die Ich-Strukturen in neuer Weise koordiniert“.

Die oben beschriebenen Untersuchungen geben uns einen Anhaltspunkt dafür, daß Intuition, Kreativität und eine flexible Regulation der Ich-Abgrenzung mit der rechtshemisphärischen Arbeitsweise in Beziehung stehen.

Zu ähnlichen Ergebnissen kamen *Ornstein et al.* (1979), die eine relativ höhere Abnahme der Alpha-Aktivität über der rechten Hemisphäre während des Lesens von Geschichten fanden und eine entgegengesetzte Veränderung während des Lesens technischer Texte.

Austin (1971) untersuchte Menschen mit konvergentem und divergentem Denken in bezug auf ihr Traumverhalten. Menschen mit konvergentem Denken haben eine hohe Intelligenz im logischen Denken und finden sich häufiger in naturwissenschaftlichen Berufen; Menschen mit divergentem Denken sind phantasiereicher und geistig flexibler und finden sich häufiger in künstlerischen Berufen. Versuchspersonen aus beiden Gruppen wurden nach jeder REM-Phase geweckt und nach ihren Träumen befragt. In diesen Phasen, die etwa alle 90 Minuten während des Schlafs auftreten und etwa 10-35 Minuten dauern, können Augenbewegungen registriert werden, die mit der Beobachtung von Traumbildern in Zusammenhang gebracht werden (*Eccles*, 1980). *Austin* fand, daß Menschen mit konvergentem Denken weniger Träume berichteten (nur in 65 % der REM-Phasen), daß ihre Berichte kürzer waren (58 vs. 196 Wörtern bei divergenten Denkern), daß ihre Träume weniger Personen oder Tiere und weniger Interaktionen, auch weniger aggressive Interaktionen aufwiesen als die divergenter Denker (Träume konnten in 95 % der REM-Phasen berichtet werden).

Austin führt dieses Ergebnis auf eine allgemeine Hemmung des Emotionalen und Nicht-Rationalen bei konvergenten Denkern zurück, also „logische Konstruktion“ auf Kosten von „kombinatorischem Spiel“.

Dies führt uns zum konzeptionellen Denken, das immer auch ein kreatives Denken ist. *Rotenberg* (1981) bringt das Beispiel, daß ein Schachspieler, der ein spezifisches Problem lösen muß, das über alle ihm bisher bekannten Varianten hinausgeht, unmittelbar diejenige Lösung auswählt, die ihm am vielversprechendsten erscheint, obwohl er sein Vorgehen zunächst nicht begründen kann. Dem liegt die ganzheitliche Wahrnehmung und Einschätzung der Situation zugrunde. Die Fähigkeit zum konzeptionellen und kreativen Denken ermöglicht es einem sehr guten Schachspieler auch, einen schachspielenden Computer zu besiegen, dem nur logische Verknüpfungsmöglichkeiten gegeben sind.

Ebenso maß *Einstein* dem sinnlich-bildhaften Denken bei der Entwicklung seiner Theorien eine ganz besondere Bedeutung zu. Auf logischem Wege können seiner Meinung nach aus mathematischen oder physikalischen Axiomen wissenschaftliche Sätze abgeleitet werden, aber Axiome selbst beruhen auf Sinneserlebnissen, Intuition wird zum Mittler zwischen physikalischen Gesetzen und der Welt der Erfahrung (*Wickert*, 1972).

Dies sind einige Hinweise dafür, daß Kreativität, Ich-Abgrenzung in ihrer konstruktiven Ausprägungsform, konzeptionelles Denken und Träumen

mit dem rechtshemisphärischen Verarbeitungsmodus in enger Beziehung stehen.

Der Traum

Ich möchte mich an dieser Stelle noch einmal dem Traum zuwenden: Träume enthalten eine unvorhersehbare Folge von Bildern, in denen die Kategorien von Raum und Zeit aufgehoben sind und Unvereinbares nebeneinander steht. Die Gesetze der aristotelischen Logik gelten nicht für das Denken im Traum.

Die Beziehung des Traums zur rechten Hemisphäre konnte experimentell bestätigt werden. *Cohen* (1977) fand gegen Ende der Nacht in den Träumen der REM-Phasen einen zunehmenden Einfluß der linken Hemisphäre und ebenso im EEG Veränderungen, die auf eine Zunahme der linkshemisphärischen Aktivität gegen Ende der Nacht hinweisen. Zum gleichen Ergebnis kommen *Rotenberg* und *Arshavsky* (zit. nach *Rotenberg*, 1981) durch Untersuchungen der räumlichen Synchronisation des Biopotentials.

Interessant ist in diesem Zusammenhang auch die klinische Beobachtung, daß während einer Psychose, in der die Ich-Funktionen weitgehend zusammengebrochen sind, nicht geträumt wird.

Die Effizienz des therapeutischen Prozesses kann an dem Wiederauftreten von Träumen abgelesen werden, woraus wir schließen können, daß das rechtshemisphärische Denken nicht die Psychose, wohl aber das Träumen trägt.

Wenn die Fähigkeit zu träumen ausschließlich eine Tätigkeit der rechten Hemisphäre wäre, könnten Individuen mit getrennten Hirnhemisphären keine Träume berichten, da sie keine Möglichkeit haben, rechtshemisphärisch ablaufende Prozesse sprachlich mitzuteilen. *Hoppe* (1977) untersuchte zwölf Patienten nach Commissurotomie auf ihr Traumverhalten hin. Acht dieser Patienten konnten keinen Traum berichten, vier Patienten berichteten Träume, die aber sehr einfach strukturiert und konkret waren, sich auf das reale Leben bezogen oder einfache Wunscherfüllungen darstellten. Eine Patientin, die früher einen künstlerischen Beruf ausgeübt hatte, bei der die rechte Hemisphäre entfernt worden war, konnte keine Träume berichten mit einer Ausnahme – sie träumte von einem realen Ereignis, das kurz vorher tatsächlich stattgefunden hatte. *Hoppe*, der Träume triebpsychologisch versteht, zog daraus den Schluß, daß vor einer Lokalisation psychischer Prozesse, insbesondere des primärprozeßhaften Denkens in der rechten Hemisphäre, gewarnt werden müsse.

Ammon versteht Träume als Ausdruck der Ich-Struktur, insbesondere der zentralen Ich-Funktionen, in Beziehung zur aktuellen gruppenspezifischen Situation. Patienten mit archaischen Ich-Krankheiten, d. h. mit schweren Defiziten in der zentralen Ich-Struktur, haben zu Beginn ihrer Therapie

häufig Träume, die der Bewältigung von Tageswünschen dienen. Erst mit zunehmender Ich-Entwicklung im zentralen Bereich werden die Träume vielfältiger und führen in die unbewusste Primärgruppendynamik hinein (Ammon, 1974, 1979). So möchte ich Menschen mit getrennten Hirnhemisphären vergleichen mit Patienten, die schwere Defizite in der zentralen Ich-Struktur aufweisen. Die sekundären Ich-Funktionen sind gleichsam abgeschnitten von ihrer Verbindung zur zentralen Ich-Struktur. Träume, die diese Commissurotomie-Patienten berichten, sind solche, wie sie linkshemisphärische Verarbeitungsmodi ermöglichen. Das Beispiel der Patientin, bei der die rechte Hemisphäre entfernt worden war, zeigt m. E., daß das Träumen bei ihr in der linken Hemisphäre als ein Restitutionsversuch, allerdings mit den Mitteln der linken Hemisphäre, zu verstehen ist, weil das Träumen für den Menschen notwendig ist.

Bewußtsein – Unbewußtes

Hieran knüpft sich die Frage nach dem Unbewußten. Schon die Untersuchungen von Sperry (1970, 1974) zeigten, daß die isolierte rechte Hemisphäre kein Bewußtsein hat von dem, was sie wahrnimmt oder tut; zumindest kann sie darüber keine Mitteilungen machen.

Eccles (1980) verwendet als Kriterien für Bewußtsein intelligentes und emotionales Verhalten und die Fähigkeit zu lernen. Unter dieser Voraussetzung nimmt er an, daß auch die rechte Hemisphäre ein Bewußtsein hat, und ein „split-brain-Patient“ demzufolge zwei Bewußtsein.

Rotenberg definiert Bewußtsein als „Wissen von des Subjektes eigenem Wissen von der objektiven Realität, das unabhängig ist vom erkennenden Subjekt und von ihm selbst als dem Subjekt der Erkenntnis.“ „Bewußtsein ist mit der Kennzeichnung logisch-symbolischen Denkens verbunden“. Die Merkmale des bildhaften Denkens sind auch die Merkmale des Unbewußten. Durch die Verknüpfung mit den Begriffen wird Unbewußtes bewußt und wird dadurch mit der Sprachfunktion verknüpft.

Meines Erachtens sind Bewußtes und Unbewußtes synergistisch zu denken, d. h. die Funktionen beider Hemisphären sind im Unbewußten verwurzelt, wobei die rechte Hemisphäre bevorzugt den Prozessen der unbewußten psychischen Tätigkeit zur Verfügung steht, während die linke Hemisphäre unser bewußtes Handeln bestimmt.

An dieser Stelle möchte ich sich widersprechende Aktionen beschreiben, die bei Individuen mit getrennten Hirnhemisphären postoperativ auftreten können: Ein Mann zog seine Ehefrau, der er sich tief verbunden glaubte, mit der rechten Hand zu sich heran, mit der linken stieß er sie aggressiv von sich. Ein Patient zieht sich an, um einen Arztbesuch zu machen, gleichzeitig zieht er sich mit der linken Hand die Kleidung wieder aus, (zit. nach Rotenberg, 1981).

Es erscheint offensichtlich, daß die Aktionen der linken Hand die unbewußten Wünsche ausdrücken, die der rechten Hand das bewußt Angenommene.

Aber auch bei intakter Verbindung zwischen den Hirnhemisphären können Bewußtes und Unbewußtes gleichzeitig vermittelt werden. Wenn eine Mutter verbal ihrem Kind ihre Liebe und Zuneigung mitteilt, aber gleichzeitig durch den Gesichtsausdruck das Gegenteil vermittelt, wird das Kind bewußt Liebe und Zuneigung wahrnehmen, unbewußt aber Haß, denn die Fähigkeit, Gesichter zu erkennen, ist eine rechtshemisphärische. Es wird eine ambivalente Erfahrung zurückbleiben (*Galín, 1974*).

Das Ich-Struktur-Modell

Auf neurophysiologischer Ebene werden in der Regel beide Hirnhemisphären synergistisch tätig sein, und nur in besonderen Fällen wird der Verarbeitungsmodus einer Hemispäre bestimmend, wie z. B. beim Träumen oder in der Psychose, wo nach vorläufigen Daten von *Kostandov* die „übergreifende Reaktion“ der rechten Hemisphäre nicht vorhanden ist (zitiert nach *Rotenberg, 1981*).

Im Ich-Struktur-Modell *Günter Ammons* sind die primären, zentralen und sekundären Ich-Strukturen eng miteinander verknüpft und können nicht isoliert werden. Die zentralen Ich-Funktionen bilden den Kern der Persönlichkeit und sind die Basis der sekundären Ich-Funktionen. Alle zentralen Ich-Funktionen haben einen strukturellen und regulativen Aspekt. „Die zentralen Ich-Funktionen sind unbewußt; sie stellen komplexe, integrierte psychologische Einheiten dar und stehen in einem wechselseitigen Zusammenhang. In ihrer qualitativen Entwicklung bedingen sie sich gegenseitig. Alle zentralen Ich-Funktionen haben grundlegende regulatorische Aufgaben in bezug auf die Ich-Struktur und das gleichzeitige interpersonelle Geschehen.“ (*Ammon, 1979*).

Die im Gehirn ablaufenden Prozesse und die Strukturen, an die diese geknüpft sind, zählen wir zu den primären Ich-Funktionen. Die primäre Ich-Struktur umfaßt die gesamte biologische Matrix des Menschen; bei der Betrachtung der Hirnhemisphären richten wir unser Augenmerk auf die primären Ich-Funktionen neurophysiologischer Prozesse, die für uns im Augenblick von besonderem Interesse sind. Wir nehmen an, daß auch die primäre Ich-Struktur durch die Erfahrung in der Primärgruppe unter Zufuhr von Sozialenergie herausgebildet wird.

Einzelne Ich-Funktionen können wir zwar zum Zwecke des Verständnisses psychischer Phänomene und Krankheitsmanifestationen zeitweise isoliert betrachten, dürfen aber doch wiederum gleichzeitig das Gewebe der gesamten spezifischen Ich-Struktur eines Individuums nicht unberücksichtigt lassen. Auf neurophysiologischer Ebene ist nie ein System für sich allein tätig, immer sind integrierende und einen Ablauf an die jeweiligen Erforder-

nisse anpassende Vorgänge notwendig. *Eccles* (1980) erwähnt Untersuchungen von *Kornhuber* (1974) über den Erregungsablauf bei willkürlichen Bewegungen. 0,8 Sekunden vor Einsetzen der Bewegung z. B. eines Fingergliedes kann elektroencephalographisch über weiten Bereichen der Hirnrinde eine negative Potentialschwankung mit nachfolgend kleineren positiven Schwankungen – das Bereitschaftspotential – registriert werden.

Kostandov (1978) untersuchte die Entstehung bioelektrischer und vegetativer Reaktionen auf emotionale Wörter, die nicht die Bewußtseinsschwelle erreichten, ein Vorgang, den er als ein Erfassen der Wörter auf der Grundlage des nur emotionalen Gedächtnisses bezeichnete. In bestimmten Zuständen können unbewußte Emotionen als unerklärbare Gemütszustände auftreten, sie werden dann oft als endogen bezeichnet. Nach heutiger Auffassung sind die Strukturen des limbischen Systems das nervöse Substrat emotionalen Erlebens. Sie können durch Impulse von der Hirnrinde, besonders der rechten Hemisphäre, wie auch von peripheren Rezeptoren über die *formatio reticularis* erregt werden. *Kostandov* nimmt an, daß sich zwischen dem integrativen Mechanismus der Emotion im limbischen System und dem wahrnehmenden Bereich des Cortex temporäre Verbindungen herausbilden können. Darüber hinaus postuliert er strukturelle Veränderungen der beteiligten Neuronen bei längerer Einwirkung „konflikthafter Situationen“. Mit der Methode der evozierten Potentiale fand *Kostandov*, daß Wörter, die emotional negativ beladen sind, wenn sie nicht bewußt wahrgenommen werden, mit einer diffusen Aktivierung der Hirnrinde einhergehen. Der Autor führt dies auf eine Einbeziehung des limbischen Systems zurück. Hierdurch wird die Erkennungsschwelle für die emotional beladenen Wörter erhöht, gleichzeitig kommt es zu einer diffusen Aktivierung der Hirnrinde, was *Kostandov* mit dem neurophysiologischen Mechanismus der Abwehr in Zusammenhang bringt.

Ein weiteres Beispiel für die unbewußte Wahrnehmung über die rechte Hemisphäre berichtet *Eccles* (1973). Durch Projektion entsprechenden Materials auf das linke Gesichtsfeld können Emotionen hervorgerufen werden, deren Ursprung dem Individuum unbewußt ist, und die die linke Hemisphäre durch rationale Erklärung zu rechtfertigen sucht. „Ein Bild, von dem man erwarten kann, daß es bei der Versuchsperson Furcht oder Verlegenheit hervorruft, wird auf das linke Gesichtsfeld projiziert. Die Versuchsperson empfindet eine unklare emotionale Reaktion, deren Ursache sie nicht verstehen kann. Z. B. wurde das Bild einer nackten Frau, vielleicht aus dem „Playboy“, auf das linke Gesichtsfeld projiziert und natürlich von der Versuchsperson nicht bewußt gesehen. Dennoch lächelte sie verlegen und kickerte sie ein wenig, aber sie wußte nicht, warum diese seltsamen Emotionen in ihr aufwallten.“ Vermutlich hatte die Erregung der rechten Hemisphäre über eine Erregung des limbischen Systems zu einer emotionalen Reaktion geführt, und die Erregung war dann über den Hypothalamus zur linken Hirnhemisphäre gelaufen. Man muß sich daran erinnern, daß in der

Hypothalamus-Region wie auch im gesamten Hirnstamm die normale Kommunikation über die Mittellinie läuft. Die operative Spaltung beschränkt sich auf die Großhirn-Commissuren. Bei der Übertragung der Erregung auf niederer Ebene kann nur der emotionale Gehalt vermittelt werden, nicht aber das Bild selbst.

Zentrale und sekundäre Ich-Funktionen realisieren sich immer unter gleichzeitiger neurophysiologischer Tätigkeit – die primären neurophysiologischen Ich-Funktionen sind immer Aspekte der zentralen und sekundären Ich-Funktionen. Wie auf neurophysiologischer Ebene, so sind auch auf einer psychologischen Ebene die sekundären Ich-Funktionen nicht ohne die Matrix zentraler Ich-Funktionen tätig. In der sekundären Ich-Funktion des Denkens z. B. sind Identität, Kreativität, konstruktive Aggression und Ich-Abgrenzung nach innen und außen, Narzißmus und andere mitbestimmend. Das gleiche gilt für die übrigen sekundären Ich-Funktionen, so daß wir sagen können: Jede Ich-Funktion hat primäre, zentrale und sekundäre Aspekte, wobei jedoch die primären oder zentralen oder sekundären Aspekte bei einzelnen Ich-Funktionen überwiegen können.

Nach *Ammon* (1979) sind die Ich-Funktionen nicht als gegebene Eigenschaften eines Individuums zu verstehen, sondern entwickeln sich innerhalb der frühen Familiengruppe durch interpersonelle Prozesse und sozialenergetische Zufuhr. Die Ausbildung der jeweiligen spezifischen Ich-Struktur stellt einen Niederschlag der pränatal und im frühen Kindesalter gemachten Erfahrungen dar. Die Ich-Struktur manifestiert sich später in den gruppendynamischen Bezügen eines Menschen und unterliegt bei ausreichender Flexibilität und Erfahrungsfähigkeit einem ständigen Veränderungs- und Wachstumsprozeß. Eine Hierarchie der Ich-Funktionen ergibt sich aus psychogenetischer Entwicklung und Funktionalität. Die einzelnen Ich-Funktionen haben einen strukturellen und funktionalen Aspekt bzw. umfassen Qualität und Gerichtetheit.

Die Interdependenz der Ich-Strukturen möchte ich noch am Beispiel der Sexualität und der Wahrnehmung verdeutlichen. Der primäre Aspekt der Ich-Funktion der Sexualität ist das organisch gegebene Substrat von den Geschlechtsorganen bis hin zu den neurophysiologischen und endokrinologischen Regulationsmechanismen. Der sekundäre Anteil ist in den jeweiligen sexuellen Verhaltensweisen zu sehen, die durch die zentrale Ich-Funktion der Sexualität im Zusammenhang mit den übrigen zentralen Ich-Funktionen bestimmt wird. Was beim Tier ein beinahe automatisch ablaufender Prozeß ist, ist beim Menschen in allen drei Bereichen der Ich-Funktionen leicht störbar. In diesem Zusammenhang möchte ich nur an die hormonellen Störungen des Menstruationszyklus, die auch mit einer Störung des Körper-Ich einhergehen können, über die ich früher eine Reihe von Untersuchungen durchgeführt habe, und an die Anorexia nervosa erinnern.

Über die Verknüpfung von Wahrnehmung und Erinnerung schreibt der französische Philosoph *Henri Bergson* 1908: „Die Wahrnehmung ist niemals

bloß ein Kontakt des Geistes mit dem gegebenen Gegenstand; sie ist immer von Erinnerungsbildern durchsetzt, welche sie vervollständigen, indem sie sie erklären.“

Wahrnehmungen entstehen noch nicht, wenn Reize von den Rezeptoren der Sinnesorgane zu den primär sensorischen Rindenbezirken geleitet werden. Neben der Verknüpfung mit tiefer gelegenen Hirnabschnitten, wie dem limbischen System, dem Hippocampus, der *formatio reticularis* u. a., ist die Verknüpfung über Assoziationsfelder der Hirnrinde, die nach *Eccles* (1980) 95 % des Neocortex ausmachen, und die Verknüpfung mit der gegenüberliegenden Hemisphäre von entscheidender Bedeutung. Erst die Integration der verschiedenen Teilfunktionen ermöglicht die bewußte bzw. unbewußte Wahrnehmung, wobei die gruppensdynamische Ebene durch die früher gemachten Erfahrungen z. B. gegeben ist. *Kostandov* et al. (1975 und 1976) konnten zeigen, daß sich bei jeder Wahrnehmung verbalen oder nonverbalen Materials die späte Komponente der evozierten Potentiale mit kürzerer Latenzzeit über der rechten Hemisphäre entwickelt, d. h. Wahrnehmung geschieht zunächst rechtshemisphärisch.

In welcher Weise die Wahrnehmung ins Bewußtsein gelangt, hängt u. a. von dem augenblicklichen Zustand des Individuums ab. Z. B. werden Schmerzen unter extremen psychischen Belastungen nicht wahrgenommen, wie Schußverletzungen bei Kampfhandlungen zeigen. Oder bei starker geistiger Konzentration können Außenweltreize nahezu vollständig vom Bewußtsein ausgeschaltet werden. Man nimmt an, daß hemmende Bahnen die bewußte Wahrnehmung verhindern.

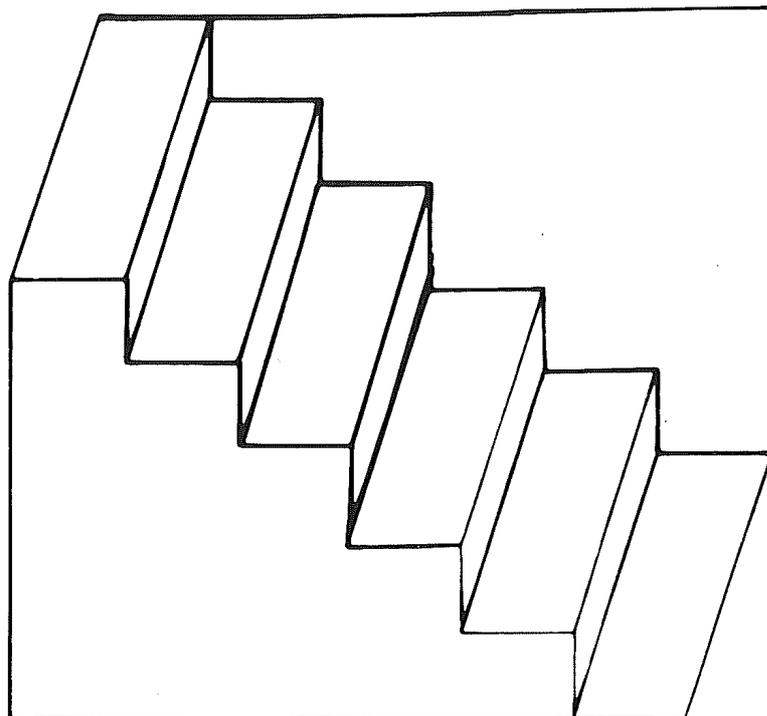


Abb. 3. Aus: *Eccles, John C. (1980): The Human Psyche. Springer, Berlin, Heidelberg, New York*

Wahrgenommen wird zunächst das Bekannte, was wir aus dem Bereich der Sinnestäuschungen wissen. Es gibt dafür zahlreiche Beispiele, und für die doppeldeutigen Figuren möchte ich die Treppe anführen, die durch wechselnde Interpretation des Bildes zum hängenden Gesims wird.

Beim Betrachten nehmen wir zunächst die Treppe wahr, die uns aus dem alltäglichen Leben vertrauter ist als ein hängendes Gesims, das durch ein „Umkippen“ des Bildes gesehen werden kann. Die neuronale Erregung durch das wahrgenommene Bild verändert sich dabei nicht, die Veränderung kommt erst durch die Interpretation des Bildes zustande.

Ich möchte die Wahrnehmung eines paranoisch reagierenden Menschen in Analogie zu diesem einfachen Experiment sehen. Bei der Paranoia liegt u. a. eine Störung der zentralen Ich-Funktion der Abgrenzung vor. Der paranoische Mensch grenzt sich von der als Verfolgerin erlebten Mutter, die nie eigene Abgrenzung gestattet hat, durch die Paranoia ab (*Ammon*, 1979). Durch destruktive, d. h. starre Abgrenzung schützt sich der paranoische Mensch vor dem für ihn als bedrohlich erlebten Kontakt. Dies geht einher mit einer Störung der Wahrnehmung, durch die ihm nicht gestattet wird, im späteren Leben freundliche Kontaktangebote als solche wahrzunehmen, sondern immer nur in gleicher Weise als bedrohlich und verfolgend zu erleben. Interessant ist auch die Veränderung der Wahrnehmung durch Übertragungsprozesse. Wenn wir in einer Gruppentherapie z. B. Videoaufnahmen machen, so werden die Patienten während der Therapiesitzung den Therapeuten entsprechend ihrer Übertragung erleben. Sieht sich die Gruppe im Anschluß an die Sitzung zusammen mit dem Therapeuten den Videofilm an, so ist sie oft erstaunt zu sehen, daß der Therapeut sich ganz anders verhalten hat, als die Patienten es aufgrund der Übertragungssituation erlebt haben.

Dies erinnert uns auch an das von der Schule von *Uznadze* (1939) (*Bassin*, 1978) entwickelte Konzept der psychologischen Einstellung. „Die psychische Einstellung entsteht als Ergebnis einer bestimmten Organisation der vorausgehenden Erfahrung. Nachdem sie sich gebildet hat, wird sie selbst zum Verhaltensfaktor, da sie ein differenziertes Verhältnis, eine selektive Bereitschaft zu späteren Wahrnehmungen und Handlungen schafft.“ Zur Verdeutlichung dieses Konzeptes möchte ich folgendes Beispiel aus der Schule von *Uznadze* zitieren: „Die zu untersuchende Person erhält mehrmals nacheinander in jede Hand eine Kugel gleichen Gewichtes, jedoch unterschiedlichen Volumens, wobei die kleinere Kugel stets in die gleiche Hand gegeben wird. Alsdann erhält der Proband Kugeln gleichen Volumens (und Gewichtes). Auf die Frage, welche Kugel größer ist, antwortet der Proband in der Regel, es sei die in der Hand, die zuvor die kleinere Kugel getestet hatte. Bei ihm entstand die Illusion, in welcher die bei ihm während des Experimentierens eingetretene eigentümliche ‘psychische Einstellung’ ihren Ausdruck findet.“

Daß sich auch die primäre Ich-Struktur durch die pränatal und in der frü-

hen Kindheit erfahrenen gruppenspezifischen Bezüge herausbildet, läßt sich auf verschiedenen Ebenen zeigen:

1. Die Entwicklung des menschlichen Gehirns von den Hominiden – Ramapithecus und den Australopithecines – bis zum homo sapiens erfolgte durch Umwelteinflüsse, wie anthropologische Forschungen zeigen. Das Hirngewicht der Australopithecines lag bei 500 g, das des homo sapiens beträgt 1.150-1.550 g – das Gehirn hat sich also um das zwei- bis dreifache

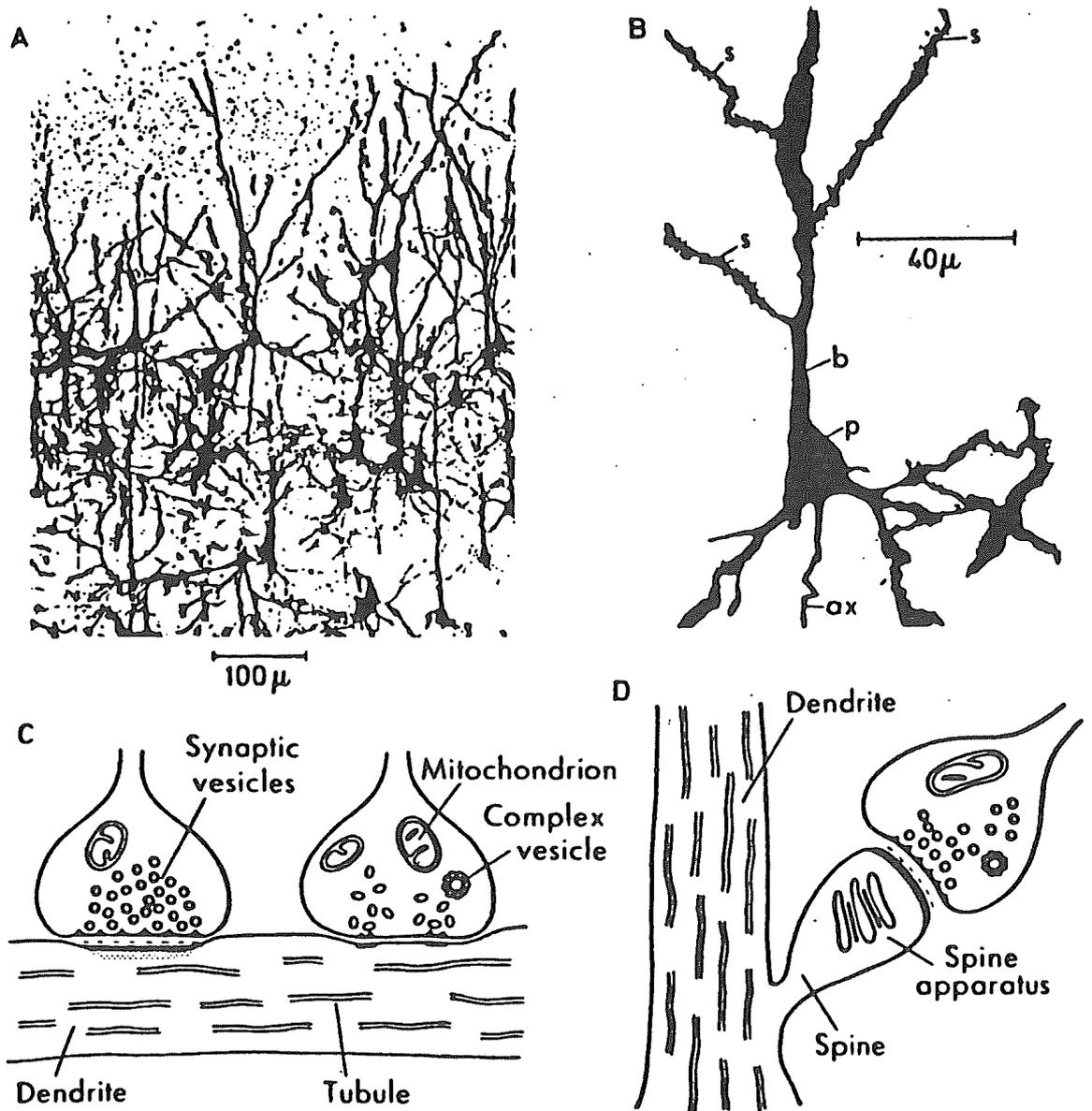


Fig. E1-2. Neurons and synapses. A. Pyramidal and stellate cells seen in a Golgi-stained section of the cat visual cortex. B is a Golgi preparation of a neurone from cat cerebral cortex with spines (*s*) shown on apical and basal dendrites, but not on the soma (*p*), axon (*ax*) or dendritic stumps (*b*). C shows Type I (excitatory) and Type 2 (inhibitory) synapse on a dendrite with the characteristic features displayed diagrammatically. The excitatory synapse has a wider synaptic cleft with a large zone of dense staining. The synaptic vesicles are spherical for the excitatory and elongated for the inhibitory synapse. Special fixation procedures are required for this differentiation. In D there is a dendritic spine of a neocortical pyramidal cell with its spine apparatus and an associated Type 1 synapse (Whittaker and Gray, 1962).

Aus: Popper, K. R., J. C. Eccles: *The Self and Its Brain*, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, London, New York, 1977

che vergrößert. Die Entwicklung von Sprache, Denken und menschlichem Tun war eine absolute Notwendigkeit aufgrund der realen Lebensumstände.

2. Die Bildung temporärer und struktureller Verknüpfungen (Bahnungen), wie sie *Kostandov* für emotionale Verknüpfungen aufgezeigt hat.
3. Im mikroskopischen Bereich können wir z. B. beim Lernen Veränderungen der Synapsen nachweisen und biochemisch eine Zunahme der Proteinsynthese (*Eccles*, 1980).

Hirnphysiologische Prozesse stellen nach *Eccles* bestimmte raum-zeitliche Erregungsmuster von Neuronengruppen dar. Jedes Neuron steht über Tausende von Synapsen mit anderen Neuronen in Verbindung, von denen erregende und hemmende Einflüsse ankommen. Eine Erregung wird weitergeleitet, wenn die Summe der ankommenden Impulse genügend groß ist (*Eccles*, 1979).

Prinzipiell sind bei der Geburt eines Menschen alle Faserverbindungen des Gehirns vorhanden. Durch Gebrauch können einige Synapsen effektiver werden, durch Nichtgebrauch andere sich verkleinern. Elektronenmikroskopisch läßt sich bei einem stärkeren Gebrauch einer Synapse die Vergrößerung ihrer Oberfläche durch Ausbildung dendritischer Spines nachweisen (*Eccles*, 1979).

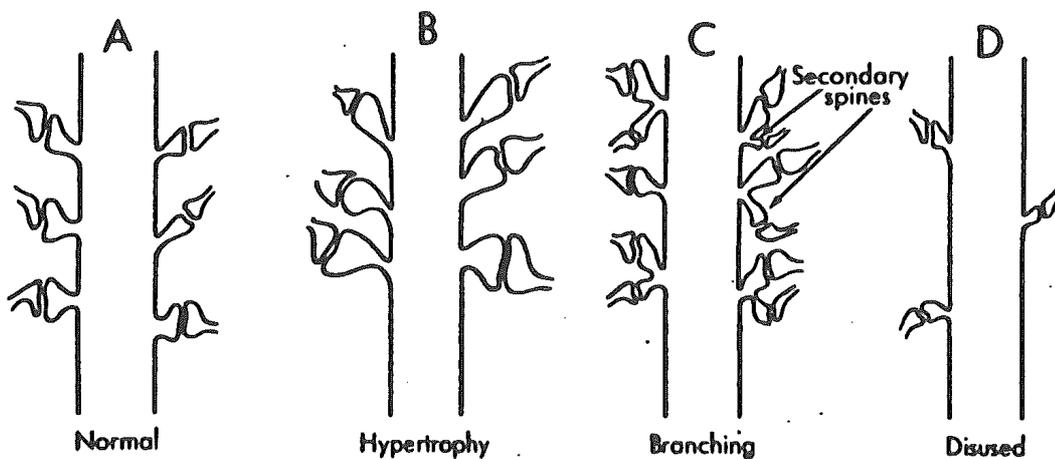


Fig. E8-4. Plasticity of dendritic spine synapses. The drawings are designed to convey the plastic changes in spine synapses that are postulated to occur with growth in B and C and with regression in D. Further description in text.

Aus: Popper, K. R., J. C. Eccles: *The Self and Its Brain*, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, London, New York, 1977

Es ist anzunehmen, daß damit auch eine Zunahme von transmitterenthaltenden Vesikeln und eine Zunahme des Transmittergehalts einhergeht.

Auf einer solchen Veränderung der Synapsen mag auch die Verminderung von Katecholaminen bei der Depression z. B. beruhen, bei der viele Lebensbereiche nicht entwickelt oder gehemmt sind. Diese Veränderung, die die Schulpsychiatrie für eine – womöglich genetisch bedingte – Ursache hält, könnte hier ihren gruppenspezifischen Bezug haben.

Eccles (1980) beschreibt, daß beim Lernen eine Hypertrophie von Synapsen stattfindet, die zwischen horizontal verlaufenden Fasern und den apikalen Dendriten der Pyramidenzellen gebildet werden. Die Hypertrophie erfolgt in einem spezifischen Muster durch Selektion von zeitlichen Verbindungen zwischen einem spezifischen Input vom Hippocampus einerseits und cortico-corticalen Inputs andererseits. So werden einige Neuronengruppen effektiver miteinander verbunden.

Wie sich unsere Wahrnehmung in Abhängigkeit vom Wahrgenommenen verändert, zeigt auch eine Untersuchung von *Kohler* (1962), die *Livingston* (1976) zitiert: Versuchspersonen erhielten Linsen, bei denen die linken Hälften blau, die rechten gelb gefärbt waren. Zunächst erschienen die Objekte der rechten Seite gelb und die der linken blau. Schon nach wenigen Tagen war das Sehen wieder annähernd normal.

Zum Schluß möchte ich noch die Restitution gestörter Funktionen, z. B. nach Verletzung des Gehirns, erwähnen. Bei einer Zerstörung des „Sprachzentrums“ (nach dem heutigen Stand der Forschung gibt es kein umschriebenes Sprachzentrum, wie man früher annahm, sondern verschiedene sensorische und motorische Funktionen müssen integriert werden, damit Sprache möglich ist) kann sich die Sprachfunktion wieder restituieren. Tritt eine Verletzung des Gehirns vor dem Alter von drei Jahren auf, d. h. vor einem kritischen Zeitpunkt der Entwicklung der Sprache von zehn Jahren, entwickelt sich eine Aphasie, die sich aber in der Regel langsam wieder zurückbildet. Im Alter von elf bis vierzehn Jahren ist eine Restitution der Sprache weniger wahrscheinlich. Nach anderen Untersuchungen kann die Sprache nur bis zum Alter von etwa fünf Jahren wieder restituiert werden, d. h. nur bis zu diesem Alter kann sich auf der rechten Hemisphäre das sog. Sprachzentrum entwickeln. Man kann daraus schließen, daß in der frühen Kindheit beide Hemisphären die gleiche Potentialität für die Entwicklung der Sprache haben. Erst von einem bestimmten Alter an entwickelt sich in der Regel die Dominanz der linken Hemisphäre in bezug auf die Sprachfunktion (*Hecaen*, 1978). *Hecaen* berichtet über die Untersuchung eines Kindes, das im Alter von 20 Monaten bis zum 13. Lebensjahr aller verbalen Kommunikation beraubt wurde. Danach kehrte es zu einem sog. normalen Leben zurück, lernte aber nur in begrenztem Maße sprechen. Genaue Untersuchungen zeigten, daß nur die rechte Hemisphäre sowohl verbales wie nonverbales Material behandelte. Der Autor kommt zu dem Schluß, „perhaps without adequate stimulation during maturation, a preformed cerebral zone may not be able to acquire its functional capacities“.

Nach unserem Verständnis hängt die Strukturbildung wesentlich von der Zufuhr von Sozialenergie ab. Ich möchte meinen, daß in dem von *Hecaen* zitierten Beispiel die Entwicklung der Sprachfunktion bei einem 13jährigen Kind nur durch sozialenergetische Zufuhr, die gleichzeitig mit der Übung der Sprachfunktion als sekundärer Ich-Funktion gegeben wird, möglich ist.

Wie die Restitution in einzelnen vonstatten geht, ob z. B. durch Reorga-

nisation oder Reintegration dieser Funktion durch andere Strukturen, wissen wir bis heute nicht, aber sie ist möglich, wenn von der umgebenden Gruppe gleichzeitig Sozialenergie gegeben wird.

Um so unverständlicher ist es, wenn heutzutage Verhaltensstörungen bei Kindern auf ein sogenanntes minimal-brain-damage-Syndrom zurückgeführt werden, wo doch gerade bei Neugeborenen das Gehirn noch eine so große Plastizität besitzt, daß die Primärgruppe in der Lage sein müßte, durch Zufuhr von Sozialenergie das Auftreten von Verhaltensstörungen zu verhindern.

Die Gruppe kann Ich-Struktur-Bildung ermöglichen, aber auch verhindern.

Cerebral Hemispheres and Ego-Structure

Brigitte Marsen (Berlin)

Since the last century natural science and psychology have been in an antagonistic position concerning research on man. The ego-structure-model of *Günter Ammon* and his school is an attempt to understand theoretically and methodically the structural and genetic unity of the personality. The ego-structure-model comprises biological aspects – the primary ego-functions, the core of the personality – the central ego-functions and the functional aspects, which are necessary to cope with life – the secondary ego-functions. The primary ego-functions are the total organic material with all its functions and regulating systems.

In this paper the main interest lies on the primary ego-functions of the cerebrum and cerebral functioning. The author gives a new interpretation of the data of neurophysiological research, especially of the investigations concerning the functional asymmetry of the cerebral hemispheres. She discusses the experiments with “split-brain-patients”, who had undergone commissurotomy for the relief of severe intractable epilepsy, and most recent experiments with “normal” individuals.

In “split-brain-patients” the left hemisphere provides the language center, including auditory and visual imagery relating to language; it deals with writing, calculation, analytic and step by step logical thinking processes, serial order and time sequences. The right hemisphere is responsible for spatial tasks, synchronous, holistic perception, recognition of faces, the body image, all non-verbal material, music, creative activities such as painting, composition of poetry, playing chess, solution of non-trivial mathematical problems, image thinking on a simultaneous principle and dreaming.

The right hemisphere is capable of understanding language to some degree. Therefore it is assumed that it is not the material which is handled which distinguishes the hemispheres but the mode of information processing. There are

some indications that intuition, creativity, flexible ego-boundaries and dreaming are at first functions of the right hemisphere. Overt behavior is primarily determined by left hemispheric functioning.

So the author hypothesizes that central ego-functions are functions of the right hemisphere, the secondary ego-functions those of the left hemisphere.

Just as we cannot isolate the functioning of one hemisphere from all other parts of the brain, because there are multiple connections to them, we cannot isolate central or secondary ego-functions. All parts of the brain as well as primary, central and secondary ego-functions work synergistically. One can say: each ego-function has primary, central and secondary aspects with one aspect in the foreground. This is demonstrated with sexuality and perception as examples.

The whole ego-structure is formed by the surrounding group and vice versa. Beyond that the author gives some suggestions as to how the primary ego-functions are influenced by the environment: one argument comes from anthropological research showing the increase in cerebral weight by environmental necessities; the other is the plasticity of the brain, especially in young children.

Restitution of functions which were lost or disturbed by cerebral lesions depends on the surrounding group and its ability to give social energy.

Literatur

- Ammon, Günter* (1970): Gruppendynamik der Aggression. (Berlin: Pinel Publikationen, München: Kindler, 1973)
- (1972): Gruppendynamik der Kreativität. (Berlin: Pinel Publikationen, München: Kindler)
- (Hrsg.) (1974): Psychoanalytische Traumforschung. (Hamburg: Hoffmann & Campe)
- (Hrsg.) (1979): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1. Hrsg. *Günter Ammon* (München: Ernst Reinhardt)
- Austin, M. D.* (1971): Dream Recall and the Bias of Intellectual Ability. *Nature*, Vol 231, 59
- Bassin, F. V.* (1978): Unbewußtes und Verhalten. (Stuttgart: Hippokrates)
- Bergson, Henri* (1908): Materie und Gedächtnis. Essays zur Beziehung zwischen Körper und Geist. (Jena: Eugen Diederichs)
- Bogen, J. E.* (1969): The other side of the brain 1. Dysgraphia and dyscopia following cerebral commissurotomy. In: *Bull. Los Angeles Neurol. Soc.* 34, 73-105
- Cohen, David B.* (1977): Changes in REM Dream Content during the Night: Implications for a Hypothesis about Changes in Cerebral Dominance across REM Periods. In: *Perceptual and Motor Skills*, 44, 1267-1277
- Eccles, John C.* (1973): Das Gehirn des Menschen. (München, Zürich: Piper)
- (1980): The Human Psyche. (Berlin, Heidelberg, New York: Springer)
- Freud, Sigmund* (1895): Entwurf einer Psychologie. In: Aus den Anfängen der Psychoanalyse, 1887-1902, Briefe an *Wilhelm Fließ*. (London: Imago)
- (1915): Das Unbewußte. *Ges. W.* Band X (London: Imago)
- Galin, David* (1974): Implications for Psychiatry of Left and Right Cerebral Specialization. In: *Arch. Gen. Psychiatry*, 31, 572-583
- (1976): Hemispheric Specialization: Implications for Psychiatry. In: *Biological Foundations of Psychiatry*, ed. R. G. Grenell and S. Gabay. (New York: Raven Press)
- Gazzaniga, Michael, S.* (1971): The Split Brain in Man. In: *Physiological psychology*, Thompson, R. F. (ed.) San Francisco: Freeman 118-123

- Hartmann, H.* (1939): Ich-Psychologie und Anpassungsprobleme. (Stuttgart: Klett)
- Hecaen, Henry, Albert, Martin L.* (1978): Human Neuropsychology. (New York, Chichester, Brisbane, Toronto: John Wiley)
- Hoppe, Klaus D.* (1977): Split Brains and Psychoanalysis. In: *Psychoanal. Quaterly* 46, 220-244
- Kohler, I.* (1962): Experiments with goggles. In: *Sci. Am* 206, 62-72
- Kornhuber, H. H.* (1974): Cerebral Cortex, Cerebellum and Basal Ganglia: An Introduction to their Motor Functions. In: *Schmitt & Worden* (Hrsg.) 267-280
- Kostandov, E. A.* (1978): Physiological Mechanisms of "Psychological Defence" and Unaccountable Emotions. In: *The Unconscious, I*, Hrsg. *Prangishvili, A. E., Sherozia, A. E., Bassin, F. V. Metsniereba, Tbilisi*
- Kostandov, E. A., Genkina, O. A.* (1975): Interhemispheric Interaction in Man during Perception of Visual Stimuli. In: *Zhurnal vysshey nervnoy deyatelnosti*, XXV, 5, 899-907
- (1976): Hemispheric Asymmetry of Evoked Electrical Activity of the Cerebral Cortex to Letter and Non-Verbal Stimuli. In: *Zhurnal vysshey nervnoy deyatelnosti*, XXVI, 1, 21-29
- Livingston, Robert B.* (1976): Sensory Processing, Perception, and Behavior. In: *Biological Foundations of Psychiatry*, Vol 1, Hrsg. *Grenell, R. G., Gabay, S.* Raven Press, New York
- Moore, W. H.* (1979): Alpha-Hemispheric Asymmetry of Males and Females on Verbal and Nonverbal Tasks: Some Preliminary Results. In: *Cortex* XV, 2, 321-326
- Oelkers, W., Marsen, B., Molzahn, M., Hammerstein, J.* (1975): Spontaneous Changes Wight, Leg, Volum, Renin, Aldosterone and Sexhormones in Patient with cyclical oedema. *Klin. Wschr.* 53,509–517
- Ornstein, R., Herron, J, Hohnstone, J., Swencionis, Ch.* (1971): Differential Right Hemisphere Involvement in Two Reading Tasks. In: *Psychophysiology* 16, 4, 398-401
- Popper, Karl R., Eccles, John C.* (1979): *The Self and Its Brain.* (Berlin, Heidelberg, London, New York: Springer)
- Rotenberg, V. S.* (1979): Word and Image: The Problem of Context. In: *Dyn Psychiat.* 12, 494-498
- (1981): Die funktionale Dichotomie der Gehirnhemisphären in Bezug zu den psychologischen Abwehrmechanismen. *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Band II.* Hrsg. *Günter Ammon*, in Vorbereitung
- Sperry, R. W.* (1966): Brain Bisection and Mechanisms of Consciousness. In: *Brain and Conscious Experience*, Hrsg. *Eccles, J. C.*, (Heidelberg: Springer)
- (1970): Perception in the Absence of the Neocortical Commissures. In: *Ass. for Research in Nervous and Mental Diseases*, 48, 123-138
- (1974): Lateral Specialization in the Surgically Separated Hemisphere. In: *The Neurosciences: Third Study Program*, Hrsg. *Schmitt, F. O., Worden, F. G.*, (Cambridge, Mass: M.I.T.-Press)
- (1977): Forebrain Commissurotomy and Conscious Awareness. In: *J. Medicine and Philosophy*, 2, 101-126
- Sperry, R. W., Gazzaniga, M. S. Bogen, J. E.* (1969): Interhemispheric relationships: The neocortical commissures; syndromes of hemisphere disconnection. In: *Handbook of Clinical Neurology*, Hrsg. *Vinken, P. J., Bruyn, G. W.* Vol 4, 273-290
- Spitz, R. A.* (1965): *The first Year of Life.* (New York: Int. Univ. Press)
- Uznadze, D. N.* (1939): Untersuchungen zur Psychologie der Einstellung. In: *Einstellungspsychologie*, *Uznadze, D. N. et al.*, (Berlin: Volk und Wissen)
- Wickert, J.* (1972): *Albert Einstein*, (Reinbek: Rowohlt)
- Zaidel, Eran* (1976): Auditory Vocabulary of the Right Hemisphere following Brain Bisection or Hemidecortication. In: *Cortex* Vol XII, 3, 191-211

Adresse der Autorin:
 Dr. med. Brigitte Marsen
 Goethestraße 20
 1000 Berlin 37

Ansätze zu einer gruppensdynamischen Betrachtungsweise von neurophysiologischen Strukturen**

Hartwig Volbehr*

In der psychiatrischen Forschung, insbesondere auch der Schizophrenieforschung, wird, nachdem eine rein organische Verursachung der meisten psychiatrischen Erkrankungen nicht nachgewiesen werden konnte, heute in der Regel von einer multikausalen, multikonditionalen oder multifaktoriellen Betrachtungsweise der Schizophrenie ausgegangen. Dabei wird ein linearer, statistisch faßbarer Kausalzusammenhang zwischen auslösendem Faktor und Erkrankung postuliert, wie zum Beispiel bei der heute yeldiskutierten „Life-Event“-Forschung. Es wird außer acht gelassen, daß der Mensch und seine Erkrankung in einer gruppensdynamisch strukturierten Umwelt eingebettet sind und körperliche und psychische Entwicklung eine sich gegenseitig beeinflussende und einander bedingende einheitliche Entwicklung in einer lebendigen Gruppe darstellen. Die Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie geht davon aus, daß Gruppensdynamik als regulatives und strukturierendes Prinzip auch im Bereich der primären Ich-Struktur, d. h. im neurophysiologischen und biologischen System eines Menschen organisch faßbare funktionelle oder morphologische Veränderungen bewirken kann, d. h. eine strukturierende Kraft auch im organischen Bereich hat. Anhand der Literatur aus verschiedenen psychiatrischen Forschungsbereichen wird die Bedeutsamkeit gruppensdynamischer Bezüge herausgearbeitet und die Beziehung zwischen der gruppensdynamischen, der ich-strukturellen und der neurophysiologischen, d. h. biologischen Ebene eines Menschen aufgezeigt und ein Beitrag zum Verständnis der Einheit dieser drei Ebenen geleistet.

Menschliches Erleben und Persönlichkeit ist an Materie gebunden, Psyche ohne Soma nicht denkbar. Obwohl die einzelnen medizinischen Wissenschaften in der Betrachtung des Leib-Seele-Problems stark konvergieren, gilt noch immer, was der große physiologische Forscher und Kliniker *Sancorius von Padua* um 1600 schrieb: „Wo das einigende Band zwischen Vernunft und animalischen Säften ist, weiß Gott allein der Allmächtige, aber kein Ding wird durch die Erfahrung besser bestätigt, als daß sie sich gegenseitig beeinflussen“.

Die Geschichte der Schizophrenieforschung ist durch eine Auseinandersetzung um diesen psychosomatischen Zusammenhang gekennzeichnet. Während vor der sogenannten naturwissenschaftlichen Ära von Medizin und Psychiatrie Erkrankungen, die seit *Bleuler* als „Schizophrenie“ bezeichnet werden, durchaus auf ihrem psychischen, emotionalen und auch gruppenbezogenen Hintergrund verstanden wurden, entwickelte sich seit *Griesingers* Postulat „Geisteskrankheiten sind Erkrankungen des Gehirns“, um 1860, und der Entwicklung einer rein naturwissenschaftlichen Medizin überhaupt, eine Forschungsrichtung, welche eine organische Verursachung

* Dr. med., Dozent und Lehranalytiker am Berliner Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppensdynamik (LFI) der DAP

** Vortrag, gehalten auf dem XII. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 8.-13. Dezember 1980, Kongreßzentrum München.

dieser Erkrankung nachzuweisen versucht. Die biologische Psychiatrie ist aus diesem Ansatz erwachsen.

Da keine der verschiedenen Forschungsrichtungen bis heute einen schlüssigen Beweis der Richtigkeit ihrer Hypothese erbringen konnte, entstand das Konzept der sogenannten multikausalen, multikonditionalen oder multifaktoriellen Betrachtungsweise der Schizophrenie. Dieses Konzept läßt alle Möglichkeiten offen und erlaubt jedem, an seiner Hypothese festzuhalten. Die einzelnen Hypothesen postulieren verschiedene Ursachen: Genetisch bedingt (d. h. vererbt), infektiös (z. B. Viruserkrankung), Stoffwechsel- oder Enzymtgleisung, Umwelteinflüsse (wie frühe Kindheit), belastende Lebensereignisse oder soziale bzw. gesellschaftliche Bedingungen.

In den jeweiligen Veröffentlichungen wird dann, nach Würdigung der Bedeutsamkeit der anderen Faktoren, die eigene Hypothese als erwiesenermaßen entscheidende herausgestellt. Das Konzept der multifaktoriellen Verursachung der Schizophrenie kann als pluralistische Ursachen-Wirkungs-Theorie begriffen werden, wobei von linearen Kausalzusammenhängen ausgegangen und jeweils einer in den Vordergrund gerückt wird.

In der vorliegenden Arbeit möchte ich versuchen herauszuarbeiten, daß sich

1. das gruppensdynamische Krankheitsverständnis der Schizophrenie nicht unter den sogenannten multifaktoriellen Ansatz subsumieren läßt,
2. daß es sich dabei nicht um eine einfache Ursachen-Wirkungsrelation handelt, und
3. daß die bisherigen neurophysiologischen Befunde auf dem Gebiet der Schizophrenieforschung in keinem Widerspruch zu diesem Krankheitsverständnis stehen.

Sowohl die klinische Erfahrung als auch die Interpretation neurophysiologischer Befunde (*Gülsdorff*, 1980) und die Ergebnisse der Hirnhemisphärenforschung (*Marsen*, 1980; *Rotenberg*, 1979; *Rothschild*, 1980) zeigen, daß psychische Prozesse strukturelle, d. h. biochemisch faßbare biologische Veränderungen bewirken können.

Die Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie versteht den Menschen als eine gewachsene psychosomatische Einheit. Nach diesem Verständnis kann die Betrachtung des kranken wie auch des gesunden Menschen nicht in eine organische und eine psychische Untereinheit separiert werden. Dies gilt sowohl für die Erforschung der Krankheitsentstehung, wie auch für die Behandlung des erkrankten Menschen selbst. Dabei handelt es sich um ein monistisches Verständnis von Seele und Körper und nicht um ein dualistisches. Diese Seele-Körper-Einheit steht jedoch nicht allein für sich, sondern ist eingebettet in eine gruppensdynamisch strukturierte Umwelt, welche die Matrix für die Struktur dieser Seele-Körper-Einheit darstellt. Somit handelt es sich nicht um zwei Systeme der körperlichen und psychischen Entwicklung, die sich gegenseitig beeinflussen, sondern um eine tief verwobene, einander bedingende einheitliche und gemeinsame Entwicklung. Die für jeden

Menschen spezifische Gruppendynamik ist das regulative und strukturierende Prinzip dieser Entwicklung. Ich zitiere *Ammon* (1979): „Jede innerhalb der lebensgeschichtlich bedeutsamen Gruppen gewonnene Erfahrung findet ihren Niederschlag in einer Facette der gesamten Ich-Struktur. Diese an der Grenze von Ich und Gruppe stattfindende Entwicklung schlägt sich m. E. – und zwar besonders in den lebensgeschichtlich frühesten Perioden in der Zeit der besonderen Plastizität der organischen Substanz – in einer Strukturbildung an den Grenzen von Psyche und Körper, d. h. bei der Bildung der primären Ich-Funktionen nieder.“

Unter der primären Ich-Struktur versteht *Ammon* (1979): „Insgesamt das zentrale und periphere Nervensystem in allen seinen Tätigkeiten“. Die primäre Ich-Struktur ist als neurophysiologische Grundlage von Ich-Strukturen zu denken und stellt die Bedingung dar für die zentrale und die sekundäre Ich-Struktur und sie ist zugleich in ihrer Ausprägung von diesen Ich-Strukturen und der spezifischen Gruppendynamik eines Menschen abhängig.“

Den Begriff Gruppendynamik möchte ich nach *Ammon* wie folgt definieren: Gruppendynamik ist der interpersonelle Raum, der geprägt ist durch die Gesamtheit der Ich-Strukturen der einzelnen Menschen einer Gruppe und den hieraus resultierenden Möglichkeiten, im Sinne eines Gruppen-Ich bestimmte Ich-Funktionen, soziale Energie und Identität zur Verfügung zu stellen.

Das Zusammenspiel von verinnerlichter Gruppendynamik eines Menschen und der aktuellen Gruppendynamik in ihren bewußten und unbewußten Anteilen ist das eigentlich Psychische: „Indem die zwischenmenschliche Beziehung als das eigentlich Psychische gefaßt wird, erscheinen Gruppe und Individuum als Facette ein und desselben psychischen Prozesses. Der einzelne Mensch ist eingebettet in diesen Gruppenprozeß und erfährt das Interesse der Gruppe für sich quantitativ als soziale Energie.“ (*Ammon*, 1979).

Identität ist die Summe der erfahrenen Sozialenergie. Mittels Identität wird Auseinandersetzung in Gruppen möglich. Sozialenergetische Auseinandersetzung bezieht den ganzen Menschen mit ein. Die verinnerlichte und die aktuelle Gruppendynamik stellen über die Bereitstellung von sozialer Energie ein regulatives und ein energetisches Prinzip dar. Aus dieser Definition ergibt sich die Arbeitshypothese der vorliegenden Arbeit: Gruppendynamik als regulatives und strukturierendes Prinzip kann im Bereich der primären Ich-Struktur, d. h. im neurophysiologischen System eines Menschen, organisch faßbare funktionelle oder morphologische Veränderungen bewirken, d. h. sie hat eine strukturierende Kraft auch im organischen Bereich.

In der Schizophrenieforschung gibt es besonders seit den Untersuchungen von *Lidz* u. a. (1965) eine Reihe von Ansätzen, welche die Entstehung bzw. das auslösende Moment für eine schizophrene Reaktion aus der frühkindlichen und aktuellen Familieninteraktion oder aus der aktuellen Umweltsituation erklären wollen. Aus diesem Ansatz entstand die sogenannte „Live-

Event“-Forschung, d. h. die Erforschung des ursächlichen Zusammenhangs zwischen besonderen Lebensereignissen und der Entstehung oder Auslösung einer psychotischen, speziell einer schizophrenen Erkrankung (Cooper, 1980). Die „Live-Event“-Forschung entstand aus Beobachtungen, daß z. B. die Schizophrenierate bei Einwanderern in umgekehrtem Verhältnis zur Zeitspanne seit der Einwanderung steht (Malzberg, 1963), oder daß die Psychoseeraterate bei Frauen kurz nach einer Entbindung stark ansteigt (Pfaffenberger, 1964; Pugh u. a. 1963).

Die „Live-Event“-Forschung geht davon aus, daß besondere Lebensereignisse einen ursächlichen Auslösefaktor bei psychischen Erkrankungen und speziell auch bei der Schizophrenie darstellen (Brown und Birley, 1970). Der statistische Vergleich einer Gruppe von 50 schizophrenen Patienten mit einer gleich großen Kontrollgruppe aus der Normalbevölkerung ergab, daß in den drei Monaten vor Ausbruch der Erkrankung bei 46 % der Patienten ein Lebensereignis, wie z. B. Umzug, Wechsel der Arbeitsstelle, Krankenhausaufenthalt, Geburt, Heirat oder Todesfall in der Familie, sowie familiäre Krisen verschiedenster Art feststellbar war, während bei der Kontrollgruppe, bestehend aus Normalpersonen, nur 14 % innerhalb der vergangenen drei Monate ein derartiges Lebensereignis hatten. Brown und Birley zogen aus ihren Untersuchungen den Schluß, daß das Erleben belastender Lebensereignisse zum Auftreten akuter schizophrener Schübe führen kann. Neuere groß angelegte amerikanische Untersuchungen (Meyers, 1976) bestätigen diese Befunde. Diese Forschungen haben besonders psychiatrischen Richtungen, welche sich auf Krisenintervention und Arbeit im sozialen Umfeld des Patienten beschränken, Aufschwung gegeben.

Kritik an diesen Forschungen wurde immer wieder laut. Zunächst wurde geltend gemacht, daß ausschließlich retrospektive Untersuchungen prinzipiell fragwürdig sind. Zum anderen wurde bemängelt, daß die belastenden Lebensereignisse nicht ausreichend genau inhaltlich definiert und zu heterogen seien.

M. E. ist es jedoch nicht so sehr die ungenaue Definition bestimmter Ereignisse, sondern das völlige Außerachtlassen gruppendynamischer Bezüge, welche diese Untersuchungen fragwürdig erscheinen läßt. Gruppendynamisch kann das gleiche Ereignis bei unterschiedlichen Menschen mit unterschiedlicher Primärgruppenerfahrung von völlig unterschiedlicher Bedeutsamkeit sein.

Bezieht man die statistische Angabe, daß bei 14 % der sogenannten normalen Personen aus der Kontrollgruppe ein belastendes Lebensereignis innerhalb der vergangenen drei Monate vorlag, auf eine Bevölkerung von 1000, so hatten demnach 140 Menschen innerhalb von drei Monaten ein belastendes Lebensereignis. Von 1000 Menschen erkrankten jedoch innerhalb von drei Monaten statistisch gesehen weniger als zehn Personen an einer schizophrenen Reaktion. Zudem konnte statistisch bei nur ca. der Hälfte (46 %) ein belastendes Lebensereignis als verursachend gefunden werden.

Dies bedeutet, daß ca. 135 Personen, welche aufgrund der statistischen Angaben ebenfalls unter dem Eindruck eines belastenden Lebensereignisses standen, nicht erkrankt sind. Der postulierte Kausalzusammenhang läßt sich somit statistisch nicht beweisen.

Die „Life-Event“-Forschung, wie auch ein Großteil der Familienforschung, die durch ihren Umweltansatz zunächst das sogenannte Endogenitätsprinzip bzw. die Vererblichkeit schizophrener Erkrankungen widerlegen wollten, kommen letztlich zu keinem neuen Ergebnis, obwohl auch sie, ähnlich wie die Dynamische Psychiatrie, von der Veränderbarkeit neurophysiologischer Strukturen durch Umwelteinflüsse ausgehen. In Ermangelung eines Persönlichkeitsmodelles und damit eines eigenen Krankheitsverständnisses müssen sie die Antwort auf die Frage schuldig bleiben, warum der eine Mensch auf ein bestimmtes Ereignis mit psychischer Erkrankung, der andere ohne Erkrankung reagiert. Zur Erklärung wird dann notwendigerweise nach wie vor ein konstitutioneller Faktor und, da dieser nicht weiter erklärt werden kann, das Endogenitätsprinzip herangezogen werden. Dies ist von besonderer Bedeutung, da gerade im Zusammenhang mit der Hypothese der sogenannten multifaktoriellen Genese der Schizophrenie dem Umweltfaktor eine wichtige Rolle zugeschrieben wird. Unsere Kritik an der Familienforschung und an der „Life-Event“-Forschung setzt hier an, weil das gruppensdynamische Prinzip sowohl in der Interaktion der Familie, als auch bei der Erforschung bedeutsamer Lebensereignisse außer acht gelassen wird.

Diese Forschungsansätze gehen – wie im übrigen auch die meisten anderen Forschungsansätze in der Psychiatrie – von phänomenologisch beschreibenden, statistisch erfaßbaren Aussagen aus und ziehen ihre Schlüsse in einem einfachen Kausalitätsdenken im Sinne einer linearen Ursache-Wirkungs-Relation. Scheinbar gleiche Ursachen werden postuliert und mittels einer möglichst großen Stichprobe statistisch verglichen.

Das gruppensdynamische Verständnis von Umwelteinflüssen ist kein einfacher Kausalzusammenhang und läßt sich nicht auf dieser einfachen statistischen Ebene erfassen. Im Gegensatz zu den zitierten Forschungsansätzen stellt die Dynamische Psychiatrie den interpersonellen, gruppensdynamischen Raum in den Mittelpunkt ihrer Forschung.

In der Auseinandersetzung um Endogenität einerseits und Umweltbeeinflussung andererseits hat die biologische Psychiatrie mit ungeheurem Aufwand seit Jahrzehnten versucht, eine organisch faßbare neurophysiologische und biochemische Veränderung bei der Schizophrenie zu finden, und organisch orientierte Psychiater verwendeten jede noch so unbewiesene Stoffwechseleränderung triumphierend als Beweis für die „somatisch krankhafte Störung der Hirnfunktion auf der Basis einer genetischen Ursache der Schizophrenie“ (Huber, 1979).

Die Schizophrenie als Stoffwechselkrankheit des zentralen Nervensystems, dies ist die Arbeitshypothese, welche die ausschließlich biologische

Behandlung durch Psychopharmaka rechtfertigen und jedem psychotherapeutischen Ansatz den Boden entziehen soll. Die so denkenden Psychiater vergessen dabei, daß eine Stoffwechseleränderung im ZNS bei schizophren reagierenden Patienten noch keinerlei Schluß über die Ursache zuläßt, geschweige denn, daß eine derartige konstante Stoffwechseleränderung bisher gefunden wurde. Unzählige Veränderungen wurden postuliert, keine hat sich als haltbar erwiesen. Selbst wenn eine derartige konstante Veränderung gefunden würde, so ließe sich auch diese mühelos als neurophysiologisches Korrelat einer spezifischen Ich-Störung und einer spezifischen Gruppendynamik erklären.

Als Beispiel für eine derartige, zur Zeit viel diskutierte Stoffwechseleränderung soll hier die Endorphin-Forschung angeführt werden. Endorphine, auch Enkephaline genannt, sind körpereigene morphinähnliche Substanzen, welche in ihrer biologischen Wirksamkeit in Beziehung zum Schmerz, zur Depression, zur Sucht und zur Schizophrenie stehen sollen (*Hughes* u. a., 1975; *Snyder*, 1977). *Margules* (1979) vermutet, daß eine vermehrte Produktion von Beta-Endorphin in der Hypophyse ihre Ursache entweder in tumorartigem Wachstum der synthetisierenden Zellen oder in genetisch determinierten Zellveränderungen hat und der erhöhte Endorphinspiegel für die Symptome der Schizophrenie verantwortlich ist. *Horrobin* (1970) nimmt an, daß eben dieser erhöhte Endorphinspiegel durch Synthesehemmung zu einem Prostaglandinmangel führt, wie er ebenfalls bei schizophren reagierenden Patienten beobachtet wurde.

Terenius (1976) und *Gunne* (1979) fanden im Liquor schizophren reagierender Patienten während der akuten psychotischen Reaktion erhöhte Endorphinspiegel. Dies führte dazu, daß Endorphinantagonisten als Neuroleptika verabreicht wurden (*De Wied*, 1977, *Verhoeven*, 1978). Dies wurde nur an wenigen Patienten durchgeführt und der Unterschied zu sonst üblichen unspezifischen pharmakologischen Behandlungen war nicht überzeugend. Weitere Versuche wurden daher mit diesen Endorphinantagonisten nicht unternommen. Trotzdem sehen *Joergensen* (1979) und *Margules* (1980) in der Störung des Endorphinstoffwechsels einen ätiologischen Faktor der Schizophrenie.

Die Art der Hypothesenbildung in der biologischen Psychiatrie kann exemplarisch an den Befunden der Endorphinforschung deutlich gemacht werden:

1. Bei einer Reihe von Patienten wird eine bestimmte Stoffwechseleränderung gefunden.
2. Ein Antagonist zu dem erhöht im Körper auftretenden Stoff hat gewisse Wirksamkeit, die jedoch so unspezifisch ist, daß die Substanz für therapeutische Zwecke nicht weiter eingesetzt werden kann.
3. Die gefundene Stoffwechseleränderung wird trotzdem zum „ätiologischen Faktor“ erklärt und als eine möglicherweise genetisch bedingte Enzymstörung interpretiert.

4. Daß der veränderte Endorphinspiegel als Auswirkung psychischer Erscheinungen und psychischer Einflüsse auf den Körper, d. h. auf das neurophysiologische System interpretiert werden könnte, wird überhaupt nicht diskutiert.

Betrachtet man den erhöhten Endorphinspiegel als nur einen Aspekt eines sehr komplexen und vielfältigen Stoffwechselgeschehens, wie man ihn sich bei einer akuten schizophrenen Reaktion vorstellen muß – die schizophrene Reaktion betrifft immer den ganzen Menschen und nicht nur einen kleinen Bereich seines Ich –, so ergibt sich die Möglichkeit, diese Stoffwechseleränderung in einen größeren Zusammenhang, nämlich den des Schmerzerlebens zu integrieren. Untersuchungen von *Herz* (1976) haben ergeben, daß sogenannte Opiatrezeptoren, also die Rezeptorstellen der Endorphine, vor allem im limbischen System und in Strukturen des Hirnstammes wie Hypothalamus, Striatum und Mittelhirn gefunden werden, welche besonders auch für die Schmerzwahrnehmung und den emotionalen Aspekt des Schmerzes von Bedeutung sein sollen. Das Nicht-verarbeiten-können des Schmerzes, welches zu chronischen Schmerzzuständen führen kann, geht mit einem Mangel an Endorphinen einher. (*Barnes*, 1979) und (*Holperin*, 1978) bezeichneten chronische Schmerzzustände als „endorphin deficiency states“.

Schmerzerleben stellt einen Beziehungsaspekt dar, wobei psychische Energien ausgetauscht werden. Schmerz hat somit gruppenspezifische Bedeutung – ohne den Menschen, ohne umgebende Gruppe, welche an dem Schmerz teilhat, kein Schmerz. Dies ist aus Schilderungen von sogenannten Wolfskindern und sehr vernachlässigten Heimkindern bekannt, die z. B. Verletzungen oft nicht bemerken, da sie keinen Schmerz empfinden. Schmerz ist keine biologische Größe, d. h. er bekommt erst durch die Gruppe einen Sinn, d. h. Schmerzempfindung unterliegt gruppenspezifischer Regulation.

Der schizophren reagierende Patient hat im akut psychotischen Geschehen oftmals kaum Schmerzwahrnehmungen. Schmerzerleben, oft genug durch Selbstverstümmelung herbeigeführt, wie auch körperliche Erkrankungen können umgekehrt aus der akuten Psychose herausführen.

Der schizophren reagierende Mensch, der an einem durch die Primärgruppe gesetzten Kontaktverbot leidet (*Ammon*, 1980), kann nicht einmal den Schmerz als Kontaktmittel einsetzen. Um Kontakt nicht zu spüren, darf er keinen Schmerz fühlen. Andererseits wissen wir, daß Angst und psychischer Schmerz – oftmals ist dieser mit Trennungsangst und vorweggenommenem Trennungsschmerz gleichzusetzen – durch körperlichen Schmerz verschwindet. Es läßt sich eine Beziehung zwischen körperlichem Schmerz bzw. körperlichem Schmerzerleben, psychischem Schmerz bzw. psychischem Schmerzerleben und Schizophrenie herstellen. Von dieser Hypothese ausgehend, kann der erhöhte Endorphinspiegel bei schizophren reagierenden Patienten (*Snyder*, 1978) ohne weiteres als Folge des gruppenspezifisch bedingt, veränderten Schmerzerlebens bei diesen Patienten interpretiert

werden. Der erhöhte Endorphinspiegel bei schizophren reagierenden Patienten ist das neurophysiologische Substrat der aktuell verminderten Fähigkeit, Schmerz zu erleben.

Es gibt Patienten, welche die Fähigkeit, Schmerz zu erleben, die immer in enger Beziehung zum Körper-Ich-Gefühl steht, erst im Laufe eines langen therapeutischen Prozesses im Kontakt mit dem Therapeuten oder einer therapeutischen Gruppe erwerben. Überhaupt ist das Erleben des eigenen Körpers, wie auch die Ausstrahlung, die ein Körper hat, deutlich gruppenabhängig. Bei jeder erfolgreich verlaufenden Psychotherapie ändert sich das Äußere, d. h. die körperliche Erscheinung eines Menschen mit. Auch hier ist ein unbestreitbarer Zusammenhang zwischen Gruppe und Körper-Ich festzustellen.

Die gesamte Prävention, z. B. in den Psychoanalytischen Kindergärten, beruht auf der Tatsache, daß kranke Gruppen psychische Krankheiten verursachen und, daß gesunde, emotional tragfähige Gruppen diese verhindern können. Oftmals kann durch frühes Erkennen einer krankmachenden Gruppensituation durch reale Veränderung der Gruppenstruktur dieser krankmachende Aspekt eliminiert werden.

Payk (1979) zeigte anhand mehrerer Patienten den Zusammenhang zwischen akuter psychotischer Reaktion und unsachgemäß durchgeführter Gruppenpsychotherapie auf. Den krankmachenden Effekt einer spezifischen Gruppendynamik beschreiben *Leff* und *Vaughan* (1976). Sie stellen fest, daß von den aus psychiatrischen Kliniken entlassenen Patienten ca. 50 % in engen und problematischen Beziehungen zu Familienangehörigen oder Partnern stehen. Bei diesen 50 % liegt die sogenannte Rückfallquote, d. h. der Ausbruch einer erneuten Erkrankung, bei ca. 90 %, wenn diese problematische Beziehung nicht aus therapeutischen Gründen eingegrenzt oder reduziert worden war. Umgekehrt gelingt es durchaus, eine akute psychotische Reaktion bei einem schizophren reagierenden Patienten im interpersonellen gruppendynamischen Raum eines geeigneten therapeutischen Milieus einzugrenzen, bzw. dem schizophren reagierenden Patienten im Laufe einer Therapie durch ich-strukturelles Arbeiten und durch die Möglichkeit sozialenergetischer Auseinandersetzung zu einer nachholenden Ich-Entwicklung und zu Identität zu verhelfen.

Dies ist das Grundprinzip der Theorie und Praxis der Dynamischen Psychiatrie.

Wenn Gruppensituationen schizophrene Reaktionen auslösen können und wenn bei diesen Patienten mit verschiedensten Stoffwechseleränderungen gerechnet werden muß, so ist auch ein direkter Zusammenhang zwischen Gruppensituation und neurophysiologischer Stoffwechselsituation gegeben. Eine Reihe von Forschern hat versucht, diesen Zusammenhang zwischen spezifischem Umwelteinfluß und Stoffwechseleränderung im Experiment zu beweisen.

So konnten *Biesold* und *Matthies* (1976) beobachten, daß bei neugeborenen Tieren, die im Dunkeln aufgezogen wurden, die Zahl der Spines an den Dendriten der Nervenzellen (also die Rezeptoren) in den Zentren des visuellen Systems vermindert sind. Weiterhin fallen Verminderung der Zellzahl, der Ausdehnung der Zellfortsätze an den Synapsen und eine geringere Myelinisierung auf.

Zu ähnlichen Ergebnissen kamen die Forscher mit entgegengesetzten Versuchsanordnungen: Es wurden Ratten in einem "enriched environment" aufgezogen, d. h. sie wurden zu mehreren in Käfigen mit allerlei Gegenständen gehalten und erhielten ein tägliches Trainingsprogramm. Diese Ratten zeigten nach Abschluß der Reifungsperiode eine dickere Hirnrinde und lernten neue Verhaltensmuster leichter als Tiere der Kontrollgruppe und Tiere, die unter sensorischer Deprivation aufgewachsen waren.

Um den Zusammenhang zwischen Verhaltensanomalien und biochemischen Veränderungen zu erforschen, isolierte *Mc Kinney* (1973) Affen von Geburt an von ihren Müttern und beobachtete bei ihnen schwere bleibende psychopathologische Verhaltensmuster. Die Tiere zeigten sich zunächst hyperaktiv, wurden später depressiv und ähnelten in ihrer Symptomatik autistischen Kindern. Er fand wesentliche biochemische Veränderungen in den Gehirnproben dieser Versuchstiere.

De Freudis (1973) beobachtete bei völlig isoliert gehaltenen Mäusen stark geschwächten Antriebe einerseits und grundlose Aggression gegenüber Artgenossen bei Wiedereingliederung andererseits. Neben anderen biochemischen Veränderungen fand er beispielsweise den Verlust der Fähigkeit des Stoffwechsels, Glucose und Mannose, beides Energielieferanten für Gehirnreaktionen, umzusetzen. *Welch* (1973) konnte feststellen, daß dauernde Einsamkeit beim Menschen die Umsetzung und Freisetzung von Catecholaminen, d. h. Neurotransmittern, welche bei der Depression, aber auch bei der Schizophrenie von Bedeutung sein sollen, verlangsamen kann. Er fand darüber hinaus bei elektrophysiologischen Studien eine Verlangsamung der Gehirnfunktion bei Menschen nach versuchsweiser Isolation. Die Forscher stellten die Hypothese auf, daß die Unterbrechung sozialer Kommunikation und anhaltende Einsamkeit das psychische und neurophysiologische Gleichgewicht empfindlich stören.

Die zitierten Forscher haben im Tierversuch experimentell eine Situation hergestellt, welche gekennzeichnet ist durch einen Mangel an Sozialenergie, durch Deprivation und durch eine depressiv machende Gruppendynamik durch Isolation. Alle Untersuchungen ergaben neurophysiologische Veränderungen im Gehirn. Sie sind ein Beweis, daß gravierende gruppendynamische Situationen, wie es z. B. das Zerreißen der frühkindlichen Symbiose darstellt, Stoffwechseleränderungen zentraler Art auslösen können.

Bei Untersuchungen an Menschen konnten *Money* und Mitarbeiter sowie *Brown* feststellen, daß sich bei älteren Kindern Vernachlässigungen, d. h. mangelnde Zufuhr von sozialer Energie, auf das Hypothalamus-Hypophy-

sen-System auswirkt, indem vermindert Wachstumshormon ausgeschüttet wird. Diese Kinder fallen durch Minderwuchs auf. Ändert man die gruppensdynamische Situation dieser Kinder dadurch, daß emotionale Zuwendung möglich wird, so wachsen die Kinder, was sich auch in einer Normalisierung des Wachstumshormonspiegels niederschlägt.

Die Bedingung dafür, daß lebensgeschichtlich bedeutsame Erfahrungen neurophysiologischen Niederschlag finden können und daß gruppensdynamische Regulationen der neurophysiologischen Strukturen möglich sind, ist die Plastizität des menschlichen Gehirns. Diese Plastizität und ihre gruppensdynamische Beeinflussbarkeit ist die Voraussetzung für Veränderung und menschliche Evolution überhaupt.

Es wird von der Hypothese ausgegangen, daß die durch die Gruppensdynamik der Primärgruppe zugeführte Sozialenergie strukturelle Veränderungen des Gehirns in Form von Zunahme der Synapsen und Bahnungen bewirken bzw. bestimmte Engrammbildungen ein biologisches Korrelat der verinnerlichten Primärgruppenstruktur darstellen.

Die Plastizität des Gehirns ist gleich nach der Geburt am größten und nimmt mit zunehmendem Alter ab. Dies entspricht auch allen Beobachtungen der Entwicklungspsychologie, daß gerade die ersten Lebensjahre entscheidend prägend sind für die menschliche Entwicklung.

Die neurophysiologische Grundlage dieser Plastizität ist zunächst die noch nicht abgeschlossene Markscheidenreifung der Nervenfasern und die Möglichkeit zur Synapsenbildung bzw. Ausbildung neuronaler Bahnungen. Weiterhin ist es neurophysiologisch gesichert, daß die Möglichkeit neuer Bahnungen und Synapsenbildungen auch nach der sogenannten organischen Reifung des Gehirns weiterhin bestehen bleibt. Dies wurde besonders auch durch neurophysiologische Forschungen bei Lernprozessen nachgewiesen.

Es gibt weiterhin Untersuchungen, die zeigen, daß das zentrale Nervensystem auch in der postnatalen Periode eine teilweise Plastizität beibehält und daß einige Neurone, unter denen besonders adrenerge Neurone zu nennen sind, auch im Erwachsenenalter eine größere Plastizität behalten (*Moore*, 1979). Untersuchungen am visuellen System von neugeborenen Hamstern haben ergeben, daß beispielsweise die Zerstörung des Colliculus superior zu einer Reorganisation der Afferenzen von der Netzhaut führt, und zwar nimmt die Zahl der Fasern zum Corpus geniculatum laterale zu und es bilden sich beim normalen Tier nicht vorhandene Afferenzen zum Thalamus (*Moore*, 1976).

In diesem Zusammenhang sind auch Untersuchungsbefunde interessant, nämlich daß bei der Drosophilafliege genetische Potentialitäten verschiedene phänotypische Ausprägungen bei Umweltveränderungen erbringen können. Es gibt die beiden Gen-Anlagen A für einen Sinnesapparat und B für die Ausprägung eines Flügels. Bei der Reizung dieser Gene mit Wärme oder Kälte entwickelt sich dann entweder aus der Flügelanlage ein Sinnesorgan oder umgekehrt.

Erfahrung und Erleben, das bewußter wie auch unbewußter Natur sein kann und wozu nicht nur Speicherung von konkretem Wissen gehört, sondern auch emotionales bzw. unbewußtes Lernen, geschieht in Gruppen und ist von sozialer Energie abhängig.

Für kognitives und emotionales Lernen gibt es im menschlichen Gehirn einen biologischen Niederschlag bzw. ein biologisches Korrelat, d. h. die Engrammbildung im Kurzzeit- und Langzeitgedächtnis. Die heute gültige Vorstellung des Gedächtnisses besteht darin, daß neuronale Bahnungen und Schaltkreise verschiedener Hirnareale ein Raum-Zeit-Muster weben, welches die Information trägt (*Eccles, 1979*). Für das Gedächtnis spielen die Schaltkreise von Parietal-, Temporal- und Frontallappen des Cortex durch den Hypocampus eine entscheidende Rolle. Außerdem gibt es Schaltkreise vom Hypocampus zu verschiedenen limbischen Strukturen. Die starke Beteiligung des Hypocampus und des limbischen Systems, das als Hirnabschnitt für emotionales Erleben von Bedeutung ist, stellt die neurophysiologische Grundlage für den Zusammenhang zwischen emotionalem und kognitivem Lernen dar und könnte somit ein Regulationsorgan für die besondere Engrammierung emotional bedeutsamer Information sein.

Lernen ist mit Strukturgewinn verbunden. Für den organischen Strukturgewinn zeigen dies die Tierexperimente, bei denen die Proteinsynthese oder RNS-Synthese gehemmt wurde. Lernen ist von der biochemischen Strukturbildung her gesehen abhängig von der Bildung von Proteinen, RNS und anderen Makromolekülen. Die neurophysiologischen Untersuchungen zur Gedächtnisleistung sind deswegen von besonderem Interesse, weil hier klar nachgewiesen werden kann, daß in einem morphologisch ausgeprägten Organ des Menschen durch entsprechende Reize von außen, zum Beispiel auch durch gruppendedynamische Erfahrungen, ein Leben lang Strukturveränderungen stattfinden können.

Bei Störungen des Zugangs zum Langzeitgedächtnis kann durch eine spezielle gruppendedynamische Situation, nämlich die therapeutische Intervention, der Zugang wieder eröffnet werden. Dies geschieht zum Beispiel bei dem Vorgang der freien Assoziation oder beim ich-strukturellen Arbeiten. Es ist anzunehmen, daß hier ein Mechanismus abläuft, bei dem eine spezifische gruppendedynamische Situation, verbunden mit dem Zurverfügungstellen von Sozialenergie, im neurophysiologischen Bereich Hemmungen von Schaltkreisen wieder passager oder dauernd aufheben und einer ich-syntonen Regulation zugänglich machen kann.

Lernen und lebendige Veränderung, sei es im Rahmen einer Therapie oder als Ausdruck eines kreativen Lebensprozesses, bedeutet immer Veränderung und Erweiterung von Strukturen. *Ammon* schreibt 1972: „Daß es sich bei dem kreativen Zustand um eine besondere Form der Ich- und Identitätsdiffusion handelt, welche die Grenzen der bisherigen Ich-Organisation auflöst und neue Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Vorstellungsinhalten und Bewußtseinsebenen herstellt“.

Um alte und vertraute Wege in Frage stellen zu können, bedarf es eines emotional geschützten Raumes. Diesen Raum stellen die Gruppe und ihre Grenzen dar. Eingefahrene Wege des Erlebens zu verlassen, heißt auch eingefahrene neurophysiologische Bahnen zu verlassen, sie aufzulösen und neue Bahnungen herzustellen.

In meiner Arbeit habe ich ausgehend von einer Kritik an der eindimensionalen linear-kausalen Forschungsmethodik bisheriger psychiatrischer Forschung am Beispiel des Begriffs der Umwelt, z. B. in der „Life-Event“-Forschung, versucht, den Unterschied zu unserem gruppodynamischen Verständnis von umgebender Umwelt aufzuzeigen. Am Beispiel der Endorphinforschung wollte ich deutlich machen, daß eine meßbare Veränderung neurophysiologischer Strukturen in einen größeren Zusammenhang, z. B. den Schmerz gestellt, als gruppodynamisch bedingte Veränderung interpretiert werden kann. Weiterhin habe ich die Plastizität und die Lernfähigkeit des menschlichen Gehirns als die Grundlage gruppodynamischer Beeinflußbarkeit dargestellt.

Es war mein Anliegen, die Beziehung zwischen der gruppodynamischen, der ich-strukturellen und der neurophysiologischen Ebene eines Menschen aufzuzeigen und einen Beitrag zum Verständnis der Einheit dieser drei Ebenen zu leisten.

Initial Considerations on a Groupdynamic Approach to Neurophysiological Structures

Hartwig Volbehr (Berlin)

Psychiatric research, lacking the evidence of an organic or genetic cause of psychiatric disorders, has postulated a multiconditional, a multicausal or a multifactorial genesis of these disorders, such as schizophrenia. In this research environmental factors or special "life-events" for instance are related to the disorder in a linear causal nexus and proved by simple statistic methods. It is entirely disregarded that psychic and somatic development is a unique and homogeneous development within a groupdynamically structured environment.

In the conception of the Berlin School of Dynamic Psychiatry group-dynamic processes manifest themselves within the central and the secondary ego-structure as well as within the primary ego-structure, i. e. at the neurophysiological and biological level of the ego. Somatic alterations in psychiatric disorders can always be interpreted as a result of a groupdynamically structured environment.

Within the literature on psychiatric research until today there is no determined evidence that organic or genetic alterations are causal factors. For example the speculative role of the encephalines in the genesis of schizophrenia is not at all significant. We do not disagree with the possibility of a changed metabolism of encephalines in schizophrenia, but we know that the schizophrenic reaction on a psychic level as well as on a neurophysiological level is very complex and encephalines may be one of the altered enzyme systems in this process. In connection with the knowledge that the experience of pain is rather disturbed in schizophrenic reaction and the influence of the encephalines on the neurophysiological mechanisms of pain, we suggest that the psychic alteration in the experience of pain is primary. The expression of pain meets a demand for contact and depends on the surrounding group i. e. pain is groupdynamically determined.

In the psychiatric field of research there are many investigations which undoubtedly show that psychic and groupdynamic processes are able to cause measurable alterations on a biologic and organic level.

A most important condition for the ability of groupdynamic influence on neurophysiological structures is the enormous plasticity of the human brain and the capability of learning.

The authors' intention is to show the connection between groupdynamic, ego-structural and neurophysiological levels of the human being and to give a new understanding of the unity of these three levels.

Literatur

- Ammon, Günter* (1972): Kreativität und Ich-Entwicklung in der Gruppe. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Gruppensdynamik der Kreativität (Berlin: Pines-Publikationen.)
- (1979): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1. Hrsg. *Günter Ammon* (München/Basel: Ernst Reinhardt)
- (1981): Ich-strukturelle und gruppensdynamische Aspekte bei der Entstehung der Schizophrenie und deren Behandlungsmethodik. In: *Dyn. Psychiat.* (13) 429–450
- Barnes, R. H.* (1979): Pain and Suffering: A psychosomatic Problem. In: *Dyn. Psychiat.* (12) 162–174.
- Bechterewa, N. P., et al.* (1969): Physiologie und Pathophysiologie der tiefen Hirnstrukturen des Menschen (Berlin: VEB Verlag Volk und Gesundheit)
- Biesold, D. und Matthies, H.,* (1977): Neurobiologie. (Stuttgart, New York: Gustav Fischer)
- Brown, G. W. und Birley, J. L.,* (1972): Die Bedeutung von Krisen und Lebensveränderungen für den Ausbruch von Schizophrenie. In: *M. von Cranach u. A. Finzen* (Hrsg.): Sozialpsychiatrische Texte. (Berlin, Heidelberg, New York: Springer)
- Cooper, B.,* (1980): Die Rolle von Lebensereignissen bei der Entstehung psychischer Erkrankungen. In: *Nervenarzt* 15, 321–331
- Eccles, J.,* (1979): Das Gehirn des Menschen. (München, Zürich: Piper)
- De Freudis, F. V.,* (1973) zitiert nach: *Trotter, R. J.,* *Science News* 103, S. 140
- Gülsdorff, B.,* (1980): Der Stellenwert der Genetik und der Neutransmitter bei der Schizophrenie. In: *Dyn. Psychiat.* (Im Druck)
- Gunne, L. M. et al.* (1979): Possible role of endorphins in Schizophrenia and other psychiatric disorders. In: *Endorphins in mental health research* (London: Mc millon Press)
- Holperin, J.,* (1977): Proceedings, Symposium: "Pain: Clinical Evaluation and Management Techniques". San Francisco, 5.-6. Nov. 1977

- Horrobin, D.*, zitiert nach: *R. Stockner* (1980): Führt Prostaglandin-Mangel zur Schizophrenie? In: *Ärztliche Praxis* 30, S. 1085
- Huber, G.*, (1979): Neuere Ansätze zur Überwindung des Mythos von den sog. Geisteskrankheiten. In: *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 47, S. 499-465
- Joergensen, A., et al.*, (1979): Synthetic enkephaline analogues in treatment of schizophrenia. In: *Lancet* 28, S. 935
- Kutschning, H.*, (1980): Methodische Probleme der Live-Event-Forschung. In: *Nervenarzt* 15, S. 332-342
- Leff, J. P.*, und *Vaughan, C. E.*, (1976): In influence of family and social factors on the course of psychiatric illness In: *Br. J. Psychiatry* 129, S. 125-137
- Lidz, Th., et. al.*, (1965): Schizophrenia and the family. In: New York: Int. Univ. Press
- Malzberg, B.*, (1963): Mental disease among foreign-born in Canada 1950-1952 in relation to period of imigration. In: *Am. J. Psychiatry* 120, S. 971-973
- Marsen, B.*, (1980): Hirnhemisphären und Ich-Struktur. In: *Dyn. Psychiat.* (13) 451-473
- Margules, D. L.* (1979): Vortrag auf der Konferenz: „Schizophrenie und Sucht“, veranstaltet von der Schizophrenia Association of Great Britain, London, 16. und 17. Mai 1979
- Mc Kinney, W. T.*, (1973): zitiert nach *Trotter, R. J.*, *Science News* 103, S. 140
- Meyers, J. S.*, (1976): Recent Live Events and acute Schizophrenic Psychosis: a controlled study. In: *J. Ment. Dis* 162, S. 75-87
- Money, J.*, et. al, (1977): Hormonal and Behavioral reversals in Hyposomatotropic Dwarfism. In: *Hormones, Behavior and Psychopathology*
- Moore, W. H.*, (1976): *Neuronal Mechanismen of Learning and Memory.* (Cambridge, Massachusetts, London: The MIT Press)
- Pfaffenberger, R. S.* (1964): Epidemiological aspects of paraptum mental illness. In: *Br. J. Prev. Soc. Med.* 18, S. 189-195
- Payk, Th., R.*, (1979): Gruppensdynamische Auslöser schizophrener Episoden. In: *Nervenarzt* 50, S. 467-471
- Pugh, T. F.*, et. al., (1963): Rates of mental disease related to childbueing. In: *N. Engl. J. Med.* 268, S. 1224-1228
- Rothschild, F. S.*, (1980): Zur Dynamik der Störungen des Ich bei der Schizophrenie. Vortrag, gehalten auf dem XII. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 8.-13. Dezember 1980, Kongreßzentrum München
- Siegrist, J.*, (1980): Die Bedeutung von Lebensereignissen für die Entstehung körperlicher und psychosomatischer Erkrankungen. In: *Nervenarzt* 51, S. 313-320
- Snyder, S.*, (1977): Opiate Receptores and Internal Opiates. In: *Scientific American* (236), S. 44-50
- Terenius, L.*, et. al. (1976): Increased CSF Lewels of endorphins in chronic psychosis. In: *Neurosc. Lett.*, 3, S. 157-162
- Verhoeven, W. M., A.*, et. al., (1978): (Des-Tyr). Endorphin in Schizophrenia. In: *Lancet*, 13, S. 1046
- Volbehr, H.* (1973): Tierexperimentelle Untersuchung zur Klärung des paradoxen Amphetamin-effektes unter besonderer Berücksichtigung des Noradrenalin-Stoffwechsels. Dissertation (München: Frank oHG)
- Welch, B.*, (1973): zitiert nach: *Trotter, R. J.*: *Science News* 103, S. 140

Adresse des Autors:
 Dr. med. Hartwig Volbehr
 Sächsische Straße 43
 1000 Berlin 31

Nachrichten

Erste Kommentare zum XII. Internationalen Symposium der DAP und zur Gründung der World Association for Dynamic Psychiatry WADP

27. Dezember 1980

“XIIth International Symposium of the German Academy for Psychoanalysis (DAP), ‘Psychotherapy and Schizophrenia’:

Rita Rogers, Bari and I attended this fascinating Symposium early in December and on the day following Bari and I visited the Dynamic Psychiatric Hospital Mengerschwaige in Munich, Germany. Among the lectures presented were the following: ‘Boundary Structuring During Psychotherapy to Counteract Schizophrenic Disorganization’, *George and Vasso Vassiliou* of Athens; ‘Psychotherapy of Schizophrenia in China’ *Wu Chen-I* of Peking; ‘Schizophrenic Patients and Self-Portraits – On the Changes in the Self-Portraits with the Course of Psychotherapy’, *Akira Fujinawa*, Kyoto; ‘Who Becomes Schizophrenic – Implications for Research and Treatment’, *Bernhard H. Shulman*, Chicago; ‘Interpersonal Pathology in Families with Schizophrenogenically Reacting Children’, *Béla Buda*, Budapest; and “Borderline Patients in the System of Psychoanalytically-Oriented Short-Term Psychotherapy”, *Jerzy S. Pawlik*, Warsaw. *Apollon Sherozia* of Tbilisi, Russia was unable to attend but sent his lecture titled ‘The Psychology of the Mental Set – A Contribution of the *Uznadze*-School to the Understanding of the Immanent Totality of the Psychic’. *Dr. Ammon* presented two excellent lectures, one entitled ‘Ego-Structural, Social-Energetic and Group Dynamic Factors as Social Psychological Elements in the Development of Schizophrenic Reaction and Their Corresponding Modalities of Treatment’ and the second title, ‘The Principle of Social Energy: The Gliding Spectrum and Regulation’ to which his wife, *Gisela Ammon* (Berlin) made specific contributions.

This meeting was deliberately structured to provide discussion groups between 12.30 and 14.00 and 17.30 and 19.00 on each of the five days of the meeting. These groups were led by members of the German Academy for Psychoanalysis and consisted of approximately 15 to 20 people. They remained intact throughout the Congress thus allowing for the establishment of an intra-Congress group identity.”

Auszug aus einem Brief von *Dr. med. John L. Carleton*, *President elect World Association for Social Psychiatry and Chairman for the USA of the*

World Association for Dynamic Psychiatry, Santa Barbara, USA, an Ellen Mercer, Council of International Affairs of the American Psychiatric Association, Central Office

December 22, 1980

“It was a great pleasure to be with *Rita Rogers* at the XIIth International Symposium of the German Academy for Psychoanalysis (DAP) which was held in Munich Germany just last week. *Dr. Wu Chen-I* was also a participant and primary speaker at the Symposium. I’m in the process of making some editorial modification in the paper which he presented before sending it on to Ellen as per his request. In addition to being a delightful individual he is a most respected scholar and I do hope that he will be returning to the United States soon.

It is significant that in spite of the last minute cancellation of the Russian Delegation to the Symposium in Germany, they did send most cordial telegrams of regret, an indication of identification of the purpose of the Symposium. The Polish delegation including the most able *Dr. Pawlik* experienced no administrative difficulties in reaching the meeting. One of the highlights of this Congress was the presence of approximately 200 university students all of whom were members of student groups in support of the German Academy for Psychoanalysis whose activities are in addition to but administratively apart from their university work. These groups hold discussions and invite authoritative speakers to meetings which they organize and which are open to the other students and general public at their respective universities. I’ve included herein a copy of the International Symposium which dealt with Psychotherapy of Schizophrenia, Research, Theory, Prevention and Therapy. I would appreciate your passing the program on to Ellen when you are through with it. . .”

Auszug aus einem Brief von *Dr. med. John Carleton, President elect World Association for Social Psychiatry and Chairman for the USA of the World Association for Dynamic Psychiatry, Santa Barbara, USA, an Dr. med. Melvin Sabshin, American Psychiatric Association, Washington*

December 29, 1980

“I wish to express my deep appreciation for your kind hospitality and the warm cooperation given the International Health Society in the landmark XIIth International Symposium of the German Academy of Psychoanalysis, Munich.”

Edward J. Dehné, M. D. Educational and Executive Director of the International Health Society (IHS), Carson City, USA

December 28, 1980

“It was such a great honor and pleasure to have been invited and participated in the XIIth International Congress of the German Academy for Psychoanalysis in Munich. I would like to express my gratitude for the delightful hospitality and to praise you for the outstanding success and the excellence of your symposium.

As what you understand that our country had been isolated from external world for such a long time, we didn't have any chance to learn from other countries. This is why we don't get acquainted with your conceptions of ego structure and dynamic psychiatry. So it will take a certain time for us to learn to understand from you, and this will be our first important task before we can be able to carry out any work like what others did in their countries. I shall appreciate very much to receive as much as possible the informations or literatures in regarding to your school of thoughts.

I shall go back to China on January 5th. I wish to thank you again for your sincerity, your honor and friendly receptions you offer to me.

We are looking forward to a fruitful scientific and human exchange between our two countries.”

Wu Chen-I, M. D. Prof. Dr. med. Director des Department of Medical Psychology der Universität Peking, Vizepräsident der Neuropsychiatrischen Gesellschaft, Peking, China

Frankfurt, 28.12.1980

Mein lieber Freund Günter,

ich möchte Dir auch auf diesem Wege meinen herzlichen Dank aussprechen, daß Du mir die Teilnahme an dem XII. Kongreß der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) in München ermöglicht hast.

Ursprünglich hatte ich die Absicht, nur zwei Tage in München zu verweilen; jedoch einmal in den Ablauf des Kongresses eingespannt, wäre eine verfrühte Abreise nicht nur ein großer persönlicher Verlust an Wissen und der Möglichkeit gewesen, neue Erkenntnisse über das Gebiet der Psychiatrie und Psychoanalyse zu gewinnen, sondern auch ein Verlust für die Union Deutscher Widerstandskämpfer- und Verfolgtenverbände (UDWV), die sich glücklich schätzen darf, Dich als Leiter ihres medizinischen Beirates zu wissen.

Ich bin fasziniert von den von Dir und Deinen Mitarbeitern – Deine Frau Gisela eingeschlossen – gehaltenen Fachvorträgen, deren Inhalt für den Kreis der psychisch Behinderten, der Kinder im allgemeinen wie auch für die durch das Naziregime Verfolgten von großer Bedeutung sind, die bei

konsequenter und intensiver Arbeit für die Ziele der DAP – nunmehr auch diejenigen der Weltgesellschaft für Dynamische Psychiatrie – sowie der UDWV sicherlich erfolgsbringend sein werden.

Ich muß Dir und Deinen Mitarbeitern auch die Anerkennung für die ausgezeichnete und vorbildliche Organisation des Kongresses aussprechen. Ich habe mich in Eurer Gemeinschaft sehr wohl gefühlt und bedanke mich für die freundliche und zuvorkommende Behandlung durch Deine Mitarbeiter. Auch bin ich froh darüber, namhafte internationale Persönlichkeiten kennengelernt zu haben, die den Zielen der UDWV freundlich gesinnt sind.

Last not least möchte ich Dir noch sagen, daß die Veranstaltung in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaike einen Höhepunkt dieses Kongresses darstellte, wurde doch dadurch unter Beweis gestellt, mit welcher hoher Qualität Dein und Deiner Mitarbeiter wissenschaftliches Wirken in der Klinik in lebensnahe Praxis umgesetzt wird.

Deiner und der DAP bahnbrechenden Tätigkeit auch im Neuen Jahr 1981 vollen Erfolg wünschend schließe ich den Wunsch auf eine weitere erfolgreiche Zusammenarbeit auf dem Gebiet der gesundheitlichen Spätfolgen der Verfolgung durch das Naziregime an.

Dein alter Freund

Hans-Joachim Meyer, Stellv. Vorsitzender Union Deutscher Widerstandskämpfer und Verfolgtenverbände e. V. (UDWV)

December 18, 1980

“ It is very hard for me to find the appropriate word to thank you for the honor of inviting me to participate in the recent International Symposium on Psychotherapy of Schizophrenia. Your extending to me personally, the special honor of Chairing the session in which you presented your scholarly work made it quite an unforgettable experience. I learned a great deal and feel enriched in both my professional and personal life.

I look forward very much to the next Symposium on Identity and the Unconscious, and I am determined to give my presentation in German. The participatory interest demonstrated by your staff and students makes them deserving of an address in their native tongue.

On my presentation on “American Psychiatry Today”, I would like, with your permission, to rewrite it to reflect the broadening of perceptions which I gained through my participation in the Symposium. I feel this would make it a better paper for such a prestigious journal.”

Rita Rogers, M. D., Clinical Professor of Psychiatry, UCLA School of Medicine, Chief, Division of Child Psychiatry, University of California, Los Angeles, USA

January 5, 1981

„Zum ersten einmal meinen recht herzlichen Dank für die Gastfreundschaft, die Sie und Ihr Kreis mir in München und Berlin erwiesen haben. Ich war geradezu überwältigt von dem Interesse und der Aufmerksamkeit, die Sie alle mir geschenkt haben. Besonders dankbar bin ich sozusagen für „meine“ Dichter, da sich durch den Kongreß und durch Ihre Vermittlung in den Instituten so viele von Ihnen sich mit ihnen beschäftigt haben – und eben nicht nur Germanisten mit ihrem Fachsimpeln. Was mich besonders berührt hat, ist, daß in Ihrer Gruppe eine wirklich lebendige Beziehung zur literarischen und kulturellen Tradition besteht, Sie alle es sich gestatten, daß ein Werk der Literatur erlebte Wirklichkeit wird, Sie sich so frisch und leidenschaftlich engagieren, wie es der Dichter ja selbst auch getan hat. Ich habe auf dem Kongreß sehr viel gelernt, von Ihnen, Ihrer Frau, und von vielen von Ihren Mitarbeitern und nicht nur Faktisches.

Ich war nicht nur von der einfach organisatorischen Leistung beeindruckt, sondern mehr noch von dem Geist, der dahinter steht, der Patienten und Therapeuten in gemeinsamer Arbeit zusammenbringt. Über Gruppen und Kooperation spricht man andernorts auch (wenn auch weniger ein-sichtsvoll und systematisch). Aber man lebt es nicht, und man lebt es vor allen Dingen nicht mit der Selbstverständlichkeit und Anmut (das *Schillersche* Wort ist wirklich am Platze), der Begeisterung und Begeisterungsfähigkeit wie bei Ihnen. Ich habe zum Beispiel Diskussionsgruppen, wie die auf dem Kongreß einfach nie erlebt – und ich bin kein Neuling in Bezug auf solche Kongresse. Ich habe auch nie eine solche Atmosphäre erlebt, wie ich sie in dem Kindergarten oder in Menterschwaige gefühlt habe von der Kleinen angefangen, die sagte, „Bleibt“ bis zur Offenheit, mit der Sie alle Probleme behandeln, der menschlichen Güte, dem Annehmen des Anderen, wie er ist, der ich überall bei Ihnen begegnet bin. Ich freue mich also wirklich, daß ich mit Ihnen zusammenarbeiten darf und werde es auch nach Kräften tun.“

Ursula Mahlendorf, Prof. Dr., Department of Germanic and Slavic Languages and Literatures, University of California, Santa Barbara, USA

Tbilisi, 27.12.1980

“Thank you for the information contained in your wire of December 16. My sincere congratulations on the occasion of the foundation of the World Association for Dynamic Psychiatry. I am confident that the Association will play a significant role in further expanding and deepening the noble cause of studying man and his psychic world. I am deeply convinced also that you were elected President of the World Association for Dynamic Psychiatry – so outstanding is your contribution to that science. I send my cordial greetings and wishes of great success in this highly honourable office. I had a strong

desire to have been a co-sponsor of the motion to have you elected to the said office and to have personally taken part in that happy occasion, but . . . you must have understood me correctly, and perhaps forgiven me, for my failure to visit you through technical reasons, although I had a great wish to do so. I deeply appreciate the fact that you propose to provide for my region in the newly founded World Association of Dynamic Psychiatry by affording me a chance to cooperate with it. In this connection I hope you will write in more detail than stated in your wire.

Incidentally, I should like to express my special thanks for your letter of 8 November in which you expressed, with such great tact, your sincere wish on my possible election to the German Academy of Psychoanalysis. For more than two decades I have directly participated in the evolvement of my country's scientific position on the problem of consciousness and the unconscious, bearing in mind that this calls for a correct organization of our relationship with the Western Psychoanalytic thought. And I was naturally delighted to learn that you personally and your Academy found it possible to appreciate my modest contribution so highly. Once again I thank you heartily for your kind intention, which will certainly promote the implementation of our future scientific contacts. You can rest assured, my dear friend, I shall do everything in my power to further promote the existing scientific cooperation between us and our countries."

Apollon Sherozia, Prof. Dr. phil. State University of Tbilisi, Academy of Science, Tbilisi, UdSSR

16.12.1980

"I am sure that your Symposium had a great success. I hope that our telegram was not too late and we had at least such a possibility to congratulate you and your friends. Please write me as detailed as possible about the Symposium (of course only when you will have time for such a letter).

May be, we shall have soon a real chance to meet once more. Some of my colleagues (*Prof. Simonov, Prof. Gasanov, Prof. Ohiani*) and I – we are now in the process of organizing an International Symposium "Search activity, motivation and Sleep", which has to be open in Baku, October 1981. Of course, if our efforts will be successful, you will receive an official invitation very soon. We shall invite also *Prof. M. Jouvet* (he is a well-known specialist in sleep), *Prof. M. Seligman* (the conception of helplessness) and some other prominent scientists. You can understand that your participation is more than important.

You know that we (together with *Bassin, Sherozia* and *Samovichev*) are in start of writing a book about unconscious. A great chapter will be devoted to your conceptions."

Vadim Semjonovich Rotenberg, Prof. Dr. med., Gesundheitsministerium Moskau, UdSSR

January 16, 1981

“I am pleased to extend a most cordial invitation to you as President of the World Association for Dynamic Psychiatry to attend the 134th Annual Meeting of the American Psychiatric Association to be held in New Orleans, Louisiana from May 9 to May 15, 1981. I would be especially honored if you would be able to join me and representatives of other psychiatric organizations during the Opening Session of our meeting at nine o'clock on Monday morning, May 11, 1981.

Donald G. Langsley, M. D., President of the American Psychiatric Association, Washington, USA

October 3th, 1980 Warsaw

We can simply say that the last Congress of the DAP in Munich has an historical meaning. The representatives of sixteen countries founded the World Association for Dynamic Psychiatry, elaborated its Constitution and elected its Governing body.

A new World Association for Dynamic Psychiatry has also elected its first President – *Dr. Günter Ammon!*

Please accept my warm and sincere congratulations.

I very much hope that your visit to Poland in May 1981 will help us to develop the theory and practice of dynamic psychotherapy in my country. We looking forward to seeing you in Poland.

Please, convey my regards to your colleagues from Dynamisch-Psychiatrische Klinik Mengerschwaike in Munich. I was very impressed with everything I learned and experienced there.

Jerzy S. Pawlik, Mgr. psychol., Vice-President of the Psychotherapy Section of the Polish Psychiatric Association, Warsaw, Poland

Weltgesellschaft für Dynamische Psychiatrie gegründet

Dr. med. Günter Ammon einstimmig zum Präsidenten gewählt

Am 9.12.1980 gründeten Wissenschaftler aus 16 Ländern der Erde auf der Sitzung des Internationalen Wissenschaftlichen Beirates der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) im Kongreßhotel Hilton, München, die

*Weltgesellschaft für Dynamische Psychiatrie
(World Association for Dynamic Psychiatry),*

die ihren Sitz in Bern (Schweiz) haben wird.

Dr. med. Günter Ammon wurde einstimmig zum Präsidenten der Weltgesellschaft gewählt

Die Ziele und Aufgaben der Weltgesellschaft für Dynamische Psychiatrie sind:

1. Verbreitung der Dynamischen Psychiatrie der Berliner Schule *Günter Ammons*
2. Eine Koordination und enge Zusammenarbeit aller dynamisch-psychiatrischen Richtungen der verschiedenen Länder
3. Förderung und Aufbau von dynamisch-psychiatrischen Kliniken
4. Einrichtung von Lehrstühlen für Dynamische Psychiatrie
5. Intensive Zusammenarbeit im Bereich der Prävention psychischer Erkrankungen
6. Gemeinsame Arbeits- und Forschungsprojekte wie Schizophrenie-Forschung, Effizienz-Forschung, Grundlagen-Forschung über die Entstehung psychischer Erkrankung, Ausbildungsinhalte für Ärzte, Psychologen o. a.

Zum Board of Governors (chairmen of the Regional Branches) gehören für: Bundesrepublik Deutschland: *Dr. med. Dieta Biebel*, Vizepräsidentin der Deutschen Akademie für Psychoanalyse, Leiterin des Münchner Lehr- und Forschungsinstituts der DAP

China: *Prof. Dr. med. Wu-Chen-I*, Peking, Chairman des Department of Medical Psychology der Universität Peking, Vizepräsident der Neuro-psychiatrischen Gesellschaft, Peking

Frankreich: *Dr. med. Yves Thobie*, Generalsekretär der Association Francaise de Psychiatrie et de Psychopathologie Sociales, Nantes

Griechenland: *Dipl.-Psych. Fotini Ladaki*, Vorstandsmitglied der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft, (Präsidentin) Düsseldorf/Athen; *Nana Phoca*, Präsidentin der griechischen Sektion der Europäischen Rheuma-Liga, (Ehrenpräsidentin) Athen; *Prof. Dr. med. Dr. phil. Nicholas Destounis*, Präsident der Hellenic Society of Psychosomatic Medicine, (Vizepräsident), Athen

Indonesien: *Dr. med. Hallym Calehr*, Präsident des International Acupuncture Psychosomatic Center, Bandung, Java

Israel: *Prof. Dr. med. Friedrich S. Rothschild*, Hebrew University, Israelian Psychoanalytic Society, Israelian Psychiatric Society, Jerusalem

Italien: *Prof. Dr. phil. Lucio Pinkus*, Staatliche Universität Rom, Psychologisches Institut

Jugoslawien: *Dr. med. Ana Rojnik*, Psychiatrische Universitätsklinik Ljubljana

Kenia: *Dipl.-Psych. Nushka Muinde*, Kenyatta University College, Nairobi

Japan: *Prof. Dr. med. Akira Fujinawa*, Psychologisches und Psychopathologisches Institut der Universität Kyoto

Österreich: *Prof. Dr. med. Erwin Ringel*, Ehrenpräsident der Internationalen Vereinigung für Selbstmordprophylaxe, Leiter der Psychosomatischen Abteilung der Psychiatrischen Universitätsklinik Wien, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Individualpsychologie, Wien

Polen: *Mgr. psychol. Jerzy S. Pawlik*, Vizepräsident der Psychotherapeutischen Sektion der Polnischen Psychiatrischen Gesellschaft, Warschau

Schweiz: *Dr. rer. nat. Kurt Oehler*, ständiger Repräsentant der WADP in der Schweiz, Schatzmeister, Leiter der Arbeits- und Studiengruppe Bern und des Berner Arbeitskreises Dr. Graber für Pränatale Psychologie, Bern.

UdSSR: *Prof. Dr. phil. Apollon Sherozia*, Staatsuniversität Tbilisi, Akademie der Wissenschaften Tbilisi

USA: *Dr. med. John L. Carleton*, Präsident-elect der World Association for Social Psychiatry, Santa Barbara

Ungarn: *Dr. med. Béla Buda*, Leiter der Psychotherapeutischen Abteilung des Nationalinstituts für Sportmedizin, Budapest

Das Executive Council bilden:

Präsident: *Dr. med. Günter Ammon*, Präsident der Deutschen Akademie für Psychoanalyse, Chefkonsiliarius der Dynamisch-Psychiatrischen Kliniken in Bayern, Direktor des Lehr- und Forschungsinstituts für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik, Berlin-West, Ausbildungsinstitut für Psychoanalyse, München

1. Vize-Präsident: *Dr. med. Béla Buda*, Leiter des Psychotherapeutischen Abteilung des Nationalinstituts für Sportmedizin, Budapest

2. Vize-Präsident: *Dr. med. Edward Dehné*, Educational- und Executive Director of International Health Society, Carson City

Exekutiv-Sekretär: *Burkhard Gülsdorff*, Arzt, Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik, Berlin-West

Schatzmeister: *Dr. Kurt Oehler*, Leiter des Berner Arbeitskreises Dr. Graber für Pränatale Psychologie, Bern

Presse- und Informationsreferat: *Dipl.-Soz. Karin Wangemann*, Executivsekretärin der Deutschen Gesellschaft für Dynamische Psychiatrie, Berlin-West

Juristischer Berater: Rechtsanwalt *Thomas Hessel*, München.

MEMO

Dr. Ammon to all members of the Board of Governors, the chairmen of the regional branches of the *World Association for Dynamic Psychiatry* (WADP) in behalf of the Executive Council:

Dear friends and colleagues,

at the beginning of the new year I would like to greet you cordially and wish you personally, your families, friends and colleagues in your region the very

best and like to congratulate ourselves that we can enter the new year after having founded the *World Association for Dynamic Psychiatry* for the benefit of the suffering and of science and peace. After having returned from Egypt I would like to make some suggestions for structuring our Association and particularly the different regional branches.

1. I would ask you to send to me your own thoughts and possibilities to organize your regional branch.
2. Please be so kind and write to me the names and addresses of the officers of the presidium of your branch, which will resemble somewhat the body of the Executive Council of the WADP:
 - a) President
 - b) 1st Vice-President
 - c) 2nd Vice-President
 - d) Executive Secretary
 - e) Treasurer
 - f) Press- and Information Officer
3. Please send to me your regional list of members with addresses and their professions as well as institutions, universities and professional associations who are willing to cooperate with your branch of the WADP. You might help them for application to affiliate or cooperate membership at the WADP.
4. I have the pleasure to announce the International Journal "Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry" as organ for the WADP. The journal is in its 14th annual and well established with 2000 subscriptions and its edition is 3000 copies per volume. Besides of the publication of scientific articles from all parts of the world there will also be the chance to publish news and important communications of the different branches of the association.
5. I would like to suggest to establish a Bulletin of the World Association for Dynamic Psychiatry in English language which might appear sporadically as needed. Bulletin editor will be the Secretary General *Burkhard Gülsdorff* together with the Press- and Information Officer *Karin Wangermann*.
6. With separate mail the treasurer of our Executive Council, *Dr. Kurt Oehler*, Bern, will write to you for the voted membership fee according to the list of membership dues.
7. Furthermore I offer to our World Association for Dynamic Psychiatry the sponsorship for the XIIIth International Symposium of the German Academy for Psychoanalysis (DAP) under the theme "Unconscious and Identity", which takes place from November 24th-29th, 1981 in the Congress Center Hofburg in Vienna. As our Vice-President *Dr. Edward Dehné* told me the International Health Society will again co-sponsor this convention (First announcement of the scientific program is included with this letter).

Please announce this convention and invite people for participation or presentation of papers and workshops at this Symposium. However, we are

in no position to pay for the participation of all referents but only for a selected number of highly distinguished representatives of our science and of course particularly for participants of countries with valuta-problems. The other participants besides of the referents have to pay the dues as they did at the last congress in Munich.

8. For the financial support of the Vienna Congress I would like you to approach wealthy personalities of institutions and industry to spend money for the support of this important congress of "Unconscious and Identity". For the Munich Congress we did this very successfully: for example we collected DM 120.000,- for the purpose of the congress.

9. The concept of Dynamic Psychiatry in theory and treatment, prevention and education will however differ according to the regional conditions, differences and needs; it should not be understood dogmatically.

10. As far as the philosophy of our association is concerned I would like to quote *John L. Carleton* in a letter to *Ellen Mercer*, Staff Liaison, Council on International Affairs of the APA Central Office, which I would like to modify for our association: "I think the real relationship is between the APA and psychiatrists and their Associations located in other countries throughout the world. Thus international psychiatric issues are best approached by creating mutual bonds between members of the APA/the APA as an institution representing American psychiatry and individual psychiatrists located in other countries/psychiatric organizations in other countries. These bonds can be created in many ways and fundamentally depend upon those principles for developing friendships between any two or more people anywhere in the world. Later on in this letter I will review briefly a most recent experience with the German Academy for Psychoanalysis (DAP) this December as a sterling example of how a psychiatric organization in another country goes about including visiting psychiatrists in their own inner circle of meaningful relationships. In this regard I am delighted to see that the word 'foreign' does not appear in your minutes. 'Foreign' seems to imply some kind of closed boundary or barrier. I am sure all of us are aware that the differences between psychiatrists throughout the world are infinitely fewer than the similarities and that we are in fact one group of professionals varying numbers of whom are located in different countries. Following along on my thought that it is the relationships which we establish with other psychiatrists which are really the important concern for the Council and which supply the basis for any kind of international exchange perhaps a new name for the Council could be 'Council on Relationships with Psychiatrists Throughout the World' or 'Council for Liaison with Other Psychiatrists Throughout the World'."

As you see it will be easy to replace the APA by WADP and their contribution by our Board of Governors. Therefore the idea of the development of real friendship and working together and of scientific friendship, of course this will be developed by needs, sympathy, certain interests. As *Judge*

Amnon Carmi from Haifa, Israel, proposed also patients of different countries and various clinics should start corresponding with each other.

I think that communication and relationship between the members of the different branches of the World Association for Dynamic Psychiatry is desirable and will develop by itself as the Munich Congress had shown and the foundation of the WADP. However, we feel that any friendship cannot be organized by decree of the Executive Council but people will meet at the World Congresses, General Assemblies, meetings of the Board of Governors, private visits at the institutions of members of the WADP.

11. One of the strong beliefs of the World Association for Dynamic Psychiatry is that Dynamic Psychiatry does not exist without social psychiatric attitudes and Social Psychiatry should apply dynamic psychiatric principles as much as possible in theory, treatment, prevention and education. With other words: both world associations should be friends, support each other and work together as much as possible while respecting each other's identity. Double memberships are possible, even wanted.

12. Please start to make suggestions for the theme, place and time of our 1st World Congress of the WADP. I would think that the 1st congress of WADP might be in 1982 in Zürich, Switzerland.

13. In the meantime I received a heart-warming letter from *Professor Dr. Rita Rogers* from the University of California, Los Angeles. She communicated with *Dr. Mohamed Shalam* concerning Egypt's participation as a regional branch of the WADP. During our journey throughout Egypt with the staff of the German Academy for Psychoanalysis I did some communications as well.

14. There will be an International Symposium on "Search activity, Motivation and Sleep" in October 1981 in Baku, Aserbeidschan, USSR, organized by my friend *Professor V. Rotenberg* and *Professor Simonov*, *Professor Gasanov* and *Professor S. Oniani*. I accepted the invitation with a main paper. Any colleague who might be interested to present a paper on this topic or who might be interested only in participation at Baku might feel free to write to me that I can try to get an official invitation for him.

15. From April 7th - 12th, 1981 I will be a guest of the Medical Department of the University of Sao Paulo and of the Brazilian Association of Psychosomatic Medicine. I have started communication with *Professor Miller de Paiva* for developing a Brazilian branch of the WADP.

16. I learn from some colleagues of our association that they tried to get for each other licence contracts for their books. I would suggest that these efforts should be supported by any means.

17. I would like to ask all the chairmen of the different regional branches of the WADP to become study co-worker of the journal "Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry" so that their names should be printed on the second page of the journal at the impressum „unter ständiger Mitarbeit von“. A number of you have already been with the journal for some time.

18. Soon there will be a meeting of the Executive Council in Bern, where we will discuss further strength of philosophy and organisation.

19. At this time, however, the association will pay no travel or hotel expenses for officers or speakers of the organization since our treasurer *Dr. Kurt Oehler* has not received any membership fees of the regional branches or any kind of other donation.

20. There will be a meeting of the Board of Governors which consists of the chairmen of the different regional branches only and the Executive Council (as their executive organ) on November 25th, 1981 in Vienna at 9.00 p. m. that means on the evening of the first day of the Vienna Congress.

21. The first meeting of the General assembly I suggest to be during the 1st World Congress of the WADP. Our suggestion would be to have this first World Congress and General Assembly also in Switzerland at our seat, perhaps in Zürich since Bern does not supply the accommodations for a World Congress. Furthermore we have also a center in Zürich with *Dr. Billeter* who is supporting our work. Please let me know your thoughts about the planning of the above mentioned meetings of our organisation which is highly important.

It has to be accepted that at this time the regional branches should be established and strengthened. Furthermore that at least two or three regional branches should join the WADP. For example I think about Brasil, Egypt, Turkey.

22. In the future you will have also direct communication with our General Secretary, *Burkhard Gülsdorff*, M. D. (Berlin), our treasurer *Dr. Kurt Oehler* (Bern) and our Press- and Information Officer, *Dipl.-Soz. Karin Wagemann*, who is also responsible for public relations.

Our 1st Vice-President *Dr. Béla Buda* will take over any communication and discussion as far as the socialistic regions are concerned in the spirit of respect of their needs, rules and accommodations. Our 2nd Vice-President, *Dr. Edward Dehné*, will try to introduce the WADP towards the WHO, UNESCO and other bodies of the United Nations for example to the International University in Costa Rica.

But last not least our motto, as mentioned in this letter (quoting *John Carleton*), is to build up scientific and human relationships between each other without regarding any kind of organisational and national limits.

I enclose with this letter the following material:

1. the statutes of the WADP
2. the announcement of the XIIIth International Symposium of the German Academy for Psychoanalysis (DAP) under the theme "Unconscious and Identity" from November 24th - 29th, 1981 in Vienna.
3. the address-list of all members of the Executive Council
4. the address-list of the chairmen of the regional branches, which are members of the Board of Governors
5. the list of the founding fellows in general

6. the last Bulletin of the Munich Symposium on Schizophrenia
7. a selection of German newspapers and some Swiss and one Italian newspaper reported very favourably about the Munich Congress. Also the British Reuter agency, the Swiss Depeche Service and the German press agency (dpa) sent good news about our convention around the world. Here I will mention too a number of reports through German broadcast stations with several interviews and a television report.

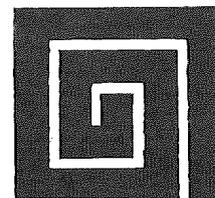
I would like to ask you to respond to this letter according to your convenience since I would like to know about your opinion and about your activities in establishing Dynamic Psychiatry throughout the world. Please respond also if you are willing to become a co-worker of our journal "Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry" which is edited by me.

From time to time I will send you such Memos with the idea to structure our World Association for Dynamic Psychiatry and to communicate with all regions at once. Besides this I will write to you personal letters for establishing research and educational activities about each other as soon as possible.

With all good wishes
Cordially yours

Günter Ammon, M. D., President of the World Association for Dynamic Psychiatry (WADP)

CONSTITUTION AND BYLAWS OF THE WORLD ASSOCIATION FOR DYNAMIC PSYCHIATRY (WADP)



Constitution of the World Association for Dynamic Psychiatry (WADP)

ARTICLE I. Name and Domicile

This corporation shall be known as the World Association for Dynamic Psychiatry, hereafter referred to as the Association. The Association is incorporated in accordance with Article 60ff of the Swiss Civil Code, and as such shall be domiciled in Switzerland and represented there by a Swiss resident.

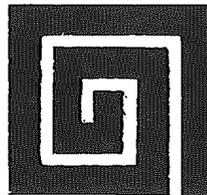
ARTICLE II. Purposes and Objectives

Purposes and objectives of the Association shall be as follows:

- a) The dissemination of the theory and practice of the Berlin School of Dynamic Psychiatry of *Günter Ammon*.
- b) Creation and development of regional branches of the Association by the governors in their respective countries.
- c) Coordination and direct collaboration of all Dynamic Psychiatric Schools in different countries.
- d) To foster and create educational opportunities for Dynamic Psychiatry in universities and other institutions.
- e) To foster and create Dynamic Psychiatric Institutions, agencies and hospitals.
- f) Continuing education in Dynamic Psychiatry for better patient care, disease prevention and health promotion in mental health.
- g) Establish schools for training in Dynamic Psychiatry.
- h) Support of every branch of Dynamic Psychiatry in every country.
- i) Common research in prevention of mental diseases, therapeutic efficiency, therapeutic methods and standards of education, a.o.

ARTICLE III.

The Symbol of the Association will be the 'LABYRINTH' of the German Academy for Psychoanalysis.



ARTICLE IV.

1. MEMBERSHIP

There shall be categories of membership.

a) Founding Fellows

The names of the founding fellows are listed in the appendix.

b) Honorary Fellows

These are persons who in the judgement of the Board of Governors have done outstanding scientific/humanitarian work in fields related to Dynamic Psychiatry and who, after recommendation by the Board of Governors, are elected by majority vote at the General Meeting of the Association.

c) Fellows

Fellows of the Association are those who, in the judgement of the Board of Governors, are qualified by academic degrees or equivalent professional status and have a minimum of 5 years of experience in one of the allied fields of Dynamic Psychiatry and are designated as fellows by the Board of Governors.

d) Members

Members are trained persons who are interested and involved in Dynamic Psychiatry and who correspond to the purposes and objectives of the Association.

e) Contributing Members

2. APPLICATION PROCESS

Applicants for fellowship and membership shall apply to the Secretary-General, with recommendation of the regional branch of the Association or by the proposal of two members of the Association. Acceptance to membership shall be accepted by the Board of Governors.

ARTICLE V. Officers

1. The officers of the Association are a President, two Vice-presidents, a Secretary-General, a Treasurer and fund raiser, a Press officer and a Lawyer.
These officers constitute the executive council.
2. The President shall appoint the personnel of all committees, commissions and boards unless otherwise provided and shall preside at the business meetings of the Executive Council, Board of Governors and General Assembly. He shall serve for four years and be eligible for re-election.
3. The Secretary-General shall serve for four years and be eligible for re-election. The Secretary-General shall keep the records of the Association, performing all duties prescribed by the Constitution and those delegated by the Board of Governors.
4. The Treasurer shall serve for four years and be eligible for re-election. Under the direction of the Executive Council, the Treasurer shall receive, invest, disburse, and account for all money of the Association. He shall submit a financial statement each year to the Board of Governors and to the General Assembly at designated meetings. The treasurer and any assistant authorized to receive and deposit money of the Association shall be bonded in an amount determined by the Board of Governors or the Executive Council and the account shall be subject to audit every two years by an outside agency designated by the Board of Governors or the Executive Council.
5. The Board of Governors shall present a slate of officers to the General Assembly. The officers will be elected by majority vote.
6. If any position becomes vacant, the Board of Governors will elect a member of the Association to fill that office for the unexpired portion of the term.
7. Any officer can be removed from office by a two-third vote of the membership, following proper investigation and recommendations by the Board of Governors and an opportunity to state his case.

ARTICLE VI.

The Association is a nonprofit Organization.

The Board of Governors, officers and members serve on a voluntary basis without compensation.

ARTICLE VII. Privileges

1. All members shall be liable for the payment of dues and assessments.
2. Fellows and members with paid-up dues shall be entitled:
 - a) to nominate candidates and to propose amendments to the Constitution or Bylaws
 - b) to vote in all affairs of the Association

ARTICLE VIII. The Board of Governors

1. The Board of Governors shall be composed of one representative from each regional branch. This representative shall be elected by the regional branch and approved by the General Assembly.
2. During intervals between general meetings, the Board of Governors shall have the power of the General Assembly. All actions of the Board of Governors will be submitted to the next general meeting for ratification or modification.
3. The Board of Governors exercises all powers of the Association not otherwise assigned, save where the membership is assembled in general meeting. The power of the Board of Governors includes:
 - a) Interpreting provisions of the Constitution and Bylaws.
 - b) Fixing the date and place of each meeting of the Association.
 - c) Determining the dues and assessments for the various classes of membership.
 - d) Adopting a budget which shall be reported to the membership for approval or amendment at the next business meeting of the Association.
 - e) Controlling the funds of the Association and designating its depositories.
 - f) Making expenditures in implementation of the goals and purposes of the Association.
 - g) Administering special funds, grants and awards.
 - h) Appointing and approving all committees of the Association.
 - i) Processing applications for transfers within membership grades.
 - j) Approving all candidates for membership, after consideration of the regional branches or members.
 - k) Hearing and disposing of appeals from applicants rejected for membership.
 - l) Directing the President to caution, admonish or expel a member, subject to, and in accordance with, the appropriate provisions of the Bylaws.
 - m) Considering proposed amendments to the Constitution and Bylaws.

- n) Providing for publications desirable for carrying out the aims of the Association.
 - o) Appointing such staff personnel as it finds necessary to carry out the purposes of the Association, including professional auditors and the setting of salaries.
 - p) Doing all other things necessary to carry out the purposes of the Association not inconsistent with this Constitution and its Bylaws.
4. The Board of Governors may take action by mail ballot in exceptional cases.
 5. During intervals between the meetings of the Board of Governors, the Executive Council shall have the above mentioned responsibilities and powers of the Board of Governors.

ARTICLE IX.

Affiliated Groups, Societies or Associations or Organizations.

1. Scientific and social organizations with aims and goals compatible with those of the Association may affiliate and pay dues arranged by the Board of Governors.
2. Each affiliated group, society or association or organization will assign a representative to serve as an advisor for an indefinite period of time to the General Assembly.

ARTICLE X. Amendments

1. Proposals to amend this Constitution may originate either
 - a) by a petition signed by twenty or more Fellows or members, or
 - b) by resolution of the Board of Governors
2. Such proposals shall be received by the Secretary-General at least thirty days before the next designated meeting, submitted to the Board of Governors and placed on the agenda for reading at the meeting.
3. The proposed amendment will be submitted to the membership. If more than $\frac{2}{3}$ of the members being present at the General Assembly are favourable to the proposed amendment then the proposal shall be considered adopted and the Constitution amended accordingly.

ARTICLE XI.

The Association will be represented by two members of the Executive Council.

ARTICLE XII. Bylaws

The Executive Council is authorized to prescribe bylaws in accordance with the Constitution.

The bylaws will be presented to the Board of Governors at the next meeting for approval.

XIII. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)

Kongreßzentrum Hofburg, Wien 24.-29. November 1981

UNBEWUSSTES UND IDENTITÄT

Neue Auffassungen des Unbewußten in Theorie und Praxis der Dynamischen Psychiatrie

Wissenschaftliche Leitung: Dr. med. Günter Ammon

Organisatorische Leitung: Dipl.-Soz. Karin Wangemann

I. *Zur Dialektik von Identität und Unbewußtem in der Theorieentwicklung*

- Das Unbewußte als kreatives Potential menschlicher Möglichkeiten
- Unbewußtes und psychische Energie
- Methoden zur Erforschung des Unbewußten
- Das Problem der Meßbarkeit des Unbewußten
- Die Rolle des sogenannten phylogenetischen Erbes im Unbewußten
- Identität und Gesellschaft
- Identität und Narzißmus

II. *Identität und Unbewußtes im Spiegel verschiedener Wissenschaftszweige und Forschungsrichtungen*

- Unbewußtes und Verdrängung im Freudianismus
- Das Unbewußte im Lichte der Uznadze-Schule
- Das Unbewußte im Strukturkonzept des Ammonismus
- Das Unbewußte im Lichte der Schule von Alfred Adler
- Das Unbewußte im Lichte der Schule von C. G. Jung
- Identität und Unbewußtes aus der Sicht von Kunst, Literatur, Philosophie und Sprachforschung
- Biologische Aspekte des Unbewußten
- Hirnphysiologische Aspekte des Unbewußten
- Die Rolle gesellschaftlicher Identität aus der Sicht der Sozialpsychiatrie
- Konsequenz einer Theorie vom Unbewußten für die Erziehung
- Unbewußtes und Identität in ihrer Bedeutung für eine neue Entwicklungspsychologie
- Der Begriff der Identität im Rahmen eines humanistischen Menschenbildes
- Identität, Ideologie und Anpassung

- Unbewußtes, Persönlichkeit und Gesellschaft
- Unbewußtes und Identität im transkulturellen Vergleich

III. *Identität und Unbewußtes in ihrer Konsequenz für Therapie und Behandlungsmethodik*

- Die Bedeutung des Unbewußten für psychische Erkrankungen
- Unbewußte Ich-Struktur bei verschiedenen Krankheitsbildern
- Die Rolle der Identität bei Gesundheit und Krankheit
- Die Auswirkung dynamisch-psychiatrischen Verständnisses des Unbewußten auf die Behandlungsmethodik
- Unbewußte Prozesse im Feld einer Dynamisch-Psychiatrischen Klinik
- Der Ausdruck des Unbewußten in Traum, Hypnose und Psychose

IV. *Identität, Unbewußtes und Gruppenforschung*

- Unbewußtes und Gruppe
- Identität als Ausdruck der Erfahrung unbewußter Gruppendynamik
- Die soziometrische Methode als Instrument der Erforschung unbewußter Gruppenprozesse
- Unbewußtes und Identitätserweiterung – die Rolle der Gruppendynamik für die Persönlichkeitsentwicklung
- Die Rolle des Unbewußten in der gruppendynamischen Supervisionsarbeit

V. *Identität und Unbewußtes als Begriffe in der Dynamischen Psychiatrie*

- Positivdefinition des Unbewußten nach Günter Ammon
- Unbewußtes und Identität im Lichte der Ammonschen Persönlichkeitsprofilforschung
- Identität als Kumulation von Ich-Funktionen
- Identität als Ich-Funktion
- Die Identitätsdefizite und Identitätsstörungen bei verschiedenen psychiatrischen Krankheitsbildern
- Die Ammonsche Spektraltheorie und das Unbewußte
- Identität als Erziehungsziel in der Psychoanalytischen Pädagogik
- Unbewußte Prozesse in ihrer Bedeutung für die Psychoanalytische Pädagogik

Referate und Kurzreferate zu diesen Themen, die auch Themen der parallel stattfindenden Arbeitsgruppen sind, können bis zum 1. April 1981 eingereicht werden (zum gleichen Datum müssen die Synopsen vorliegen).

Kongreßgebühr: DM 300,-, Studenten DM 150,- (nach dem 1.8.1981 DM 350,-, Studenten DM 200,-)

Bankkonto: Berliner Commerzbank, Kto.-Nr. 511 495 401 (BLZ 100 400 00)

Auf folgende Kongresse und Veranstaltungen während des Internationalen Jahres der Behinderten 1981 der UNO wird hingewiesen:

REHA 81

Hilfen für Behinderte

Int. Kongreß – Forum – Ausstellung

Düsseldorf, 18.-24.6.1981

Kongreß: 19./20. und 22./23.6. 1981

MEMORY AND MEMORIES

FIRST INTERNATIONAL MULTIDISCIPLINARY CONGRESS

Tel Aviv, June 28 – July 2, 1981

The Congress Secretariat

Memory and Memories Congress

P. o. Box 394, Tel Aviv 61003, Israel

THE INTERNATIONAL CONGRESS ON DRUGS AND
ALCOHOL

Jerusalem, September 13-18, 1981

The Congress Secretariat

International Congress on Drugs and Alcohol

P. O. Box 394, Tel Aviv 61003, Israel

10TH INTERNATIONAL SYMPOSIUM
OF THE
FULTON SOCIETY

DEVELOPMENTAL NEUROBIOLOGY
KYOTO – Japan SEPTEMBER 22-1981

ALONG WITH THE:

12Th WORLD CONGRESS OF NEUROLOGY

Information: Prof. Dr. Victor Soriano
Calle Buenos Aires 363
Montevideo – Uruguay

Die Deutsche Akademie für Psychoanalyse wird im Rahmen folgender Kongresse vertreten sein:

GERMANO LATIN AMERICAN FORUM ON PSYCHOSOMATIC MEDICIN

International Congress Sao Paulo, Brasilien 30.3.-12.4.1981

Veranstalter: Faculdade de Medicina da Universidade de Sao Paulo und Associacao Brasileira de Medicina Psicomatica

Prof. Dr. Luiz Miller de Paiva, Sao Paulo

9.4.1981: Günter Ammon: Archaic hole in the ego (narcissistic deficiency) in the pathogeny of illness: New theory of the unconscious structure of the ego. The schizophrenogenic family and its treatment

10.4.1981: Günter Ammon: The structure of the ego and the principles of group dynamics in depression and psychosomatic diseases. Treatment of Borderline states.

10.4.1981: Supervision of Groups by Günter Ammon

134th ANNUAL MEETING
AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

New Orleans, Louisiana
May 9-15, 1981

Tomorrow's Psychiatrists

Information: Meetings Management Department
American Psychiatric Association
1700 18th Street, N. W.
Washington, D. C. 20009

8th WORLD CONGRESS FOR SOCIAL PSYCHIATRY
Zagreb, Yugoslavia, August 16-22, 1981

Overall Theme of the Congress: Social Psychiatry in the Last
Two Decades of the 20th Century

President of the Organizing Committee:

Prof. Vladimir Hudolin, M. D.

Congress Secretary: Durdica Cerenic, B. A. University Department
of Neurology, Psychiatry, Alcoholology and other Dependencies
Dr. M. Stojanovic University Hospital, Vinogradska c.29,
4100 Zagreb, Yugoslavia

Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse unter dem
Thema: Was ist Dynamische Psychiatrie?

Leitung: Dr. med. Günter Ammon

Dr. med. Günter Ammon

Das Prinzip Sozialenergie –
gleitendes Spektrum und Regulation

Gisela Ammon:

Präventive Kindergartenarbeit –
Schizophren machende Aspekte in
Familiengruppen

Dr. med. Hartwig Volbehr:

Ansatz zu einer gruppen-
dynamischen Betrachtungsweise
neurophysiologischer Strukturen

Dr. med. Dieta Biebel:

Die schizophren reagierende Mutter
Anorektische und schizophrene
Reaktion

Dipl.-Psych. Andreas von
Wallenberg Pachaly:

Dipl.-Psych. Ilse Burbiel/
Wilfried Vogelbusch:

Das Persönlichkeitsprofil nach Am-
mon in Theorie und Praxis psycho-
metrischer Untersuchungen

Dr. med. Gerd Röhling:

Dynamisch-Psychiatrisches Ver-
ständnis des alkoholischen Delirs

Burkhard Gülsdorff, Arzt:

Der Stellenwert der Genetik und
Neurotransmitter bei der Schizo-
phrenie

außerdem 2 Arbeitsgruppen:

Dr. Ammon:

Dynamisch-Psychiatrische Klinik
mit Video

Gisela Ammon:

Psychoanalytische Kindergartenar-
beit mit Video

EUROPÄISCHER KONGRESS ANLÄSSLICH DES JAHRES
FÜR BEHINDERTE VOM PSYCHOLOGISCHEN ZENTRUM
FÜR NORDGRIECHENLAND e. V. THESSALONIKI
22.-26.9.1981

Thema: Neue Wege der Maßnahmen für lern- und geistig Be-
hinderte im Zeitalter der Technisierung
Veranstalter: Dr. Tutula Nanakos, Psychologisches Zentrum für
Nordgriechenland e. V., Thessaloniki, Agion Serafin-
str. 9, Griechenland

Dr. Günter Ammon wird über das Prinzip der Sozialenergie im Rah-
men der Dynamischen Psychiatrie und über die Dynamisch-Psychia-
trische klinische Arbeit anhand von Videofilmen sprechen;
Dipl.-Psych. Fotini Ladaki (Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinsti-
tut der DAP) über „Transkulturelle Aspekte der Dynamischen Psych-
iatrie“, u. a.

INTERMOZG
INTERNATIONAL SYMPOSIUM
“Search Activity, Motivation, Sleep”
October, 5-10, 1981, Baku, USSR

Organizing Committee
A. J. Karayev Institute of Physiology,
Azerbaijan Academy of Sciences, Intermozg Problem Commission
2 Sharif-zade str. Baku 370100, USSR

Günter Ammon wird Vorträge halten über:

1. Dynamics of the ego-structural relations between the capacity for dream and pain during psychotic states
2. Search activity (constructive aggression) in relation to ego-structure and psychosomatic pathology

Vom 24.-31. Mai wird *Günter Ammon* auf Einladung der Polnischen Staatsregierung eine Vortragsreise durch Polen machen, wobei er die psychiatrischen Kliniken und Medizinischen Akademien vor allem in Krakau und Warschau besuchen wird. Themen seiner Vorträge und Work-Shops sind u. a.:

1. Ego-structure and Groupdynamic Theory of Dynamic Psychotherapy and the therapeutic Concept.
2. The Principle of Social Energy-Gliding spectrum and Regulation sowie Diskussionsgruppen über Psychosomatische Medizin und über Ich-Struktur-Test und Persönlichkeitsprofil-Forschung (nach *Ammon*).

Psychoanalytische Gruppendynamik

Selbsterfahrung in Gruppen

41. Gruppendynamische Klausurtagung in Stelzerreut

Termin: 15.4.-25.4.1981

Leitung: Dr. med. Gerd Röhling

42. Gruppendynamische Klausurtagung in Paestum

Termin: 20.6.-30.6.1981

Leitung: Dr. med. Günter Ammon

43. Gruppendynamische Klausurtagung in Stelzerreut

Termin: 19.7.-29.7.1981

Leitung: Everhard Jungeblodt, Psychoanalytiker

44. Gruppendynamische Klausurtagung in Paestum

Termin: 20.8.-30.8.1981

Leitung: Dipl.-Psych. Fotini Ladaki

45. Gruppendynamische Klausurtagung in Stelzerreut

Termin: 16.10.-26.10.1981

Leitung: Dr. med. Hartwig Volbehr

46. Gruppendynamische Klausurtagung in Paestum

Termin: 26.12.-05.1.1982

Leitung: Dr. med. Dieta Biebel

47. Gruppendynamische Klausurtagung in Stelzerreut

Termin: 26.12.-5.1.1982

Leitung: Dipl.-Psych. Andreas von Wallenberg Pachaly

2. DAP-Hochschulgruppen-Klausurtagung in Paestum

Termin: 1.9.-10.9.1981

Leitung: Dr. med. Günter Ammon

Tagungsorte:

– Tagesklinik für intensive Gruppenpsychotherapie der DAP/DGG
in Stelzerreut bei Kumreut (Nähe Passau)

– Tagungszentrum der Deutschen Akademie für Psychoanalyse
(DAP) in Paestum (Salerno) bei Neapel

Teilnahmegebühr:

Pro Tagung für Berufstätige DM 650,-
für in Ausbildung Stehende DM 550,-
(ohne Unterkunft und Verpflegung)

Auskunft und Anmeldung:

Bei den Fachbereichen Gruppendynamik der DAP

Fachbereiche Gruppendynamik:

Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und
Gruppendynamik (LFI) der DAP, Ausbildungsinstitut für
Psychoanalyse, Wielandstraße 27-28 · Berlin 15 (0 30) 8 81 80 50

Münchner Lehr- und Forschungsinstitut der DAP

Leopoldstraße 87 · 8000 München 40 · (0 89) 34 14 44

Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstitut der DAP

Kurfürstenstraße 10 · 4000 Düsseldorf · (02 11) 36 49 00

Kölner Lehr- und Forschungsinstitut der DAP

Hansaring 94 · 5000 Köln 1 · (02 21) 12 52 66

Hamburger Lehr- und Forschungsinstitut der DAP

Laufgraben 37 · 2000 Hamburg 13 · (0 40) 44 07 40

Freiburger Lehr- und Forschungsinstitut der DAP

Werderring 16 · 7800 Freiburg · (07 61) 3 32 24

