ISSN 0012-740X

Dynamische Psychiatrie

Herausgegeben von Günter Ammon

Dynamic Psychiatry

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse

Günter Ammon
Schizophrenie — ein ganzheitliches Geschehen

Günter Ammon, Ilse Burbiel, Ulrich Köppen, Margarete Hoffsten
Die Organisation der Ruhe- und Aktivitätsprozesse und deren Integration als Indikator für die Entwicklung des Menschen im therapeutischen Prozeß
Teil I: Entwurf einer Interpretation von Schlafprofilen mit Strukturparametern

Maria Berger
Psychischer Ausdruck im Humanstrukturellen Tanz. Eine Pilot-Study

Georg Kress
Kreativitätsentfaltung — Entwicklungsschritte des Patienten in der Maltherapie

Michaela Scheidhacker
Die Bedeutung des Therapeutischen Reitens bei der Behandlung verschiedener psychiatrischer Krankheitsbilder

BEITRÄGE AUS DER KLINIK MENTERSCHWAIGE

20. Jahrgang
1./2. Heft 1987

»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH München

102/103

Christa Emmert, Friedrich Bauer, Hermine Pfindel, Rudolf Schäfer
Kreativität und Sozialenergie im Verlauf eines milieutherapeutischen Projektes

I. Ivanov, V. Silujanova
A New Exercise for Stenocardia: A First Step to Save Bio-Energy

Buchbesprechungen

Nachrichten

Dynamische Psychiatrie / *Dynamic Psychiatry*

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

20. Jahrgang, 1./2. Heft 1987, Nr. 102/103

Herausgegeben von Günter Ammon

unter Mitarbeit von
F. Antonelli, Roma — F.V. Bassin, Moskau — L. Bellak, New York — B. Buda, Budapest — I. Burbiel, München — A. Carmi, Haifa — N. Destounis, Richmond — R. Ekstein, Los Angeles — Th. Freeman, Antrim — A. Garma, Buenos Aires — F. Hacker, Wien, — F. Hansen, Oslo — H. Illing, Los Angeles — I. Jakab, Pittsburgh — M. Knobel, Campinas — U. Mahlendorf, Santa Barbara — A. Mercurio, Rom — L. Miller de Paiva, Sao Paulo — H. Mönnich, Freiburg — K. Okonogi, Tokio — M. Orwid, Krakow — J.F. Pawlik, Warschau — E. Ringel, Wien — V. S. Rotenberg, Moskau — F.S. Rothschild, Jerusalem — D. Shaskan, Los Angeles — J.B.P. Sinha, Patna — J. Sutherland, Edinburgh — Y. Tokuda, Tokio — E. Weigert, Chevy Chase — E. D. Wittkower, Montreal — Wu Chen-I, Peking.

Inhalt

Günter Ammon
Schizophrenie — ein ganzheitliches Geschehen 1
Schizophrenia — A Holistic Process 18

Günter Ammon, Ilse Burbiel, Ulrich Köppen, Margarete Hoffsten
Die Organisation der Ruhe- und Aktivitätsprozesse und deren Integration als Indikator für die Entwicklung des Menschen im therapeutischen Prozeß 24
Teil I: Entwurf einer Interpretation von Schlafprofilen mit Strukturparametern
The Organisation of Rest- and Activity Phases and their Integration as Indicator for the Development of the Patient During the Therapeutic Process
Part I: Draft for an Interpretation of Sleep Profiles by Means of Structure Parameters 37

Maria Berger
Psychischer Ausdruck im Humanstrukturellen Tanz. Eine Pilot-Study 42
Psychic Expression in the Humanstructural Dance. A Pilot-Study 61

Georg Kress
Kreativitätsentfaltung — Entwicklungsschritte des Patienten in der Maltherapie 65
Creativity Development — The Process of Development of Patients in the Painting Therapy 81

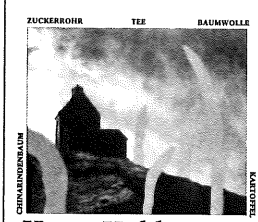
Michaela Scheidhacker
Die Bedeutung des Therapeutischen Reitens bei der Behandlung verschiedener psychiatrischer Krankheitsbilder 83
The Significance of Therapeutical Horseback-Riding in the Treatment of Different Psychiatric Diseases 94

Christa Emmert, Friedrich Bauer, Hermine Pfindel, Rudolf Schäfer
Kreativität und Sozialenergie im Verlauf eines milieutherapeutischen Projektes 97
Creativity and Social Energy in the Course of a Milieutherapeutic Project 108

I. Ivanov, V. Silujanova
A New Exercise for Stenocardia: A First Step to Save Bio-Energy 110
Ein neues Trainingskonzept für Stenokardie-Patienten: Suchaktivität und Gesundungsprozeß 116

Buchbesprechungen/Book reviews 120

Nachrichten/News 133

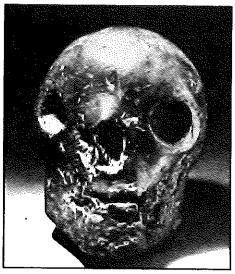


Henry Hobhouse
Fünf Pflanzen verändern die Welt

– Klett-Cotta –

Wußten Sie
– daß die Engländer beinahe zweihundert Jahre lang Tee tranken, ohne genau zu wissen, was sie da eigentlich aufbrühten?
– daß die Vormachtstellung der deutschen chemisch-pharmazeutischen Industrie aus der Suche nach synthetischem Chinin herrührt?
– daß gerade die Kartoffel, jenes kalorienreiche Nahrungsmittel, eine der größten Hungersnöte der Neuzeit heraufbeschwor?
– daß die Bevölkerungsdichte des heutigen Indien mit all ihren Katastrophen noch immer das Resultat von Baumwolle, Tee und vor allem Chinin ist?
Ein Füllhorn überraschender historischer Einsichten und Querverbindungen: fünf Pflanzen, die als maßgebliche Faktoren den Geschichtsverlauf von der Renaissance bis in unsere Gegenwart maßgeblich beeinflußten, ausgewählt von über achtzig untersuchten Arten.

344 Seiten, 5. Abb., 3 Karten, Linson m. Sch., 38,– DM
ISBN 3-608-93097-3



Jacques Ruffié
Jean-Charles Sournia
Die Seuchen in der Geschichte der Menschheit

– Klett-Cotta –

Der Mensch und seine Krankheiten – sie haben sich in den Hunderttausenden von Jahren der Evolution gemeinsam entwickelt, ihre Geschichten sind untrennbar miteinander verknüpft. Vor allem die schrecklichen Epidemien wie Pest, Cholera, Typhus hatten dabei die Macht, alle Regeln der Zivilisation auf den Kopf zu stellen und den Menschen drastisch vor Augen zu führen, an welch dünnem Lebensfaden alles hängt. Und wenn wir heute glauben, die großen Infektionskrankheiten überwunden zu haben, so stehen wir auf schwankendem Boden: Gibt es nicht seit geraumer Zeit Berichte, daß die Malaria aus der Dritten Welt sich die Erste wieder zu erobern beginnt? Gibt es da nicht jene neue, unsere ganze medizinische Technologie in Frage stellende Seuche Aids? Ist nicht die Dritte Welt nach wie vor so von Parasiten bedroht, daß ein kleiner hinzukommender Faktor genügt, um wieder Zehntausende hinwegzuraffen?

265 S., Linson m. Sch., 36,–DM
ISBN 3-608-93085-X

Die Familie sei die Keimzelle der Gesellschaft, heißt es. Und erst das Kind mache aus einer Ehe oder Partnerschaft eine Familie. Doch wieviel wissen Eltern und solche, die es werden wollen, über die Belastungen und Risiken, die das mit sich bringt – ein Kind zu haben? Wieviel wissen sie über die Entwicklung des Kindes? Wissen sie, wie das ist – ein Kind zu sein? Angewiesen auf die Eltern, die Familie, in die es hineingeboren wird, ein Spielball der in Familie und Gesellschaft wirksamen Kräfte? Was wissen Eltern über die Komplexität der Einflüsse, denen Kinder ausgesetzt sind, und wie sie darauf reagieren?
D.-J. Duché, selbst Vater von neun Kindern entfaltet ein breites Panorama verschiedener familiärer Situationen in Vergangenheit und Gegenwart. Im Mittelpunkt steht immer die Frage, wie Familie und Kind in ihrem gegenseitigen Wechselspiel sich entwikkeln können. Fazit: Das Kind ist ein Risiko für die Familie, die Familie ist ein Risiko für das Kind.

235 Seiten, Linson m. Sch., 36,– DM
ISBN 3-608-95335-3

10 JAHRE KLETT-COTTA 1977-1987

Neuerscheinungen

LAMBERTUS

Rolf G. Heinze/Josef Hilbert
Thomas Olk

Der neue Sozialstaat

1987, ca. 190 Seiten, Forco, ca. DM 25,–

Die Autoren analysieren die Grenzen und Paradoxien gegenwärtiger Sozialpolitik und entwerfen das Modell des „neuen Sozialstaats": Verknüpfung von Wirtschafts-, Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik, Grundsicherung mit Arbeitszeitverkürzung, Einbezug informeller Ressourcen (Selbsthilfe, ehrenamtliche Arbeit), Funktionsänderung der institutionellen Träger, neues Selbstverständnis der professionellen Helfer – sie bilden die Eckpfeiler dieses Modells.

Caritasverband für die Diözese Münster (Hrsg.)

Arme haben keine Lobby

Caritas-Report zur Armut
1987, ca. 140 Seiten, Forco, ca. DM 18,–

Gerhard Oswald

Systemansatz und soziale Familienarbeit

Methodische Grundlagen und Arbeitsformen
1987, ca. 180 Seiten, Forco, ca. DM 24,–

Das Buch bietet allen, die mit sozialer Hilfe für Familien befaßt sind, eine Orientierung. Die leitenden Kriterien werden aus einer prägnanten Darstellung des Systemansatzes entwickelt und anhand der Arbeitsformen sozialer Familienarbeit anschaulich illustriert.

Rudolf Lotze/Hans Schoch (Hrsg.)

Rehabilitation 2000

Chancen und Erwartungen körperbehinderter Menschen
1987, 128 Seiten, Forco, DM 18,–

Mareile Schaumburg
Rita Feldmann-Vogel

Das vorgestellte Ich

Plastische Selbstdarstellungen suchtmittelabhängiger Frauen
1987, ca. 120 Seiten, mit Abbildungen von Christoph Maas, Forco, ca. DM 24,–

Barbara Köppl/Werner Reiners

Hilfen für Kinder von alkoholkranken Vätern

1987, 88 Seiten, Forco, DM 13,80

Die Autoren zeigen auf, welche Probleme in Familie, Schule und Umwelt auf das „Alkoholikerkind" zukommen. Sie geben praktische Hinweise, wie man mit einer gezielten Kindertherapie den aus der familiären Situation resultierenden Entwicklungsstörungen beziehungsweise -hemmungen begegnen kann.

Beate vom Knappen/Helga Thater
Hermann Löser

Alkoholschäden bei Kindern

Ratgeber zur Alkoholembryopathie
1987, 40 Seiten, geheftet, DM 4,20

Inhalt: Was ist Alkoholembryopathie? Wie häufig ist Alkoholembryopathie? Gibt es eine Heilung beim Kind? Welche Zeichen finden wir an unseren Kindern und welche Probleme entstehen dadurch? Welche Therapien sind möglich? Was wird aus unseren Kindern? Wie ist unsere Elterninitiative entstanden und was wollen wir? Fachliteratur und Kontaktadressen.

Dietrich Thränhardt/Simone Wolken (Hrsg.)

Flucht und Asyl

1987, ca. 180 Seiten, Forco, ca. DM 24,–

Hans Brandt/Eva-Maria Dennebaum
Willi Rückert (Hrsg.)

Stationäre Altenhilfe

Problemfelder – Rahmenbedingungen – Perspektiven
1987, 244 Seiten, Forco, DM 22,–

Lambertus-Verlag GmbH, Postfach 1026, D-7800 Freiburg, Telefon 0761/31566

Schizophrenie — ein ganzheitliches Geschehen*

Günter Ammon (Berlin/München)

Ammon dikutiert in dieser Arbeit Phänomenologie, Genese und Therapie der schizophrenen Erkrankung auf dem Hintergrund des integrativen Persönlichkeitsmodells der Dynamischen Psychiatrie, das den Menschen ganzheitlich betrachtet in seinen gruppendynamischen, sozialenergetischen und humanstrukturellen Aspekten. Der Autor greift die Frage der Genese auf, indem er, wie bereits in früheren Veröffentlichungen (Ammon 1979, 1980), den Endogenitätsbegriff der Schulpsychiatrie kritisiert, wobei er auf die häufig als Beweis für die erbbiologische Genese der Schizophrenie angeführte Zwillingsforschung eingeht. Die großen Unterschiede der gefundenen Konkordanzraten der Schizophrenieerkrankung beider Zwillinge zeigen die geringe Zuverlässigkeit dieser Forschungen. Darüberhinaus weisen sie oft erhebliche methodische Mängel auf. Ammon verweist in diesem Zusammenhang auf die besondere psychodynamische Situation von Zwillingen, ihre starke symbiotische Verklammerung, wodurch die aufeinanderfolgende Erkrankung beider Zwillinge verständlich wird.
Auch die biochemische Ursachenforschung konnte bis heute die Endogenität der schizophrenen Reaktion nicht bestätigen. Gemessene Veränderungen im Neurotransmitterstoffwechsel lassen keine Aussagen darüber zu, ob diese Ursache oder Folge der Erkrankung sind.
Der Autor erläutert die Grundpositionen seines Verständnisses der schizophrenen Erkrankung. Sie ist Ausdruck einer Grundstörung im zentralen, nicht bewußten Persönlichkeitskern. Vor allem die Ich-Abgrenzung, die Aggression, die Angst und der Narzißmus sind schwer defizitär und destruktiv. Im Unterschied zum Borderline-Syndrom sind auch die sekundären Funktionen des bewußten Verhaltens-Ich gestört und brechen zusammen, sobald der Patient keine ihn stützenden Symbiosepartner mehr hat. Sein Leben ist gekennzeichnet durch wiederholte Kontaktabbrüche und Mißerfolge, durch ständige immense Verlassenheits- und Vernichtungsängste, von denen er sich in der psychotischen Reaktion zu befreien versucht.
Die schizophrene Reaktion versteht Ammon als Folge der krankmachenden Dynamik einer Familiengruppe, die den Patienten narzißtisch ausbeutete, die sich auf seine Kosten gesund fühlen konnte und ihm jede Abgrenzung zu eigener Identität unmöglich machte. Eine differenzierte Diagnostik hat die gesamte Persönlichkeit zu erfassen mit ihren gesunden konstruktiven, defizitären und destruktiven Anteilen. Zentrale diagnostische Verfahren sind der Ich-Struktur-Test nach Ammon (ISTA), Zeichentests, MMPI, TAT, Autokinetischer Lichttest, Soziometrie, sowie Patienten- und Familiengespräche.
Die dynamisch-psychiatrische Therapie des schizophren Reagierenden ist Identitätstherapie. In ihr geht es um die Förderung seiner kreativen Möglichkeiten sowie die nachholende Entwicklung der gesamten Persönlichkeit des Patienten, dessen paranoisch-narzißtisches »Loch im Ich« vom Therapeuten erreicht werden muß, um ihm bei der Integration seiner Persönlichkeit im Sinne einer fortschreitenden Identitätsentwicklung zu helfen. Dabei stellt das gesamte sozialenergetische gruppendynamische Feld der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik ein wirksames Therapeutikum dar, in das verschiedene Therapieformen integrativ eingebettet sind. Zur Überprüfung der therapeutischen Effizienz dienen neuerdings auch Hirnstromuntersuchungen im Schlaf- und Traumlabor der Klinik.
Der Therapeut sollte den schizophren reagierenden Patienten mit einer partnerschaftlichen, heilen-wollenden Einstellung begegnen, mit Interesse, menschlicher Achtung und Geduld und ohne Vorurteile. In diesem Sinne fordert Ammon einen grundsätzlichen Einstellungswandel in Gesellschaft und Wissenschaft. Die vorliegende Arbeit leistet einen wichtigen Beitrag zur Diskussion um den Paradigmenwechsel in der Psychiatrie, bei der es um die Ablösung des zu therapeuti-

* Erweiterte Fassung des Vortrages gehalten auf dem 5. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP und XVIII. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), Fachhochschule München, 6.—10. März 1987, zum Thema »Körper, Seele und Geist. Zur ganzheitlichen Schau von Mensch und Wissenschaft«

schem Pessimismus führenden einseitig biologisch orientierten medizinischen Modells geht. An die Stelle von starrem Kausal- und Kategoriendenken tritt eine ganzheitliche Heilkunst, die sich an den Bedürfnissen der Patienten orientiert und die die strukturelle Veränderbarkeit des Menschen — wie sich abzuzeichnen beginnt, bis in seine Hirnfunktionen hinein — durch sozialenergetisch wirksame therapeutische Prozesse anerkennt.

Was ist Schizophrenie?

Was ist Schizophrenie? Wie entsteht sie? Und wie sollte sie behandelt werden?

Grundsätzlich möchte ich in dieser Arbeit auch die Frage aufwerfen, ob das medizinische Denkmodell der letzten Hälfte des 19. Jahrhunderts — nämlich das Fragen nach der Kausalität und die Beschreibung von Krankheitskategorien — bei psychischen Störungen Berechtigung hat und ob Kausal- und Kategoriendenken in der modernen Heilkunst überhaupt noch hilfreich sein können.

Seit etwa 30 Jahren habe ich mich mit der Erforschung und Behandlung der Störung, die man allgemein als Schizophrenie bezeichnet, beschäftigt — und zwar auf den verschiedensten Ebenen, wie dem sorgfältigen Studium von früher Kindheit, Lebensgeschichte, psychiatrischen und psychotherapeutischen Untersuchungen, psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlungsmethodik, aber auch auf dem Gebiet der Reformierung psychiatrischer Anstalten und der Ausbildung von geeigneten Therapeuten, sowohl im eigenen Lande wie aber auch fast zehn Jahre lang in den Vereinigten Staaten von Amerika, wo ich zuletzt psychiatrischer Konsiliarius aller großen psychiatrischen Anstalten des Staates Kansas war mit dem Arbeitssitz in der Menninger Foundation in Topeka. In den großen Anstalten konnte ich bei den sog. chronisch Kranken eine Symptomatik beobachten, die man allgemein als Hospitalismusschäden bezeichnet (vgl. auch *Goffman* 1961).

Darüber hinaus hatte ich jedoch auf der anderen Seite Gelegenheit, in meiner Arbeit mit jugendlichen Patienten — sowohl in der Menninger-Klinik wie auch in Berlin und München — sog. akute und beginnende schizophrene Zustände aller Formen des paranoischen Narzißmus kennenzulernen, sowie Grenzzustände zwischen psychotischem und neurotischem Reagieren, die ich später als ein eigenes Krankheitsbild — in dem von mir postulierten gleitenden Spektrum psychischer Schwierigkeiten — als Borderline-Syndrom 1976 auf einem internationalen Kongreß in Düsseldorf beschrieb (*Ammon* 1976).

Gerade der Umgang mit jugendlichen Leidenden sog. beginnender schizophrener Störung wie aber auch mit den schwer Hospitalismusgeschädigten — zu denen heute noch die große Gruppe des psychopharmakologischen Hospitalismus dazuzurechnen ist — gaben mir Aufschluß über das Wesen dieser Erkrankung und ihrer Behandlung.

Folgende Grundzüge sind hier bei den Kranken hervorzuheben: eine kontinuierlich bestehende Angstspannung und auftretende kaum vorstellbare

Angstzustände, eine schwere Störung des Denkens mit extremem Konkretismus, extreme narzißtische Größen- und Verfolgungsängste, schwerste Störung der Humanfunktion der Aggression mit Destruktivität sich selbst und anderen gegenüber, eine ins Körperliche gehende Starre oder diffuse Schmerzzustände ohne organische Ursache, schwankende Gefühlszustände zwischen Euphorie und Traurigkeit, chaotische sexuelle Vorstellungen, schwere Kontakt- und Beziehungslosigkeit und Handlungsunfähigkeit, die von *E. Bleuler* (1911) so bezeichnete Ambivalenz — d.h. das gleichzeitige Vorhandensein von Liebe und Haß mit plötzlichen abrupten Schwankungen zur einen oder anderen Seite. Auch die Wahrnehmung von Mensch und Welt ist extrem verzerrt und durch subjektive Wahrnehmung getrübt.

Verständlicherweise erscheint das Verhalten derartig gestörter Menschen für den sog. Normalen — und auch dem psychologisch nicht geschulten Medizinpsychiater — als uneinfühlbar, und er spricht dann von einem sog. Milchglaseffekt oder einem sog. Dementia praecox-Gefühl (*Kraepelin* 1883), oder er glaubt, die Diagnose erst dann fällen zu können — wie *Kraepelin* das meinte —, wenn man den Verlauf der Krankheit bei den in der Anstalt gehaltenen Menschen lange genug, bis hin zur sog. Versandung, beobachten kann. In der amerikanischen Psychiatrie hingegen durften wir erst dann die Diagnose Schizophrenie bzw. schizophrene Reaktion feststellen, wenn wir eindeutig eine Störung des Denkens feststellen konnten.

Es sind dies Menschen mit einem tiefen Mißtrauen. Vor Ausbruch der Krankheit waren sie immer wieder getragen durch eine umgebende kleine Gruppe — sei es in der Familie, sei es am Arbeitsplatz —, wo ihnen Persönlichkeitsfunktionen, die sie selber nicht wahrnehmen konnten, zu Hause und sogar am Arbeitsplatz abgenommen und ihre größten Abhängigkeitsbedürfnisse — die ich auch als Symbiosekomplex (*Ammon* 1979) beschrieben habe — erfüllt wurden. Bei näherer und sorgfältiger lebensgeschichtlicher Untersuchung zeigt sich in der Regel, daß der Ausbruch der sog. schizophrenen Erkrankung erfolgt, wenn die umgebende Gruppe oder die wenigen übrig gebliebenen Bezugspersonen die extremen Forderungen des Kranken nicht mehr erfüllen können.

Er ist angstgepeinigt und oft durch Feuerwehr oder Polizei in die Klinik gebracht worden und muß nun in der Regel alle seine letzten Identitätsmerkmale von persönlicher Habe — früher und auch teilweise heute noch einschließlich seiner Kleidung — abgeben, wird oftmals erst noch geduscht, dann kurz von einem diensthabenden Arzt gesehen, erhält eine Routine-Beruhigungsspritze und wird in einem Wachsaal mit vielen anderen, teilweise schreienden Kranken untergebracht, manchmal sogar angeschnallt. Es mutet fast an wie die Wirklichkeit gewordenen Wahnvorstellungen.

Das, was der Patient jetzt am meisten braucht — wie menschliche Wärme, Versuche von Kontaktherstellung, Trost und Beruhigung, Achtung seiner ganzen menschlichen Persönlichkeit, Versuche von Vertrauensbildung wie sanftes Mit-ihm-Sprechen — all dies, was gerade hier so bedeutsam ist bei der

ersten Begegnung und was so entscheidend ist als Basis für die spätere gemeinsame Behandlung, an der Patient und Klinikmitarbeiter teilhaben, all dies wird ihm in der Regel versagt. Die vorschnell gemachte Einweisungsdiagnose, die ohne lange Untersuchung erstellt wird, kommt oftmals einem sozialen Todesurteil gleich.

Als z.B. eine Patientin, mit der wir in unserer Klinik lange gearbeitet und ihr auch sehr weit geholfen haben — sie war eine großartige Tänzerin in unserer Humanstrukturellen Tanztherapie — zum Vertrauensarzt gehen mußte wegen der Verlängerung der Krankenhauskostenübernahme, sagte dieser zu ihr: »Wissen Sie, Sie haben eine unheilbare Schizophrenie. Da ist Ihnen nicht zu helfen und eine stationäre Psychotherapie nützt Ihnen gar nichts. Wenn, dann können Sie ja Rehabilitationsmaßnahmen beantragen«.

Selbst wenn Schizophrenie wirklich, wie immer wieder behauptet wird, einen endogenen Ursprung haben sollte, gibt uns das kein Recht, diese Menschen so zu behandeln. Man treibt sie sozusagen in die Verrücktheit hinein, indem man alles gesunde Potential bei ihnen leugnet und ihnen jegliche Hoffnung nimmt.

Kürzlich nahm Professor *Günter Hole,* Direktor des psychiatrischen Landeskrankenhauses Weissenau, in einer dpa-Meldung Stellung zur derzeitigen Lage in der Psychiatrie: Es sei eine »Schande der Gesellschaft«, daß in den psychiatrischen Krankenhäusern gegen die »Menschenwürde« verstoßen werden müsse, weil die finanziellen Mittel für ausreichendes Personal fehlten. In Krisensituationen müßten Patienten »angebunden, eingesperrt oder mit Medikamenten beruhigt« werden, obwohl häufig ein therapeutisches Gespräch genügen würde. Er kritisierte weiter, daß die Krankenkassen Hunderte von Millionen Mark für technische Apparate für Körpermedizin — »ohne mit der Wimper zu zucken« — zur Verfügung stellten, ausreichende Mittel für Betreuungspersonal in der Psychiatrie aber verweigerten. »Da redet man gegen eine Wand«. Dabei seien in der Psychiatrie die Betreuer das, »was für die Körpermedizin die teuren Apparate sind«.

Die psychiatrische Forschung der letzten Jahre hat deutlich gemacht, wie schädlich die Langzeitmedikation von Psychopharmaka in hohen Dosen und der geringe menschliche Kontakt durch die wenigen Pfleger und Ärzte sich auf das Verhalten, das Denken und die Körperlichkeit der Menschen auswirken: Sie bekommen einen aufgeschwemmten, unförmigen Körper, bewegen sich stereotyp und wirken in ihrem Gesichtsausdruck stumpf und sind schwer ansprechbar, von sich selbst entfremdet. Die Psychopharmaka dienen hier letztendlich dazu, die Kranken ruhigzustellen, um die notwendige offene Austragung von Konflikten in den Kliniken zu vermeiden, d.h. sich direkt den Patienten mit ihren Nöten, Bedürfnissen und Denkweisen zu stellen, weil dies Angst macht und meiner Erfahrung nach nur in einem differenzierten milieutherapeutischen Feld einer Klinik geleistet werden kann und eine gründliche psychiatrische und psychotherapeutische Ausbildung der Ärzte und Pfleger zur Voraussetzung hat.

Kritik an der erbbiologischen Genese der Schizophrenie

Ich möchte jetzt noch einmal auf die für die erbbiologische Genese der Schizophrenie angeführte Zwillingsforschung eingehen. Erwähnt seien hier vor allem die Untersuchungen von *Kallmann* (1946/47), *Slater* (1947) und *Penrose* (1955).

Von Kritikern, wie zum Beispiel *Don D. Jackson* (1960), wurde hervorgehoben, daß die Auswahl der Zwillinge nur unter Klinikbedingungen erfolgte und daß den Psychiatern verschiedener Länder kein einheitliches Kriterium der Diagnose vorlag.

Den höchsten Erblichkeitswert unter den von *Vandenberg* (1971) zusammengestellten 16 Zwillingsuntersuchungen fand *Burt.* Wenn man von diesem aber hört, daß er die meisten Tests selber durchgeführt hat und daß alle Fälle aus der Stichprobe ausgeschlossen wurden, bei denen ein Zwillingspartner unnormale Intelligenzwerte hatte, so muß man doch sehr vorsichtig mit den Aussagen von *Burt* umgehen (vgl. *Thomae* 1977). — Nach Berichten der FAZ (Februar 1977) soll *Burt* sogar Datenmaterial »ausgewertet« haben, das gar nicht existierte und Namen von Mitarbeitern erfunden haben (vgl. *Thomae* 1977).

Das häufig als Beweis für die erbbiologische Verursachung der Schizophrenie angeführte Argument, daß auch getrennt aufwachsende eineiige Zwillinge hochsignifikant häufiger an Schizophrenie erkrankten als zweieiige, stellte sich als nicht haltbar heraus. 52 der von *Kallmann* als »getrennt aufgewachsen« angeführten eineiigen Zwillingspaare — mit einer Konkordanz von 77,6% der Schizophrenieerkrankung — wurden fünf Jahre vor dem Ausbruch der Krankheit getrennt, bei einem Durchschnittsalter von 33 Jahren also eindeutig nach der Prägungszeit. Daß trotzdem diese Konkordanzrate von 77,6% gegenüber den nicht-getrennt eineiigen Zwillingspaaren mit einer Konkordanz von 91,8% hochgradig signifikant niedriger liegt, beweist vielmehr die Ursächlichkeit psychogenetischer Faktoren, d.h. Faktoren, die lebensgeschichtlich erworben wurden.

Der große statistische Unterschied durch die fünfjährige Trennung erklärt sich aus dem Abbruch der interpersonellen Gruppendynamik der Zwillinge untereinander und in bezug auf ihre Gruppenumgebung. Biologisch-genetisch wäre eine so hochgradig signifikante Differenz nicht zu erwarten. Hinzu kommt, daß die häufig zitierten eineiigen Zwillinge, die von Geburt an getrennt aufgewachsen sind, sich bei kritischer Durchsicht der Literatur auf zwei Zwillingspaare reduzieren, die mehrere Male zitiert werden und dann als verschiedene Paare zusammengezählt worden sind.

Besonders in der ausführlichen Falldarstellung eines dieser Zwillingspaare bei *Don D. Jackson* (1960) wird deutlich, inwieweit Pseudowissenschaftlichkeit zur Entstellung von Realität und im Sinne der Untermauerung eines einmal gefaßten Vorurteils benutzt werden kann. Die Zwillinge lebten nämlich bei den zwei Brüdern der Mutter, die die virulente Psychodynamik der Mutter

untereinander austrugen, d.h. die Zwillingsgeschwister standen beide gruppendynamisch unter dem Einfluß der Mutter, wenn sie auch nicht in ein und derselben Familie und am selben Ort aufwuchsen.

Im Unterschied zu der Konkordanzrate zwischen 70 und 80% bei eineiigen Zwillingen, die *Kallmann, Slater* und *Penrose* festgestellt hatten, kamen *Fischer* (1969) und *Kringlen* (1964) in groß angelegten Untersuchungen zu Konkordanzraten von 30% bei eineiigen und zwischen 0 und 14% bei zweieiigen Zwillingen. Diese Unterschiede bei den verschiedenen Autoren zeigen, wie wenig zuverlässig schon die statistische Erfassung als solche ist, abgesehen davon, daß bezweifelt werden muß, ob sie überhaupt erbbiologischen Thesen zur Untermauerung dienen kann.

In allen diesen Untersuchungen wurde, wie *Don D. Jackson* hervorhebt, zum Teil bewußt und nicht überprüft, die besondere psychische Situation der Zwillinge unberücksichtigt gelassen. Diese besondere Situation im psychodynamischen Sinn unterstreicht eine Studie von *Wilson* (1931), der in einer Fragebogenaktion feststellte, daß 43% der schizophren reagierenden eineiigen Zwillinge und 25% der gleichgeschlechtlichen zweieiigen Zwillinge keinen Tag getrennt gewesen waren. 76% der eineiigen sowie 51% der zweieiigen Zwillinge hatten darüber hinaus dieselben Freunde.

Ich meine, daß diese Zahlen von *Wilson* sehr deutlich die besondere Situation der Zwillinge umreißen. Daß sich die eineiigen Zwillinge in diesem Ausmaß weniger häufig keinen einzigen Tag trennen und weniger unterschiedliche Freunde haben als zweieiige Zwillinge, zeigt psychodynamisch gesehen ihre stärkere symbiotische Verklammerung und ihre größeren Identitätsdefizite, für die nach erbbiologischen Ursachen zu suchen kein zureichender Grund besteht und nach denen bisher ja auch vergebens gesucht worden ist. Unter der Annahme einer Psychogenese der Schizophrenie ist geradezu evident, daß unter diesen Bedingungen bei der offenen Schizophrenie des einen Zwillings der andere ebenfalls erkrankte.

Nachdem die Zwillingsforschung von *Kallmann* u.a. die Ein-Gen-ein-Enzym-Vorstellung der Vererblichkeit endogener Psychosen verlassen mußte (*Ammon* 1978), geht das spekulative Denken dahin, die Heredität in den extrachromosomalen Bereich zu verlagern. Dazu *Kanig* (1971, 1975): »Wenn bei Psychosen die Mitochondrien als Bestandteile eines chromosomalen Regelkreises verändert sein sollten, dieser Regelkreis aber erst unter bestimmten Bedingungen dekompensiert, ließen sich viele Phänomene wie die oft fehlende Konkordanz bei eineiigen Zwillingen, das spontane Auftreten einer Psychose in einer erblich bisher unbelasteten Familie, der Einfluß von Zeit und Umweltfaktoren, die Periodizität im Krankheitsverlauf und die Variationen der Ausdrucksformen besser verstehen.« Ein dergestaltes spekulatives Denken mag für den biochemischen und organmedizinischen Forscher ein kreativer Denkansatz sein, es wird aber höchst bedenklich, wenn es den Rahmen der biologischen Methodik sprengt und das gesamte Feld einer psychiatrischen Behandlung dominiert.

Von jener Dominanz des biologischen Denkens in der Forschung war auch das internationale Schizophreniesymposium in Heidelberg 1986 geprägt, das sich zum Ziel gesetzt hatte, »eine kompetente Bestandsaufnahme der aktuellen Befunde und Erklärungsansätze in der Schizophrenieforschung zu leisten«. So konstatiert der Konferenzbericht, ». . . daß soziogenetische Modelle der Verursachung von Schizophrenie allenfalls eine untergeordnete Rolle spielen«, nach wie vor wird der Vererbungshypothese eine zentrale Rolle beigemessen, jedoch mit der Einschränkung, daß die Schizophrenie selber nicht vererbt zu werden scheint, sondern nur »eine Vulnerabilität für diese psychische Erkrankung«. So distanziert sich selbst der bekannte Zwillingsforscher *Kringlen* von der Universität Oslo vorsichtig von der bisherigen Vererbungstheorie der Schizophrenie, indem er von einer Beteiligung von Erbfaktoren bei der Entstehung spricht, aber einräumt, daß die Forschung keinen eindeutigen Aufschluß über die Bedeutung dieser Faktoren gibt (*zi-intern* 1987).

Kritik der biochemischen Ursachenforschung der schizophrenen Reaktion

Auch die Verfahren der biochemischen Forschung haben bis heute keinen Beleg der Endogenität der schizophrenen Reaktion erbracht (*Gülsdorff* 1981). Daß Veränderungen beim Stoffwechsel — Regulationsgrößen — im akuten Krankheitszustand gemessen werden, ist im Rahmen der biologischen Forschung angebracht. Die Zuordnung jedoch, ob es sich um ein auslösendes Substrat oder um ein reagierendes Substrat handelt, bleibt der objektivierten Meßbarkeit verschlossen.

Legt man diesen Maßstab zum Beispiel an die Neurotransmitter-Forschung an oder an die Forschungsergebnisse über releasing factors, so müssen wir feststellen, daß das Vorliegen einer veränderten biochemischen Regelgröße nachgewiesen werden kann, die Kausalität der Veränderung dieser Regelgröße aber unerforscht bleibt.

Wenn aber auf der Ebene der biochemischen Substrate ein inversives Verhalten zwischen schizophrenen und depressiven Patienten in bezug auf den Tryptophan-, Dopamin- und Methionin-Stoffwechsel beschrieben wird, und diese Serotonin-Hypothese an der Verminderung des Serotonins in bestimmten Gehirnbereichen bei durch Suizid verstorbenen depressiven Menschen verifiziert wurde, so kann zum heutigen Zeitpunkt jedoch keine Aussage über den Stellenwert im Gesamtgeschehen der sog. endogenen Psychosen gemacht werden. Es sei nochmals darauf hingewiesen, daß sämtliche Untersuchungen im Zustand der akuten Krankheitsphase erhoben worden sind, in der auch klinisch ein Mangel, nämlich die Hemmung der psychischen und somatischen Funktionen zu finden ist. Hier wäre die Frage zu stellen, inwieweit die schizophrene Reaktion psychisches Geschehen und Erleben der Stoffwechselvorgänge induziert oder hemmt.

Dies wird auch belegt in einer zusammenfassenden Betrachtung der biochemischen Forschung auf dem Schizophrenie-Gebiet, welche die Erforschung

der Modellpsychosen, der Transmethylierungshypothese, der Dopaminhypothese und anderer Neurotransmitter-Systeme sowie Plasmauntersuchungen in bezug auf schizophrenspezifische Faktoren miteinbezieht. *Ackenheil, Hippius* und *Matussek* (1978), drei prominente Vertreter der biologischen Psychiatrie, stellen fest, daß es zwar Ansatzpunkte für die biochemische Forschung der schizophrenen Rektion gibt, aber noch keine entscheidenden Fortschritte gemacht wurden.

In einer auf dem 3. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry ausführlich diskutierten Arbeit über die neueren Untersuchungen der biologischen Schizophrenieforschung stellten Professor *Szilárd* und seine Mitarbeiter *Z. Janka, I. Szentistvanyi, I. Durko* aus Ungarn abschließend fest, daß die neurobiologischen Faktoren für die Entwicklung und Therapie des Krankheitsgeschehens zwar eine wichtige Rolle spielen, daß jedoch »zur Erfassung der Essenz der Schizophrenie die Erkennung der ökologischen, psychosozialen und der intrapsychischen Vorgänge und ihre therapiebezogene Nutzung unerläßlich« sind (*Szilárd* et al. 1985).

Die humanstrukturellen, sozialenergetischen und gruppendynamischen Grundlagen unseres Verständnisses der schizophrenen Erkrankung

Mein Anliegen ist es, die schizophrene Erkrankung auf dem Hintergrund eines integrativen Persönlichkeitsmodells, das den Menschen als gruppendynamisch, sozialenergetisch und humanfunktionell bestimmtes Wesen betrachtet, zu diskutieren. Persönlichkeits- und Ich-Entwicklung verstehe ich dabei als ständige Auseinandersetzung um Identität im Rahmen einer Gruppe.

Ich möchte hier definieren, was ich unter Sozialenergie verstehe. Sozialenergie als psychische Energie sehe ich immer in Abhängigkeit von zwischenmenschlichen und gruppendynamischen Bezügen, von der Umwelt des Menschen, gesellschaftlichen Faktoren und seinem Sein in dieser Gesellschaft, was auch die Arbeit des Menschen und seine Beziehungsfähigkeit einbezieht. Durch Sozialenergie entwickelt sich ein Mensch, kannn er wachsen und sich verändern, seine Identität ausbilden wie auch seine Humanstruktur als Ganzes.

Sozialenergie ist notwendig zur Erhaltung des Lebens. So ist es m.E. auch kein gegen das eigene Leben gerichteter Trieb, wie dies *René Spitz* (1946) bei hospitalisierten Säuglingen beschrieb, sondern Mangel an Zuwendung, Wärme, Ernsthaftigkeit, Geborgenheit, Liebe, Fürsorge und Zeitgeben, der zu Krankheit oder Tod dieser verlassenen Kinder führt.

Aufgrund unserer Beobachtungen in der klinischen Arbeit ist immer deutlicher geworden, daß diese psychische Energie, die den Human-Struktur-Aufbau ausmacht und damit das Persönlichkeitswachstum bestimmt, a) keine biologisch-physikalische Größe mit entsprechender Gesetzmäßigkeit sein kann und b) immer gruppen- bzw. personenabhängig ist.

Sozialenergie geben heißt nichts anderes als Verständnis zu entwickeln, Interesse zu haben am Anderen und der Gruppe, sich auf einen anderen einzulassen, mit ihm auseinanderzusetzten und den anderen Menschen ernstzunehmen mit seinen Freuden, Leistungen, Interessen, aber auch mit seinen Sorgen und Schwierigkeiten.

Sozialenergie entsteht durch Kontakt und Auseinandersetzung, durch Forderungen an die Identität, durch Forderung und Aufforderung zum Tun, zur Tätigkeit und zur Aufgabe. Menschen, die nicht oder zu wenig gefordert werden, erhalten zu wenig Sozialenergie, und haben entsprechende Defizite in der Entwicklung ihrer Humanstruktur und deren einzelnen Humanfunktionen, für die die Sozialenergie unerläßlich ist. Die Ich-Struktur bzw. Humanstruktur kann sozusagen als manifestierte Sozialenergie betrachtet werden und unterliegt lebenslang sozialenergetischen Einflüssen. Dabei kann die Sozialenergie je nach der Gestaltung der gruppendynamischen, sozialenergetischen Feldkonstellation, in der zwischenmenschliche Auseinandersetzung stattfindet, konstruktiv, destruktiv oder defizitär sein. So finden die sozialenergetischen Austauschprozesse in den Gruppen ihren unbewußten Niederschlag in der Persönlichkeit des Menschen.

Ich habe diese Form der Energie bisher rein metaphorisch betrachtet. Durch die bahnbrechenden Forschungen von *Erik P. Igenbergs* (1985 und 1987) zeichnet sich die Möglichkeit ab, mit Hilfe der neuartigen physikalischen Methode der Elektrographie die Sozialenergie einer Meßbarkeit zugänglich zu machen und in Photographien und Videoaufnahmen zu dokumentieren.

In der Theorie der Dynamischen Psychiatrie wird die Persönlichkeit als Humanstruktur verstanden und anders als in der orthodoxen psychoanalytischen Persönlichkeitstheorie, die zwischen Es, Ich und Über-Ich unterscheidet, als ein komplexes dynamisches System synergistisch sich untereinander regulierender, integrierender oder desintegrierender Human-Funktionen aufgefaßt, die zueinander in einem ganzheitlichen Zusammenhang stehen und sich prozeßhaft entwickeln.

Human-Funktionen sind qualitativ unterschiedliche Kategorien, die sich als Humanstrukturen abstrahieren lassen. Ich unterscheide zwischen primären, zentralen und sekundären Human-Funktionen:

1. Die primäre Humanstruktur umfaßt die gesamte biologische Struktur des Menschen. Sie bildet die erste Basis, in welcher die zentralen Human-Funktionen, die den Kern der Persönlichkeit bilden, verankert sind.
2. Zu den zentralen, nicht bewußten Human-Funktionen gehören: die Identität, die Ich-Autonomie, die konstruktive Aggression, die Kreativität, die Traumfähigkeit, das bildhafte und konzeptionelle Denken, die Phantasiefähigkeit, die Sexualität, der Narzißmus, die Frustrationsregulation, besonders die Ich-Integration mit der Identität des Menschen, das Körper-Ich, die Gruppenfähigkeit, die Angst sowie die Ich-Abgrenzung nach innen und außen. Aufgrund der Hirnforschungsergebnisse der mit uns befreundeten sowjetischen Wissenschaftler, insbesondere *Rotenberg, Zenkov* und *Kostan-*

dov, können wir heute diesen Bereich des nichtbewußten Ich oder Unbewußten, gewissermaßen in der rechten Hirnhemisphäre lokalisieren (*Ammon* 1982; *Rotenberg* 1982; *Zenkov* 1978; *Kostandov* und *Genkina* 1975).

3. Zu den sekundären Human-Funktionen des bewußten Verhaltens gehören konkretes und analytisches Denken, das Gedächtnis, die Intelligenz, die Affekte, die Sprache, die Phantasiegestaltung, die Motorik und die Ich-Abwehrfunktionen. Diese Funktionen sind überwiegend in der linken Hirnhemisphäre angesiedelt. Den primären, zentralen und sekundären Human-Strukturen übergeordnet ist die Identität des Menschen. Human-Funktionen entwickeln sich ontogenetisch durch die den Menschen umgebenden Gruppen und sind primär konstruktiv angelegt. Je nachdem, ob Menschen nun in ihren Gruppen psychisch gefördert, behindert oder vernachlässigt werden, nimmt dann die Entwicklung der Human-Funktionen einen konstruktiven, destruktiven oder defizitären Verlauf. Die Humanstruktur ist Ergebnis aller verinnerlichten bewußten und nichtbewußten Erfahrungen von Beziehungen in Gruppen und ihrer sozialenergetischen Austauschprozesse. Zentral strukturierend ist selbstverständlich dabei die Primärgruppe des Menschen, also in der Regel seine Familie. Bei der Schizophrenie sind besonders folgende Humanfunktonen gestört: die Aggression, die Angst, die Ich-Abgrenzung, die Sexualität, das Körper-Ich, die Wahrnehmung, das Denken, die Frustrationsregulation und der Narzißmus, die Integrationsfähigkeit und zentral die Identität. Diese psychologischen Faktoren sind von übergeordneter Bedeutung, selbst wenn man von hereditären Faktoren ausgehen würde.

Zur Erfassung der Humanstrukturen entwickelte ich mit meinen Mitarbeitern den Ich-Struktur-Test (ISTA), dessen Ergebnisse zu einem Persönlichkeitsprofil mit differenzierter Diagnostik der gesunden wie aber auch der geschädigten Persönlichkeitsanteile führen.

Solche human-strukturelle Untersuchung der Persönlichkeitsstruktur eines Patienten und der Gruppendynamik in seiner für ihn bedeutsamen Primärgruppe mit deren sozialenergetischen Wirkungen eröffnet die Möglichkeit zum Verständnis seiner schizophrenen Reaktion: Sie erweist sich als Ausdruck eines schweren Identitätsdefizits und eines weitgehenden Verlusts der Verhaltensfunktionen der Persönlichkeit, also des sekundären Ichs.

Die Grundpositionen unseres Verständnisses der schizophrenen Erkrankung

Die Grundpositionen unseres Verständnisses der schizophrenen Erkrankung sind folgende:

1. Die schizophrene Erkrankung ist eine archaische, d.h. sehr früh entstandene Krankheit mit einer defizitären und destruktiven Humanstruktur.
2. Die zentralen Human-Funktionen des schizophren Erkrankten sind schwer defizitär und destruktiv. In Abgrenzung zum Borderline-Syndrom sind seine sekundären Ich-Funktionen ebenfalls weitgehend defizitär. In

der akuten psychotischen Reaktion brechen die sekundären Verhaltens-Ich-Funktionen weitgehend zusammen.

Gemeinsam sind dem Borderline-Patienten und dem schizophren reagierenden Patienten demnach eine Grundstörung im zentralen nichtbewußten Ich mit den Funktionen der Identität, Ich-Abgrenzung, Aggression und Angst. Die vom Verhalten her gesehen größere Gesundheit des Borderline-Kranken mit seinen auf die Realität bezogenen, praktisch funktionierenden Human-Funktionen der Fertigkeiten und des Verhaltensbereichs bringt ein gesellschaftliches Risiko mit sich, wenn derartige Persönlichkeiten einflußreiche gesellschaftliche Positionen erlangen, da sie mit einer funktionierenden äußeren Fassade normal erscheinen, aber in Wirklichkeit identitätslos und unberechenbar sind. Beim schizophren Erkrankten hingegen geht die Diffusion und Desintegration des nichtbewußten Kerns (also des zentralen Ichs) einher mit deutlichen Defiziten und dem offenen Zusammenbruch auch im Verhaltens-Ich (dem sekundären Ich).

3. Der schizophren Erkrankte ist, um die Realität bewältigen zu können, auf eine symbiotische Beziehung angewiesen, in der für ihn Hilfs- und Mit-Ich-Funktionen übernommen werden.
4. In der psychotischen Reaktion versucht der schizophren Erkrankte, den totalen Ich- und Identitätsverlust abzuwehren. In der Psychose erlebt der schizophrene Patient eine scheinbare Befreiung von seiner Angst, an der er kontinuierlich leidet und der er hilflos ausgeliefert ist.
5. Phänomenologisch ist der schizophren Reagierende gekennzeichnet durch die von *E. Bleuler* (1911) beschriebenen Grundstörungen der Ambivalenz, der assoziativen Störung und der affektiven Inkongruenz sowie durch die zusammengesetzten Störungen des Autismus, der Aufmerksamkeit, des Handelns, des Willens, des schizophrenen Denkens und einer Reihe akzessorischer Symptome. *Bleuler* sah diese Aspekte jedoch weder entwicklungsgeschichtlich dynamisch noch strukturell und daher als nicht beeinflußbar. Der schizophren Erkrankte ist darüber hinaus gekennzeichnet durch seine Unfähigkeit, die Realität zu bewältigen, in einem Lebenslauf, der durch Mißerfolge, ständiges Zerreißen von Kommunikation und Kontaktabbrüche im persönlichen Bereich wie auch an Arbeitsstellen charakterisiert ist. Weiterhin ist sein Leben durch das Fehlen einer eigenen Identität gekennzeichnet und dadurch, daß er sich nur als Teil einer Symbiose existent erleben kann und lebensfähig ist.

   In seinem späteren Leben wird der schizophren reagierende Patient jede Veränderung im Leben mit großer Angst erfahren, sei dies bei bevorstehenden Prüfungen, bei der Arbeitsaufnahme oder der Aufnahme einer direkten emotionalen menschlichen Beziehung. Dem liegt zugrunde, daß er alle an ihn gerichteten Forderungen als bedrohend und ihn vereinnahmend erlebt. Gleichzeitig ist er von dem Wunsch beseelt, eigene Identität zu haben. Er ist aber mit dem Dilemma konfrontiert, die an ihn gestellten Forderungen als vernichtend, eigene Identität verbietend zu erleben. Seine Existenz-

angst ist als Ausdruck seiner defizitären Identität zu verstehen. Vernichtungsangst des schizophren reagierenden Patienten ist dabei ubiquitär. Jeder Abgrenzungsschritt zur eigenen Identität wurde von ihm als tödliches Verlassensein erlebt. Die Entwicklung eines differenzierten Angstspektrums in dieser Richtung ist für ihn als Entwicklungsmotor nicht möglich gewesen.

6. Die schizophrene Reaktion ist die Folge einer krankmachenden Familiengruppendynamik. Der schizophren Reagierende wurde von seiner Familiengruppe, die sich auf seine Kosten gesund fühlen konnte, narzißtisch ausgebeutet. Die double-bind-Kommunikation (*Bateson* 1969) verunmöglichte dem Kind jegliche Abgrenzung.
7. Das humanstrukturelle und gruppendynamische Verständnis — mit Untersuchung der intakten und konstruktiven Human-Funktionen — bildet die Grundlage einer dynamisch-psychiatrischen Behandlungsmethodik der schizophrenen Reaktion. Das humanstrukturelle Konzept von Defiziten und nachholender Persönlichkeits- und Identitätsentwicklung ist für die Therapie grundlegend.
   Dabei ist es wichtig, die intakten, konstruktiven und kreativen Human-Funktionen, also die gesunden Persönlichkeitsanteile, beim aufzunehmenden Patienten genauso interessiert und sorgfältig zu untersuchen und auch im Ich-Struktur-Test zu erfassen wie die defizitär oder destruktiv ausgeprägten Funktionen.
8. Das humanstrukturelle und gruppendynamische Arbeiten findet in der direkten Auseinandersetzung zwischen Patient und Therapeut bzw. milieutherapeutischer Gemeinschaft statt. Die humanstrukturell orientierte Milieutherapie in Kombination mit Gruppen- und Einzeltherapie sind und bleiben die Grundlagen einer modernen Schizophreniepsychotherapie.
9. Wichtige Pfeiler der Schizophreniepsychotherapie sind der Einstieg in die Symbiose, das Annehmen der psychotischen Übertragung, das Übernehmen sekundärer Verhaltens-Funktionen für den Patienten und die ständige flexible Abgrenzung der symbiotischen Bedürfnisse des Patienten durch den Therapeuten. Grundlage dieser Behandlungsmethode ist ein Verbünden des Therapeuten und des gesamten Teams mit den konstruktiven und teilweise gesunden Human-Funktionen des Patienten und deren Stärkung. Denn es gilt, zuerst das weitgehend zusammengebrochene sekundäre Verhaltens-Ich wieder aufzubauen durch ein breitgefächertes milieutherapeutisches Spektrum, um dann allmählich mit den nichtbewußten Aspekten der Persönlichkeit zu arbeiten. In der Therapie ist es immer wieder auch wichtig, daß die Patienten ihre Körpergrenzen spüren können, sei es durch Reittherapie, Tanztherapie, Ganzkörpermassage und körperliche Arbeit.
10. Der Therapeut muß eine in sich ruhende Identität haben und einen festen Standpunkt beziehen. Dabei muß der Therapeut aber dennoch eine flexible und kreative Methodik in der Beziehung zum Patienten entwickeln. Wich-

tig dabei ist, daß es dem Therapeuten Freude macht, mit dem schizophren reagierenden Patienten zu arbeiten, daß er verspielt ist, bildhaft denken und sprechen kann, daß er kontaktfähig ist, d.h. daß er auch mit den Aggressionen und Feindseligkeiten, die während der Schizophrenietherapie auftreten werden, umgehen kann und daß er frei ist von einengenden gesellschaftlichen Vorurteilen. Voraussetzung für den Therapeuten ist eine grundlegende Ausbildung, aber er muß auch generell eine natürliche Begabung als Schizophrenietherapeut besitzen.

Die Diagnostik des schizophren Reagierenden

Am Beginn der Behandlung steht eine gründliche Durchuntersuchung des einzelnen Patienten in einer Reihe ausführlicher Interviews mit ihm sowie entsprechende Interviews der psychiatrischen Sozialarbeiter mit seinen Angehörigen.

Mit den Methoden einer anamnestischen Erhebung, der Durchführung des Ich-Struktur-Tests, einer Einschätzung der Humanstruktur des Patienten durch den untersuchenden Psychotherapeuten, durch Interviews des Therapeuten mit Familienangehörigen und Symbiosepartnern des Patienten, durch Anwendung von psychologischen Tests wie Zeichentest, HAWIE, MMPI usw., einer Einschätzung des Patienten in der Supervisionsgruppe durch das Team und der Analyse der Gegenübertragungsreaktionen, gilt es, ein umfassendes Bild des Patienten zu erhalten. Das integrierte Ergebnis dieser diagnostischen Untersuchungen gibt einen ersten Überblick über das aktuelle Ich-Struktur-Profil des Patienten. Kürzlich habe ich in einer Psychotherapiegruppe der Klinik Menterschwaige ein Rating durchgeführt, in dem die Patienten gegenseitig den Ausprägungsgrad ihrer schizophrenen Erkrankung auf einer Skala von 1 bis 5 einschätzten. Ich war erstaunt, wie gut die Patienten sich untereinander eingeschätzt haben.

Das sich aus dem Ich-Struktur-Test ergebende Ich-Struktur-Profil ermöglicht einen individuelle Diagnose. Jedem einzelnen Patienten, gleich zu welchem Formenkreis der Schizophrenie er schulpsychiatrisch zu rechnen ist, kann entsprechend der vorhandenen gesunden, defizitären und destruktiven Ausbildungsgrade seiner verschiedenen Human-Funktionen ein eigenes Persönlichkeitsprofil zugeschrieben werden. Dies bildet die Voraussetzung für die Aufstellung eines gezielten Behandlungsplanes. Das Behandlungsprogramm muß genaue Vorstellungen beinhalten über die aktuellen und potentiellen Möglichkeiten des Patienten und darüber, wie seine Zukunft aussehen kann.

Für die Prognose des Patienten hat es Testqualität, wieviel Einsicht die engeren Beziehungspersonen, ganz besonders die Mutter bzw. der Partner des Patienten, über dessen Krankheit haben, bzw. wie stark sie die Krankheit abwehren. Denn der erste Schritt der Therapie ist es, daß der Patient, aber auch seine Angehörigen das, was sie bisher als ich-gerecht erleben, nun allmählich als ich-

fremd, d.h. dem eigenen Ich und der Persönlichkeit des Patienten als feindlich begreifen lernen.

Aufgrund der engen symbiotischen Beziehung, in der der schizophren reagierende Patient zu seinen Angehörigen lebt, ist es für eine erfolgreiche Therapie wichtig, die Familienangehörigen in die Untersuchungen und die spätere Behandlung mit einzubeziehen und, falls möglich, auch die freundliche Kooperation anderer wichtiger Bezugspersonen, einschließlich der Mitarbeiter am Arbeitsplatz, zu gewinnen.

Die Therapie des schizophren reagierenden Patienten

Die Therapie des schizophren Reagierenden ist Identitätstherapie. Identitätstherapie heißt nicht, Symptome zu kurieren, sondern den schizophren Erkrankten aus seiner Eingeschlossenheit, seinen Vernichtungs- und Verlassenheitsängsten zu befreien und ihm als Mensch bei der nachholenden Entwicklung seiner bislang verstümmelten und unterdrückten Fähigkeiten, Ausdrucksmöglichkeiten und Lebensmöglichkeiten, d.h. seiner gesamten Persönlichkeit, an der Seite zu stehen. Dazu muß der Schizophrenie-Therapeut selber echt und ernsthaft dem Patienten gegenübertreten und versuchen, vorurteilslos Kontakt zu ihm herzustellen, ohne durch irgendwelche theoretischen Vorstellungen eingeengt zu sein. Das beginnt damit, daß er ihn als Mensch respektiert, ihm Interesse, Vertrauen und menschliche Achtung entgegenbringt. Das drückt sich aber auch konkret darin aus, daß dem Patienten bei der Aufnahme in eine Klinik so viele Identitätsmerkmale, d.h. persönlicher Besitz, Andenken, Photographien, Bücher, besonders auch eigene Kleidung, gelassen werden als irgend möglich.

Während für die klassische Neurosentherapie galt, daß der Patient, wenn er frei zu assoziieren gelernt hat, geheilt war, gilt in der Schizophrenie-Therapie: wenn es gelungen ist, Kontakt und Beziehung zu ihm herzustellen, dann ist die Behandlung erfolgreich. Dies dauert jedoch lange und wird viele Enttäuschungen und Frustrationen für den Schizophrenie-Therapeuten mit sich bringen. Der Patient wird ihn wegen seines tiefen Mißtrauens und seiner existentiellen Angst immer wieder ablehnen, ihn nicht ernst nehmen und den Kontakt abbrechen. Der Therapeut muß lernen, Verständnis dafür zu haben, daß der schizophren reagierende Patient ein vom Leben in seiner Gruppe schwer verletzter, zutiefst verunsicherter Mensch ist, der große Angst vor ihm hat. All das, was der Therapeut dem Patienten an Verständnis, Güte und Zeit gibt, wird der schizophren Erkrankte keineswegs immer als Geschenk annehmen und darauf positiv und mit einer Besserung seines Zustandes reagieren. Der Schizophrenie-Therapeut braucht, um das tiefe Mißtrauen und die unermeßliche Angst seines Patienten zu überbrücken, viel Zeit, ein großes Maß an Geduld und Aushaltevermögen und die Fähigkeit, den Kranken über lange

Zeit zu tragen.

In der Regel treten im schizophrenen Prozeß schwere depressive und manisch-euphorische Phasen in den Vordergrund, eine Tatsache, die von besonderer Bedeutung ist, ganz besonders bei der Beendigung der klinischen Therapie und der gerade dort einsetzenden Suizidgefährdung. Gerade bei der Entlassung aus der Klinik treten Verlassenheits- und Identitätsängste bei gleichzeitigem Heraustreten aus dem psychotischen Rückzug auf und dürfen nie übersehen werden. Sie sollten durch optimal strukturierte therapeutische Wohngemeinschaften, Halbweghäuser und Tageskliniken aufgefangen werden.

Zentrale Aufgabe der Schizophrenie-Therapie muß es sein, dem Patienten zu helfen, einen eigenen Standpunkt einnehmen zu können, sich abzugrenzen, nein sagen zu können und Zukunft im Leben zu haben. Am Ende der Therapie soll die eigene Identität des Patienten stehen, d.h. daß er sich selbst gefunden hat, mit sich selbst in Kontakt treten kann, also Selbstvertrauen und ein Selbstwertgefühl hat und mit seinen eigenen inneren Werten umgehen kann.

Dabei gilt es zuerst, mit viel Zeit und Interesse alle konstruktiv und aktiv gewesenen Human-Funktionen des Patienten zu fördern. Im Sinne einer echten nachholenden Persönlichkeitsentwicklung gilt es dann, zu der Leere der zentralen Human-Funktionen vorzustoßen, die ich als »Loch im Ich« bezeichnet habe, und dort Identität allmählich aufzubauen. Hinter dieser Leere steht meist eine ganz tiefe Verlassenheitsangst, von der der Patient nur oberflächlich weiß und in der er nie wirklich erreicht worden ist. Diese innere Leere ist strukturell ähnlich, wie wir diese bei schweren Depressionen und psychosomatischen Erkrankungen vorfinden. Die Kleinianer sprechen hier vom »paranoischen Kern«, was wir das paranoisch-narzistische Loch im Ich nennen. Zum humanstrukturellen Arbeiten gehört, sich mit dem destruktiven und defizitären Narzißmus des Patienten auseinanderzusetzen, besonders auch mit seiner destruktiven Aggression, seiner defizitären Ich-Integration und Ich-Abgrenzung, und dem Patienten zu helfen, sein Ich, seine auseinandergefallene Mehrdimensionalität zu integrieren im Sinne einer fortschreitenden Identitätsentwicklung. Wo es zu keiner Auseinandersetzung mit der Destruktion eines Patienten gekommen ist, kann man von keiner erfolgreichen psychotherapeutischen Behandlung sprechen.

Von besonderer Bedeutung bei der Schizophrenietherapie ist die Konzeption eines sozialenergetischen Feldes innerhalb des gruppendynamischen Milieus der Klinik, das durch die Beziehungen der Patienten untereinander entsteht und somit ein bedeutendes Therapeutikum darstellt.

Hinzu kommt die Bedeutung der festen Beziehungsperson im Team und des gesamten integrierten therapeutischen gruppendynamischen Behandlungsprogramms wie Mal-, Musik-, Theater-, Tanz-, Sport- und Prokjekttherapie, mit abendlichen Interessengruppen und wöchentlicher Großgruppe, einschließlich Einzel- und Gruppenpsychotherapie durch geschulte und gut ausgebildete

Mitarbeiter.

Von Bedeutung sind aber auch die wöchentliche Kontroll- und Supervisionsbesprechung des Teams und die enge Zusammenarbeit von Sozialarbeitern und Psychiatern mit den Familiengruppen der Patienten oder den Wohngemeinschaftsgruppen und in die regelmäßigen Abständen stattfindende Case-Konferenzen und Familiengespräche in Richtung einer Familientherapie: d.h. der Patient nimmt an dem Familiengespräch aktiv teil und wird oftmals begleitet von befreundeten Mitpatienten.

Es ist wichtig, die Angehörigen für die Therapie zu gewinnen und ihnen ein Verständnis der Schwierigkeiten des Patienten zu ermöglichen. Denn wenn die Angehörigen, die Ehepartner oder die Mitglieder der Wohngemeinschaft gegen die Therapie sind, dann verstärken sie den Widerstand des Patienten gegen die Therapie, der in jeder therapeutischen Arbeit in bestimmten Phasen anzutreffen ist. Wie u.a. von *Jackson* (1960) erforscht wurde, verändert sich die homöostatische Balance der Familiengruppe, wenn ein Mitglied akut krank wird und mit der Diagnose Schizophrenie in die Klinik kommt. Noch stärker verändert sich das Gleichgewicht der Familiengruppe, wenn die Behandlung erfolgreich verläuft. Häufig wird nämlich gerade derjenige, der bisher »gesünder als gesund« (*Karl Menninger*) erschien, plötzlich krank, unsicher, entwickelt große Angst, reagiert vielleicht psychosomatisch. Oftmals erzwingen in dieser Situation die Mitglieder der Familiengruppe die Entlassung des Patienten aus der Klinik oder beeinflussen den Patienten dahingehend, daß es von seiten des Patienten zum Abbruch der Therapie kommt.

Bei den Familiengesprächen werden routinemäßig Videoaufnahmen gemacht, die sich die Patienten hinterher ansehen und so aus der Distanz die Dynamik ihrer Familien erleben und wahrnehmen können.

Die Gespräche sind oft nicht einfach sowohl für die Patienten wie auch für die Angehörigen, in denen es viele Gefühle auslöst, den Patienten im Milieu der Klinik zu begegnen. Deshalb treten wir den Angehörigen mit Empathie gegenüber und versuchen, für ihre Situation, ihre Ängste und Unsicherheit Verständnis zu haben und durch Informationen über die Therapie eine Brücke zu schlagen.

Die gesamte therapeutische Konzeption ist es, die anfangs bestehenden starken Abhängigkeits- und Symbiosebedürfnisse — bis hin zu einer symbiotisch-psychotischen Übertragung — anzunehmen und schrittweise im Behandlungsprozeß durch langsam sich verstärkende Leistungsforderungen und Abgrenzung dem Patienten gegenüber zu eigener Identität zu verhelfen mit der Zielrichtung: was kann dieser Patient einmal in seinem Leben tun.

Zur Überprüfung der therapeutischen Effizienz dienen neben dem ISTA, dem Autokinetischen Lichttest sowie Beobachtungen des Teams auch Hirnstrom-Untersuchungen im Schlaf- und Traumlabor der Klinik, wobei wir interessanterweise festgestellt haben, daß bei allen schweren Krankheitsbildern das vierte Schlafstadium fehlt, dessen Delta-Wellen eine integrierende Wirkung haben für die Persönlichkeit.

Ausblick

Abschließend ist zu betonen, daß das Behandlungsprogramm bei schizophrenen Störungen mehrdimensional und methodenintegrativ sein sollte mit dem Fokus, an der Angst, der Aggression und den symbiotischen Bedürfnissen der Patienten zu arbeiten, psychoanalytische Interpretationen zu vermeiden und vorwiegend mit den kreativen Möglichkeiten, Begabungen und Interessen des Patienten zu arbeiten.

Psychopharmaka sollten nur in verhältnismäßig niedrigen Dosen eingesetzt werden für die Dauer eines totalen psychotherapeutischen Kontaktabbruches bei der Gefahr von Selbstgefährdung und Gefährdung anderer durch den Patienten und sollten nach allmählicher Kontaktwiederherstellung ausgleitend abgesetzt werden.

Häufig wird eingewendet, daß es für eine intensive Schizophreniepsychotherapie an Personal, Zeit und Geld in den großen psychiatrischen Kliniken fehle. Dieses Argument geht an den eigentlichen Essentials der Therapie vorbei. Es geht nicht um die Zahl der Therapeuten im Verhältnis zu der Zahl der Patienten, sondern es kommt darauf an, in den Kliniken Strukturen zu legen, ein sozialenergetisch wirksames therapeutisches Arbeitsmilieu zu schaffen, ein therapeutisches Netz, indem sich die Patienten gegenseitig helfen, verstehen und tragen. Denn die Patienten wissen wirklich, worum es geht und indentifizieren sich mit der Therapie. Es ist eine Omnipotenzhaltung des Arztes zu meinen, daß er alles alleine machen muß, das kann kein Mensch leisten. Das Ergebnis ist eine pessimistische Haltung, aus der heraus man dann mit Medikamenten und Spritzen überwiegend arbeitet. Zum therapeutischen Netz gehören genauso die Schwestern und Pfleger, die oftmals viel mehr als die Ärzte sehen und tragen. Daher sind wir gegen jegliches hierarchisches Denken.

Wichtig für die therapeutische Arbeit in einer Klinik ist auch die Strukturierung des ganzen Tages für die Patienten: Man muß die Patienten aktivieren, sich selber zu helfen, Gruppen zu bilden wie z.B. vielfältige Interessengruppen, statt sie den Großteil des Tages in den Korridoren passiv sitzen zu lassen. So habe ich z.B. in den USA im Topeka State Hospital mit 50 Patienten auf einer psychiatrischen Station gearbeitet mit relativ wenig Pflegepersonal. Ich habe die Patienten in fünf Gruppen eingeteilt, dabei nach Möglichkeit gemischte Gruppen strukturiert und dann die Patienten aus ihren eigenen Reihen ihren Gruppenleiter wählen lassen. Die Grupen wurden jeweils von einer Schwester oder einem Pfleger geleitet, zusammen mit dem gewählten Gruppenleiter. Die Patienten hatten einen strukturierten Tagesablauf mit Milieutherapie, Kunsttherapie usw. Einmal in der Woche haben wir eine Großgruppe gemacht mit allen 50 Patienten. Ich besuchte täglich die Kleingruppen und bin direkt in deren Gruppenprozeß eingestiegen. Wir haben durch dieses Programm besonders die chronisch Kranken sehr aktivieren können, so daß sie in ihre Gemeinde zur ambulanten Therapie entlassen werden konnten.

Das wesentliche bei der Schizophreniepsychotherapie ist das Aufgeben des Kategoriendenkens: Schizophrenie kann oft mit anderen psychiatrischen

Krankheitsbildern verbunden sein, die zu den archaischen Ich-Krankheiten gehören. Ihnen allen liegt ein Defizit im zentralen Ich zugrunde, was ich als das »Loch im Ich« (Ammon 1974) bezeichnet habe. Dieses »Loch« wird ausgefüllt mit Psychosomatik, Wahnvorstellungen, Sucht, Depressionen oder Zwang. Auch die Hirnforschung hat deutlich gemacht, daß im Hirnstrombild die Krankheitsbilder sehr ineinander übergehen und es keine grundsätzlichen Unterschiede gibt: im Hintergrund steht bei allen Patienten die große Verlassenheit, sie konnten sich selber nie entwickeln in eigener Identität, mit eigenem Standpunkt. Sie leiden unter einer tiefen Abhängigkeit von anderen, haben kein eigenes Ziel, keine Vorstellungen über ihre Zukunft und ihren Lebensstil. Sie können sich keine eigene Gruppe und eigene Kontakte schaffen, sondern bleiben abhängig von ihren bisherigen Lebensgruppen — zumeist der Familiengruppe —, von denen sie nicht loskommen.

In der Therapie geht es darum, den Patienten allmählich aus dieser Abhängigkeit zu befreien durch die Entwicklung seiner eigenen Identität. Immer geht es um die Frage: Wer ist dieser Mensch, was bietet er an, wohin kann er sich entwickeln?

In unserem Verständnis sollten die Forschungsergebnisse der Schizophrenieforschung immer auf dem Hintergrund des Menschenbildes und des Entwicklungsdenkens gesehen und bewertet werden, d.h. nicht nur die Symptomatologie sollte betrachtet werden, sondern prozeßhaft die verschiedenen Dimensionen des Menschen und seine Möglichkeiten. Wesentlich für die Entwicklung des Menschen ist, ob er eine Gruppe findet, die ihm seine weitere Entwicklung ermöglichen kann.

Entscheidend für die Frage, wie wir dem sog. schizophrenen Menschen helfen können, ist die Einstellung unserer Wissenschaft und Gesellschaft, unabhängig von Schulvorstellungen und Konzepten. Es handelt sich um ein ethisches Problem, um eine menschliche Haltung, nämlich dem Patienten mit Wissen, Verständnis und heilender Einstellung als Partner zu begegnen.

Schizophrenia — a Holistic Process

Günter Ammon (Berlin/Munich)

In this paper *Ammon* discusses the phenomenology, genesis and therapy of the schizophrenic disease on the background of Dynamic Psychiatry's integrative model of personality which regards man in a holistic way, i.e. in his groupdynamic, socialenergetic and humanstructural aspects.

Taking up the question of genesis the author criticizes the term of »endogenity« of orthodox psychiatry. By discussing the research methods and results of twin research which are often put forward as proof for the heredity of schizophrenia, the author points out that this research is marked by methodic imperfection and grave errors. This applies for example to the studies about adoption according to which even separately grown-up uniovular twins fall ill

more frequently than binovular ones. Those twins who were called »separately grown up« had mainly been separated only after the formative years of life. The fact that the concordance rate of the separately living uniovular twins is lower than that of the non-separately living ones points in *Ammons* understanding to the psychodynamic influence. In this context *Ammon* refers to the specific psychodynamic situation of twins: their intensive symbiotic clinching makes the subsequent schizophrenic reaction of both twins plausible and understandable.

Also the biochemical research of schizophrenia has not been able to confirm the endogenity of schizophrenia. Thus the summary of an international schizophrenia symposium in Heidelberg in 1986 states that schizophrenia is not hereditary, but only »a vulnerability for this psychic disease«. At this symposium the schizophrenia researcher *Kringlen* had to concede that hereditary factors take part in the genesis of schizophrenia, but that research cannot clarify the significance of these factors. Even if changes in the neurotransmitter metabolism can be measured, they do not allow any sufficient conclusion whether the changes are the cause or the consequence of the disease.

Ammon outlines the basic elements of his humanstructural, social-energetic and groupdynamic concept of schizophrenia: it is the manifestation of a severe deficiency in identity having developed very early, which is accompanied by a basic disturbance of the central unconscious core of personality. In particular the human-functions of ego-demarcation, aggression, anxiety and narcissism are severely deficitary and destructive. In distinction to the borderline syndrome, the secondary, predominantly conscious human-functions of behaviour are also disturbed and collapse as soon as the patient lacks supporting symbiosis partners. His life is characterized by repeated breaking-offs of contacts and by failures, by persistent and immense fears of abandonment and of annihilation. In the psychotic reaction he tries to free himself from these anxieties.

The author understands the schizophrenic reaction as result of a pathogenic dynamic of the family group exploiting the patient narcissistically. At the patient's expense the family was able to feel healthy and prevented the patient from any demarcation on the way to his own identity.

A differentiated diagnosis has to take into account the whole personality with its healthy constructive, deficitary and destructive parts. Essential diagnostic methods are the Ego-Structure-Test according to *Ammon* (ISTA), drawing tests, HAWIE, MMPI, TAT, Autokinetic Light-Test, methods of sociometry as well as anamnestic interviews with the patient and his relatives or other important persons of his living group.

The central task of psychotherapy of schizophrenia consists for *Ammon* in helping the patient to develop an own standpoint, to demarcate himself and to have an own future. At the end of a therapy the patient should have found his own identity, that means he should have found himself and have self-confidence, self-esteem and own inner values. He should be able to make own contacts and to find his own groups which allow him further development in life

and creativity.

The human-structural and groupdynamic work in the therapy of schizophrenia takes place in the direct contact and confrontation between patient and therapist and the milieutherapeutic community forming a social-energetic field. The human-structural milieu-therapy in combination with group and individual therapy are the foundations of a modern psychotherapy of schizophrenia.

Important elements in the psychotherapy of schizophrenia are the therapist's entering into the symbiosis, the acceptance of the psychotic transference, the taking-over of secondary behaviour functions for the patients and the continual flexible demarcation of the patient's symbiotic needs by the therapist.

The therapy is based on an alliance of the therapist and the therapeutic team of the clinic with the constructive and partly healthy human-functions of the patient: in the first place the collapsed secondary behavioral ego of the patient has to be reestablished within the milieu-therapeutic field, the next step means to work gradually with the unconscious aspects of personality.

Furthermore it is important to let the patients feel their body-boundaries for example by means of horse-riding therapy, humanstructural dance therapy, massage of the whole body and physical work.

The therapist working with schizophrenic patients should have selfconfidence, an identity with a firm standpoint, but a flexible and creative method in his relation to the patient. He should enjoy his therapeutic work with the patient, should be playful and open to contact and should think and speak in an imaginative way. He should be able to handle the massive aggression and hostility which occur in therapy as well as the intensive anxiety of the patient. He should be free from any restrictive social prejudices. Last but not least he has to undergo a thorough training on the basis of a talent for becoming a schizophrenia therapist.

The psychotherapy of schizophrenia can only be succsessful when the therapist succeeds in reaching the core of the patient's personality, that means to understand and to bear his deep anxieties of abandonment, to work with his massive destructive aggression and his deep mistrust. This takes a lot of time and a great degree of patience, particularly in the phases of therapy when the patient breaks off the contact again and again and even threatens a break-off the therapy in the clinic.

In the terminal phase of therapy the therapist should pay attention to the danger of suicidality and to re-appearing anxieties which are provoked by the process of separation from the clinical milieu. Therapeutic communities, halfway houses or day-clinics should take care of the patients at this point of therapy.

The understanding of the schizophrenic disease as well as of any other psychiatric disease should be free from categorical thinking because of the close interdependencies between the different forms of the archaic ego-illnesses, as

Ammon calls them. They have in common a basic disturbance in form of deficits in the central personality core, what *Ammon* calls the »hole in the ego« (*Ammon* 1974). This interrelationship of the different psychiatric diseases is also proved by the electroencephalogram research in the Dynamic-Psychiatric Clinic Menterschwaige: The EEGs of the different clinical pictures such as schizophrenia, depression, and psychosomatic reaction, show no distinctions which can be related to the individual psychiatric diseases, but show as a common feature the absence of sleep stage IV in the sleep profile. In this sleep stage IV there is an occurrence of delta-waves which are supposed to have an integrating function within the human personality.

The author emphasizes in his concluding remarks that all research findings and concepts of schizophrenia should be seen on the background of a humanistic concept of man and evolutionary holistic thinking. The central question is: who is this man or woman, what can they offer and to what direction can they develop?

At the basis the problem of schizophrenia is an ethical question: the attitude of science and society in general is concerned. They have to meet the patients with knowledge, understanding and an attitude which wants to heal.

Literatur

Ackenheil, M., Hippius, H., Matussek, N. (1978): Ergebnisse der biochemischen Forschung auf dem Schizophreniegebiet. In: Nervenarzt (49) 634—649

Ammon, G. (1957): The Psychotherapeutic Process of a Painter with Schizophrenic Reaction, Demonstrated with Pictures. In: Proceedings 6. Convent. of Inter. Am. Soc. F. Psychol., Mexico City, Univ.

— (1959): Theroretical Aspects of Milieutherapy. In: Bulletin of the Menninger School of Psychiatry, Topeka, Kansas, USA. Neuauflage 1977 (Berlin: Pinel-Publikationen)

— (1969): Verifikation von Psychotherapie bei schizophrener Reaktion: In: Conf. Psychiatrica, Vol. 12, No. 1

— (1971 a, b, c,): Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie: In: Dyn. Psychiat. (4) 9—28; 123—167; 181—201

— (1971 d): The Psychodynamic of Dreams, Psychosis and Reality in Schizophrenia, from the Aspect of Ego-Regulation (with Case Study). Lecture held at the IV. International Symposium on Psychotherapy of Schizophrenia in Turku, Finnland, 4.—7.8.1971. In: Excerpta Medica (Amsterdam)

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

— (1972 a): Verschiedene Ausdrucksformen bei schizophrener Reaktion. In: Jap. Bull. of Art Ther

— (1972 b): Über die psychodynamische Beziehung von Traum, Psychose und Realität in der Schizophrenie unter dem Aspect der Ich-Regulation. In: Psychotherapie und Psychosomatik (20) 366—378

— (1973): Schizophrenie. In: *Ammon, G.:* Dynamische Psychiatrie (Darmstadt/Neuwied: Luchterhand) — Erweiterte Neuausgabe: 1980 (München: Kindler)

— (1973a): Borderline-Syndrom. In: ebd.

— (1974): Psychoanalyse und Psychosomatik (München: Piper)

— Hrsg. (1975): Psychotherapie der Psychosen (München: Kindler)

— (1976): Das Borderline-Syndrom, eine neues Krankheitsbild. In: Dyn. I'sychiat. (9) 317—348

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

— unter Mitarbeit von *Ammon, Gisela* und *Marsen, B.* (1979a): Das Borderline-Syndrom und das

ich-strukturelle Arbeiten. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
— unter Mitarbeit von *von Wallenberg-Pachaly, A.* (1979b): Schizophrenie. In: ebd.
— (1980): Ich-strukturelle und gruppendynamische Aspekte bei der Entstehung der Schizophrenie und deren Behandlungsmethodik. In: Dyn. Psychiat. (13) 429—450
— (1982): Das sozialenergetische Prinzip in der Dynamischen Psychiatrie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)
— (1983): Das Prinzip der Sozialenergie im holistischen Denken der Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (16) 169—191
— (1984): Das Borderline-Syndrom — ein neues Krankheitsbild in Abgrenzung zur Schizophrenie (Diagnostische, klinische und therapeutische Aspekte). In: Dyn. Psychiat. (17) 357—380
— (1986a): Zur Dynamisch-Psychiatrischen Konzeption und Behandlungsmethodik (Rehabilitation von psychiatrisch-psychisch Kranken). In: Dyn. Psychiat. (19) 308—316
— (1986b): Schizophrenie als ganzheitliches Geschehen. Vortrag gehalten in der Urania Berlin am 16.12.1986 und auf dem 5. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP und XVIII. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 6.—10. März 1987 in der Fachhochschule München
Bateson, G. Jackson, D.D., Laing, R.D., Wynne, L.C. et al. (1969): Schizophrenie und Familie. (Frankfurt: Suhrkamp)
Bleuler, E. (1911): Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien. In: Handbuch der Psychiatrie (Aschaffenburg, Leipzig, Wien: Deuticke)
Fischer, M. et al. (1969): A Danish Twin-Study of Schizophrenia. In: Brit. J. of Psychiat. (150) 981 990
Fromm-Reichmann, F. (1958): Basic problems in the Psychotherapy of Schizophrenia. In: Psychiatry 21, No. 1
Goffman, E. (1961): Asylums (New York: Doubleday & Co., Anchor Books)
Gülsdorff, B. (1981): Der Stellenwert der Neurotransmitter und Genetik bei der Schizophrenie. In: Dyn. Psychiat. (14) 38—54
Hole, Günter (1987): »Lage der Psychiatrie eine Schande der Gesellschaften«, dpa-Meldung im Tagesspiegel vom 8.7.1987.
Igenbergs, E.P. (1985): Die Kraft des Denkens — Zur Methode der Elektrographie. In: Dyn. Psychiat. (18) 402—432
— (1987): Das Denken in Zeit und Raum. Vortrag gehalten auf dem 5. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP und XVIII. Internationalem Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 6.—10. März 1887 in der Fachhochschule München
Jackson, D.D. (1960): A critique on the genetics of schizophrenia. In: *D.D. Jackson* (Ed.). The ethiologiy of schizophrenia (New York: Basis Book). Dt. Ausgabe: *Bateson et al:* Schizophrenie und Familie (Frankfurt/M.: Suhrkamp)
Kallmann, F.H. (1946/47): The Genetic Theory of Schizophrenia. In: Am. J. Psychiat. (105) 103—109
Kanig, K. (1981): Entwicklungstendenzen biologischer Psychiatrie. (Stuttgart: Thieme)
Kostandov, E.A., Genkina, O.A. (1975): Interhemispheric Interaction in Man During Perception of Visual Stimuli. Zhurnal vysshey nervnoy deyatelnosti, XXV, 5, 899—907
— (1976): Hemispheric Symmetry of Evoked Electrical Activity of the Cerebral Cortex to Letter and Non-Verbal Stimuli. Zhuzrnal vysshey nervnoy deyatelnosti, XXVI, 21 29
Kraepelin, E. (1883): Psychiatrie — Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte (Leipzig: Barth)
Kringlen, E. (1964): Schizophrenia in homozygotic Twins (Oslo)
Penrose, L.S. (1955): Heredity and Environment in Human Affairs (London: National Child Home)
refero med (1981) — Sofort-Kongreß-Dienst Bayer: Zur Psychotherapie der Schizophrenie. Bericht über das XII. Internationale Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 8.—13.12.1980 im Kongreßzentrum München
Rotenberg, V.S. (1982): Funktionale Dichotomie der Gehirnhemisphären und die Bedeutung der Suchaktivität für physiologische und psychopathologische Prozesse. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)
Slater, E. (1947): Genetic Causes of Schizophrenic Symptoms. In: Z.f.Psych. (50) 113
Spitz, R. (1947): Anaclitic Depression. In: Psychoanalytic Study of the Child (New York: University Press)
Szilard, J.; Janka, Z.; Szentistvanyi, J.; Durko, J. (1985): Biologische Aspekte der Schizophrenie-Forschung. In: Dyn. Psychiat. (18) 327—353

Thomae, H. (1977): Psychologie in der modernen Gesellschaft (Hamburg: Hoffmann und Campe)
Uznadze (1939): Untersuchungen zur Psychologie der Einstellung. In: Acta Psychologica Bd. IV, No. 3—4
Wilson, P.T. (1931): Study of Like-Twins' Health and Disease Records. In: Human Biol. (3) 270
Zenkov, L.R. (1978): Einige Aspekte der semiotischen Struktur und der funktionalen Organisation des rechtshemisphärischen Denkens (in russischer Sprache). In: The Unconscious: Nature, Functions, Methods of Study, Bd. 1 (Tbilisi: Metsnierba Publ. House)
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (1987): Bericht über das Symposium »Search for the Causes of Schizophrenia« — vom 24.—26.9.1986 in der Universität Heidelberg. In: zi-intern (10) Juni 1987

Adresse des Autors:
Dr. med. Günter Ammon
Meierottostr. 1
1000 Berlin 15

Die Organisation der Ruhe- und Aktivitätsprozesse und deren Integration als Indikator für die Entwicklung des Menschen im therapeutischen Prozeß

Teil I: Entwurf einer Interpretation von Schlafprofilen mit Strukturparametern*****

Günter Ammon (Berlin/München)*, Ilse Burbiel (München)**,
Ulrich Köppen (München)***, Margarete Hoffsten (München)****

Die Autoren wollen die objektive Meßmethodik der Schlafforschung als Zugang zu humanstrukturellen diagnostischen Aussagen über die Entwicklung der Identität psychiatrisch kranker Menschen nutzen. Sie gehen dabei von der Grundannahme einer synergistischen Beziehung zwischen dynamischer Schlafstruktur und Identitätsentwicklung aus und sehen damit die Möglichkeit, hier im primären Bereich der Humanstruktur anzusetzen.
Die vorliegende dritte Untersuchung (1. Teil) aus dem Schlaf- und Traumlabor der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige baut auf früheren Untersuchungen an Patienten der Diagnosegruppen schizophrene, depressive und psychosomatische Reaktionen (vgl. Ammon et al. 1984, 1985 a und b) auf, die anhand quantitativer Standard-Schlafparameter durchgeführt wurden und die ontogenetische Dimension des Schlafs einbezogen und es ermöglicht haben, das Schlafbild kranker Menschen prozeßhaft und in seinen defizitären, destruktiv veränderten und kompensatorischen Aspekten als Niederschlag sozialenergetischer und gruppendynamischer Austauschprozesse des erkrankten Patienten in seinen bisherigen Lebensgruppen zu verstehen.
Die Autoren erweitern den bisherigen Forschungsansatz, indem sie die Ergebnisse einer dynamischen Strukturanalyse des Nachtschlafs bei 24 Patienten der Diagnosegruppen schizophrene, depressive und psychosomatische Reaktionen mit einer Kontrollgruppe aus der Literatur vergleichen. Dabei werden die periodischen Schlafrhythmen und cerebralen Ruhe-Aktivitäts-Muster anhand der Parameter a) Häufigkeit des Stadienwechsels, b) Anzahl der REM-Phasen, c) Dauer der REM-Intervalle und d) Dauer der REM-Phasen untersucht.
Beziehungen zu klinischen Beobachtungen im milieutherapeutischen Feld der Klinik lassen sich dabei herstellen über die von Denenberg und Thoman (1981) gefundene enge korrelative Beziehung zwischen relativer Ruhe am Tag und dem REM-Schlaf einerseits und zwischen Aktivität am Tage und dem NREM-Schlaf andererseits.
Im Ergebnis zeigen sich signifikante bis hochsignifikante Unterscheidungen zwischen der Patientengruppe und der Kontrollgruppe, wobei — wie auch schon frühere Untersuchungen zeigten — sich die Diagnosegruppen nach ICD-Kategorien untereinander nicht signifikant an einzelnen Parametern differenzieren lassen. Deutlich wird ein großes Defizit an flexibler Abgrenzung und an Integrationsfähigkeit der Patienten auch im Schlafprozeß bei Fehlen von Schlafstadium IV. Die Kompensationsversuche im Nachtschlaf, die das Fehlen des integrativen Delta-Schlafs bei insuffizientem bzw. funktionell verändertem REM-Schlaf ausgleichen sollen, können durch die Analyse der dynamischen Strukturparameter nunmehr aufgedeckt und verstanden werden.

* Dr. med., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychoanalyse, Chef-Konsiliarius der Dynamisch-Psychiatrischen Kliniken
** Dipl. Psych., Leiterin der Psychologisch-Diagnostischen Abteilung der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige
*** Psychiater und Oberarzt, Mitarbeiter der Psychologisch-Diagnostischen Abteilung der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige
**** Dipl. Psych.
***** Vortrag gehalten auf dem 5. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP und XVIII. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 6.—11.3.1987 in der Fachhochschule München

Schlafen und Wachen

Die Periodik von Schlafen und Wachen ist die auffälligste periodische Zustandsänderung des Menschen und aller anderen Lebewesen. Die Rhythmik von Schlafen und Wachen folgt normalerweise annähernd einer 24stündigen Periodik, wobei die Hell-Dunkel-Wechsel von Tag und Nacht nur die untergeordnete Rolle eines äußeren Zeitgebers spielen. Der Ruhe-Aktivitäts-Rhythmus des Menschen von Schlafen und Wachen ist ein eigenständiges Phänomen. Wie Höhlen- und Bunkerexperimente zeigen, bleibt beim erwachsenen Menschen auch nach dem Ausschalten äußerer Zeitgeber die ungefähre circadiane 24-stündige Rhythmik von Schlafen und Wachen erhalten. Diese und viele andere Untersuchungen zeigen, daß die circadiane Periodik von Schlafen und Wachen ein eigenständiger Oszillator ist, welcher mit einem äußeren Zeitgeber wie dem Hell-Dunkel-Wechsel synchronisiert wird. Der Mensch hat eine Vielzahl solcher zyklischer Veränderungen, wie z.B. Körpertemperatur, Herz- und Kreislaufaktivität, Spiegel körpereigener Botenstoffe wie Adrenalin und Noradrenalin usw. Es sind bisher über hundert physiologische Parameter mit zyklischen Veränderungen bekannt. Diese haben z.T. unterschiedliche quantitative und qualitative Ausprägungen während des Wach- bzw. Schlafzustandes. Ein Teil der physiologischen Umstellungen ist mit dem Eintreten des Schlafes verbunden. Experimente über Schlafentzug zeigen jedoch, daß sich dann viele dieser zyklischen Erscheinungen vom Eintreten des Schlafes ab entkoppeln und in ihrer eigenen Rhythmik weiter bestehen.

Diese sich rhythmisch verändernden physiologischen Prozesse sind, wie wir später ausführen, werden zu einem bedeutenden Anteil während des Non-REM-Schlafes, insbesondere der tieferen Schlafstadien III und IV von besonderer Intensität. Sie werden in den zyklischen Verläufen des Nachtschlafes in die gesamten cerebralen bis hin zu den kortikalen Aktivitätsprozessen auf einer höheren Ebene wieder integriert (vgl. *Ammon* et al. 1985a; *Ammon* et al. 1985b).

Es kann also festgehalten werden, daß der Mensch eine ganze Reihe circadianer Oszillatoren besitzt und der Schlaf-Wach-Rhythmus des Menschen neben vielen anderen nur eine Erscheinung der inneren circadianen Periodik ist. Die verschiedenen circadianen Oszillatoren synchronisieren sich teilweise untereinander, so auch mit dem Schlaf-Wach-Rhythmus, teilweise durch äußere Zeitgeber wie dem Wechsel von Tag und Nacht.

Die Gesetzmäßigkeiten dieser circadianen Periodik werden durch Einflüsse geprägt, welche noch nicht hinreichend bekannt sind. (In der neueren Forschung gibt es den Zweig der Chronobiologie und der Chronopharmakologie, die sich u.a. mit diesem Aspekt befassen.) So scheint sich die circadiane Periodik nicht nur im Laufe der Ontogenese, d.h. mit fortschreitendem Lebensalter, sondern auch innerhalb eines Jahres regelhaft zu verändern. Als Zeitgeber für Synchronisation kommen neben Umweltfaktoren wie Temperatur, Beleuchtungsstärke oder Hell-Dunkel-Periodik vor allem soziale Faktoren in Betracht.

Neuronale Ruhe-Aktivitätsprozesse des Gehirns

Die unterschiedlichen Stadien des Schlafs werden meßmethodisch über das Elektroenzephalogramm, das EEG, erfaßt. Die Aufzeichung der EEG-Wellen wird aufgrund ihrer Frequenzen und Amplituden über standardisierte Zuordnungskriterien in die unterschiedlichen Schlafstadien klassifiziert. Die zugrundeliegenden EEG-Wellen repräsentieren zwar ein unterschiedliches Niveau des Aktiviertheitsgrades des Cortex — die schnelleren Frequenzen mit niedrieger Amplitude erscheinen im Stadium I und II gegenüber den Stadien III und IV, die durch langsame Frequenzen mit hohen Amplituden gekennzeichnet sind — jedoch handelt es sich bei allen Schlafstadien um einen Zustand komplexer neuronaler Aktivität, dem regelhafte, synergistische Steuerungen zugrunde liegen. Während der verschiedenen Schlafstadien ist die neuronale Aktivität des Gehirns von gleicher Komplexität wie im Wachzustand, d.h. im Vergleich zum Wachzustand sind die einzelnen Schlafstadien alternative funktionelle Organisationsformen des Gehirns.

Dabei handelt es sich beim Schlafen und Wachen nicht um in sich homogene Zustände physischer wie auch psychischer Art, vielmehr wechseln Phasen von Ruhe und Aktivität einander sowohl während der Wach- als auch der Schlafperiode ab. Diese Zusammenhänge sind von *Denenberg* und *Thoman* (1981) näher untersucht worden. Seine wesentliche These basiert auf der kritischen Überprüfung der Annahmen *Rotenbergs* (1986) zu der bedeutsam funktionellen Rolle des REM-Schlafes bei der Hirnentwicklung: Es besteht eine enge korrelative Beziehung zwischen relativer Ruhe am Tag (sozusagen im Zustand des Losgelöstseins) und dem REM-Schlaf einerseits, zwischen der Aktivität am Tage und dem Non-REM-Schlaf andererseits. Das Verhältnis dieser beiden Korrelationen zueinander, multipliziert mit einem Faktor, bleibt nach *Denenberg* das ganze Leben über konstant, unabhängig von den absoluten Mengenverhältnissen von REM- und NREM-Schlaf.

Innerhalb des Schlafs repräsentieren die Stadien des REM-Schlafes den größten und komplexesten Aktivierungsgrad. Einerseits entspricht der Aktivierungsgrad während des REM-Zustandes dem während des Wachzustandes oder übertrifft ihn sogar, andererseits enthält der REM-Schlaf auch Elemente des Schlafstadiums I (I-REM) und des Schlafstadiums II(II-REM). Er umfaßt als ein Aktivitätsspektrum von höherer oder entsprechender Aktivität den des Wachzustandes bei geöffneten Augen, über das Zwischenstadium I, bei dem die sog. hypnagogen Bilder ähnlich wie in der Meditation auftreten können, bis zum Schlafstadium II, in dem die sensorische Wahrnehmung mit Ausnahme der optischen Wahrnehmung in der Verlagerung von außen nach innen ihren Übergang hat (vgl. *Ammon* et al. 1985a). Der Ruhepol des Schlafes ist in den Stadien III und IV mit EEG-Wellen langsamer Frequenz und hoher Amplitude, in sog. Delta-Wellen, anzusiedeln. Dabei sind die Delta-Wellen des Stadiums IV im EEG-Bild von noch höherer Amplitude und langsamerer Frequenz als die des Stadiums III und treten in IV in noch größerer Menge auf.

Das bedeutet, daß der Cortex einen Zustand mit niedrigstem energetischen Niveau und höchster Synchronisationsstufe erreicht hat. Dem gegenüber weisen tieferliegende Hirnareale innerhalb des Hirnstammes, der Brücke, des Diencephalons, des Hypothalamos, des Thalamos und auch ein Teil des limbischen Systems die höchsten Aktivierungsgrade auf. Diese subkortikalen Prozesse von der funktionellen bis zur submolekularen Ebene dienen auf einem höheren integrativen Niveau nicht nur der einfachen Regeneration, Verarbeitung und Erhaltung, sondern auch der vorauseilenden Bereitstellung der Grundlagen körperlicher, geistiger und seelischer Existenz des Menschen. Erreichen im Zuge der ontogenetischen Entwicklung die kortikalen und subkortikalen Prozesse ein bestimmtes Integrationsniveau, so dürfte dies die Grundlage für ein EEG-Bild sein, wie es vor allem für das Schlafstadium IV charakteristisch ist. Der rhythmische Wechsel der beiden Pole von Ruhe und Aktivität konstituiert den Schlaf in seinem zyklischen Aufbau, er beruht auf synergistischen Steuerungsmechanismen des Gehirns.

Literatur zur Ruhe- und Aktivitätsperiodik beim Schlaf

In der neueren Literatur über Schlafuntersuchungen an psychisch Kranken finden sich Arbeiten, die die Aspekte der Ruhe- und Aktivitätsperiodik als ganzheitlichen Erklärungsansatz einbeziehen. Als wichtigste Autoren sind hier zu nennen: *Taub* 1982 und 1984, *Beersma* 1984, zwei Arbeiten von *Kupfer* u.a. 1984. Alle Arbeiten beziehen sich auf Untersuchungen des Krankheitsbildes der Depression, wobei jeweils eine ganze Reihe von abweichenden Schlafvarianten in jeder dieser Arbeiten als Gesamtheit auf eine Veränderung der steuernden Ruhe- und Aktivitätsprozesse zurückgeführt werden. Im Vergleich zum Schlaf Gesunder sind dabei folgende Parameter verändert:
a) Veränderte Stadienmengen:
Häufige Wachzeiten nach dem Einschlafen, Vermehrung des Anteils an Stadium I, Fehlen des Anteils an Stadium III und IV
b) Veränderung der periodischen Abfolge:
Häufige Stadienwechsel über die gesamte Nacht, Veränderung der periodischen Abfolge der REM- und NREM-Perioden wie ein verlängertes oder verkürztes REM-Intervall, eine abweichende lange erste REM-Phase und eine kurze vierte REM-Phase.

Das umfassende Erklärungsmodell, welches alle diese veränderten Parameter einbezieht, findet sich bei *Kupfer* et al. (1984): wir nehmen zwei Prozesse an: einen Schlafprozeß »S«, der sich in seinem Niveau über Nacht verändert (Indikator für diesen Prozeß sind Delta-Wellen des EEG's) und in Stadium IV sein höchstes Niveau hat. Dieser Schlafprozeß »S« besteht unabhängig von den Variablen der circadianen Periodik »C«, die den zweiten Prozeß in diesem Modell darstellt. Beide Prozesse stehen in einer synergistischen Regulation zueinander. Indikator für den Prozeß »C« der circadianen Periodik ist im Schlaf-EEG die REM-Aktivität. Zu dem Wechselspiel dieser beiden Prozesse wird

angenommen, daß der Schlafprozeß »S« einen hemmenden Einfluß auf die phasig auftretende REM-Aktivität ausübt. Durch den ungenügenden Aufbau dieses Schlafprozesses kommt es sowohl zu einem Fehlen der Stadien III und IV als auch zu einer Vermehrung des Stadiums I, sowie zur Verlängerung der ersten REM-Phase, ebenso wie zu häufigen Stadienwechseln.

Auch die Wirksamkeit von Schlafentzug wird in Verbindung mit der circadianen Periodik gesehen: *Rudolf* et al. (1977) sowie *Vein* und *Airapetov* (1984) verstehen die Verbesserung der depressiven Symptomatik wie auch die beobachtbaren Veränderungen der Schlaftiefe und der zyklischen Organisation des Schlafs, wie sie bei depressiv Erkrankten als kurzfristige Wirkung von Schlafentzug beobachtet werden können, als Resultat eines Eingreifens des Schlafentzugs in die pathologisch veränderte circadiane Rhythmik.

Diese theoretischen Ansätze mit ihrer empirischen Untermauerung erscheinen trotz allem als Erklärungsansatz einseitig, weil sie den Menschen in seinen Entwicklungsmöglichkeiten in Krankheit und Gesundheit nicht berücksichtigen.

Ausgehend von dem Menschenbild, wie es der Behandlungskonzeption der Berliner Schule *Günter Ammons* entspricht, muß ein erklärender Ansatz grundsätzlich den Entwicklungsaspekt (sowohl gelungener als auch mißlungener Entwicklung in Bezug zum sozialen Kontakt, d.h. der Summe aller sozialenergetischen Einflüsse im Verlaufe dieser Entwicklung) mit einbeziehen. Einen solchen Ansatz finden wir auf der Ebene der Physiologie z.B. in der ontogenetischen Entwicklung, in der Entwicklung des Ruhe- und Aktivitätsgeschehens des Schlafes. Dies entspricht am ehesten dem empirisch aus der Arbeit mit psychisch Kranken entwickelten theoretischen Konzept einer nachholenden Entwicklung als Aufgabe einer so verstanden humanistischen — d.h. am Menschen und seiner Entwicklungs- bzw. Identitätsbedürfnisse orientierten — Behandlungswissenschaft (vgl. *Ammon* 1979).

Ontogenetische Entwicklung der Ruhe- und Aktivitätsperiodik des Nachtschlafs (im Überblick)

Nach der Geburt besteht der Schlaf durchschnittlich aus etwa vier Zyklen, bis er durch eine Wach-Periode unterbrochen wird. Die Dauer eines jeden Zyklus ist wesentlich kürzer als beim Erwachsenen und beträgt etwa 60 Minuten. Die Zyklen setzen sich zusammen aus Abschnitten mit relativ schnellem EEG gemischter Frequenz, dazu treten schnelle Augenbewegungen sowie ein erniedrigter Muskeltonus im oralen Bereich auf, wodurch der REM-Schlaf oder »aktive Schlaf« gekennzeichnet ist. Die zwischen den REM-Phasen liegenden Abschnitte, der NREM-Schlaf oder sog. »ruhige Schlaf« (»quiet sleep«), zeigen ein analoges EEG-Bild zu dem Stadium II des Nachtschlafes Erwachsener. Der NREM-Schlaf ist hier noch nicht in die Schlafstadien II bis IV differenziert. Die Übergänge vom REM-Schlaf zum NREM-Schlaf und umgekehrt enthalten beim gesunden Säugling kurze Strecken des undifferenzierten

Schlafes oder Intermediär-Schlafes, aus dem sich beim Erwachsenen das Schlafstadium I herausdifferenziert. Gegen Ende des 1. Lebensmonates ist der NREM-Schlaf in die Schlafstadien I bis IV differenziert, wobei Schlafstadium I den höchsten cortikalen Aktivierungsgrad und Schlafstadium IV den niedrigsten cortikalen Aktivierungsgrad darstellen. Die Frequenz im EEG nimmt mit der Schlaftiefe ab, während die Amplitude der Wellen zunimmt. Im weiteren Verlauf der Entwicklung verlagert sich der Schlaf des Säuglings zunehmend auf die Nachtstunden. Die REM-Phase, mit der der Schlaf zunächst unmittelbar begonnen hatte, verschwindet; und der Tiefschlaf (III u. IV) konzentriert sich zunehmend auf die 1. Hälfte des Nachtschlafes, wobei die 2. Hälfte manchmal noch einen weiteren Schwerpunkt der Stadien III und IV enthält.

Vom 4. bis zum 10. Lebensjahr werden die ersten beiden Zyklen fast ausschließlich vom Stadium III und vor allem vom Schlafstadium IV eingenommen. Die erste REM-Phase im Verlauf des Nachtschlafes am Ende des 1. Zyklus verschwindet, um mit einer verlängerten Latenz, d.h. der Zeit vom Beginn des Schlafes bis zum ersten Auftreten von Stadium REM, wieder aufzutreten. Dabei ist der Zeitraum jetzt größer als 60 Minuten. Die Anzahl der Schlafzyklen beträgt in dieser Altersspanne 6 bis 8 Zyklen, der Schlaf am Tage geht weiter zurück.

Die Entwicklung bis zum jungen Erwachsenenalter ist gekennzeichnet von einer Abnahme der Schlafzyklen bis auf circa 4 bis 6 Zyklen pro Nacht, die REM-Latenz nimmt genauso zu wie das REM-Intervall. Die Strecken zwischen den einzelnen REM-Phasen nehmen bis auf ca. 90 Minuten zu. Der Prozeß der Konzentration des NREM-Schlafes auf die 1. Nachthälfte setzt sich weiter fort. Während dieses Prozesses hat die Gesamtmenge an REM-Schlaf deutlich abgenommen von ca. 50% bis 60% kurz nach der Geburt auf ca. 25% bis 30% gegen Ende des 2. Jahrzehnts. Der Prozentanteil NREM-Schlaf erreicht sein höchstes Niveau circa um das 16. Lebensjahr herum, um dann geringfügig etwas abzunehmen. (Zur ontogenetischen Entwicklung des Schlafs im Zusammenhang mit der cerebralen Aktivität vgl. auch *Ammon* et al. 1985a)

Anliegen und Ansatz humanstrukturologischer Schlafforschung

In den bereits vorliegenden Veröffentlichungen über die Arbeit im Schlaf- und Traumlabor der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige München mit psychisch schwer erkrankten Menschen haben wir das Anliegen, den Ansatz und den Ablauf unserer Schlafuntersuchungen auf der Grundlage der humanstrukturellen Theorie *Günter Ammons* ausführlich vorgestellt und diskutiert (vgl. *Ammon* et al. 1984; *Ammon* et al. 1985a und b).

Die dem Schlaf zugrundeliegenden physischen und psychischen Prozesse verstehen wir als einen Ausdruck der gesamten Identität des Menschen, wobei wir von der Annahme einer synergistischen Beziehung und wechselseitigen Bedingung von Körper, Seele und Geist, gruppendynamischem Umfeld und

den damit einhergehenden sozialenergetischen Austauschprozessen zwischen Identität und Gruppe ausgehen. Identitätsentwicklung bzw. Identität ist demnach definiert als gruppenabhängiger Niederschlag sozialenergetischer Erfahrungen in Human-Strukturen, »von denen die im Unterbewußten liegenden zentralen Ich-Funktionen am bedeutsamsten sind und in interdependenter Beziehung stehen mit den sekundären Ich-Funktionen der Fähigkeiten und Fertigkeiten und den Ich-Funktionen des primären Ich, den biologischen und neurophysiologischen Funktionen des Menschen mit dem Gehirn als Träger des Niederschlags bewußter und unbewußter menschlicher Erfahrungen« (*Ammon* 1982). Die Ausformung und der Entwicklungsstand der neuronalen Gewebestrukturen des Gehirns und deren Aktivitätszustände sind also nach unserer Auffassung entscheidend auch sozialenergetisch bedingt.

In der Meßmethodik der Schlafuntersuchung setzen wir auf dieser Ebene des primären Bereichs der Human-Struktur an, mit dem Ziel, über die Aufzeichnungen der Aktivitätszustände durch das EEG in Form der Schlafprofile humanstrukturelle diagnostische Aussagen über die Entwicklung der Identität psychiatrisch kranker Menschen zu erhalten.

In den bisher veröffentlichten Arbeiten (vgl. *Ammon* et al. 1984; *Ammon* et al. 1985 a und b) wollten wir Schlafparameter, d.h. neurophysiologische Meßvariablen auffinden, die eine Unterscheidung zwischen kranken und gesunden Menschen ermöglichen, ebenso nach Indikatoren für eine differenzierende Diagnostik zwischen den verschiedenen Krankheitsbildern suchen.

Die bisher vorliegenden Ergebnisse sollen im folgenden noch einmal kurz zusammengefaßt und darauf aufbauend die neuen Ergebnisse unter Einbeziehung nicht nur summativer, sondern auch struktureller Parameter in diesem ersten Teil des Beitrags vorgestellt und diskutiert werden.

Mittlerweile wurde damit begonnen, den Entwicklungsprozeß der Patienten durch Schlafuntersuchungen sowohl während der stationären wie auch nach-stationären ambulanten therapeutischen Behandlung zu begleiten mit der Fragestellung, inwieweit und ob sich Persönlichkeitsveränderungen in einer Veränderung der Struktur und zeitlichen Abfolge der durch EEG aufgezeichneten Aktivitätszustände widerspiegeln: Können die dem Schlaf zugrunde liegenden neurophysiologischen Prozesse, wie sie sich im EEG zeigen, als Kriterium für Identitätsentwicklung dienen, Schlafprofile als Effizienzindikatoren verwendet werden?

Erste qualitativ analysierte Ergebnisse von vier nachuntersuchten ehemaligen Patienten der Klinik Menterschwaige sollen im 2. Teil dieses Beitrages, der im kommenden Heft der Zeitschrift Dynamische Psychiatrie — Dynamic Psychiatry 104/105 veröffentlicht werden soll, vorgestellt und diskutiert werden.

Die theoretische Grundlage für diese prozessualen Studien auf der Basis der ontogenetischen Entwicklung des Schlafs im Zusammenhang mit der cerebralen Aktivität unter dem Primat der Sozialenergie haben wir bereits in einer früheren Veröffentlichung vorgestellt (vgl. *Ammon* et al. 1985a). Sie soll eben-

so wie die oben erwähnten ersten Ergebnisse dann im zweiten Teil des Beitrags ergänzt und erweitert werden.

Fragestellung der hier vorliegenden Untersuchung

In den bisher veröffentlichten Untersuchungen wurden die Schlafkurven von 24 Patienten der Klinik Menterschwaige (je 8 Patienten mit der Diagnose depressive, psychosomatische und schizophrene Reaktion entsprechend ICD) nach Schlafparametern verglichen, die sich im wesentlichen auf summative Verläufe der Schlafstadien bezogen: 1. die Gesamtschlafzeit, 2. die Dauer der einzelnen Schlafstadien, 3. die Latenzzeiten. In Fortführung dieser Untersuchungen bei gleichbleibenden Fragestellungen, gleichbleibender Stichprobe und einer altersmäßig und auswertungs-methodisch vergleichbaren Kontrollgruppe aus der Literatur (vgl. *Williams* 1978) haben wir die Analyse um sogenannte Strukturparameter erweitert, d.h. um Parameter, die sich auf die zeitliche Periodik des Schlafs, dessen zyklischen Verlauf beziehen:

1. Häufigkeit des Stadienwechsels

Sie ergibt sich aus der Auszählung, wie oft der Schlafende von einem Stadium in ein anderes Stadium wechselt, d.h. wie häufig sich das Wellenbild des EEGs in Frequenz und Amplitude so weit verändert, daß ein anderes Stadium klassifiziert werden muß. Dabei liegen nach den Auswertungsrichtlinien Zeitstrecken, sog. Epochen von 20 Sekunden Dauer, zu Grunde. Dieser Parameter gibt Aufschluß über die Kontinuität des vorhandenen Nachtschlafs. Bei einem gesunden Menschen treten durchschnittlich in einer Nacht 30—40 Stadienwechsel auf.

2. Anzahl der REM-Phasen

Bei einem gesunden Menschen treten in einer Nacht durchschnittlich 4—6 REM-Phasen auf, die während des Verlaufs der Nacht immer länger werden.

3. REM-Intervalle

Wir definieren sie als die Zeitperioden zwischen dem Ende einer REM-Phase und dem Beginn der folgenden REM-Phase. Das erste REM-Intervall der Nacht bezieht sich auf die Zeit zwischen Beginn des Schlafes und der ersten REM-Phase. Die REM-Intervalle werden normalerweise im Laufe einer Nacht kürzer.

4. Dauer der REM-Phasen

In der Regel nehmen die REM-Phasen-Längen im Verlauf einer Nacht zu. Bei gesunden Menschen unterscheidet sich dabei statistisch signifikant die erste REM-Phase durch ihre Kürze von den übrigen 3—5 REM-Phasen.

Diese sogenannten Strukturparameter sollen im folgenden daraufhin überprüft werden, inwiefern sie eine Differenzierung zwischen den Schlafprofilen »gesunder« und »kranker« Menschen sowie innerhalb der Patientengruppe zwischen den drei Diagnosegruppen erlauben. Für die statistische Überprüfung dieser Fragestellungen verwenden wir zur Testung der Varianzunterschiede (bei zweiseitiger Fragestellung) den *Bartlett* x^2-Test; die Mittelwertprü-

fung (zweiseitige Testung) erfolgte bei homogenen Varianzen mit dem t-Test (*Fischer*), bei heterogenen Varianzen mit dem *Welch*-Test. Desweiteren sollen diese Ergebnisse in einer Gesamtschau mit den Ergebnissen der vorausgehenden Analysen der Schlafprofile in Beziehung gesetzt und auf dem Hintergrund unseres humanstrukturellen Verständnisses von Schlaf diskutiert werden.

Ergebnisse

A) Parameter: Häufigkeit des Stadienwechsels

Der varianzanalytische Vergleich zwischen der Patientengruppe und der Kontrollgruppe zeigt für diesen Parameter einen hochsignifikanten Unterschied. Es kann als statistisch gesichert angenommen werden, daß beide Gruppen aus grundsätzlich verschiedenen Grundgesamtheiten stammen. Unter Berücksichtigung dieses Varianzunterschieds liegt der Mittelwert mit 159,3 Stadienwechseln viermal so hoch und damit hochsignifikant höher als der Mittelwert von 35,5 Stadienwechseln in der Kontrollgruppe.

Die Prüfung der Varianzen innerhalb der Patientengruppe zeigt, daß sich die drei diagnostischen Gruppen nach ICD statistisch nicht bedeutsam voneinander unterscheiden, d.h.: depressiv, schizophren und psychosomatisch reagierende Patienten haben gleichermaßen häufige Stadienwechsel während ihres Nachtschlafes.

Bei allen Patienten können wir eine große Zerrissenheit der Schlafkontinuität, ein starkes Oszillieren des cortikalen Aktivierungsgrades oder einen oft sprunghaften Wechsel des Aktivierungsgrades beobachten. Im Schlaf repräsentieren die unterschiedlichen Stadien, wie wir wissen, unterschiedliche Bewußtseinszustände (vgl. *Frank* 1976, *Bauer* 1979). Die häufigen Stadienwechsel zeigen, daß die Wechselbeziehung der Aktiviertheitsgrade gestört ist und damit die Stadien ungenügend voneinander getrennt sind. Statt einer kontinuierlichen Periodik fehlen Konstanz und Integration. Nimmt man jetzt das Ergebnis früherer Schlafuntersuchungen mit Patienten, nämlich erhöhter Anteil an Leichtschlaf bei fehlendem Tiefschlaf (vgl. *Ammon* et al. 1985a u. b), d.h. also eine starke Erhöhung des Aktivierungsgrades und damit eine ungenügende Trennung zwischen Schlafen und Wachen, hinzu, so ist dies ein Hinweis darauf, daß die klinisch und testpsychologisch beobachtete fehlende Abgrenzungs- und Integrationsfähigkeit der Patienten hier ihren Ausdruck findet. Wir nehmen an, daß diese auch in einer Störung des circadianen Ruhe- und Aktivitätsrhythmus erscheint. Wie Forschungsergebnisse der Hirnphysiologie zeigen, sind für das Zustandekommen des Schlafs in seiner regelhaften Periodik übergreifende Steuerungsmechanismen vorhanden. Ein wichtiges Steuerungszentrum liegt im Hirnstamm, im Gebiet der sog. Brücke.

Der ohnehin reduzierte REM-Schlaf bei Patienten (vgl. *Ammon* et al. 1985b) ist durch das häufige Intermittieren der Schlafstadien I und II stark segmentiert. Dabei beobachten wir, daß auffallend häufige Stadienwechsel gerade in

die REM-Schlafstadien fallen und daß eine positive Korrelation von .44 zwischen der Häufigkeit von Stadienwechseln und der Dauer des REM-Schlafes besteht. Es wird deutlich, daß bei den Patienten ein Ansteigen des REM-Schlafes mit einem Ansteigen des Merkmals Diskontinuität des Schlafs verbunden ist. Patienten, die eine annähernd der Kontrollgruppe entsprechende Dauer ihres REM-Schlafes aufweisen, zeigen damit verbunden auch mehr Stadienwechsel.

Den REM-Phasen kommt im Rahmen des Gesamtschlafes des Menschen als einer biologisch-geistig-psychischen Aktivität eine besondere Bedeutung zu: in ihnen findet Traumaktivität als eine besondere Aktivität statt, als emotionales, motorisches, sensorisches und sprachliches Erleben, gleichzeitig verbunden mit dem panoramahaften Erleben von Bildern. Das Traumerleben ist unter psychodynamischen Aspekten gesehen eine Integration von Vergangenem, von früher gelebten Erfahrungen, mit Gegenwärtigem; gleichzeitig enthält es Zukunftsaspekte und stellt nach neueren Untersuchungen kreative Problemlösungen, nach der humanstrukturellen Auffassung noch erweitert, Entwürfe von Identitätsmöglichkeiten bereit (vgl. *Ammon* 1973, 1974, 1986).

Die Träume der Patienten sind u.E. durch den oben beschriebenen Zusammenhang in ihrer Funktion maßgeblich betroffen. Die nichtintegrierte cortikale Aktivität in die anderen Aktivitätszustände und deren ungenügende Trennung voneinander trifft in besonderem Maße auf die Prozesse des REM-Schlafes zu, so daß wir vermuten können, daß der funktionelle Aspekt des REM-Schlafes, für uns von besonderem Interesse der Identitätsaspekt, wie er z.B. im Traum zum Ausdruck kommt, nicht in die Gesamtpersönlichkeit integriert werden kann. Eine ausführlichere Diskussion dieses Interpretationsansatzes folgt im zweiten Teil dieses Beitrags.

B) Parameter: Anzahl der REM-Phasen

Ein Vergleich der Patientengruppe zur Kontrollgruppe über die Anzahl der REM-Phasen, die in einer Nacht durchlaufen werden, zeigt statistisch, daß beide Gruppen hinsichtlich dieses Merkmals einer unterschiedlichen Grundgesamtheit entstammen: Die Varianzen beider Gruppen, d.h. die Verteilung der Meßwerte, unterscheiden sich signifikant, bei numerisch gleichen Mittelwerten. Zwischen den drei Diagnosegruppen konnten auch hier wieder keine signifikanten Mittelwerts- und Varianzunterschiede für die Anzahl der REM-Phasen beobachtet werden, ein Phänomen, auf das wir an späterer Stelle nochmals zurückkommen werden.

C) Parameter: REM-Intervalle

Ein Vergleich der Patientengesamtgruppe und der Kontrollgruppe über Mittelwert und Varianz der einzelnen REM-Intervall-Längen zeigt einen hochsignifikanten Varianzunterschied in den Längen der ersten drei REM-Intervalle, nicht aber in deren Mittelwerten.

Eine statistische Überprüfung der Frage, inwieweit sich die drei nach ICD-Kriterien gebildeten diagnostischen Untergruppen hinsichtlich der Länge der Intervalle unterscheiden, erbringt auch zu diesem Parameter keinerlei systematische Aufschlüsse. Es zeigt sich vielmehr, daß in jeder der drei Diagnosegruppen zu Beginn des Schlafes sowohl kürzere als auch längere REM-Intervalle als in der Kontrollgruppe vorhanden sind.

Dieses Ergebnis scheint uns im Zusammenhang mit dem fehlenden Tief- oder auch Deltaschlaf der Patienten zu stehen. Die ersten drei REM-Intervalle enthalten beim gesunden Erwachsenen die Tiefschlafphasen III, die ersten zwei Intervalle das Tiefschlafstadium IV. Im Hirnstrombild sind sie charakterisiert durch eine Konzentration langsamer Delta-Wellen.

Der Bewußtseinszustand des Menschen zeigt in diesem Schlafstadium die größte Abgrenzung zu Außenreizen. Gleichzeitig, wie Ergebnisse der experimentellen Schlafforschung zeigen, findet im Delta-Schlaf psychische und geistige Aktivität auf einer tiefen, nichtbewußten körperlichen Ebene statt (vgl. z.B. *Guilhaume* et al. 1982; *Heyden* 1983; *Rotenberg* 1986). Diese Aktivität hat entsprechend den psychischen und geistigen Aktivitäten des REM-Zustandes (s.o.) eine integrierende Funktion neuer Erfahrungen, jedoch keine den Träumen der REM-Phasen vergleichbaren szenisch-bildhaften, senso-motorischen und gleichzeitig sprachlichen Formen.

Der Delta-Schlaf scheint beim Gesunden innerhalb des ganzen Schlafverlaufs Priorität zu haben, sowohl was sein erstes Auftreten in der Schlafstadienfolge nach dem Schlafbeginn anbelangt, als auch in seiner Menge, besonders in den beiden ersten REM-Intervallen des Schlafs, die nur von einer relativ kurzen ersten REM-Periode unterbrochen werden. Erst in den späteren Zyklen nimmt die REM-Aktivität, begleitet von einer Abnahme des Delta-Schlafs zu. Beim gesunden Menschen zeigt sich diese Balance von Delta-Schlaf und REM-Schlaf auch nach mehrtägigem Schlafentzug: in der darauffolgenden verlängerten Gesamtschlafzeit wird zu Anfang vermehrt Delta-Schlaf und in der zweiten Hälfte vermehrt REM-Schlaf nachgeholt.

Hier wird ein synergistisches Wechselspiel zwischen Delta- und REM-Aktivität deutlich. Da unser Ergebnis für die Patientengruppe lautet: die ersten drei REM-Intervalle, also die Zeitstrecken, welche den Delta-Schlaf beinhalten, sind gegenüber der Kontrollgruppe verändert, wird interessant sein, welche Veränderungen wir nun in der Patientengruppe bei der Dauer der einzelnen REM-Phasen finden.

D) Parameter: Dauer der einzelnen REM-Phasen

Ein Vergleich der Mittelwerte und Streuungen der Patienten-Gesamtgruppe zur Kontrollgruppe hinsichtlich der Länge der einzelnen REM-Phasen zeigt einen signifikanten Unterschied der Varianzen für die erste und die fünfte REM-Phase, jedoch keine signifikanten Unterschiede in den Mittelwerten. Dabei sind die Abweichungen vom Mittelwert in der Patientengruppe extre-

mer als in der Kontrollgruppe. Die Längen der REM-Phasen 2, 3 und 4 der Patienten unterscheiden sich weder in den Varianzen noch in den Mittelwerten von den Werten der Kontrollgruppe.

Der statistische Vergleich zwischen den drei Diagnosegruppen zeigt für die erste und dritte REM-Phase signifikante Unterschiede, nicht aber für die zweite und vierte Phase (eine Überprüfung der fünften REM-Phase war wegen der zu geringen Stichprobengröße in drei Diagnosegruppen nicht möglich).

Wenden wir uns zunächst der dritten REM-Phase zu: wir finden hier eine Varianzheterogenität zwischen den verschiedenen Krankheitsgruppen, wobei die Abweichungen vom Mittelwert in der Gruppe der schizophren reagierenden Patienten am größten, die Varianzen der beiden anderen Gruppen homogener sind. Eine Aussage über die Gerichtetheit des Unterschiedes zwischen den drei Diagnosegruppen ist aufgrund der Varianzheterogenität nicht möglich.

Für die Länge der ersten REM-Phase finden wir bei Varianzhomogenität signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen den drei Diagnosegruppen: die Gruppe der depressiv Reagierenden weist im Mittel eine signifikant längere erste REM-Phase auf als die Gruppe der schizophren Reagierenden. Die Gruppe der psychosomatisch Reagierenden dagegen unterscheidet sich im Mittel zu keiner der beiden Gruppen.

Ein Verständnis der durchschnittlich verlängerten ersten REM-Phase bei depressiv reagierenden Patienten und einer durchschnittlich verkürzten ersten REM-Phase bei den schizophren Reagierenden läßt sich u.E. auf dem Hintergrund der ontogenetischen Entwicklung des circadianen Ruhe- und Aktivitätszyklus ableiten. Die theoretische Grundlage haben wir oben kurz umrissen, sie soll im zweiten Teil dieses Beitrags ausführlicher dargestellt und diskutiert werden (vgl. das folgende Heft 104/105 der Zeitschrift Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry). In diesem Zusammenhang werden wir die Ergebnisse, die die Veränderungen im Bereich der ersten REM-Phase betreffen, aufgreifen. Hier sei nur angemerkt, daß ein Wechsel hinsichtlich der Funktion der Abgrenzung nach außen im Zuge der ontogenetischen Entwicklung von der ersten REM-Phase hin zum Delta-Schlaf sowie auch hinsichtlich der Verarbeitungs- und Integrationsprozesse während dieser cortikalen Aktivitätszustände stattfindet. So gesehen kann man annehmen, daß die verlängerte erste REM-Phase eine Kompensation auf einer früheren ontogenetischen Position für den fehlenden Delta-Schlaf darstellt. Dies gilt hier für die depressiv Reagierenden, wohingegen bei den schizophren Reagierenden offensichtlich diese kompensatorische Funktion insuffizient ist.

Interessant ist in diesem Zusammenhang, daß wir bei den schizophren reagierenden Patienten eine positive Korrelation zwischen der Dauer der ersten REM-Phase und der Länge der ersten beiden REM-Intervalle sowie eine positive Korrelation zwischen der Länge der dritten REM-Phase und den Latenzwerten der Stadien I, II und III beobachten.

Diese Ergebnisse führen uns zu der Annahme, daß die schizophren reagie-

renden Patienten entsprechend der spektralen Verteilung ihrer sozialenergetischen und damit einhergehenden strukturellen Defizite noch weitergehende funktionelle Defizite der corticalen Aktivitätsmuster aufweisen. Diese führen zu einer Verlängerung der ersten beiden REM-Intervalle. Diese Verlängerung kompensiert die funktionelle insuffiziente erste REM-Phase, die bereits hinsichtlich ihrer Abgrenzungsfunktion im Zuge der ontogenetischen Entwicklung insuffizient geblieben ist. Eine weitere Kompensation erfolgt durch die Verlängerung der Schlafstadien II, I oder III (Aussagen über die anzunehmende funktionelle Veränderung der Stadien bleibt weiteren Untersuchungen vorbehalten), die spektral verteilt mit einer häufig zu beobachtenden verlängerten dritten REM-Phase verbunden sind. Die an der Schlafstruktur ablesbare funktionelle Kompensation kann als ein Gradmesser des Schweregrades der Erkrankung angesehen werden. Diese Annahme wird durch die Arbeit von *Rotenberg* (1986) gestützt.

Der Funktion des REM-Prozesses als übergeordnetem Integrations- und Stimulationsprozeß kommt wie gesagt eine große Bedeutung für Entwicklungs- und Integrationsfähigkeit des Menschen zu (vgl. *Roffwarg* et al. 1966; *Denenberg* et al. 1981; *Ammon* et al. 1985a). Durch eigene Untersuchungen und Beobachtungen können wir hier ergänzen, daß zumindest, wenn REM-Phasen auftreten, traumhafte Prozesse ablaufen, Trauminhalte ungenügend oder überhaupt nicht von den primärprozeßhaften unbewußten Inhalten des Tagesgeschehens abzugrenzen sind. Es ist so, als ob Traum und Wirklichkeit ohne jeden Unterschied ineinander übergehen. So konnten wir beobachten, daß bei schizophren reagierenden Patienten häufig kein Unterschied zwischen Phantasien am Tage und den Inhalten und der Qualität der Nachtträume festzustellen war. Die zeitliche Dimension des Nachtschlafes scheint hier völlig zu fehlen, d.h. funktionell ist der Nachtschlaf hier in hohem Grade insuffizient.

Für die weiteren Fragestellungen, was die Interpretation von Schlafprofilen angeht, erscheint es uns sinnvoll, an den Strukturparametern orientierte Extremgruppen zu bilden. Wie z.B. die große Varianz der Gesamtgruppe aller Patienten in den REM-Intervallen zeigt, gibt es unabhängig von den Diagnosegruppen zum einen Patienten, die diese Intervalle verlängert durchlaufen, ebenso aber auch Patienten, die diese Intervalle verkürzt durchlaufen. Entsprechend dieser Tendenzen zeigt sich auch die Länge der ersten REM-Phase kürzer oder länger.

Die fehlende Vertiefung dieser Zeiträume einer normalerweise nichtbewußten intrapsychischen Integration, wie sie das Delta-Schlafstadium IV darstellt, scheint eine Untergruppe der Patienten durch eine zeitliche Ausdehnung, verbunden mit einer Dehnung der REM-Aktivität in diesem Teil des Schlafes, zu kompensieren. Es könnte sich hierin eine Kompensation fehlender oder mißlingender Suchaktivität im Sinne *Rotenbergs* (1979, 1982, 1986) manifestieren. Für diese Patienten könnte eine rudimentäre Integrationsleistung durch vermehrte Suchaktivität im REM-Schlaf angenommen werden. Für die Patienten mit kurzer Dauer der REM-Intervalle und gleichzeitig kur-

zer erster REM-Phase könnte analog angenommen werden, daß sie keinen Versuch einer, wenn auch unzureichenden, Integration der fehlenden Schlafteile zeigen.

Zusammenfassung

Die Ergebnisse dieses ersten Teils unseres Beitrages stellen in Fortführung unserer bisherigen Ergebnisse aus der humanstrukturologischen Schlafforschung einen ersten Schritt dar, Prozeßparameter, die den Ablauf des Nachtschlafes und die REM-Aktivität sowie auch in der Folge die NREM-Aktivität (insbesondere die Reintegration von Deltaschlaf) erfassen sollen, zu entwickeln. Unserer Ansicht nach eignen sie sich für eine spektrale Unterscheidung zwischen »krank« und »gesund« auf mehreren funktionellen Ebenen und können eine prozeßhafte Strukturdiagnostik im Sinne des Humanstrukturmodells *Günter Ammons* ermöglichen. Ein differenziertes Spektrum von Meßwerten, insbesondere aber eine Interdependenz der Strukturparameter untereinander, ebenso wie mit summativen Parametern machen eine Untersuchung periodischer Gesetzmäßigkeiten des Schlafes möglich. Der Versuch, hier nach den diagnostischen Kriterien von ICD zu unterscheiden, trifft allenfalls für Extremgruppen zu, vernachlässigt aber die gesamte spektrale Verteilung und damit auch den Entwicklungsaspekt funktioneller Aktivitätsmuster als Ausdruck gewachsener funktioneller Humanstruktur. Die Verteilung der Meßwerte macht modellhafte Extremgruppenbildungen möglich, die zu einer differenzierten humanstrukturellen Erklärung der Schlafstruktur unterschiedlichster Krankheitsbilder führen können. Damit sind wir unserem Anliegen, Schlafuntersuchungen zur Verlaufsuntersuchung im therapeutischen Prozeß auf dem Wege zu einer Effizienzbeurteilung, einen Schritt näher gekommen. Erste qualitative Analysen dazu sollen im zweiten Teil dieses Beitrags dargestellt und diskutiert werden.

The Organisation of Rest and Activity Phases and their Integration as Indicator for the Development of the Patient during the Therapeutic Process
Part I: Draft for an Interpretation of Sleep Profiles by Means of structure Parameters

Günter Ammon (Berlin/Munich), Ilse Burbiel (Munich), Ulrich Köppen (Munich), Margarete Hoffsten (Munich)

Starting from the basic assumption of a synergistic relationship between dynamic sleep structure and identity development the authors endeavour to use the objective method of measurement of the sleep research, which measures in the primary area of human-structure, in order to win a new access to human-structural diagnostic data about the identity development of people suffering from psychiatric illnesses. The research findings which have been worked out till now (cf. *Ammon* et al. 1984, 1985 a and b) in sleep examinations of groups

of patients with the diagnosis schizophrenic, depressive and psychosomatic reaction by means of quantative standard sleep parameters and in view of the ontogenetic dimension of sleep have led to the conclusion to consider the sleep profiles of sick people in their deficitary, destructively deformed and compensatory aspects as continual process of structural manifestations of social-energetic and groupdynamic exchange processes of the sick patients within their life groups.

In the present third sleep examination (first part) of the sleep and dream laboratory of the Dynamic-Psychiatric Clinic Menterschwaige the authors extend their research approach into the field of dynamic structural analysis of the night sleep of 24 patients belonging to the diagnosis groups schizophrenic, depressive and psychosomatic reaction, whereby the results are compared with a control group from research literature. The periodic sleep rhythms and cerebral rest-activity-patterns are examined by means of the parameters a) frequency of changes of sleep stages, b) number of REM-phases, c) duration of the REM-intervals and d) duration of the REM-phases.

After a theoretical survey on the understanding of the rest and activity states of the brain during the sleep — in connection with their ontogenetic development — the authors report on the recent research literature about sleep examinations of mentally ill patients so as to include the dynamic aspects of the rest and activity pattern within a holistic interpretation of the sleep structure.

The rhythmic change of the two poles of rest and activity constitutes sleep in its cyclical structure. Within the sleep profile the REM-stages represent the highest and most complex degree of activation, whereas the pole of rest is to be located in the stages III and IV with so-called delta-waves. The sleep stage IV with the delta-waves is of particular importance: it serves on a higher integrative level not only for the simple regeneration, processing and maintainance, but also for providing the foundations of man's existence in the dimensions body, mind and soul. When the cortical and sub-cortical processes reach a certain level of integration in the course of the ontogenetic development, the sleep stage IV with its typical delta-waves is differentiated. According to previous research (*Ammon* et al. 1985 a and b) psychiatric patients show a complete lack of sleep stage IV. The authors explain the exclusive existence of sleep stage III by supposing a specific social-energetic constellation which has blocked the development of the patients and which is an expression of a deficitary-destructive life limitation.

As *Denenberg* and *Thoman* (1981) found out, there are close correlative relations between relative rest during the day and REM-sleep on the one hand and between activity during the day and NREM-sleep on the other hand. These correlative relations enable the authors to relate observations from the milieu-therapeutic field of the clinic with the sleep-structure of the patients.

With regard to their research findings the authors state the following about the four above-mentioned dynamic structure parameters:

a) In comparison with the control group the patients' group showed a qua-

druple frequency of changes of the sleep stages with the sleep being discontinual and ruptured to a high degree. This frequency of changes of the sleep stages together with the lack of sleep stages IV and with an insufficient or functionally deformed REM-sleep shows a deficit of demarcation on the one hand, on the cowster-pole it expresses a lack of integration ability. On this level of primary humanstructure one can understand that particularly the dreams of patients with psychotic reactions are impaired in their function through the above-mentioned structural changes in the sleep process.
b) A statistical comparison of the number of REM-phases of the patients' group with the control group shows that the two groups belong to different basic entities, having numerically identical mean values but significantly different variances.
c) A comparison of the mean value and of the variance shows a highly significant difference in the variance of the length of the first three REM-intervals between patients' group and control group, but not in the mean values. The authors interprete this result in connection with the lacking delta-sleep of stage IV in the patients by supposing a synergistic interplay of delta-sleep and REM-sleep in healthy persons with the delta-sleep prevailing in the first two REM-intervals and a regular increase of REM-activity in the second half of the night. In accordance with this assumption a functional change of the first three REM-phases, which normally contain the delta-sleep, could be found in the patients' group.
d) A comparison with the mean values and variances of patients and control group with regard to the length of the REM-phases reveals a significant difference of the variances for the first and fifth REM-phases, but not difference in the mean values. There is also a significant difference of the length of the first REM-phases between the diagnosis groups schizophrenic reaction and depressive reaction. The authors explain this feature through differences in the demarcation mechanism in these clinical pictures. They assume that the prolonged first REM-phase of the depressively reacting patients constitutes a compensation on an earlier ontogenetic level for the lacking delta-sleep, whereas in the schizophrenically reacting patients this compensatory function is insufficient. The latter compensate the functionally insufficient first REM-phase through an extension of the first two REM-intervals and a prolongation of the sleep stages II, I and III.

In conclusion the authors regard the functional compensation which can be observed in the sleep structure as a graduator for the severity of the illness. This assumption is supported by the research work of *Rotenberg* (1986). Confirming the results of previous research no differences with regard to the different sleep parameters could be found between the diagnosis groups. This fact illustrates and underlines the insufficient, static differentiation of the ICD-categories. Any attempt to differentiate with regard to the sleep structure between the diagnosis groups can be valid at best for the extreme groups, but it neglects the spectral distribution of sleep structures and thus the developmen-

tal aspects of functional activity patterns of sleep as expression of grown functional humanstructure. But the distribution of the measured data allows an extreme-group formation for the purpose of model conceptions for the humanstructural interpretation of the sleep structures of the different psychiatric illnesses. Thus the authors have made further progress on their way to use sleep research for processual research in the therapeutic process for the purpose of evaluating the efficiency of therapy (cf. part II in the next issue).

Literatur

Ammon, Günter (1973): Der Traum als Ich- und Gruppenfunktion. In: Dyn. Psychiat. (6) 145—161
— (Hrsg.) (1974): Psychoanalytische Traumforschung (Hamburg: Hoffman u. Campe)
— (Hrsg.) (1979): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
— (1982a): Das sozialenergetische Prinzip in der Dynamischen Psychiatrie. In: *Ammon, Günter* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)
— (1986b): Hirnstrukturen, Unbewußtes und Ich-Strukturologie. In: *Ammon, Günter* (Hrsg.): Hdb. der Dyn. Psychiat., Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)
— (1982c): Identität — ein Geschehen an der Grenze von Raum und Zeit. Zum Prinzip der Sozialenergie. In: Dyn. Psychiat. (15) 114—128
— (1983): Das Prinzip der Sozialenergie im holistischen Denken der Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (16) 169—191
— (1984a): Die Unerreichten — Zur Behandlungsproblematik des Urnarzißmus. In: Dyn. Psychiat. (17) 145—164
— (1984b): Die Bedeutung des Körpers im ganzheitlichen Verständnis der humanistischen Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (17) 339—353
— (1986): Der mehrdimensionale Mensch. Zur ganzheitlichen Schau von Mensch und Wissenschaft. (München: Pinel)
Ammon, G.; Köppen, U.; Hoffsten, M.; Wolfrum, G.; Terpeluk, V.; Vilbig, M.; Hoffmann, H. (1984): Vergleichsuntersuchungen bei Gruppen narzißtisch depressiv und psychosomatisch reagierender Patienten im Schlaf- und Traumlabor in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige. In: Dyn. Psychiat. (17) 165—195
Ammon, G.; Köppen, U.; Hoffsten, M. (1985a): Neue Ansätze zu einem Verständnis von Schlafprofilen unter ontogenetischen Aspekten — eine Pilot-Study aus der humanstrukturologischen Schlafforschung (Teil 1). In: Dyn. Psychiat. (18) 111-133
Ammon, G.; Burbiel, I.; Köppen, U.; Hoffsten, M. (1985b): Neue Ansätze zu einem Verständnis von Schlafprofilen unter ontogenetischen Aspekten — eine Pilot-Study aus der humanstrukturologischen Schlafforschung (Teil 2 — Ergebnisse). In: Dyn. Psychiat. (18) 175—201
Anders, T.F. (1979): Maturation of sleep patterns of the newborn infant. In: *Weitzmann, E.D.* (Ed.): Advances in sleep research, VI. 2 (New York: Spectrum Publications)
Ansseau, M.; Kupfer, D.J. et. al. (1984): REM latency distribution in major depression: Clinical characteristics associated with sleep outset REM periods. In. Biol. Psychiatry (12) 1651—1656
Bauer, W. (1979): Ein experimenteller Beitrag zur Identifikation psychologischer Korrelate des akustisch evozierten Gleichspannungspotentials (Wien: Grund- und Integrativwissenschaftliche Fakultät, unveröff. Manuskript, Universitäts-Bibliothek Wien)
Becker-Carus, Ch.; Heyden, T. (1979): Stress-Wirkungen in Labor- und Realsituationen in Abhängigkeit von REM-Schlaf und psycho-physiologischer Aktivation. In: Zeitschr. f. Exp. und Angew. Psychol. (1) 37—52
Beersma, D.G.; Daan, S.; van den Hoffdakker, R.H. (1986): Distribution of REM latencies and other sleep phenomena in depression explained by a single ultradian rythm disturbance. In: Sleep (2) 126—136
Coons, S.; Guilleminault, C. (1982): Development of sleep-wake patterns and non-rapid eye movement. Sleep stages during the first six months of life in normal infants. In: Pediatr. (6) 793—798
Dement, W.C.; Kleitman, N. (1957): Cyclic variations of EEG during sleep and their relation to

eye movements, body motility and dreaming. In: Elektroencephal. Clin. Neurophysiol. (9) 673—690
Denenberg, V.H.; Thoman, E.B. (1981): Evidence for a functional role for active (REM) sleep in infancy. In: Sleep (2) 185—191
Feinberg, I.; Floyd, T.C. (1979): Systematic trends across the night in human sleep cycles. In: Psychophysiology (16) 283—291
Frank, H. (1976): Vergleich akustisch evozierter Potentiale bei Einfach- und Doppelsignalen sowie langsamer Hirnpotentialänderungen (CNV, Erwartungswelle) in Wach- und Schlafstadien. (Wien: Phil. Fakultät, unv. Manuskript, Univ. Bibl. Wien)
Gaillard, J.M. (1976): Is insomnia a disease of slow-wave sleep? In: Eur. Neurol. (6) 473—484
McGinty, D. (1979): Ontogenetic and clinical studies of sleep state organization and dissociation. In: *Drucker Collins, R.* (Ed.): The functions of sleep. (New York: Academic Press)
Guilhaume, A.; Benoit, O.; Fourmelen, M.; Richardet, J.M. (1982): Relationship between sleep stage IV deficit and reversible HGH deficiency in psychosocial dwarfism. In: Pediatr. RE
Heyden, T. (1983): Der Einfluß von realem Streß auf Schlaf. Eine psychophysiologische Untersuchung. Europäische Hochschulschriften, Reihe 6, Bd. 102 (Frankfurt a.M.: Lang)
Jus, K.; Bouchard, M.; Jus, A. et al. (1973): Sleep EEG studies in untreated long-term schizophrenic patients. In: Arch. Gen. Psychiatry (29) 386
Kupfer, D.J.; Wyatt, R.J.; Scott, J. et al. (1970): Sleep disturbance in acute schizophrenic patients. In: Am. J. Psychiat. (126) 1213
Kupfer, D.J.; Ulrich, R.F.; Coble, P.A.; Jarret, D.B.; Grochinoki, V.; Domon, J.; Matthews, G.; Borbely, A.A. (1984): Application of automated REM and slow wave sleep analysis: II. Testing the assumptions of the two-process model of sleep regulation in normal and depressed subjects. In: Psychiatr. Res. (13) 335—43
Marsen, B. (1982): Neurophysiologische Aspekte der Dynamischen Psychiatrie. In: Ammon, Günter (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)
Mendelson, W.B.; Gillin, J.C.; Wyatt, R.J. (Eds.) (1977): Human sleep and its disorders. (New York: Plenum Press)
Roffwarg, H.P.; Muzio, J.N. and *Dement, W.C.* (1966): Ontogenetic development of the human sleep-dream cycle. In: Science (152) 604—619
Rotenberg, V.S. (1975): Clinical picture and pathogenesis of sleep disturbances. In: Physiology and pathology of sleep in man (Moscow)
Rotenberg, V.S. (1979): Sleep changes in Neurosis. In: Waking and sleeping. (2) 215
Rotenberg, V.S. (1980): Sensitivity, Neuroticism and sleep disturbances: Some controversial problems. In: Waking and sleeping (4) 271—279
Rotenberg, V.S. (1986): The nature of non-linear relationship between the individual's present psychic state and his sleep structure, In: Dyn. Psychiat. (19) 516—524
Rotenberg, V.S.; Arshavsky, V.V. (1979): REM sleep, stress and search activity. In: Waking and sleeping (3) 235—244
Rudolf, G.A.; Schilgen, B.; Tolle, R. (1977): Antidepressant therapy by sleep deprivation. In: Nervenarzt (48) 1—11
Taub, J.M. (1982): Sleep pattern variations as a function of age in effective disorders. In: International Journal of Neuroscience 17 (4) 219—232
Taub, J.M. (1984): Sleep stage transitions and tonic REM in depression. In: International Journal of Neuroscience (24) 245—260
Vein, A.M.; Airopotov, R.G. (1984): Noctural polygraphic studies during the treatment of depressed patients with sleep deprivation. In: Zk. Nevropatol. Psikhiatr. (84) 577—583
Williams, R.L. and *Karacan, J.* (Eds) (1978): Sleep disorders, diagnosis and treatment. (New York: John Wiley and Sons)

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

Ilse Burbiel
Karl-Theodor-Straße 73
8000 München 40

Ulrich Köppen
Erhardtstraße 11
8000 München 5

Margarete Hoffsten
Veldener-Straße 35
8000 München 60

Psychischer Ausdruck im Humanstrukturellen Tanz. Eine Pilot-Study**

Maria Berger (Berlin)*

In der vorliegenden Arbeit stellt Maria Berger erste Ergebnisse einer umfassenden empirischen Untersuchung vor, in der sie den psychischen Ausdruck im Humanstrukturellen Tanz erforscht. Die Autorin grenzt sich sowohl von den einseitig orientierten Körpertherapien als auch von den rein verbal orientierten Psychotherapierichtungen ab, die das wechselseitige Zusammenspiel von Psyche und Körper in ihren Konzeptionen zu wenig berücksichtigen.
Sie sieht im Tanz insbesondere für den psychisch kranken Menschen ein Ausdrucksmittel, das über den Körper einen Zugang zu Gefühlen, Bedürfnissen und zur Phantasiewelt ermöglicht.
Die Autorin skizziert die geschichtliche Entwicklung der Tanztherapie in den USA und in Deutschland und geht auf ihre unterschiedlichen Ansätze ein.
Sie hebt besonders die Integration der Humanstrukturellen Tanztherapie in das umfassende theoretische Konzept der von Günter Ammon entwickelten Humanstrukturologie hervor. Sein ganzheitliches Konzept wird in seinen Grundessentials dargestellt. Aufgrund ihrer eigenen 4-jährigen Erfahrung mit dem Humanstrukturellen Tanz als Co-Therapeutin und selbst als Tänzerin beobachtete sie die therapeutische Wirksamkeit des Humanstrukturellen Tanzes, die sie nun anhand einer empirischen Untersuchung zu überprüfen sucht. Dabei beschreibt sie ausführlich die Grundelemente des Humanstrukturellen Tanzes, den Ammon in den vergangenen fünf Jahren entwickelt hat.
Ihre Kernfrage lautet: Inwieweit verändert sich durch die Teilnahme an der.Humanstrukturellen Tanztherapie der Zugang zum eigenen psychischen Erleben, zur Phantasiewelt und die kreative Ausdrucksmöglichkeit?
Es werden Untersuchungsergebnisse von 3 Patienten, Teilnehmer an der Tanztherapie in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, vorgestellt. Die Daten wurden gewonnen anhand eines offenen Interviews mit ereignisangemessenen Leitfragen und des Thematischen Apperzeptionstests (TAT). Die Datenerhebung erfolgte unmittelbar nach dem ersten Tanz in der Tanzgruppe und wurde wiederholt nach 4 bis 6 Wochen. Die Interviewfragen erfaßten folgende 4 Bereiche: 1) Körperlicher Ausdruck, 2) Zugang zu den eigenen Gefühlen, dem Unbewußten und zur Phantasiewelt, 3) Bezug zur Gruppe, 4) Fähigkeit, Gefühle verbal auszudrücken.
Die Auswertung der Daten wurde qualitativ durch Auflistung und halbquantitativ durch Einstufung auf einer 5-Punkte-Skala durch eine Rating-Gruppe vorgenommen.
Veränderungen konnten vornehmlich festgestellt werden im Bereich Körpererleben, der Zugang zu den eigenen Gefühlen und Phantasien wurde differenzierter, der Bezug zur Gruppe bewußter erlebt. Die Verbalisierungsfähigkeit von Gefühlen verbesserte sich nicht merklich. Die Interviewergebnisse werden durch die Ergebnisse des TAT in einigen Bereichen bestätigt.
Aufgrund der geringen Datenbasis können die Veränderungen nur als Tendenzen interpretiert werden. Das Verdienst dieser Untersuchung ist, einen wichtigen empirischen Beitrag zur Erforschung der Effizienz des Humanstrukturellen Tanzes geliefert zu haben.

»Wenn man lernt offenen Herzens zu singen und zu tanzen, ... so ist das im wesentlichen ein emotionales, psychisches und spirituelles Lernen.«

Katz (1984)

* Psychotherapeutin und Psychoanalytikerin am Berliner Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik und in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige München

** Vortrag gehalten auf dem 5. Weltkongreß der WADP und XVIII. Internationalen Symposium der DAP vom 6.—10. März 1987, München zum Thema »Körper, Geist und Seele«

Es gibt in den letzten Jahren ein immer größer werdendes Angebot von Körpertherapien und eine ebenso steigende Nachfrage. Viele Psychotherapierichtungen, vor allem die rein verbal orientierten sind an ihre Grenzen gestoßen, weil den meisten Patienten auf dieser Ebene alleine nicht geholfen werden kann, denn gerade die schweren Erkrankungen sind in der vorsprachlichen Zeit der psychischen Entwicklung des Menschen entstanden.

Viele Menschen können sich oft verbal gefühlsmäßig nicht ausdrücken, auch der körperliche Ausdruck ist oft eingeschränkt, weil der Bezug zum Körper gestört ist. Es gibt verschiedene Arbeiten zum Thema Wahrnehmung des eigenen Körpers wie z.B. zum Thema »body image«, »body boundary«, »body awareness« oder dem »Körperschema« bei *Schilder, Federn* und auf der empirischen Ebene *Paulus.*

Die Wechselwirkung zwischen Körper und Psyche wurde bereits in der psychosomatischen Medizin erkannt. Gerade dieser Wechselwirkung sollte bei den sich entwickelnden Körpertherapien der letzten Jahrzehnte besonderes Augenmerk gegeben werden. So schreibt *Trudi Schoop* (1981):

»1. Der Mensch tritt durch seinen Körper in Erscheinung; der Körper ist der sichtbare Ausdruck des gesamten Menschen.
2. Geist und Körper stehen in dauernder gegenseitiger Wechselbeziehung, so daß, was vom inneren Selbst erfahren wird, sich im Körper voll auswirkt — und was vom Körper erfahren wird, das innere Selbst beeinflußt.
3. Ob die Gedanken und Gefühle rational oder irrational, positiv oder negativ, zerstreut oder konzentriert sind, angenommen oder verdrängt werden — der innere Zustand verkörpert sich im leiblichen Da-Sein. Er zeigt sich in der Haltung des Körpers, in der Art, wie er zentriert ist, in seinem Rhythmus, seinem Tempo, seinen Lauten, dem Gebrauch von Spannung und Energie, seiner Beziehung zum Raum und seiner Wandlungsfähigkeit. Diese Faktoren bestimmen die Ausdrucksweise des Körpers. Sie bedingen die Art der Bewegung und Fortbewegung.
4. Der Mensch erfährt die Außenwelt durch seinen Körper. Die Sinne informieren ihn über das eigene Sein. Sie sagen dem Menschen, wie er sich fühlt, wer er ist und wo er ist. Durch sein Sehen, Hören, Riechen, Schmecken und Fühlen erfährt er die Welt.
5. In ihrer aufeinander einwirkenden Beziehung bilden Geist und Körper eine Einheit. Ihre Zusammenarbeit gewährleistet die Harmonie des Menschen.«

Im Zusammenhang mit den Körpertherapien hat sich die Tanztherapie erst seit ungefähr 10 Jahren in Deutschland entwickelt. In Amerika wurde sie seit den 40er Jahren praktisch in der Psychiatrie eingesetzt. Vor allem *Marian Chace* und *Trudi Schoop* haben in den USA die Tanztherapie in psychiatrische Kliniken eingeführt und mit schwer psychisch Kranken gearbeitet. In der Tanztherapie geht es darum, Gefühle spontan in Bewegung umzusetzen, einen Bezug zu seinem eigenen Körper zu finden, kreative und neue Möglichkeiten bei sich selbst zu entdecken. Bei den meisten Körpertherapien hingegen geht

es um bestimmte Übungen, mit denen die Wahrnehmung sensibilisiert werden soll, vor allem Spannungen sich lösen sollen und kathartische Effekte ausgelöst werden sollen. Bei der Tanztherapie soll der Tanz als Ausdrucksmittel von Gefühlen, Zuständen und Bedürfnissen zu sehen sein, mit einem Mitteilungsbedürfnis, das alle Menschen haben (vgl. *Willke* 1978).

Alle Pioniere der Tanztherapie waren selbst Tänzer und haben sich erst im Laufe ihrer Arbeit um die theoretische Untermauerung ihres Ansatzes bemüht. Von den verschiedenen Tanztherapierichtungen seien folgende zu erwähnen: die tanztherapeutische Arbeitsweise nach *Marian Chace* sowie *Lilian Espenak,* die sich an die *Adler*'sche Theorie anlehnt, *Mary Whitehouse,* die von *Jung* beeinflußt ist, *Penny Bernstein,* die vor allem nach Methoden der Gestalttherapie arbeitet, aber auch von *Jung* beeinflußt ist, und *Elaine Siegel,* die freudianisch orientiert ist.

Allen Tanztherapierichtungen gemeinsam ist, daß sie von dem spontanen Bewegungsverhalten des Patienten im Tanz ausgehen, das in der amerikanischen Literatur als basic dance bezeichnet wird. »Basic dance is the externalisation of these inner feelings which cannot be expressed in rational speech but can only be shared in a rhythmic, symbolic action.« (*Chace* 1975)

Alle Ansätze betonen die enge Verbundenheit von körperlichem und seelischem Ausdruck. Als eine hauptsächliche Wurzel der Tanztherapie kann man den Ausdruckstanz sehen, wie er vor allem in den 20er Jahren in Deutschland von *Rudolf von Laban* und *Mary Wigman* entwickelt wurde. Das Problem aller Tanztherapierichtungen ist es, daß sie Gefahr laufen, eklektisch zu sein, da ihnen eine echte Integration in ein theoretisches Konzept fehlt.

Die humanstrukturelle Tanztherapie hingegen, die *Ammon* seit fünf Jahren entwickelt hat, ist eingebettet in sein theoretisches Konzept der Humanstrukturologie, mit ihren Grundlagen von Sozialenergie, einer Positiv-Definition der nicht-bewußten Persönlichkeit und ihren Humanstrukturen und -funktionen in Verbindung zur Hirnforschung und den Erkenntnissen der Dichotomie, der Androgynität und damit verbundenen Sexualstruktur des Menschen, der Spektraltheorie mit dem ganzheitlichen Persönlichkeitsverständnis und seiner integrierten bzw. bei Krankheit desintegrierten Mehrdimensionalität und der Bedeutung von Gruppe und sozialenergetischen gruppendynamischen Feldern (*Ammon,* 1979, 1982, 1986).

»Die Humanstrukturologie wurde entwickelt mit einem Verständnis eines beständigen prozeßhaften Wechselspiels von konstruktiv, destruktiv und defizitär beeinflußten und entwickelten Humanfunktionen, d.h. primär biologischen, zentral nicht bewußten Funktionen von menschlichem Ausdruck und die Funktionen von Verhalten, Können, Denken, Arbeiten und Lieben« (*Ammon* 1986). Die wesentlichsten zentralen Humanfunktionen sind das Körper-Ich, die Angst, Aggression, Kreativität, Ich-Abgrenzung nach innen und nach außen, Narzißmus, konzeptionelles Denken, Sexualität, Phantasie- und Traumfähigkeit und Kontakt- und Gruppenfähigkeit, wobei die Gesamtheit der Humanfunktionen die Identität des Menschen ausmacht. Die gesamte Ent-

wicklung der Humanfunktionen beruht auf dem sozialenergetischen Konzept *Ammons* (*Ammon* 1982, 1986).

Es wird hier die uralte Auffassung der Einheit des Menschen von Körper, Geist und Seele im Rahmen des Paradigmenwechsels von Medizin und Wissenschaft vertreten und konsequent vollzogen.

Bei der humanstrukturellen Tanztherapie findet ein ständiges Wechselspiel zwischen bewußt und unbewußt, Individuum und Gruppe, weiblich und männlich, gesund und krank statt, wobei das Therapieziel die Integration der verschiedenen Dimensionen in die Identität des Menschen ist.

Bei der humanstrukturellen Tanztherapie handelt es sich um eine intensive Körpertherapie. Grundlegend ist dabei:

— der spontane einzelne Tanz
— die Körper- und Bewegungssprache des Einzelnen mit selbstgewählter Kleidung,
— mit Musik und ohne Musik bzw. mit Trommeln
— und die Gruppenmeditation, mit oder ohne Eingaben am Beginn und ohne Eingaben am Ende als meditativer Abschlußtanz der Gruppe.

Das sozialenergetische Feld ist von hoher Bedeutung für die Ausdrucksmöglichkeiten des einzelnen Tänzers. Der spontane und überraschende Tanz des Einzelnen hat auch eine kreativierende und heilende Wirkung auf die Mitglieder der Tanzgruppe, ähnlich den Heiltänzen der Sufis (*Güvenc* 1986) und der Kungs (*Katz* 1985). Die Mitglieder der Gruppe dagegen geben dem einzelnen Tänzer nach seiner Darstellung das wichtige Feedback (vgl. *Ammon* 1985).

Die humanstrukturelle Tanztherapie ermöglicht jenseits der verbalen Sprache durch den integrierenden Selbstausdruck des Tänzers ein Identitätswachstum und freieres Fließen des Synergismus zwischen Körpererleben, Fühlen und Denken (*Ammon* 1986). Der Tänzer kann im geschützten Raum der Gruppe sich selbst ausdrücken, sein Körper-Ich und seine Körper-Grenzen durch die Bewegung im Raum erfahren und durch seine Körpersprache und seine Ausstrahlung Kontakt sowohl zu sich als auch zur Gruppe aufnehmen. Im Tanz kann der Patient in der Tanztherapiegruppe sein Ideal-Ich und verschiedene Identifikationsmöglichkeiten non-verbal ausdrücken und erhält nach dem Tanz durch das Feedback der Gruppe Sozialenergie, die ihm ermöglicht, sein Real-Ich zu verändern. Das ganzheitliche Erleben beim Tanz findet statt durch das Zusammenspiel von Körper — im Spiel der Muskeln — und der Psyche durch die Umsetzung der Musik in Bewegung (vgl. *Ammon* 1986).

Seit ungefähr vier Jahren bin ich Co-Therapeutin in der humanstrukturellen Tanztherapiegruppe der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, die von *Ammon* geleitet wird, und seit einigen Jahren auch Co-Leiterin der Münchener und Berliner Tanzgruppen, bei Wochenend-Veranstaltungen und Klausur-Tagungen und tanze selbst in den jeweiligen Tanzgruppen mit.

Die Tanztherapiegruppe ist eingebettet in das ganze therapeutische Netz der Klinik. Die Patienten haben ein breites Spektrum an Therapiemöglichkeiten

zur Verfügung — wie Reit-, Mal-, Theater-, Musik-, Gruppen- und Einzeltherapie, Projektgruppen usw. — und leben in einer sogenannten Milieu- oder Lebensgruppe zusammen, mit der sie den ganzen Tag gestalten. Die Tanztherapie wurde speziell von *Ammon* für die Patienten, die er als die sogenannten »unerreichten« Patienten bezeichnet, entwickelt, die auf der verbalen Ebene keinen Zugang zu ihren Gefühlen, Phantasien, Wünschen und Bedürfnissen bekommen konnten, dadurch unverstanden, einsam und in ihrer Persönlichkeit unverändert blieben.

Eine Tanztherapiesitzung sieht folgendermaßen aus: Zu Beginn meditiert die ganze Gruppe in Form von freier Meditation oder mit Eingaben von *Ammon* auf der Grundlage des Autogenen Trainings nach *J.H. Schultz* und nach Wunsch der Teilnehmer mit Eingaben zur Chakren-, Körper- und Identitätsmeditation. Die Meditation findet immer mit Meditationsmusik statt. Danach tanzen die einzelnen Patienten zu selbstgewählter Musik und mit selbstgewählter Kleidung in freiem Ausdruck in der Mitte der Gruppe. Die Tänzer können sich auch ohne Musik oder zu Trommeln oder zu Gesang oder Summen ausdrücken. Nach jedem Tanz diskutiert die Gruppe mit dem Tänzer seinen Tanz, wobei es von besonderer Wichtigkeit ist, welche Gefühle und Erlebnisse der Tänzer während des Tanzes hatte und wie ihn die Gruppe erlebte. Bei jeder Tanzsitzung werden Videoaufnahmen gemacht, so daß die Patienten ihren Tanz auch noch nach den Sitzungen auf Video sehen können. Dies löst weitere Prozesse aus. Im Gegensatz zu einigen anderen Tanztherapieansätzen wird auf vorgegebene Übungen verzichtet. Am Schluß der Tanzsitzung tanzt die ganze Gruppe einen meditativen Abschlußtanz.

Durch meine eigene 4jährige Erfahrung in der Tanztherapie konnte ich die deutlichsten Veränderungen in folgenden Bereichen des psychischen Erlebens feststellen:

1. Entwicklung von Vertrauen und Selbstvertrauen in der Gruppe,
2. mehr Zugang zu unbewußten Konflikten und Gefühlen auf der nonverbalen Ebene als Wegbereiter zur verbalen Kommunikation,
3. besseren Zugang zu den eigenen Phantasien durch den Ausdruck und die Vergegenständlichung auf der Bewegungsebene im geschützten Raum der Gruppe,
4. mehr Kontaktfähigkeit,
5. Integration einzelner, zuvor als getrennt erlebter Körperteile; Begegnung mit dem eigenen Körper und Erweiterung des Bewegungsausdrucks.
6. Durch die Tanztherapie können unbewußte Bereiche im körperlichen Ausdruck erreicht werden, die in einer nur verbal orientierten Therapie nicht erreicht werden können.

Nach Studium der Literatur ist bei den bisherigen Untersuchungen der Bereich der unbewußten Gefühlsebene und der Phantasie zu wenig berücksichtigt. Die vorhandenen empirischen Arbeiten über die Tanztherapie kommen ausschließlich aus Amerika. Sie untersuchen hauptsächlich nur den Körper und die Bewegungsabläufe und berücksichtigen weniger das psychische Erle-

ben der Patienten auf den verschiedenen Ebenen, sowie die Veränderungsmöglichkeiten und die Verbalisierungsmöglichkeiten der Gefühle. Es gibt verschiedene empirische Arbeiten, die von dem *Effort/Shape*-System nach *Laban* ausgehen, das von *Irmgard Bartenieff* in die Tanztherapie eingeführt wurde und wodurch sämtliche Einzelheiten der Bewegung erfaßbar werden. Dies hat besondere Bedeutung für die Diagnostik und die empirische Forschung, ist jedoch in der Praxis von geringerem Wert, da sie die innere Befindlichkeit des Tänzers nicht miteinschließt (*Hargadine* 1974).

Als weitere Untersuchungen wären zu erwähnen: *Schmais* (1981) untersucht die Prozesse der Gruppe in einer Tanztherapiegruppe, *Johnson, Sandel* und *Bruno* (1984) versuchen in zwei Tanztherapiesitzungen die Effektivität von Gruppenstrukturen für verschiedene Diagnosegruppen wie Schizophrenie, Charakterdisorder und normale Gruppen durch Bewegungsspiele herauszufinden. *Mc Carthy* (1973) wendete den Draw-A-Person-Test an, um bei 8 psychiatrischen Patienten, die zwei Monate an einer Tanztherapie teilnahmen, den Unterschied in der Körperwahrnehmung vor der Tanztherapie und nach der Periode von zwei Monaten festzustellen.

Die Fragestellung meiner Untersuchung ist, inwieweit in einem bestimmten Beobachtungszeitraum der Zugang zu psychischem Erleben und zur Phantasiewelt und die kreative Ausdrucksmöglichkeit sich durch die Teilnahme an der humanstrukturellen Tanztherapie verändert hat oder nicht. Dabei konzentriere ich mich hauptsächlich auf vier Bereiche:

1. den körperlichen Ausdruck, d.h. körperliches Selbstwertgefühl und Bewegungsmöglichkeiten,
2. den Zugang zu den eigenen Gefühlen und die Äußerungsfähigkeit dieser Gefühle vor, während und nach dem Tanz, sowie den Zugang zum Unbewußten und zur Phantasiewelt,
3. den Bezug zur Gruppe und
4. die Fähigkeit, Gefühle verbal auszudrücken, auch im Zusammenhang mit der verbalen Therapie, d.h. der formalen Gruppentherapie.

Die untersuchte humanstrukturelle Tanzgruppe umfaßt 30 Patienten, d.h. jeder zweite Patient der Klinik nimmt daran teil. Im Prinzip kann jeder teilnehmen, außer Patienten, die zu starke Gruppenängste haben. Viele Patienten bezeichnen die Tanztherapie als ihre wichtigste Gruppe in der Klinik. Es sind alle Diagnosen und Altersgruppen vertreten, die Länge des Aufenthalts der Patienten ist ebenfalls unterschiedlich. Es ist oft ein enormer Unterschied, die Patienten in der Tanztherapie zu erleben und im Vergleich dazu in anderen Gruppen der Klinik. Die Gruppe besteht seit 4 Jahren und wird von *Ammon* und mir geleitet. Untersucht werden soll eine Auswahl von 10 Patienten aus dieser Gesamtgruppe und zwar zweimal in einem Abstand von drei Monaten. Die erste Untersuchung findet nach dem ersten Tanz in dieser Gruppe statt, wobei die Untersuchten unterschiedlich lange an der Gruppe teilgenommen haben können; die Wiederholungsuntersuchung ist dann drei Monate danach. Auch in dieser Untersuchungsgruppe sind alle Diagnosen und Altersgruppen

vertreten.

Da das gefühlsmäßige Erleben während des Tanzes sehr schwer zu erfassen ist, erschien es mir sinnvoll, ein offenes Interview mit Leitfaden, in dem die für die Fragestellung wichtigen Themenblöcke festgelegt wurden, als Hauptuntersuchungsinstrument und als weiteres Untersuchungsinstrument einen projektiven Persönlichkeitstest, den TAT, einzusetzen. Ein offenes Interview kommt einem natürlichen Gespräch am nächsten. Die oder der Befragte wird nicht auf eine begrenzte Anzahl von Antwortalternativen festgelegt und der Befrager kann über die Reihenfolge der Themenblöcke und die Frageformulierungen frei entscheiden. Da es sich bei dem Interview um das Erkunden der subjektiven Erfahrungen zu einem umrissenen Ereignis, d.h. in diesem Falle dem Tanz, handelt, spricht man hier von einem fokussierten Interview mit ereignisangemessenen Leitfragen (*Merton/Kendall* in *Hopf/Weingarten* 1979). Die Themenblöcke des Interviewfadens sollten keinen Ausschließlichkeitscharakter haben, die Patienten sollten die Gelegenheit haben, auch von mir nicht vorgesehene Aspekte einzubringen.

Interviewleitfaden

Alter
Beruf
Familienstand
Vorbehandlungen
Frühere Erfahrungen mit Körpertherapien
Wie lange in der Klinik
Wie lange in der Tanztherapie
Welche zusätzlichen Therapien, Medikamente
Wie lange schätzen Sie Ihren Klinikaufenthalt noch ein
Warum sind Sie in die Tanztherapie gegangen

1. Erzählen Sie mir über Ihre Erlebniss bei Ihrem heutigen Tanz
2. Erzählen Sie, wie Sie Ihren Körper während des Tanzes erlebt haben
   a) Heute haben Sie sich so angezogen; ziehen Sie sich immer so an
   b) Wie würden Sie sich am liebsten anziehen
   c) Was mögen Sie an Ihrem Körper und was nicht
   d) Haben Sie zu bestimmten Körperteilen ein besonderes Gefühl
   e) Wie wurde mit Ihrem Körper in der Kindheit umgegangen
   f) Wie erleben Sie das, wenn Sie von der Gruppe angesehen werden. War Ihnen das wichtig
3. Wie haben Sie die umgebende Gruppe heute bei Ihrem Tanz erlebt.
   a) Was haben die einzelnen heute in der Gruppe zu Ihnen gesagt
   b) Was hat der Therapeut zu Ihnen gesagt
   c) Stimmte das mit dem, was Sie selbst erlebt haben, überein. Oder was waren die Unterschiede
   d) War Ihnen heute in der Gruppe jemand wichtig. Warum
   e) Wie geht es Ihnen in anderen Gruppen
4. Erzählen Sie über Ihre Phantasien und Gefühle, die Sie heute während des Tanzens hatten
   a) Wie fühlten Sie sich vor Ihrem Tanz
   b) nach Ihrem Tanz
   c) Wie war heute die Meditation für Sie
   d) Haben Sie Bilder gesehen. Wenn ja, wie wichtig waren diese für Sie
   e) Haben Sie beim Tanzen heute Bilder erlebt

f) Wie haben Sie heute die Musik ausgewählt und wie haben Sie sie heute während Ihres Tanzes empfunden
g) Wie wirkten heute die Tänze der anderen auf Sie
h) Haben Sie heute erlebt, daß Sie Gefühle ausdrückten, die Sie vor dem Tanz nicht spürten. Erzählen Sie darüber
i) Haben Sie in diesem Tanz bestimmte Ereignisse und Gefühle wiedererlebt, die Sie aus der Vergangenheit kennen
j) Sind bei Ihnen Gefühle und Phantasien aufgekommen, die Sie überrascht haben
k) War dieser Tanz unterschiedlich zu Ihrem letzten Tanz. Was war der Unterschied
l) Gibt es Momente oder Situationen, die Ihnen durch die Tanztherapie leichter fallen als vorher

5. Könnten Sie über Ihre Gefühle nach dem Tanzen sprechen. Warum fällt es Ihnen schwer.
a) In welcher Situation ist es Ihnen wichtig, über Ihre Gefühle zu sprechen
b) Können Sie die Erlebnisse aus der Tanztherapie in der Gruppen- und Einzeltherapie mitteilen. Warum
c) Können Sie alles, was Sie beim Tanzen empfunden haben, in Worte ausdrücken. Geht es Ihnen immer so
d) Was ist nach Ihrer Erfahrung der wirksamste Unterschied zwischen Tanztherapie und Gruppentherapie
e) Freuen Sie sich schon auf die nächste Tanzsitzung. Warum.

Dieser Vortrag entstand im Rahmen einer größer angelegten Untersuchung für meine Diplomarbeit an der Technischen Universität in Berlin. Da die hier vorliegende Stichprobe relativ klein ist, können Tendenzen aufgezeigt, aber keine endgültigen Aussagen gemacht werden. Im Rahmen einer Voruntersuchung liegen die Daten von drei Patienten vor, wobei die Zeitspanne zwischen den Untersuchungen vier bis sechs Wochen beträgt statt drei Monate. Die Interviews dauerten im Durchschnitt eine 3/4 Stunde; als Struktur diente, wie bereits erwähnt, der Interviewleitfaden mit vier Themenkomplexen. Zu jedem Themenkomplex gab es eine Leitfrage, bei der der Patient den Raum hatte, soviel zu erzählen wie möglich, wie z.B.: »Erzählen Sie mir über Ihre Erlebnisse bei Ihrem heutigen Tanz«, oder im Bereich Körpererleben: »Erzählen Sie, wie Sie Ihren Körper während des Tanzes erlebt haben«. Bei Bedarf wurden noch einzelne Zusatzfragen gestellt. Zusatzfragen im Bereich Körper waren z.B. Fragen nach der Kleidung, nach dem Körpererleben, Akzeptanz des Körpers, außerdem wurde noch nach Kindheitserinnerungen zum Umgang mit dem Körper gefragt. Im Bereich Gruppen wurde vor allem nach dem Erleben der Gruppe und nach dem Kontakt zu den anderen Gruppenmitgliedern gefragt; im Bereich Phantasien und Gefühle wurde auf den Zusammenhang mit Meditationserlebnissen und nach Konflikten und Gefühlen, die spontan erlebt wurden und die reaktiviert wurden, eingegangen.

Die Interviews fanden direkt im Anschluß an die Tanztherapiesitzung statt. Die Auswertungen der Interviews wurden anhand eines Interviewauswertungsbogens mit 64 Items vorgenommen. Ein Teil der Items wurde qualitativ ausgewertet mit Auflistung; narrative Passagen wurden transkribiert; der andere Teil der Items wurde halbquantitativ ausgewertet. Dazu wurde jeweils eine 5-Punkte-Skala entwickelt, nach der die Aussagen der Patienten aufgrund des Tonbandprotokolls von einer zwei Personen umfassenden Ratinggruppe eingestuft wurden. Ein Rating-Item zur Körperlichkeit war z.B. »Unzufrie-

denheit mit dem eigenen Körper«, wobei die Skala 1 Ekel und Ablehnung des Körpers bedeuten sollte, Skala 3 lehnt Teile des Körpers ab, und Skala 5 bedeutet freundliches Körpergefühl, rundum zufrieden mit seinem Körper. Bei dem Rating-Item »Wurde die Gruppe beim Tanz gespürt« ging die Skala von »überhaupt nicht gespürt« bis »sehr intensiv gespürt«. Das Rating über Gefühle und Phantasien reichte von keiner Schilderung von Gefühlen bis zu stark erlebten Gefühlen und ausführlicher Schilderung der Gefühle.

Die Operationalisierungen der einzelnen zu ratenden Items wurden zusammen mit der Ratinggruppe erarbeitet. Den Schluß des Auswertungsbogens bildete eine Interviewbeurteilung, bei der noch einmal drei Ratings zur Gesprächsatmosphäre und zum Gesprächsverlauf eingestuft wurden. Um die Ergebnisse von anderer Seite zu verifizieren, wurde ein projektiver Persönlichkeitstest, der TAT, verwendet, der ebenfalls Gefühle und Phantasien bei den Versuchspersonen hervorruft. Der Thematische Apperzeptions-Test von *Morgan* und *Murray* erschien 1935 aus dem Bedürfnis heraus, sich ein Hilfsmittel zur Exploration im Rahmen klinischer Untersuchung zu schaffen, welches das erkundende Gespräch mit solchen Patienten erleichtern sollte, die Rat und Tat suchen, ihre Leiden, Probleme und Konflikte nur schwer und unklar ausdrücken können (vgl. *Revers* 1958). Dem Test war die Annahme zugrunde gelegt, daß jede Person, die eine mehrdeutige mitmenschliche Situation zu verstehen und zu gestalten sucht, in ihrer Auffassungsweise etwas von ihrer eigenen inneren Welt preisgibt, speziell die ihr subjektiv bedeutsamen »Themen ihres Erlebens«. Die Sichtweise der Persönlichkeit beim TAT stützt sich auf psychoanalytische Konzepte. Bei dem Test werden dem Probanden 20 Bildertafeln vorgelegt, wobei er zu jeder Tafel eine fünfminütige Geschichte in einer freien Phantasieatmosphäre erzählen soll. Eine Tafel ist davon ohne Bild, zu der sich der Proband selbst ein Bild ausdenken soll.

Der Test wurde im Zusammenhang mit der Tanztherapieuntersuchung nicht wie üblich im Sinne einer Persönlichkeitsgesamtdiagnostik verwendet bzw. zur Erhellung der unbewußten Konfliktdynamik im freudianischen Sinne, wie der Testautor dies vorschlägt. Eine Verwendung des Testes im Rahmen eigener Fragestellung ist allerdings möglich. Der Test wurde von mir den Patienten in vorgeschriebener Weise vorgelegt, jedoch wurden von den 20 vorgesehenen Bildern 10 geeignete ausgewählt, die mir für die Fragestellung besonders ergiebig erschienen. So habe ich Bilder nach dem Aspekt der Körperlichkeit, dem Beziehungsaspekt, der Phantasie- und der Gefühlsebene ausgewählt.

Die Auswertung des TAT bestand wie beim Interview aus einem qualitativen Teil, in dem die Thematik und die Konfliktbereiche und sonstige Besonderheiten mit Auflistung und Beschreibung festgehalten wurden, und aus einem halbquantitativen Ratingteil mit 38 Items pro gefühlsmäßigem Erleben, Zugang zu den eigenen Gefühlen, Identifikationsmöglichkeiten mit den Hauptpersonen, sowie die Fähigkeit, Gefühle und Phantasien mitzuteilen und zu äußern und auch im Hinblick auf das gefühlsmäßige Erleben des Kontaktes zur

Umwelt ausgewertet. Des weiteren waren Ratings für das Erzählverhalten, die Erzählweise und die Öffnung zum Unbewußten vorgesehen. Es sollten besonders Tendenzen in den Gefühlsbereichen Angst, Aggression, Sexualität, Autonomiestreben, Konfliktfähigkeit, Kontaktfähigkeit, Grundstimmungen und die Identität ersichtlich werden. Die Ratingskalen wurden ebenfalls von 1-5 festgelegt. Bei dem Item »Grundstimmung des Helden« z.B. bedeutete die Skala 1 sehr traurig, verzweifelt und Skala 5 glücklich, zufrieden. Beim Item Angsterleben bedeutete 5 keine Angst, Verleugnung und Verharmlosung von Angst, überhaupt kein Angstempfinden trotz bedrohlicher Situationsschilderung und Skala 1 keine oder schwache Verleugnung, adäquate Mitteilung von Angstgefühlen. Bei der Wahrnehmung von Körper und Beweglichkeit war Skala 1 Körperfeindlichkeit und keine Wahrnehmung des Körpers, und 5 starkes, freundliches und lustvolles Erleben von Körper und Beweglichkeit. Die Skala 3 bedeutete bei allen Items den mittleren Bereich, d.h. teils-teils. Der Test wurde einen Tag nach der Tanzgruppe mit den Patienten gemacht.

Zunächst möchte ich die drei hier vorgestellten Patienten und ihre Tänze beschreiben, die sich für die Untersuchung zur Verfügung gestellt haben und die in diesem Rahmen ausgewertet wurden. Bei den Patienten handelt es sich um zwei Männer und eine Frau im Alter von 20, 49 und 56 Jahren. Frau L. ist eine 56-jährige Frau mit gepflegter äußerer Erscheinung und wirkte freundlich und kontaktsuchend. Sie äußerte im Vorgespräch mit mir den Wunsch, Mitarbeiterin zu werden, wirkte aber sehr traurig und verzweifelt auf mich. Sie hatte bereits viele Erfahrungen mit verschiedenen Körpertherapien gemacht und erzählte mir, daß sie sehr gerne tanzen würde. Sie litt an Aerophagie mit starken Verdauungsstörungen, die den Kontakt zu ihr sehr erschwerten. In der Zeit vor dem Klinikaufenthalt konnte sie ihre Realitäten nicht mehr bewältigen. Eine depressive Grundstimmung mit psychosomatischen Beschwerden war bei ihr vorherrschend.

Sie kam zur Tanztherapie, nachdem sie drei Tage in der Klinik war und noch sehr wenig Kontakt zu den Mitpatienten hatte. Sie tanzte gleich während der ersten Sitzung, an der sie teilnahm. Sie tanzte in Straßenkleidung und ließ sich Musik von Mitgliedern geben. Sie wirkte körperlich eingeengt, zeigte aber in den Bewegungen Ansätze, aus der Starrheit herauskommen zu wollen. Sie tanzte mit geschlossenen Augen, wirkte nach innen gekehrt und nahm keinen Kontakt zur Gruppe auf. Sie selbst sagte nach dem Tanz im Interview: »Ich habe ja nun teilweise sehr langsam getanzt, ja, ich hatte also Mühe, auf den Beinen zu bleiben, die Knie wackelten zum Teil und ich war sehr in mir. Ich habe mein inneres Licht gespürt und habe so in mir Kontakt gehabt; ich habe zwar irgendwann gemerkt, daß ich der Gruppe den Rücken zukehrte, das war mir furchtbar peinlich, in dem Moment kriegte ich einen sehr großen Schrecken . . . (Räuspern) . . . Ich hatte also auch starke Schmerzen, mir gings also gesundheitlich denkbar schlecht, auch ein starker Schmerz am Fuß und dann ganz furchtbare Kopfschmerzen, das hat mich also auch ein Stück blockiert, also auch der ganze Bauch — es waren irgendwie sehr starke Span-

nungen . . .« Das zweite Interviews führte ich mit ihr ca. 6 Wochen danach durch, nachdem sie ihren 3. Tanz getanzt hatte. Bei diesem Tanz war sie festlich gekleidet mit langem Kleid und tanzte nach selbstgewählter Musik, nämlich nach Mozarts Kleiner Nachtmusik. Sie konnte sich beim Tanzen den ganzen Gruppenraum nehmen und konnte sich viel freier bewegen, obwohl sie körperlich immer noch starr wirkte. Sie tanzte mit offenen Augen, nahm aber keinen direkten Kontakt zu jemandem in der Gruppe auf. Sie konnte aber spielerisch ihr Ideal-Ich, eine vornehme Frau zu sein, ausdrücken. Sie selbst erzählte im Interview nach dem Tanz, daß sie sowohl Traurigkeit als auch Freude gespürt hätte, daß sie manchmal in sich hineingetanzt hätte und manchmal in die Weite. Sie habe sehr stark ihren Körper gespürt, aber besonders Spannungen und Stauungen im Bauch und hätte sich zu dick gefühlt.

Herr B. ist 49 Jahre alt und ohne Berufsabschluß. Er macht seit 1979 Therapie, hatte schon einmal einen Klinikaufenthalt hinter sich und weilt seit 8 Monaten erneut in der Klinik. Seit dieser Zeit nimmt er auch an der Tanztherapie teil, in der er aber die ganze Zeit nicht getanzt hatte. In seiner äußeren Erscheinung wirkte er zwar körperlich starr, war aber ordentlich und gut gekleidet. Er war sehr schlank und hatte ein weiches, trauriges Gesicht. Er strahlte auch im ganzen eine große Traurigkeit und innere Leere aus. Er bekam auch seit kurzer Zeit Medikamente. Er hatte keinerlei Vorerfahrungen mit Körpertherapien, da dies ihm große Angst machte. Bei seinem ersten Tanz nach klassischer Musik konnte er sich vorsichtig im Kreis bewegen, wirkte körperlich aber doch sehr unbeweglich und starr, und die Arme waren am Körper herunterhängend. Im ganzen hatte er jedoch eine weiche, traurige und auch liebenswerte Ausstrahlung, was auch für die Gruppe spürbar war. Er selbst erzählte mir im Interview, daß er überrascht und berührt sei, daß er getanzt habe und es mache ihn sehr glücklich. Er spürte seine große Angst, in die Mitte der Gruppe zu gehen, hätte aber sehr viel Unterstützung von einer Mitpatientin gehabt. Er sei sehr berührt und könne wenig über seinen Tanz sprechen. Nach dem Tanz hätte er sich aber viel lebendiger gefühlt und er hätte jetzt Mut zu weiteren Schritten.

Bei seinem zweiten Tanz wirkte er noch spürbarer in seiner Traurigkeit, er hatte eine noch etwas weichere Ausstrahlung als beim ersten Tanz und konnte sich auch einmal mit seinen Armen öffnen. Im Interview danach konnte er, obwohl er sich selbst etwas freier und leichter beim Tanz erlebt hatte, noch weniger über seine Gefühle während des Tanzes sprechen. Es wurde aber deutlich, daß er sich selbst und seine Traurigkeit gespürt hatte und er noch mehr die Gruppe als angenehm empfand.

Herr O. ist ein junger Mann von 20 Jahren, der sein technisches Studium abgebrochen hatte. Er hat ebenfalls keine körper-therapeutischen Erfahrungen, hatte sich vorher schon einmal in herkömmlicher psychiatrischer Behandlung mit Medikamenten befunden, die er im Moment in sehr geringer Dosis weiterbekam. Zum Zeitpunkt des ersten Interviews weilte er zwei Wochen in der Klinik; er kam in klinische Behandlung wegen seiner Angstzustände und we-

gen Störungen in seiner psychosexuellen Identität. Herr O. trägt halblange Haare, die zum Teil sein Gesicht verdecken, er ist lässig, fast nachlässig gekleidet. Er lächelt sehr oft freundlich und bemüht, und, obwohl er eine offene freundliche Kontaktaufnahme hat, wirkt er doch ängstlich, scheu und etwas zurückgenommen. Man kann sich sehr gut und phantasievoll mit ihm unterhalten; er sei aber seinen Gefühlen sehr fern, berichtet er selbst. Manchmal ist er auch durch leises Sprechen und Nuscheln nicht deutlich zu verstehen. Bei seinem ersten Tanz wählte er moderne rhythmische Musik, zu der er sich sehr freudig und freundlich, aber in großem Abstand zur Gruppe mehr hüpfend bewegte. Sein Gesicht war vom Haar größtenteils bedeckt und er wirkte eher zurückhaltend. Er selbst sagte zu seinem Tanz, es wäre ein erhöhendes Gefühl gewesen, in der Mitte zu stehen, er habe sich darüber gefreut, die Bewegungen seien von selbst gekommen, viel Angst sei dabeigewesen. Er habe die Augen geschlossen, um sich auf die Musik konzentrieren zu können. »Es war etwas sehr Schönes, aber richtig befreiend war es noch nicht, aber ein gewisser Ausdruck meiner selbst.« Er habe sich auch nicht speziell angezogen, er wisse auch gar nicht, wie er sich anziehen wolle.

Das zweite Interview führte ich nach vier Wochen nach seinem dritten Tanz durch. Bei diesem Tanz tanzte er zu Trommelmusik; er hatte sich extra für den Tanz umgekleidet. Er konnte sich bereits viel freier ausdrücken und mit der Gruppe Kontakt aufnehmen. Seine Bewegungen waren zwar noch sehr ähnlich, aber unterstützt von der Gruppe, die zum Teil mitklatschte, konnte er sich intensiver und mit Freude bewegen und die Distanz zur Gruppe verkürzen. Er selbst sagte nach der Gruppe im Interview, daß er viel Freude, aber auch viel Angst erlebt habe. Die Musik hätte ihn fröhlich gemacht, aber er habe gespürt, welche Angst ihm die Gruppe mache, er hätte sich zwingen müssen , auf die Leute zuzugehen. Die Meditation sei ihm vor dem Tanz das erste Mal wichtig geworden; er hätte ein herrliches Gefühl der Wärme gehabt. Körperlich hätte er sich zeitweise gut beweglich gefühlt, hätte aber Angst, seinen Körper der Gruppe zu zeigen. Er habe sich teilweise gewünscht, den Körper einer Frau zu haben.

Bevor ich die Auswertung der Interviews und der TATs darstelle, möchte ich kurz auf die Diskussion über die qualitative und quantitative Forschung eingehen.

In der psychotherapeutischen Forschung hat sich herausgestellt, daß viele unserer Forschungsmethoden nicht adäquat sind, um die Schwierigkeiten und Feinheiten der therapeutischen Prozesse zu erfassen. Besonders die quantitativ-analytische Forschung, die nach generellen Aussagen sucht, reduziert die Therapie auf das Uneigentliche. Die Kritik an der Experimentalforschung kommt besonders aus den Richtungen der kritischen Theorie (*Adorno* 1972), aus marxistischer Sicht (*Berger* 1980), von der Aktionsforschung (*Horn* 1979) und als Ergebnis sozialpsychologischer Analysen des Experiments (*Mertens* 1973, *Bungard* 1980). *Gsettner* (1979) kritisiert, daß der experimentelle Methodiker seinem Beobachtungsobjekt den speziellen menschlichen Status ab-

spricht. Besonders die Betonung der Subjektivität der Patienten (*Kwiatkowski* 1980) war wesentlich für die Anwendung qualitativer Methoden. Folgende Grundsätze gelten nach *Köckeis-Stangl* (1980) für die qualitative Forschung:

1. Der Forscher hat als Person in die zu erforschende Lebenswelt einzutauchen und diese mitzuerleben.
2. Er hat diese zu Zwecken seiner Diagnostik nicht zu strukturieren, nicht umzuwandeln, nicht zu zerstören.
3. Er hat Zeugnisse aus dieser Lebenswelt zusammenzutragen und diese im nachhinein zu interpretieren.

Eine genaue Aufteilung in quantitative und qualitative Forschung ist aber nicht immer möglich. Bereits *Schütz* (1972), der als einer der Väter der qualitativen Forschung gilt, weist auf den Zusammenhang beider Forschungen hin (vgl. *Wiedemann,* unveröffentlichtes Manuskript).

Im folgenden sollen die qualitativen und quantitativen Ergebnisse der Interviews mit den drei beschriebenen Patienten, wobei ich auf die untersuchten Bereiche eingehe, dargestellt werden. Bei der Auswertung des qualitativen Teils ergab sich folgendes: Im Bereich Körpererleben hatten alle drei Patienten beim ersten Interview ein schlechtes Körpergefühl. Z.B. sagte Herr O.: »Zu meinem Körper habe ich noch keinen Zugang«, Frau L. klagte über ihre Schmerzen, und Herr B. fühlte sich steif. Beim zweiten Interview gehen alle drei Patienten differenzierter auf diesen Bereich ein und ein stärkeres gefühlsmäßiges Erleben des Körpers wird sichtbar. Z.B. wundert sich Herr B., daß er seinen Körper leichter empfunden hatte, als er dachte. Herr O. beschreibt seinen Körper differenzierter, er sei normal schwer, nicht zu schwer, manchmal sei er auch sehr leicht, zeitweilig sei er beweglich gewesen. Frau L. pflegt ihre Füße und Handinnenflächen, hätte ihren Bauch lieber dünner; sie hat keine körperlichen Schmerzen während des Tanzes, man kann sagen, das Bewußtsein über den eigenen Körper entwickelt sich erst; die Patienten setzen sich mit ihrer Körpererfahrung beim Tanz auseinander. Auch in der Kleidung und in den Anziehwünschen ist eine Veränderung sichtbar. Beim ersten Tanz legten alle drei Patienten keinen Wert auf die Kleidung, und beim zweiten Tanz zogen sich alle drei Patienten besonders ausgewählt für den Tanz an.

Bei den Gefühlen beim Angeschaut-werden und beim Körperkontakt konnte keine positive Veränderung festgestellt werden. Man kann annehmen, daß dies allen drei Patienten noch zu Angst machend ist. Dies ist auch nicht verwunderlich, da bei allen dreien die Erziehung sehr körperfeindlich war. Auch die Ratings lagen dazu im unteren Bereich (bei 2 im Durchschnitt). Alle drei Patienten konnten sich kaum an Körperkontakt in der Kindheit erinnern, außer Herr O. beim Abtrocknen nach dem Baden, Herr B., daß schöne Kleidung wichtig war, und Frau L. hat gar keine Erinnerung, ihre Mutter hatte keine Zeit.

Im Bereich Gruppe kann festgestellt werden, daß eine deutliche Veränderung bei allen Patienten in Richtung »die Gruppe als solche wahrzunehmen« und »daß die Gruppe eine Wirkung auf einen hat« stattgefunden hat. Beson-

ders deutlich wird dies bei Herrn O., der beim Erstinterview nichts über die Gruppe sagen konnte, beim Wiederholungsinterview die Angst vor der Gruppe spürte, aber auch die Unterstützung und die Zustimmung. Frau L. konnte beim Erstinterview die Gruppe nur negativ wahrnehmen, beim Zweitinterview erlebte sie die Gruppenatmosphäre freundlich und entspannt — »Ich habe mich in der Gruppe wohl gefühlt«. Herr B. erlebte die Gruppe gemütlich. Auch die Ratings zeigen diese Veränderung der Gruppenwahrnehmung und des Kontaktes zur Gruppe. Die Gruppenatmosphäre wird allgemein höher eingeschätzt; die Wahrnehmung und das Spüren der Gruppe steigt von niederen Werten beim ersten Interview bis auf die Werte 4 beim zweiten Interview. Das Feedback nach dem Tanz stimmte mit dem Eigenerleben beim ersten Tanz mehr überein als beim zweiten Tanz.

Im Gefühls- und Phantasiebereich kann man sagen, daß alle drei Patienten anfingen, sich mit ihren Gefühlen zu beschäftigen und auseinanderzusetzen. Nach dem zweiten Tanz wurden, bei der Frage nach den Gefühlen beim Tanz, die Gefühle deutlicher und differenzierter gespürt, z.B. Freude, Enttäuschung, Erleichterung, Befreiung und lebendiger zu sein. Herr O. z.B. hatte beim ersten Tanz zu Beginn ein erhöhendes Gefühl, in der Mitte zu stehen, das ihn gefreut hat, »richtig befreiend war es nicht, nur ein gewisser Ausdruck meiner selbst«. Beim zweiten Tanz sagt er: »Die Angst und Freude ist rausgekommen« — »Der Gesang hat mich fröhlich gemacht.« — »Die Angst ist bis zum Schluß geblieben.« Frau L. spürte beim ersten Tanz hauptsächlich ihre körperlichen Schmerzen und Spannungen, beim zweiten Interview erzählt sie, daß sie während des Tanzes stellenweise traurig war, es ihr jedoch auch Spaß gemacht hat. Herr B. war beim ersten Tanz sehr glücklich nach dem Tanz, daß er den Schritt geschafft hatte zu tanzen und fühlte sich im übrigen bei sich. Beim zweiten Interview hatte er sich im Tanz freier gefühlt, Wohlbefinden gehabt, hatte mehr Vertrauen, fühlte sich aber auch unter Druck. Alle drei Patienten konnten nicht über ihre Phantasien beim Tanz sprechen. Auch in der Meditation wurden durchweg keine Bilder und Phantasien erlebt, zu sehr standen Gedanken, Unruhe und Anspannungen im Wege, obwohl im zweiten Interview bei allen bereits die Meditation als angenehm, wohltuend und vorbereitend für den Tanz erlebt wurde. Tendenziell kann gesagt werden, daß die Patienten beim zweiten Interview mehr an ihre Gefühle herankommen, ohne diese ausführlich beschreiben zu können. Z.B. antwortet Frau L. beim ersten Interview auf die Frage, welche Gefühle und Phantasien sie während des Tanzes erlebt, daß sie wenig Gefühle und Phantasien erlebt; beim zweiten Interview sagt sie auf die Frage: »Ich fühle mich beim Tanzen eingeengt.« Sie wird traurig und weint und sagt, daß sie einen großen Schmerz verspürt. Beim ersten Interview berichtete sie über körperliche Schmerzen während des ganzen Tanzes; sie kann nun aber ihre Eingeengtheit emotional spüren und erlebt einen psychischen Schmerz.

Die Musik, zu der sie sich ausdrücken möchten, wird auch wichtiger genommen. Sie wird bei zwei Patienten bewußt ausgewählt, sie hatten beim er-

sten Tanz noch keine eigene Musik. Das Betrachten der Tänze anderer löst noch keine tiefer gehenden Gefühle aus; jedenfalls können alle Patienten nicht darüber sprechen, erleben die Tänze aber doch unterschiedlich bewegend.

Allen Patienten ist es bewußt, daß sie große Schwierigkeiten haben, über ihre Gefühle und Anliegen zu sprechen. Sie können aber alle in der Tanztherapie über ihre Gefühle besser sprechen als in den anderen Gruppen. Gerade deshalb nimmt die Tanztherapie für sie, wie sie sagen, einen besonderen Stellenwert ein, was jedoch von allen dreien unterschiedlich ausgedrückt wird. Herr O. findet, dadurch daß man in der Tanztherapie mit dem Körper spricht, könne man sich selbst nicht ausweichen. »Man kommt mehr raus, man kann nicht ausweichen.« Er spürt allerdings in der Tanzgruppe einen Leistungsdruck, während er sich in der Gruppentherapie versteckt. »In der Therapiegruppe komme ich mit meinen Sachen nicht so rein.« Frau L. erlebt in der Tanzgruppe keine Aggression, während sie die anderen Gruppen aggressiv findet. Herr B. sagt zur Tanzgruppe: »Es ist mehr Leben, der Faden wird nicht so leicht verloren.«

Bei den Ratings wurde »die Fähigkeit, Gefühle zu verbalisieren«, im ersten Interview durchweg auf dem untersten Skalenpol eingestuft, beim Wiederholungsinterview steigen die Werte bei zwei Patienten um einen Skalenpunkt. Alle Patienten geben an, daß die Erfahrungen, die in der Tanztherapie gemacht werden, schwer auf andere Bereiche übertragen werden können.

Die Ratinggesamtauswertung kann keine Aufschlüsse über das inhaltliche Erleben von Gefühlen geben, aber unter der Voraussetzung, daß die Items klar operationalisiert sind und eine eingearbeitete Ratinggruppe die Auswertung macht, kann man Veränderungen objektiver erfassen. Eine einheitliche Tendenz in Richtung höherer Werte läßt sich bei einigen Items feststellen (vgl. Tab. 1) Z.B hat sich die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper bei zwei Patienten erheblich verbessert von niedrigem Skalenpol hin zur Mitte. Die Wahrnehmung der Gruppe steigt stark und zwar bei zwei Patienten um 2 Skalenpunkte, ähnlich auch das Spüren der Gruppe beim Tanz. Die Bedeutung der Meditation steigt bei zwei Patienten, ebenso die bewußte Auswahl der Musik. Die Fähigkeit zu verbalisieren steigt geringfügig von 1 auf 2. Auch die Offenheit beim Interview steigt bei zwei Patienten.

Bei der Auswertung des TAT (vgl. Tab. 2) werde ich hauptsächlich auf die Ratings eingehen und diese näher erläutern, da die Items im Hinblick auf die Fragestellung der Wahrnehmung von Gefühlen und Körperlichkeit bei sich und anderen entwickelt wurden. Und zwar unter der Annahme, daß die Gefühle und die Beziehungen, die die Personen auf den Bildern zeigen, Aufschluß über den Zugang zu den Gefühlen bei den Probanden geben. Veränderungswerte, die unter 0,5 lagen, wurden nicht als Veränderungen bewertet, als schwache Veränderung wurde eine Werteveränderung zwischen 0,5 und 1,0 gesehen; als stark verändert galt, wenn sich die Werte um 1,0 oder mehr verändert haben.

Am deutlichsten verändert hatten sich die Werte bei Herrn O. und zwar im stark veränderten Bereich mit mehr als 1,0 Skalenpunkten bei dem Item zur

Patient		O	L	B	
Item-Nr.		1./2.	1./2.	1./2.	Veränderung von der 1. zur 2. Messung)
Zu 2.	Körpererleben:				
17	Körperzufriedenheit	(2/3)	(1/3)	2/2	
18	Anschauen: — +	4/2	(-/3)	3/3	
21	Berühren: — +	(-/2)	-/-	-/-	
22	Körpererziehung: — +	(2/3)	(1/2)	2/2	
zu 3.	Bedeutung der Gruppe:				
24	Gr. Atmos: — +	4/3	(4/4)	(-/4)	
25	Wahrnehmung: — +	(1/2)	(2/4)	(2/4)	
26	Spüren: — +	1/2	(2/4)	(2/3)	
27	Kontakt Mitgl.: — +	1/2	3/2	3/2	
28	Kontakt Leiter: — +	(1/3)	4/3	(3/4)	
29	Erleben Zuwend: — +	(4/3)	(3/4)	3/3	
30	Feedback Bedeutung: — +	4/4	(2/4)	4/2	
31	Feedback Übereinstim.: — +	3/2	2/2	3/2	
zu 4.	Phan. u. Gefühle i.TT:				
33	Gef. b. 1. Tanz: — +	2/2	2/-	2/1	
34	Gef. b. letzt. T: — +	-/2	(-/2)	-/1	
36	Bedeutung Meditation: — +	(2/4)	(2/3)	3/3	
40	Zusammenh. Med.-Tanz: — +	1/1	(-/3)	/1	
42	Auswahl Musik — +	3/3	(2/4)	(1/3)	
44	Erl. anderer Tänze: — +	3/2	4/3	2/2	
46	Video Erl. 1.: — +	-/2	-/-	-/2	
47	Video Erl. letzt: — +	-/-	-/-	-/-	
48	Konflikt Reaktivierung: — +	(1/3)	3/2	2/2	
zu 5.	Vergl. TT mit and. Bereichen:				
49	Fähigkt. Verbal — +	1/1	(1/2)	1/2	
51	Kontakt zu TT Mgl: — +	2/3	-/-	(4)	
52	Kont. zu Gef: — +	4/4	(-/2)	(3)	
55	Gef. eher verb: — +	(3/4)	4/2	5/4	
57	Stärke d. Änd: — +	(-/3)	2/2	(-/4)	
58	Transfer Erf: — +	2/1	2/1	-/1	
	Interviewbeurteilung:				
60	Offenheit d.P.: — +	2/3	2/1	(2/3)	
62	Körperlichkt: — +	-/-	-/-	-/-	
63	Gesprächsatmo: — +	3/2	2/1	1/1	

Tab. 1: Rating-Gesamtauswertung Tanztherapie-Interviews

Patient		O	L	B	
Item-Nr.		1./2.	1./2.	1./2.	Messung
1	Grundstimmung des Helden: — +	1,8/3,5 ↥	2,2/1,8 ○	1,9/1,5 ↓	
2	Kontakt Umwelt: — +	1,9/3 ↥	1,5/1,7 ○	1 /1,2 ○	
3	Kontaktstreben: — +	1,7/3,1 ↥	1,5/1,7 ○	1,3/1,2 ○	
4	Handlungsfähigkeit: — +	2,5/3,7 ↥	2,2/1,4 ↧	1,4/1,5 ○	
5.	Ambivalenz: — +	2,6/3,9 ↥	2,9/1,9 ↧	1,9/1,2 ↓	
6	Einstellung Umwelt: — +	2,6/3,2 ↑	2,3/2,2 ○	1,7/2,2 ↑	
7	Erleben Umwelt: — +	1,8/3,2 ↥	1,9/2 ○	1,4/1,2 ○	
8	Gemeinschaftsfähigkeit: — +	2,3/2,5 ○	1,5/2 ↑	1,4/1,5 ○	
8	Schuldgefühle: — +	3,3/3,3 ○	4 /2,5 ↧	3 /3 ○	
10	emotionale Reife: — +	2,5/3,4 ↑	3,1/1,9 ↧	1,6/2 ↑	
11	Erfahrungs-, Lernfähigkeit: — +	2,1/3,4 ↥	2,4/1,9 ↓	1,3/1,5 ○	
12	Suche nach Geborgenheit symbiotische Verschmelzung: — +	2,7/2,5 ○	3 /2,8 ○	2,8/2,5 ○	
13	Autonomiestreben: — +	3,5/4 ↑	2,8/2,2 ↓	2 /1,7 ○	
14	Konfliktfähigkeit: — +	2,5/2,8 ○	2,1/1,9 ○	1,7/1,5 ○	
15	Aggression gegen andere: — +	2,4/1,8 ↓	2,3/1,5 ↓	1,7/2,7 ↥	
16	Aggression gegen sich: — +	2,8/1,7 ↧	2,5/2,5 ○	3,1/3,5 ↑	
17	Verleugnung der Aggression:— +	3,3/3,5 ○	3,2/4,1 ↑	4,2/3 ↧	
18	Angsterleben: — +	3,1/2,9 ○	3,3/2,9 ○	3,2/3,5 ○	
19	Reale Angst: — +	3,2/3,3 ○	3,5/3,9 ○	3,2/3,7 ↑	
20	Verleugnung der Angst: — +	3,2/2,5 ↓	3,8/3,6 ○	4,1/2,7 ↧	
21	Sexuelle Wünsche: — +	2,1/2 ○	1,2/1,4 ○	1 /1 ○	
22	Erlebte Sexualität: — +	2,6/2,7 ○	1,7/1 ↓	2,3/2,5 ○	
23	Verleugnete Sexualität: — +	3,7/3,5 ○	3,8/4 ○	4,8/4 ↓	
24	Wahrnehmen, Erleben von Körper: — +	2 /3,6 ↥	2,1/1,5 ↓	1,5/3 ↥	
25	Identitäts-Suche: — +	2,6/3,7 ↥	2,2/2 ○	1,5/1,7 ↥	
26	Identität: — +:	2,2/3,8 ↥	2,3/1,8 ↓	1,5/1,7 ○	
27	Ausgang der Geschichte: — +	2,4/4 ↥	2,0/1,9 ○	1,7/1 ↓	
28	Ausgang der Geschichte hinsichtlich der Reife: — +	2,7/3,5 ↑	3,2/2 ↓	1,5/1,5 ○	
29	Erzählstil: — +	2,4/3,6 ↥	1,6/1,4 ○	1,5/1 ↓	
30	Kreativität: — +	2,6/3,4 ↑	1,6/1,3 ○	1,3/1,2 ○	
31	Ganzheitlich. Erf.: — +	3,2/3,7 ↑	2,3/1,4 ↓	1,5/1,5 ○	
32	Erzählhaltung: — +	2,7/3,4 ↑	2,7/1,3 ↧	2,1/2,2 ○	
33	Abwehr Unbe.: — +	2,5/3,5 ↥	1,7/1,1 ↓	1,6/3 ↥	
34	Einfühl i. Fig: — +	3 /3,7 ↑	2,9/1,6 ↧	2,5/2,7 ○	
35	Identifik. Fig.: — +	2,8/3,9 ↥	3,2/2,2 ↧	2,9/2,7 ○	

Tab. 2: TAT-Gesamtauswertung (halbquantitativer Teil)

↓ / ↑ = schwache Veränderung Diff. 0,5 — 1 Punkt

↧ / ↥ = starke Veränderung über 1 Punkt

○ = keine Veränderung (> 0,5)

Grundstimmung des Helden. »Held« bedeutet hier die Hauptperson, mit der sich der Proband identifiziert, wobei das Rating von sehr traurig bis glücklich reicht; bei dem Item »Kontaktstreben«, bei Handlungsfähigkeit und Ambivalenz trat eine starke Veränderung ein und auch das Erleben der Umwelt veränderte sich hin zu weniger feindselig. Die Verleugnung der Angst nahm geringfügig ab, deutlich geringer wurde die Aggression gegen sich, stark stieg die Wahrnehmung von Erleben des Körpers und ebenfalls stark stieg die Identitätssuche und die Identität des Helden, der Ausgang der Geschichten hat sich hin zu einem positiveren Ende verändert, der Erzählstil hat sich hin zu phantasievoller und origineller entwickelt. Die Kreativität und Originalität hat sich ebenfalls positiv verändert. Die Haltung zur Innenwelt, inwieweit er mit dem Helden sympathisiert, hat sich um 1,0 verändert. Die Abwehr des Unbewußten hat sich in Richtung neugieriges, spielerisches Einlassen auf das Unbewußte ebenfalls um den Wert 1,0 verändert. Es ist auch mehr Persönliches in den Geschichten. Der Grad, wie sehr sich der Proband in die Figuren einfühlen kann, ist stark verändert. Die Erzählhaltung, d.h. ob der Proband rational oder moralisch ist oder eher emotional mit starker Öffnung zum Unbewußten, hat sich nur geringfügig verändert. Alle Werte liegen bei Herrn O. im Mittelbereich mit Ausnahme der Grundstimmung des Helden, dem Kontakt zur Umwelt und der Einstellung zur Umwelt, die bei der Erstuntersuchung im unteren Bereich lagen und zwar bei feindselig und negativ. Diese Ratings haben sich bei der Zweituntersuchung am stärksten verändert.

Bei Frau L. liegen die Ratingwerte der meisten Items im unteren Bereich zwischen 1 und 2 und verändern sich kaum. Ein oder mehr Punkte Veränderung zeigt der Bereich der Aggression, es verstärkt sich die Aggression gegenüber anderen und gleichzeitig nimmt die Verleugnung von Angst ab, stark steigt die Wahrnehmung des Körpers von 1,5 auf 3. Auch verringert sich die Abwehr zum Unbewußten. Die niedrigsten Werte vom Absoluten her sind bei ihr beim Kontakt zur Umwelt, bei Erfahrungsfähigkeit, Gemeinschaftfähigkeit, Konfliktfähigkeit und bei der Abwehr sexueller Wünsche. Wichtig ist an dieser Stelle zu sagen, daß die Zahlenwerte der 2. Untersuchung nur sehr beschränkt auswertbar waren, da Frau L. nach dem 4. Bild den Test abgebrochen hat.

Herr B. zeigt bei der Auswertung der Ratingskalen, daß er bei der 1. Untersuchung bei den meisten Items zwischen den Werten 2 und 3 lag. Die niedrigen Werte waren beim Kontakt zur Umwelt, sehr negatives Erleben von Sexualität, er zeigte eine starke Abwehr des Unbewußten, die beim Wiederholungstest sogar noch steigt. Er hat einen sehr schleppenden Erzählstil. Beim Wiederholungstest sind die Items gleich geblieben, einige haben sich aber auch verschlechtert wie die Handlungsfähigkeit, die emotionale Reife; die Schuldgefühle haben stark zugenommen. Hier ist zu sagen, daß die Einstellung des Herrn B. zum Test bei der Wiederholunguntersuchung sehr negativ war und sich daraus die verschlechterten Werte wohl zum Teil erklären lassen.

Insgesamt kann man sagen, daß die Items, die bei allen drei Patienten im nie-

deren Bereich in der Erstuntersuchung lagen, und zwar im Bereich des Kontaktes und der Sexualität, in beschränktem Maße auch bei der Wahrnehmung und der Erlebnisfähigkeit des Körpers, die meisten Veränderungen erfahren haben, d.h. die meiste Bewegung in die eine oder andere Richtung stattgefunden hat. Deutlich ist dies auch im Bereich der Aggression, der Ambivalenz, der Abwehr des Unbewußten, der Wahrnehmung der eigenen Gefühle und der Verleugnung der Angst. Besonders Herr O. und Frau L. zeigen dies sehr stark. Alle drei Patienten hatten Schwierigkeiten, bei der weißen Karte eine Geschichte zu erzählen, z.B. konnte Herr O. bei dem ersten TAT nur schwache Umrisse eines Gesichtes erkennen, wurde sehr betroffen und konnte keine Geschichte erzählen. Beim zweiten TAT sah er zuerst den schwarzen Tod und dann den weißen Jesus, aber konnte auch keine Geschichte dazu erzählen. Dies kann mit dem Item über die Abwehr des Unbewußten in Verbindung gebracht werden, da alle Patienten wenig Zugang zu ihrer Phantasiewelt und ihrem eigenen Unbewußten zeigten, was sich allerdings schwach bei der zweiten Untersuchung veränderte.

Zusammenfassend kann man sagen, daß die wichtigsten Ergebnisse aus den Interviews und dem TAT sind, daß die hier untersuchten Patienten noch wenig Zugang zu ihrer Phantasie und ihrem Gefühlserleben haben, sprachlich wenig ihre Gefühle ausdrücken können und in der Körpersprache ebenfalls noch sehr eingeengt sind. Deutlich läßt sich aber erkennen, daß trotz der kurzen Zeitspanne zwischen den Untersuchungen eine Auseinandersetzung stattfindet mit Körper und Bewegungsfähigkeit und den eigenen Gefühlen, insbesondere dem Angsterleben, das differenzierter wird, und daß die Freude gespürt und die Gruppe mehr wahrgenommen werden kann. Die Diskrepanz zwischen Eigen- und Fremdwahrnehmung, die zunimmt bei dem Item über das Konkurrenzfeedback, läßt sich dadurch erklären, daß die Teilnehmer erst sehr kurz mit dem Tanzen begonnen haben und zwei auch erst sehr kurz in der Klinik sind, so daß die mehr erfahrenen Patienten in der Gruppe die Gefühle des Tänzers eher spüren können als er selbst. Die Verbalisierung von Gefühlen verändert sich bei allen drei Patienten geringfügig. Die Interviewergebnisse werden durch die Ergebnisse im TAT, besonders beim Kontakt zur Umwelt, bei der stärkeren Wahrnehmung von Angst, bei der Wahrnehmung und dem Erleben des Körpers und bei dem größeren Zugang zum Unbewußten bestätigt. Zu diskutieren wäre auch noch, daß sich zwar das Gruppengefühl entwickelt, aber der Kontakt zu den Einzelnen in der Tanzgruppe noch nicht wahrgenommen werden kann. Dies könnte man auf die Kürze der Zeit zurückführen, die die Patienten in der Tanzgruppe sind, wo zwar das Vertrauen in die Gruppe etwas gewachsen ist, aber einzelne Patienten noch nicht differenziert wahrgenommen werden können. Trotz der kleinen Anzahl der untersuchten Patienten, — die zum Teil erst sehr kurz an der Tanzgruppe teilnahmen, und der Verkürzung des Untersuchungszeitraums können doch unter Berücksichtigung dieser Faktoren in den untersuchten Bereichen Körper, Gruppe und Emotionalität Veränderungstendenzen festgestellt werden. Daß

bei dem einen Patienten tendenziell bei der zweiten Untersuchung eine Verschlechterung eingetreten ist, kann so erklärt werden, daß er bereits länger an der Gruppenarbeit teilnimmt, jedoch eine therapientypische Verschlechterung der Befindlichkeit eintreten konnte, von der man aber annehmen kann, daß sie sich im weiteren Verlauf wieder verbessert.

Da *Ammon* die humanstrukturelle Tanztherapie gerade für Menschen entwickelt hat, die auf der sprachlichen Ebene nicht oder sehr schwer erreichbar sind, und die wenig oder kaum Zugang zu ihren Gefühlen haben, kann abschließend gesagt werden, daß diese Untersuchung ein Beitrag sein soll, die Effektivität der Tanztherapie aufzuzeigen.

Psychic Expression in the Humanstructural Dance. A Pilot Study

Maria Berger (Berlin)

The author investigates in her article the psychic expression of patients in the Humanstructural Dance. The Humanstructural Dance as therapy is especially qualified for patients being not able to verbalize their feelings and to express their inner self adequately. They have no sufficient concern for their bodies.

For *Trudi Schoop* the body is always a visible expression of man as a whole. In dance psyche and body are working in mutual processes, the inner self is looking for the expression of thoughts, feelings and needs through the body. What the body experiences in his sensual organs, in movement, in rhythm and spatial processes, shapes the inner self. In this dynamic unity of body and psyche man experiences his harmony (cf. *Trudi Schoop* 1981).

Dance as therapy has found its entry to psychiatry in the USA in the forties. Pioneers of dance therapy are *Trudi Schoop, Marian Chace, Lilian Espenak, Mary Whitehouse, Penny Bernstein* and *Elaine Siegel.* They have been influenced by different psychological schools and have been eager to embed their practical work into a theoretical framework. They all have been dancers themselves. In the dance the inner self should be transformed spontaneously into movement — called »basic dance« in the literature. In this process a relation should be found to one's own body; creative and unlived potentials should be awakened, and common need to communicate should be lived.

In Germany the »Ausdruckstanz« provided important impulses for the dance therapy in the twenties, developed by *Rudolf von Laban* and later by *Mary Wigman.*

The Humanstructural Dance — developed by *Günter Ammon* in the last five years — is integrated in the theoretical conception of the Humanstructurology. This conception is based on the fundamentals of social energy, group dy-

namics, the positive definition of the unconscious personality, the human structures and human-functions, the spectral theory with a holistic conception of personality, i.e. the multidimensional personality with its integrated dimensions in health and desintegrated dimensions in illness.

In the Humanstructural Dance Therapy a permanent interplay takes place between the conscious and the unconscious, individual and group, female and male, healthy and ill, whereas therapy in prinicple aims at the integration of different dimensions into the identity of man. Man is understood as unity of body, soul and spirit — an ancient view, which is hold and consequently practised by Dynamic Psychiatry within the change of paradigms in medicine and science.

Fundamental aspects of Humanstructural Dance are the single spontaneous dance, the communication through body and movement of the dancer, dress chosen by the dancer himself, dance with or without music or with drums, the meditation in the group with or without instructions at the beginning and as meditative dance at the end of a dance therapy session.

The Humanstructural Dance provides the possibility — beyond verbal speech — for the growth of identity, a free flow of the interplay of body experience, feeling and thinking (*Ammon* 1986). The dancer establishes contact both with himself and with the group. Thus he gets the possibility to change and to develop himself. At the same time the dance has a creative and healing effect for the participants of the dance group.

The dance therapy in the Dynamic Psychiatric Hospital Menterschwaige (Munich) is embedded in the whole therapeutical network including a vast spectrum of therapeutical possibilities. The dance therapy was developed by *Günter Ammon* especially for the so-called »unreached« patients, that means for those patients who have not found till now any approach to their own feelings and needs in a verbal way; that's why they remained not understood and unchanged in the center of their personality.

In her experiences in dance therapy since four years — as Co-therapist and as active dancer at the same time — *Maria Berger* could observe changes in the following areas of psychic experience:

1. Development of confidence and self-confidence in the group;
2. greater approach to unconscious conflicts and feelings on a non-verbal level paving the way for verbal communication;
3. better approach to the own phantasies through expression and through putting in concrete form on the level of movement in the protective space of the group;
4. more capability for contact;
5. integration of single parts of the body hitherto experienced as isolated parts; facing the own body and extension of the expression of movements.
6. Through dance therapy unconscious areas can be approached in the body expression; these unconscious areas cannot be approached in a merely verbal therapy.

The dance therapy group being investigated includes 30 patients; all diagnoses and age groups are represented.

In the framework of an investigation on a larger scale which is determined as diploma paper in psychology at the Technic University, Berlin, are to be investigated 10 patients out of the whole group, twice within an interval of three months.

In the present paper the author investigates three patients once after their first dance in the dance therapy group and a second time 4-6 weeks later.

The main instrument was an open interview with guiding questions appropriate to the occurence; and furthermore the Thematical Apperception Test (TAT). The interviews took place immediately after the dance session, the TAT one day later. The evaluations of the interviews were accomplished by means of an interview evaluation guide with 64 items; one part of the interview was evaluated qualitatively, the other part semi-quantitatively. The patient's statements were classified by a rating-group on scales of 5 points from a tape-protocol. For example, one item for bodily expression was »dissatisfaction« and the fifth scale means »friendly body-feeling«.

The TAT, a projective personality test, is based on psychoanalytic conceptions. The proband shall tell a 5 minute-story about picture-cards in a free atmosphere in which the phantasy can flow. The author chose 10 out of 20 pictures having relevance for her question: pictures representing body expression, aspect of relationship, areas of phantasy and feelings.

The statements were evaluated just as the interviews in a qualitative and semi-quantitative way. The matter was to comprehend tendencies especially in areas of anxiety, aggression, sexuality, striving after autonomy, ability to bear conflicts, basic moods and the identity. 38 items were chosen for the evaluation of the TAT; each scale-pole of the items received an own operationalisation.

Maria Berger describes the patients being investigated in detail. For example one patient, a 56-year-old woman, has made several experiences with different body-therapies. There are predominantly a depressive basic mood and psychosomatic ailments. The author reports how this patient showed herself and how she experienced herself during her dance. After six weeks the patient's recent dance and her development up to that time is described.

The evaluation of the interviews proved the following changes:

1. In the area of body experience all patients have expressed a bad body feeling in their first interview and described it by pains, feeling themselves stiffly, having no approach to their body.

During the second interview all patients described their body feeling more distinctively; they showed a more intensive emotional experience of the body and attached greater importance to clothing in comparison to the first dance.

No change was noticed concerning feelings of being regarded by other members of the group and concerning body contact. The author assumes that this areas would cause too much anxiety. Furthermore she supposes a relationship to the

hostility attitude towards the body in the patient's education in childhood.

2. With regard to feelings and phantasy in the second interview, the patients noticed them clearer and more distinctively, such as joy, disappointment, relief, sadness etc. The patients could not speek about their phantasies during dancing, and did not experience imaginations and phantasies while meditating. However, in the second interview they could already experience meditation as pleasant and preparing for the dance. The music chosen by themselves gets more and more importance.

3. In the fields »approach to the group« an evident change has taken place for all patients. The perception and feeling of the group increases from low scores in the first interviews up to scores of 4 in the second interview.

4. The item »verbalization ability of feeling« was rated very low after the first interview; the rating's scores have increased lightly after the second interview.

For all three patients the dance therapy plays a special role in the framework of therapeutical groups within the clinic. They are more able to express their feelings there compared with other groups. Two patients achieve a greater frankness during the interview.

The evaluation of the TAT shows evident changes in following fundamental items: in the field of contact and sexuality, to an reduced extent also in perception and in the ability to experience the body, from the first to the second measurement. An evident movement was also observed in the areas of aggression, ambivalence, defence of the unconscious, perception of one's own feelings and denial of anxiety.

The author summarizes that the investigated patients have yet little approach to their phantasy and their feelings, especially the experience of anxiety has been established. Joy could be experienced more than before; the group was perceived more clearly.

The verbalization of feelings changed to small extent. The results of the interviews are verified by the results of the TAT in following areas: contact to the environment, stronger perception of anxiety and of the body, a greater approach to the unconscious.

Inspite of the small investigation-group and the shortened interval between the measurements the author could show tendencies of change in the fields of body, group and emotions.

Maria Berger resumes that this investigation should demonstrate the importance and effectivity of the Humanstructural Dance Therapy, showing effects especially in those patients who are hardly reached or unreached on a verbal level and have little approach to their feelings.

Literatur beim Verfasser

Adresse der Autorin:
Maria Berger
Fasanenstraße 61
1000 Berlin 15

Kreativitätsentfaltung — Entwicklungsschritte des Patienten in der Maltherapie**

Georg Kress (München)*

Nach Günter Ammon ist die Kreativität eine der stärksten gesunden Kräfte der Persönlichkeit. Sie als wirkungsvollen Bündnispartner für die Behandlung psychisch Kranker freizusetzen und zu entwickeln, ist Anliegen der verschiedenen Formen von Kunsttherapie innerhalb der dynamisch-psychiatrischen Behandlungskonzeption. Durch künstlerische Mittel kann der nichtbewußte Kern der Persönlichkeit unmittelbar zum Ausdruck kommen, was vor allem für Patienten, die sich verbal nur schwer ausdrücken können, von besonderer Wichtigkeit ist. Maltherapie dient zum einen diagnostischen Zwecken, indem sie Auskunft gibt über den jeweiligen Stand der sich entwickelnden Identität innerhalb des therapeutischen Prozesses; zum anderen werden die Bilder der Patienten als Mitteilung an den Therapeuten und die Gruppe der Mitpatienten verstanden. In der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige ist die Maltherapie von Beginn an integrierter Bestandteil des Behandlungsspektrums. Der Autor — dort seit fünf Jahren als Maltherapeut tätig — beschreibt in der vorliegenden Arbeit den Entwicklungsprozeß von Patienten der Maltherapie, den er gleichzeitig als Prozeß der Entfaltung von Kreativität sieht. Diese Entwicklungsprozesse veranschaulicht er anhand von Bildern und Äußerungen von Patienten. Dabei wird die Bedeutung der Gruppe hervorgehoben, die den schützenden Rahmen darstellt, innerhalb dessen die Patienten Gefühle wie Leere, Angst, Wut wie auch der Freude und Hoffnung zeigen können. Ihre therapeutische Wirksamkeit erhält die Maltherapie durch die Auseinandersetzung und Bearbeitung dieser Gefühle innerhalb des gesamten therapeutischen Milieus der Klinik. Der Autor versucht, die Kreativitätsentwicklung in einem Phasenmodell theoretisch zu erfassen, wobei er stilistische und inhaltliche Merkmale der Bilder zum psychischen Erleben und Stand der Persönlichkeitsentwicklung in Beziehung setzt. Es wird deutlich, daß die Maltherapie, gerade indem sie den Synergismus von Bewußtem und Nichtbewußtem fördert, einen Beitrag leisten kann zur Kreativierung bzw. Rekreativierung des Patienten.

Einführung

Dieser Aufsatz behandelt den Prozeß körperlich-geistig-seelischer, ichstruktureller Entwicklung, kurz gesagt: die Kreativitätsentfaltung.

Anhand meiner Beobachtungen in den Maltherapiegruppen der Klinik Menterschwaige, die ich in über 5-jähriger Arbeit sammeln konnte, hat sich immer deutlicher herauskristallisiert, daß die Entwicklung der schöpferischen Potentiale beim Patienten einem bestimmten Ablauf folgt. In meiner Abhandlung werde ich den Leser mit der Matrix dieses Entwicklungsprozesses vertraut machen. Die Begriffe werden plastisch durch die ausgewählten Bilder von vier Patienten, die als Illustration und Beleg für meine Worte dienen können. An dieser Stelle möchte ich nicht versäumen, den Patienten sehr herzlich

* Maler, Bildhauer, Kunsttherapeut, Leiter der Maltherapie in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, München

** Vortrag gehalten auf dem 5. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XVIII. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 6.—10.3.1987 in der Fachhochschule München

dafür zu danken, daß sie mir ihre Arbeiten als Anschauungsmaterial zur Verfügung gestellt haben.

Im folgenden werde ich also die Matrix der Kreativitätsentfaltung und ihren phasenmäßigen Aufbau mit all seinen Differenzierungen erläutern und mit einigen Gedanken zu Bedeutung und Nutzbarkeit der von mir theoretisch erarbeiteten Matrix meine Ausführungen beschließen.

Wesen der Maltherapie

Zunächst möchte ich aber zum grundsätzlichen Verständnis ein paar Worte über das Wesen der Maltherapie, über ihre Arbeitsweise und ihre Ziele sagen. Hier greife ich zurück auf zwei wesentliche Aspekte, die ich bereits in meinen beiden Vorträgen über Maltherapie auf den Kongressen der WADP von 1982 und 1983 ausführlich behandelt habe.

Der eine ist der Aspekt der »visuellen Sprache« als ureigenes Medium der Maltherapie. Farben und Formen sind die Worte der visuellen Sprache; Betrachten ist der Weg, sie zu verstehen. Die visuelle Sprache stellt eine eigenständige Form der Mitteilung dar. Das Unbewußt-Archaische spricht hier unmittelbare, innere Spannungen und Bedürfnisse, Angst und Freude treten ans Tageslicht, die verbal zunächst nicht geäußert werden könnten. Der Malende ist imstande, Gefühle aus tiefsten Tiefen seiner Psyche hervorzuholen, die dadurch erst dem Bewußtsein zugänglich und für ich-strukturelles Arbeiten nutzbar werden.

Interessant finde ich, daß *Martin Schuster* (1986) in seinem Buch »Kunsttherapie — Die heilende Kraft des Gestaltens« gerade die Möglichkeit und die Bedeutung der visuellen Sprache für die Kunsttherapie ähnlich sieht. Er verweist in diesem Zusammenhang auch auf die neuesten Erkenntnisse der Gehirnforschung, die besagen, daß die linke Gehirnhemisphäre verbale Aufgaben bewältigt, die rechte hingegen zuständig ist für räumlich-visuelle und für emotionale Eindrücke. Das Bildhafte und das Gefühl hängen also allein schon vom Physischen her ganz eng zusammen.

An dieser Stelle möchte ich noch meinen Lieblingssatz von *Kandinsky* (1925) zitieren, der den beschriebenen Zusammenhang ebenfalls sehr schön deutlich macht: »Da die Kunst auf das Gefühl wirkt, so kann sie auch nur durch das Gefühl wirken. . . . Im allgemeinen ist die Farbe ein Mittel, einen direkten Einfluß auf die Seele auszuüben. Die Farbe ist die Taste. Das Auge ist der Hammer. Die Seele ist das Klavier mit vielen Saiten«. (Vgl. dazu Bild 1)

Es ist für mich immer wieder überraschend, zu erleben, welche gefühlsmäßigen Reaktionen die in der Maltherapie entstandenen Bilder bei der Gruppe auslösen. Und hier sind wir schon beim zweiten wesentlichen Aspekt, der Bedeutung der Gruppe für die Maltherapie.

Eine Patientin sagte sinngemäß und stellvertretend für viele: »Im stillen Kämmerlein hätte ich keine Bilder malen können. Allein in die Gruppe zu kommen, hat es mir ermöglicht zu malen.« Bei aller Angst, die es den Patien-

ten erst einmal macht, neu in die Gruppe zu gehen, erfahren sie doch bald, was es bedeutet, sich im Schutz der Gruppe zu zeigen, sich fallenzulassen, etwas über sich zu erfahren und sich zu erkennen.

In der Regel stelle ich ein Thema, von meiner Seite ein Kontaktangebot. Die Diskussionen über das Thema können oft sehr heftig werden, dann aber ist jeder erst einmal allein mit dem konfrontiert, was er malen will. Dabei geht es zentral immer um die eigene Person. Es entstehen Fratzen; Darstellungen von tiefen Verletzungen und Ängsten; Bilder voller Betroffenheit; zornig hingeworfene abstrakte Bilder, die der Malende selbst als wertloses »Geschmiere« bezeichnet; schöne Wünsche und Vorstellungen in hellen, frohen Farben; spontane, nur vom augenblicklichen Gefühl gelenkte Striche; alles das und vieles mehr. In der einen Sitzung überwiegt — nimmt man alle Bilder zusammen — das Problematische, Dramatische, Zerrissene; in der anderen Sitzung wieder das Harmonische, Freundliche. Bilder, aus denen ein starkes Erlebnis zu spüren ist, können bei den anderen Betrachtern Betroffenheit und Angst auslösen. Mit erstaunlicher Sehschärfe nehmen die anderen oft kleinste Nuancen der Veränderung bei einem Mitpatienten wahr. Ebenso nimmt es die Gruppe nicht hin, wenn ein Mitglied »über sich hinwegmalt«, mit einem nur schönen Bild seine Probleme zukleistert. Die Gruppe ermutigt zu mehr Offenheit, fordert auf, sich zu stellen und sich auseinanderzusetzen. Mit anderen Worten: Sie setzt Sozialenergie frei, die dem Einzelnen zuströmt und ihm Kraft gibt, seine Identität zu finden und zu entfalten.

Wenn der Mensch in einer Gruppe krank geworden ist, kann er auch in einer Gruppe wieder gesund werden. Nach dieser Erkenntnis ist die Maltherapie ausgerichtet und fügt sich ein in das von *Ammon* entwickelte therapeutische Gesamt-Konzept der Klinik Menterschwaige.

Das Ziel der Maltherapie ist es, die Menschen zu befähigen, künftig ihr Leben frei und selbstverantwortlich führen zu können. Meine eigentliche Aufgabe als Therapeut ist, die schöpferischen Potentiale bei den Einzelnen wieder zu aktivieren. So betrachtet arbeite ich vornehmlich als Lehrender mit einer Gruppe von Schülern. Die Schüler können lernen, sich in der visuellen Sprache immer deutlicher auszudrücken, sozusagen ihren Wortschatz zu erweitern und damit auch in neue Bereiche des Denkens, Fühlens und Wollens vorzustoßen, bis die visuelle Sprache schließlich so zu einer Muttersprache geworden ist, daß sie darin den ganzen Reichtum und die ganze Vielfalt eines neu gewonnenen Lebens darstellen können.

Matrix der Kreativitätsentfaltung

Ehe ich nun über die Entfaltung der Kreativität spreche, möchte ich den Begriff Kreativität noch einmal mit *Ammons* Worten definieren:
»Kreativität bedeutet immer, etwas ganz Neues, nicht Gedachtes zu denken, zu tun und zu gestalten und bedeutet auch, noch völlig unbekannte Möglichkeiten aus dem unbewußten Ich-Reservoir freizulegen« (*Ammon* 1981).

Ein durchschnittliches Maß von kreativen Potentialen, das nötig ist, um das Leben und seine Probleme zu meistern, ist in jedem Menschen angelegt. Jeder erfährt und formt das Schöpferische von frühester Kindheit an. Tritt hier, aus welchen Gründen auch immer, eine Störung ein, so erstarren die kreativen Potentiale und der Mensch wird physisch oder psychisch krank oder gar beides. Objektiv gesehen, das heißt, wenn man den Menschen nicht in eine diagnostische Schublade steckt, sind aber stets noch so viel gesunde Anteile vorhanden, daß man auf sie zurückgreifen und mit ihrer Hilfe die blockierten schöpferischen Kräfte wieder freisetzen kann. Ich kann nicht oft genug betonen, daß ich in der Maltherapie nur und gerade mit diesen gesunden Anteilen, und seien sie momentan auch noch so minimal, arbeite. Die gesunden Anteile entstammen einer frühen Entwicklungsphase. Ein Kind beginnt im Alter von etwa 1 1/2 Jahren einen Stift in die Hand zu nehmen und zuerst einfache Striche, dann auch Kurven, Spitzen, Ecken und andere Formen zu zeichnen, wobei sich inneres Gleichgewicht direkt in klare, reine Linien umsetzt. Mit etwa drei Jahren stellt das Kind seine ersten Menschen dar, als sogenannte Kopffüßler und Strichmännchen. Etwa gleichzeitig entdeckt das Kind für sich die Farben als weitere Ausdrucksmittel. Das ganzheitliche Erfassen des Lebensraumes beginnt jetzt; Farben und Formen vermitteln eine bestimmte, meist gefühlsmäßige Aussage. Die anfänglich abstrakten Darstellungen werden mit zunehmendem handwerklichen Können im Lauf der Jahre immer naturgetreuer und differenzierter. Wenn die Pubertät einsetzt, ist die archaische Phase abgeschlossen (vgl. Bild 2).

Dieser bei jedem Individuum wiederholten Entwicklung entspricht menschheitsgeschichtlich, kulturhistorisch betrachtet die Entwicklung von der Faustkeil-Kultur vor etwa zwei Millionen Jahren bis zur Magdalénien-Kultur mit ihren Höhlenmalereien bis etwa 9000 v. Chr.. Von der ältesten Periode der Altsteinzeit an nahm der Mensch Steinbrocken in die Hand und stellte zuerst ganz einfache Abschläge her, dann immer weniger vom Zufall bestimmte, immer kunstvoller und klarer geformte Faustkeile. Von etwa 30 000 v. Chr. an entstanden in allen Kulturkreisen Höhlenmalereien und Felsbilder, an denen sich sehr eindrucksvoll die Entwicklung verfolgen läßt von einfachen Strichen zu Gegenständen, Zeichen und Symbolen magischer und kultischer Bedeutung, menschlichen Darstellungen in Form von Strichmännchen, dann immer differenzierter ausgearbeitet, bis hin zu farbigen, bewegten Lebensschilderungen.

Bis heute hat keine Zivilisation vermocht, die archaische Grundsubstanz zu zerstören, wie wir ja an den Kinderzeichnungen und -malereien sehen können. Zu diesen elementaren Strukturen führt die Maltherapie den Malenden zurück.

Um Struktur und Prozeß der Kreativitätsentfaltung in der Maltherapie darzustellen, scheint mir der Begriff »Matrix« besonders geeignet. Der Terminus stammt aus dem Bereich der Naturwissenschaft, und die mit Matrix-Theorie bezeichnete »Betrachtungsweise beruht auf einer Anschauung von der Welt als einem dynamischen Gewebe von Zusammenhängen; sie mißt dem Begriff

der Ordnung eine zentrale Rolle bei, und die Matrix wird verwendet, um Wandel und Umgestaltung darzustellen«. Diese Definition gibt *Fritjof Capra* sinngemäß. Die Matrix ist hier das Modell, wie sich bei jedem Menschen die schöpferischen Potentiale entwickeln, in einem Geflecht, in dem man hin und her, hinauf und hinunter die Fäden verfolgen kann. Sie ist also das Gegenteil eines starren Schemas, die Phaseneinteilung bedeutet nicht, daß einzelne Stufen Schritt für Schritt endgültig und ohne Umkehr erklommen würden, sondern die Phasen werden mit Rückgriffen und Vorgriffen, mit Innehalten, Umschauen und Vorauseilen durchlaufen; die Dynamik geht in alle Richtungen. Eines jedoch muß ich betonen und festhalten: Wandel und Umgestaltung, Öffnung und Weiterentwicklung ist grundlegende Zielrichtung der Bewegung. Mit anderen Worten: Ziel ist der Aufbau von Ich-Struktur, die Erweiterung der Identität; es geht für den Patienten darum, ein kreativer, lebensfähiger Mensch zu werden, die körperlich-geistig-seelische Einheit und Harmonie wiederzugewinnen. Kreativität entfalten heißt: neue eigene Wege gehen können.

Jedes Bild, das in der Maltherapie entsteht, also jedes Ergebnis eines schöpferischen Aktes, ist einzigartig und individuell so verschieden geprägt, daß es sich der eindeutigen Zuordnung zu einer bestimmten Phase der Matrix widersetzt. Dennoch lassen sich theoretisch klar und genau zu bezeichnende Phasen feststellen, die dem jeweiligen Stand innerer Entwicklung entsprechen und die herauszukristallisieren sinnvoll und von Nutzen ist, obwohl die Phasen in der Realität nie in Reinkultur vorkommen.

Ich möchte in der Matrix der Kreativitätsenfaltung 6 Phasen unterscheiden, die ich jetzt im einzelnen erläutern will. Nach den wesentlichen Merkmalen inhaltlicher oder stilistischer Art nenne ich die Entwicklungsstadien: Surreale Phantasie, Diffuse Abstraktion, Kindermalerei, Reine Abstraktion, Psychogramm, Reale Phantasie.

Phase I: Surreale Phantasie

Bereits an den Bildern, die hauptsächlich der Surrealen Phantasie zuzuordnen sind, kann man sehr schön den mäander-artigen, kurvenreichen Weg erkennen, den der Malende im Verlauf der Maltherapie beschreitet. Schon ganz zu Beginn der Maltherapie greifen einige Bilder weit vor zur Abstraktion und zur Kindermalerei und zeigen, welch kraftvollen Ausdruck die gesunden Anteile schon finden können, wenn das keimende, gesunde Pflänzchen eigentlich noch ganz klein und zart ist (vgl. dazu Bild 3).

Die Surrealen Phantasien beinhalten traumatische Visionen, existentielle Ängste bis hin zu Wahn-Phantasien und skurrile Vorstellungen, die sich äußern in Fratzen, großen Augen, Schreien, Todessymbolen (z.B. Kreuze, Grabsteine oder dürre Bäume), Röhren und Strudeln, die in surreale Tiefen ziehen, symbolhaft dargestellten Verletzungen, Allegorien usw. . .

Die Bilder der ersten Phase sind, vom Formalen her betrachtet, überwie-

gend gegenständlich-figurativ. Sie ließen sich mit der Kunst des Surrealismus und des Phantastischen Realismus etwa eines *Salvador Dali, René Magritte, Max Ernst* oder *Arrik Brauer* vergleichen. Manche Bilder, die hier entstehen, sind allerdings auch abstrakt und ähneln den Gemälden von *Joan Miró* oder *Ives Tanguy.* Folgende stilistische Merkmale möchte ich festhalten: starre Formen, zentriertes Geschehen, viele dunkle und grelle Farben, im Tonwert extrem heiß oder kalt.

Vordergründig tritt in diesen Surrealen Phantasien Destruktion, gegen sich selbst gerichtete Aggression, Lähmung und Depression zutage. Indem es dem Malenden aber gelingt, seine Problematik aufs Papier zu bannen, sie zu materialisieren und aus seiner Person herauszusetzen, hat er bereits einen großen konstruktiven und kreativen Schritt getan. Ganz tiefe Ängste bringen den Patienten dazu, eben die Ängste darzustellen — auch wenn das vielleicht paradox klingen mag —, er kann seine Angst spüren, und ein Trennungs-Schritt wird möglich: er kehrt die Problematik aus sich heraus, das heißt einerseits: er kann sich zeigen, und andererseits: er kann etwas wegfegen, sich befreien. Hier wirken wie beim berufsmäßigen Künstler seelische Konflikte als Motor für schöpferische Kräfte, und das Bild entsteht in einem Akt der Sublimierung. Der Mut, sich zu zeigen, verbindet den Patienten in der Maltherapie mit dem Künstler. Für beide gilt, was *Pieter C. Kuiper* sagt:

»Wir erfahren viel über die Schwierigkeiten des schöpferischen Menschen, weil er seine Konflikte, seine Mißerfolge, die von ihm empfundene Einsamkeit, seine Enttäuschungen auf erotischem Gebiet und auch die Enttäuschungen, die er anderen bereitet, nicht zu verbergen pflegt«.

Phase II: Diffuse Abstraktion

Einige malen sehr lange solch surreale Bilder und zeigen von Mal zu Mal nuancierte Veränderungen in Farben und Formen. Bei sehr vielen, den meisten, die seit der Schulzeit keinen Pinsel mehr in die Hand genommen haben, ist die Frustrationsgrenze jedoch schneller erreicht. Sie sagen jetzt häufig, sie hätten überhaupt keine Lust mehr zu malen. Sie spüren, daß sie sich verändern und etwas dazulernen müßten. Ihren Widerstand machen sie meist am Thema fest, mit dem sie angeblich nichts anfangen können. Voller Wut explodieren sie jetzt und werfen einfach Farben aufs Blatt. Mit ihrem sogenannten »Geschmiere« sind sie aber auch nicht zufrieden und beklagen sich, daß alles nichts taugt, daß sie nichts können und alles ja doch umsonst ist (vgl. dazu Bild 4). Sie können nicht erkennen, daß sie mit diesen diffusen Abstraktionen ganz tief ins eigene Unbewußte vorgedrungen sind, daß ihre Isolation aufgebrochen ist und sie ihre Gefühle unmittelbar aus dem Unbewußten sichtbar aufs Papier gebracht haben. An dieser Stelle wird für den Malenden die Gruppe besonders wichtig. Indem sie ihn auf farbliche und formale Strukturen und inhaltliche Aussage wie Chaos, Zerrissenheit, aber auch Harmonie, innere Stimmigkeit in all dem vermeintlichen »Geschmiere« hinweist, nimmt sie ihm

seine Minderwertigkeitskomplexe, stützt sein Selbstvertrauen und hilft ihm, die eigentliche Bedeutung seines schöpferischen Produktes wahrzunehmen.

Um die stilistischen Merkmale dieser diffusen Abstraktion zusammenzufassen, sei gesagt: Die Bilder der zweiten Phase erfahren ihre Charakteristik hauptsächlich durch die Malweise, die derjenigen von kleinen Kindern entspricht: Farben werden in mehreren Schichten übereinandergelegt, die Farbe wird mit unkontrollierten Pinselstrichen modelliert. So entstehen körperlich-räumliche Tiefen in einem diffus-chaotischen Farbgebilde. Warme Farbtonwerte herrschen vor. Formal gesehen sind die Bilder explosiv oder breiartig zerlaufend. Dieselbe Malweise wenden die Künstler des action painting, des Tachismus und des informel an. Das Intuitive, Spontane und Aktionistische verbindet also die beschriebenen Bilder mit denen von *Jackson Pollock, Willem de Kooning, Pierre Soulages* und *Karel Appel,* um hier einige zu nennen.

Ich habe bereits gezeigt, wie bei den Patienten der Maltherapie Aggression und Wut die auslösenden Momente sind, daß solche diffusen Abstraktionen entstehen. Das spontane Aufbrechen dieser Gefühle bedeutet gleichzeitig — als kreativer Prozeß — ein Aufbrechen zu den eigenen unbewußten Ursprüngen, eine Wanderung zurück in archaische Tiefen. Im Grunde geht der Malende bis zu seiner ersten Wahrnehmung überhaupt zurück und knüpft dort an. *René Spitz* hat dieses Erlebnis der sogenannten Urhöhle sehr plastisch beschrieben. Ich gebe hier *Ammons* Zitat und Ergänzung wieder: ›*Spitz* beschreibt den Saugakt und die damit verbundenen Wahrnehmungen als 'Wahrnehmungen nach dem Höhlenmodus'. Er dient gleichzeitig der Wahrnehmung äußerer wie innerer Vorgänge. . .Die 'Welt der Urhöhle', wie sie auf dieser Ebene der Wahrnehmung erfahren werde, sei 'eine seltsame Welt: undeutlich, unbestimmt, zugleich lustvoll und unlustvoll, überbrückt sie den Abgrund zwischen Innen und Außen, zwischen Aktivität und Passivität'. . .*Spitz* meint, daß der Mund in seiner Eigenschaft als Urhöhle die Brücke zwischen dem inneren Hineinnehmen und dem äußeren Wahrnehmen ist; hier ist der Ursprung und die Grundvorstellung aller äußeren Wahrnehmung; es ist der Ort des Übergangs für die Entwicklung bewußter zielgerichteter Aktivität, für das erste aus der Passivität auftauchende Wollen« (*Ammon* 1986).
Um im Bild zu bleiben: in der Phase der diffusen Abstraktion entsteht »Urhöhlen-Malerei«.

Phase III: Kindermalerei

An der Matrix der Kreativitätsentfaltung wird sichtbar, daß sich beim Malenden die frühkindliche Entwicklung der schöpferischen Potentiale nun noch einmal wiederholt (vgl. dazu Bild 5). Es ist erstaunlich, welche Vielfalt der Gestaltung sich hier auftut. In Denken und Fühlen geht der Malende jetzt weit in seine Kindheit zurück; er bewegt sich so real in dieser Zeit, daß nicht nur wichtige Erinnerungen und Erlebnisse wieder lebendig werden, sondern

Bild 5

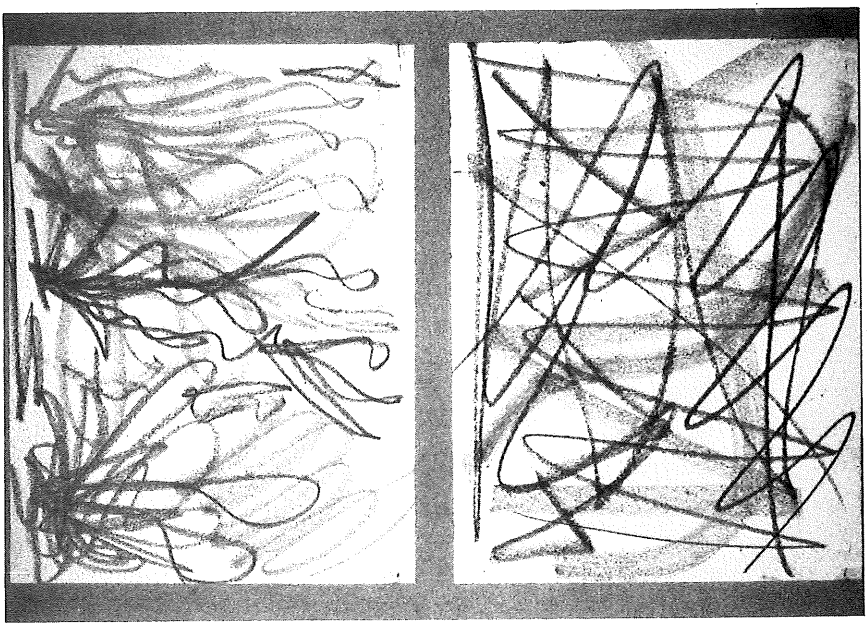


Bild 7

Bild 6

Bild 8

daß er auch handelt wie ein Kind: er spielt. Spielerisch und neugierig probiert er mit Farben und Formen herum und entwickelt dabei neue Ausdrucksmöglichkeiten. Das ist überhaupt das Wesentliche an dieser Lern-Phase: der spielerische Umgang mit Farben und Formen, die Sicht der Welt mit den Augen des Kindes. Die Darstellungen sind denn auch stark mystisch-mythisch-kultisch, wie man das Archaische auch einmal bezeichnen könnte. Die Parallelität zur frühen menschheitsgeschichtlichen Entwicklung, an die ich hier nochmals erinnern möchte, ist ganz offenkundig.

Nun ist es nicht so, daß sich diese Dinge bewußt vollziehen. Voraussetzung für die ganze Entwicklung war ja die Begegnung mit dem eigenen Gefühl, die in archaische Tiefen geführt und Neugier und Mut geweckt hat, sich weiter auf die abenteuerliche Entdeckung der eigenen Identität einzulassen. Jetzt entsteht einfach der Wunsch, etwas Bestimmtes zu malen, und der Malende wird sich vorerst gar nicht klar darüber, daß er malt wie ein Kind. Erst bei der Bearbeitung seines schöpferischen Produktes in der Gruppe kann er dies wahrnehmen. Oft löst die Erkenntnis eines solchen »Rückschritts« in die Kindheit heftigen Protest und Widerstand aus, aber allmählich kann der Malende auch dieses Stück von sich akzeptieren. Wenn er zu seinem kindlichen Gefühl und zu seinem kindlichen Ausdruck steht, dann sind die Bilder auch immer richtig und in sich stimmig.

Der Zugang zum Unbewußten ist, wie wir uns noch einmal vergegenwärtigen wollen, im Malen leichter zu finden als etwa durch intellektuelle verbale Bemühung. Schon auf der Ebene des Körpers sind ja in der rechten Gehirnhälfte Fühlen und Sehen ganz eng miteinander verbunden. *Fritjof Capra* schreibt hierzu modifiziert:

»Die linke Hälfte. . .scheint mehr auf analytisches, lineares Denken spezialisiert, wozu auch die Verarbeitung von zeitlich aufeinanderfolgenden Informationen gehört. Die rechte Gehirnhälfte. . .scheint überwiegend auf eine ganzheitliche Weise zu funktionieren, welche besser für Synthese geeignet und geneigt ist, Informationen diffuser und gleichzeitig zu verarbeiten«. In diesem Sinne wohnt dem Malen eine integrative Kraft inne, die auf die ganzheitliche Entwicklung des Menschen hinwirkt. Die schöpferischen Potentiale erweitern sich mitsamt der Identität des Malenden.

Zusammenfassend seien jetzt kurz inhaltliche und stilistische Merkmale dieser dritten Phase der Matrix besprochen: Thematisch befaßt sich der Malende mit seiner Vergangenheit, mit Reminiszenzen und Erlebnissen aus seiner Kindheit, seiner Situation und Rolle innerhalb der Primärgruppe. Formales Kennzeichen ist die kindliche Malweise in einem Spektrum, wie es die Malereien von etwa 3—10-Jährigen bieten. Hierher gehören archaische Krakeluren und Symbole, wie auch Strichmännchen, wie sie sich in den Höhlenmalereien, aber auch in der modernen Kunst finden, z.B. bei *Cy Twombly, A.R. Penck* und *Paul Klee.* Weiter sind hier zuzuordnen das naive Erfassen der Welt — wie etwa bei *Henri Rousseau* — und die expressive Darstellung, für die ich paradigmatisch *Emil Nolde* nennen möchte.

Phase IV: Reine Abstraktion

Um es einmal bildhaft auszudrücken, was bis jetzt geschehen ist: Eine junge Pflanze ist gesprossen, die tief und kräftig am Boden wurzelt (vgl. dazu Bild 6). Für die weitere Entwicklung gilt, was der Maler und Dichter *Ernst Josephson*, ein sogenannter Schizophrener, über die künstlerische Erziehung sagte:

»Das künstlerische Talent ist so schön, so zerbrechlich, daß man es behutsam pflegen muß. Laß die Pflanze frei wachsen und gedeihen. . .Alles was du tun kannst, ist, dem noch jungen Stamm eine Stütze zu geben, und du wirst sehen, wie schön der Baum wird«.

In der Maltherapie ist der Idealfall gegeben, daß sich kreative Kräfte in Freiheit voll entfalten können. Meine Rolle und die der Gruppe ist es dann auch, durch Erkennen der Veränderungen und Fortschritte, durch Anerkennen dem Malenden eine Stütze zu geben. Das ist wichtig, aber das ist nur die eine Seite. Die andere, für den Reifungsprozeß genauso wichtige Seite ist, daß der Malende lernt, Auseinandersetzungen auszuhalten und Kritik zu ertragen. Konfrontation begegnet ihm in der Gruppensituation modellhaft fürs Leben. Die gesunden Anteile sind nun soweit aufgebaut, daß er Kritik abgrenzen und ihr etwas entgegensetzen kann, daß er aus Aggression und Destruktion etwas Konstruktives schaffen kann. Von jetzt an, von der vierten Phase in der Matrix der Kreativitätsentfaltung an, beginnt der Malende bereits, einen eigenen Stil zu entwickeln, als Ausdruck seiner Suche nach einem neuen Lebensstil. Bei der Reinen Abstraktion kann man schon deutlich den Wandel erkennen. Das Bild wird frei gestaltet, die kompositorisch-formale Einheit fällt ins Auge, Harmonie oder Disharmonie sind bewußt und absichtsvoll gesetzt. Formen und Farben werden klar differenziert aufs Blatt gebracht. Vom Kompositorischen und Ästhetischen her lassen sich diese Arbeiten wohl mit den klassischen Abstraktionen eines *Wassily Kandinsky, Robert Delaunay, Piet Mondrian, Ernst Wilhelm Nay, Victor Vasarely* oder *Ives Klein* vergleichen. Das Abstrakte als Ausdrucksform tritt hier auf, weil es sich geradezu anbietet, um das zu vermitteln, worum es dem Malenden jetzt geht: Er ist dabei, sich zu entdecken, sich zu erkennen. Seine Gefühle verdrängt er nicht; er macht sie sich bewußt und vermag sie intellektuell zu verarbeiten und umzusetzen. Die Einheit von Gefühl und Bewußtsein spiegelt sich in der ästhetischen Stimmigkeit der Bilder. Die innere Auseinandersetzung wird konstruktiv eingebracht. Es handelt sich um eine Übungs-Phase: Gefühlsdifferenzierungen werden geübt; Problemlösungen werden geübt. Der Malende beginnt, sich dem Leben zu stellen.

Phase V: Psychogramm

Ein weiterer Faden im Gewebe der Matrix, der nun immer wieder einmal aufgenommen wird, ist die Darstellungsform Psychogramm (vgl. dazu Bild 7). Ähnlich dem EKG oder dem Blutdruck-Messen dient das Psychogramm dazu,

den momentanen inneren Zustand zu überprüfen. Der Malende gibt sich Rechenschaft über seine augenblickliche Gefühlslage, läßt Aggression, Wut, Traurigkeit, Schmerz, Spannung, Harmonie oder Freude bewußt zu, stellt sie dar und nimmt sie auf diese Weise wahr. Wir haben hier also eine stark ichbezogene Malerei vor uns. Das Psychogramm hat von der Malweise her Ähnlichkeit mit der Diffusen Abstraktion. Es entsteht ebenso blitzschnell und ganz spontan. Der große Unterschied besteht jedoch darin, daß das Psychogramm klare Formen und reine Farben aufweist. Kompositorisch ist es fließend, abgehackt oder zerrisssen. In der etablierten Kunst liefern etwa *Arnulf Rainer, Georges Mathieu* oder *Lucio Fontana* solche Momentaufnahmen, die man wohl als Psychogramme bezeichnen könnte.

Phase VI: Reale Phantasie

Die Reale Phantasie, die das ganze bunte und formenreiche Spektrum von Gegenwart und Zukunft umfaßt, stellt sozusagen die äußere Webkante der Matrix dar (vgl. dazu Bild 8). Die Kreativitätsentfaltung ist so weit gediehen, daß der Malende jetzt eigentlich als Akademiestudent anzusehen ist, der zu lernen und an seinem Talent zu arbeiten hat. Hier wie dort lernt er am meisten durch die Auseinandersetzung mit der Gruppe der Kommilitonen bzw. der Mitpatienten. Er erprobt sich in verschiedenen Stilen: er sucht. Freier Umgang mit kompositorischen und inhaltlichen Elementen; reine Abstraktion; reine Figuration oder Mischformen; eine Farbpalette von Dunkel über Kräftig bis Zart; Betonung von Harmonie in Farben und Formen: das sind die stilistischen Merkmale dieser Phase. Thematisch behandeln die Bilder Realität und Umwelt, Rückblicke auf die Vergangenheit, Zukunft, Wünsche, Vorstellungen, mehrheitlich schöne Dinge. Menschen in Beziehung bevölkern die Bilder und auch Denken und Fühlen des Malenden. Sein Blick ist nach außen gerichtet. Konflikte werden jetzt oft in verbaler Auseinandersetzung gelöst und erscheinen gar nicht mehr in den Bildern; deshalb sind hier freundliche Inhalte so häufig. Der Malende kann nach Bedarf die Matrix in allen Richtungen durchwandern und alle in ihr enthaltenen Möglichkeiten frei handhaben. Je mehr seine schöpferischen Kräfte entwickelt sind, desto besser kann er das Leben bestehen. Die, sagen wir, »einfache« Kreativität kann jeder bis zu einer durchschnittlichen künstlerischen Kreativität steigern, wenn er Willen und Ausdauer dazu aufbringt. Überdurchschnittliche künstlerische Kreativität hängt nicht zuletzt damit zusammen, wie weit ein Mensch Grenzsituationen in seinem Leben erfährt, zuläßt und bewältigt. Ein Künstler hält solch hohe seelische Belastungen aus, wenn er seine Konflikte erleben und zugleich Distanz dazu schaffen kann. Im Kunstwerk wird das Problem sublimiert, wie ich ja bereits ausgeführt habe. Durch die gewonnene Freiheit im Umgang mit der Visuellen Sprache, durch den Farbenreichtum einer zur Blüte entfalteten Kreativität kann der »Absolvent« der Maltherapie eine ähnliche innere Flexibilität und Harmonie erreichen. Das Kreativitäts-Training soll ihn befähigen, in seinen schöpferi-

schen Äußerungen seelische Konflikte zu sublimieren und sie so im Sinne einer Identitäts-Erweiterung zu integrieren.

Nachdem ich nun den Prozeß der Kreativitätsentfaltung geschildert habe, möchte ich Frau B. aus der Maltherapie zu Wort kommen lassen. Sie beschreibt den Prozeß aus ihrer Sicht:

»Die Maltherapie war einer der wichtigsten Bestandteile meiner Therapie in der Klinik Menterschwaige. Ich konnte am Anfang überhaupt nicht sprechen und hatte so die Möglichkeit, mich mitzuteilen; was mich überraschte, denn ich hatte früher schon sehr gern gemalt, aber noch nie so richtig hingeschaut. Mir war gar nicht bewußt, daß ich durch mein Gemaltes etwas zeige. Vor allem war es mir ganz neu, in der Gruppe zu malen. Ich hatte unheimlich Angst, so in der Gruppe zu sitzen, aber durch das Malen fiel es mir dann viel leichter. Genauso machte es mir anfangs viel Schwierigkeiten, bei der Besprechung mein Bild zu zeigen und dann darüber zu reden und etwas zu hören. Nach und nach bin ich aber in der Gruppe gewachsen, und es hat sich auch im Malen bemerkbar gemacht. Ich wurde, langsam aber stetig, freier und direkter. Ich konnte allmählich sehr deutlich mitteilen, welche Gedanken und Phantasien mich beschäftigten, auch meine Ängste und Qualen; was die anderen erschreckte oder Wut in der Gruppe hervorrief. Aber mir ist eben durch das Malen und Ausprobieren und durch die Reaktion der Gruppe vieles klargeworden. Ich konnte vieles verarbeiten und mich weiterentwickeln. Genauso hatte ich meine Schwierigkeiten mit Herrn Kress. Mit der Zeit war aber viel Vertrauen da. Er hat sehr lieb und unterstützend reagiert. Vor allem hat er den Menschen gesehen und war sehr einfühlsam. Dann kam aber auch eine Zeit, wo er Forderungen gestellt hat, was mir nicht immer recht war. Ich wollte ja an meiner Krankheit festhalten, und da waren Forderungen fast tödlich. So hat man mitunter mit Streik reagiert, indem man — aus Angst vor dem nächsten Schritt — der Maltherapie fernblieb. Erst einmal war man froh, das nächste Mal ging man aber mit dicken Schuldgefühlen doch wieder hin. Es war ein Prozeß, der aber wichtig war. Mittlerweile kann ich Herrn Kress als ein Gegenüber sehen, mit dem man sich unterhalten, austauschen und auseinandersetzen kann. Aufgrund meines Vertrauens zu ihm stelle ich hier meine Bilder zur Verfügung. Ich hatte vorher sehr zwanghaft und exakt gemalt und habe mich mit der Zeit freigemalt. Es geht auch immer noch vorwärts, und ich glaube, daß ich schon sehr viel weitergekommen bin. Auf dem Weg, mich zu befreien, zu entwickeln, selbst kennenzulernen und anzunehmen, ist mir die Maltherapie eine große Stütze. Sie ist vor allem eine Möglichkeit, sich mitzuteilen, für Menschen, die vor lauter Angst nicht sprechen können. Sie kann eine Brücke sein. Für vieles«.

Bedeutung der Matrix

Bereits nach einjähriger Beobachtungszeit solcher und ähnlicher Entwicklungsverläufe, die, trotz aller individuellen Unterschiede in ihrer Ausprägung,

ein gewisses Grundmuster durchscheinen ließen, verfaßte ich 1982 den ersten Entwurf für eine Matrix der Kreativitätsentfaltung in der Maltherapie. Meine Erkenntnisse über die prozessuale Ausformung der schöpferischen Potentiale, die ich in langjähriger Tätigkeit als Leiter einer Kinder-Malschule sammeln konnte, kamen mir dabei sehr zugute. Und nicht zuletzt habe ich mich als Künstler auch theoretisch mit Kreativität beschäftigt. Nach nunmehr weiteren vier Jahren, in denen ich meine empirischen Untersuchungen weiterführen konnte, habe ich heute das Ergebnis meiner Untersuchungen, die Matrix der Kreativitätsentfaltung, vorgestellt, wie sie in dieser Form für die Bedingungen und Ziele der Maltherapie gilt. Dadurch daß ich nun schon in mehreren Bereichen die Kreativitätsentfaltung beobachten konnte, bin ich zu dem Schluß gekommen, daß die von mir entwickelte Matrix ein Muster für jedes Kreativitäts-Training überhaupt darstellt und daß sie sich modifiziert auch anderwärts anwenden läßt, zum Beispiel im Kunstunterricht von Schulen, in Akademien, ambulanten Therapien, Ausbildungskursen für Menschen, von denen von Berufs wegen Kreativität gefordert wird, wie auch ganz allgemein für alle, die ihre Fähigkeiten besser kennenlernen und ausschöpfen möchten. Ein Mensch, der die visuelle Sprache beherrscht, hat gelernt, genauer zu sehen, und kann deshalb über 80 Prozent aller Informationen, die auf ihn zukommen, besser verstehen, denn dies ist der Anteil der visuellen Informationen. Ein Mensch, der die visuelle Sprache beherrscht, hat auch einen direkteren Zugang zu seinen Gefühlen, kann sie besser wahrnehmen und mit ihnen umgehen. Für ihn gibt es mehr Verwirklichungs-Möglichkeiten als für Menschen, deren schöpferische Potentiale größtenteils brachliegen.

Kreativitäts-Schulung wirkt aber nicht ein für allemal. Es geht darum, seine Gaben immer wieder zu benutzen, immer aufs Neue auftretende Probleme zu lösen, sich an ihnen zu bewähren. Je sensibler und offener ein Mensch ist, desto anfälliger ist er auch für Schwierigkeiten, aber er kann auch immer wieder neue Ideen entwickeln, sie zu bewältigen. Eine Maltherapie, die die schöpferischen Kräfte zu entfalten sucht, wirkt in diesem Sinne. Sie kann nicht dazu helfen, die Probleme des Patienten zu beseitigen, sie hilft ihm, seine Probleme zu bewältigen. Die farbige Welt, die dem Menschen innewohnt und die ihn umgibt, tut sich ihm auf.

Zum Schluß möchte ich nun Frau M. sprechen lassen: »Die Maltherapie ist für mich eine wichtige Therapieform. In den ersten Monaten meines Klinikaufenthaltes war es mir nicht möglich, über meine Gefühle zu sprechen. Ich spürte in mir die Gefühle nicht. Nur während des Malens kam ich an mich selbst heran. Wenn ich das Bild beendet hatte, war es mir unmöglich, mich sofort verbal darüber zu äußern. Das Feedback aus der Gruppe erreichte mich kaum. Erst als ich erfuhr, ich male wie ein Kind, habe ich die Wut auf den Therapeuten gespürt. In den ersten Monaten hatte ich oft nach der Maltherapie Migräne und Weinkrämpfe. Ich malte auch außerhalb der Maltherapie. Immer wenn meine kranken Anteile mich in einen diffusen Zustand versetzten. Nach dem Malen war der Zustand für einige Stunden aufgehoben. Nach eini-

gen Monaten malte ich aus Freude und träumte in die Zukunft hinein, bis ich spürte, ich muß mich mit der Gegenwart auseinandersetzen, mit mir selbst. Meine Bilder strukturierten sich, ich fiel aber auch immer wieder in Sumpf-Bilder zurück. Nach der Auseinandersetzung mit mir selbst, mit Hilfe meiner Einzel-Therapeutin, gelang es mir auch, Menschen in die Bilder einzubeziehen. Ich male freier und male mich frei«.

Creativity Development — The Process of Development of Patients in the Painting Therapy

Georg Kress, (München)

In the spectrum of treatment in the Dynamic-Psychiatric Clinic Menterschwaige developed by *Günter Ammon,* painting therapy has been an integrated element for many years. For five years the author has been working as painting therapist in the Clinic Menterschwaige. In his present work first he describes the painting therapy itself and the meaning of painting for the patients. The »beauty« of a picture is not regarded as an important factor, but to find an access to the self and to unconsciousness. The author also terms painting as »visual language«, as a possibility to get in contact with people with the help of this medium. The author stresses the importance of the group — based on the social-energetic principle of *Günter Ammon*, that also includes giving a protective milieu, in which discussion and progressing development can actively take place. The author tries to conceptualize the process of creativity development in terms of a sequence of phases. This process corresponds with the patient's development in the whole therapeutical field of the clinic. The author's »Matrix of Creativity Development« starts with stylistic and substantial criteria and is differentiated into six phases. He accentuates thereby that it is not an unflexible pattern, but an approximative trial to create a theory about the process. The six phases are documented by paintings:
1. Phase of surrealistic imagination: traumatical experience, anxiety and destructivity are described by symbols in a formally and rather figurative manner (compare picture 3).
2. Diffuse abstraction: deep feelings are expressed by painting in an uncontrolled way; the author also talks about an archaic painting, following *René Spitz* and his description of the infant's earliest perception (compare picture 4).
3. Children paintings: experiments with colours and forms and development up to playful trying out (compare picture 5).
4. Phase of pure abstraction: it is characterized by search for an own style. The painter more consciously differentiates his feelings and aims to new possibilities of problem solution (compare picture 6).
5. Psychogram: a strongly ego-related way of painting, the momentary situation of feeling is painted spontaneously. Contrary to diffuse abstraction this phase presents clear forms and colours (compare picture 7).

6. Paintings, counting to a phase of real imagination, bear witness to the developed creativity. Now wishes, fantasies and imaginations can be formed and positively related to people. Conflicts can be worked out more verbally and disappear in the paintings (compare picture 8).

The phases do not have to follow chronologically and appear only in very rare cases in a pure form. By stylistic and substantial attributes of the paintings the painting therapist is able to gain an understanding and knowledge, which state on the way of creativity development is passing by in the life of the patient. The introduced »Matrix of Creativity Development« is not restricted to in-patient therapy, as the author remarks, but can also be used in different fields, for example art lessons or out-patient painting therapy.

Literatur beim Verfasser

Adresse des Autors:
Georg Kress
Passauer Str. 38
8000 München 70

Die Bedeutung des Therapeutischen Reitens*** bei der Behandlung verschiedener psychiatrischer Krankheitsbilder**

Michaela Scheidhacker (München)*

Die Autorin dieser Arbeit über den Stellenwert des therapeutischen Reitens innerhalb des Therapiekonzeptes der Berliner Schule Günter Ammons geht der Fragestellung nach, welche Bedeutung das Reiten als averbale Therapieform als eine Facette innerhalb des therapeutischen Spektrums im gesamtgruppendynamischen Geflecht der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik hat.
An Hand von Beispielen und spontanen Äußerungen von Patienten beschreibt sie den Ablauf und die verschiedenen therapeutischen Schritte der Reittherapie. Darüberhinaus analysiert sie als teilnehmende Beobachterin die heilenden Aspekte in den verschiedenen Ebenen des Kontaktes des Patienten zum Pferd, zum Therapeuten, zur Gruppe, zum Reitstall, zur Natur und zum Gesamtgeschehen der Klinik.
Sie arbeitet insbesondere den therapeutischen Stellenwert des Reitens für solche Patienten heraus, die große Schwierigkeiten haben, Zugang zu ihrem Unbewußten zuzulassen und die aufgrund ihrer Schädigungen in der symbiotischen Phase und dem damit verbundenen tiefen Mißtrauen sich nur schwer einem lebendigen Wesen anvertrauen können.
Auf diesem Wege können archaisch ich-kranke Patienten lernen, wieder Kontakt und Berührung zuzulassen und in der übertragungsfreien, »unvergifteten« Beziehung zum Tier grundsätzlich neue Erfahrungen zu sammeln und zu integrieren. Dabei können die in diesem Schutzraum gewonnenen Erfahrungen verbalisiert und schließlich auf zwischenmenschliche Beziehungen übertragen werden.
Therapeutisches Reiten erweist sich damit als essentieller Bestandteil des gesamten therapeutischen Netzes der Klinik und stellt damit eine Erweiterung des therapeutischen Spektrums um eine wichtige Facette dar: die jeweils unterschiedlichen Aspekte des Verhaltens der Patienten und ihre Dynamik können damit vor allem einfließen in die therapeutische Arbeit von Gruppenpsychotherapie und Großgruppe, Berücksichtigung finden in der Gesamtbetrachtung der Case-Konferenz und der Strukturierung der weiteren Zukunft des Patienten. Dem Forscher wie dem Therapeuten bietet sich hier ein weiterer Zugang zum Unbewußten und damit zur Humanstruktur der Patienten.

Schon bei der Gründung der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige 1979 hat *Günter Ammon* das Therapeutische Reiten als averbale Therapieform bei der Behandlung der verschiedenen psychiatrischen Krankheitsbilder eingeführt. Er übernahm dies von seinem Lehrer *Karl Menninger,* der in der Menninger Foundation in Topeka (Kansas, USA) auch Reiten als Therapie postulierte. Das Reiten ist hier nicht allein als Körpertherapie — etwa zur körperlichen Ertüchtigung — oder als Freizeitgestaltung im Sinne einer »Beschäftigungstherapie« zu sehen. Es ist hier auch keine reine Kranken-

* Dr. med. dent., Ärztin, Leiterin des Therapeutischen Reitens der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige

** Vortrag gehalten auf dem 5. Weltkongreß der World Associaton for Dynamic Psychiatry WADP/XVIII. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) im März 1987 in München

*** In Abänderung des Originalvortrages wurde der Terminus »Reittherapie« durch den Terminus »Therapeutisches Reiten« ersetzt in Anlehnung an die Terminologie des Kuratoriums für Therapeutisches Reiten e.V., 4410 Warendorf, Freiherr-von-Langen-Straße 13

gymnastik oder ein Behindertensport, wie es etwa *Wolfgang Heipertz* (1977) in seinem Buch über Therapeutisches Reiten beschreibt. *Heipertz* zeigt zwar die Möglichkeit der Therapie psychiatrischer Patienten auf, geht dabei jedoch nicht auf Einzelheiten ein. Das psychiatrisch-psychotherapeutische Reiten ist wohl dem »Heilpädagogischen Reiten/Voltigieren«* zuzuordnen, wobei Übergänge zum »Reiten als Sport für Behinderte« und zur »Hippotherapie« durchaus möglich erscheinen.

Das Therapeutische Reiten in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige stellt innerhalb des ganzheitlichen Behandlungskonzepts von *Günter Ammon* (1980, 1986) eine Facette dar, zusammen mit den vielen anderen verbalen und averbalen Therapieformen, wie z. B. Tanz-, Theater-, Musik- und Maltherapie, analytische Gruppenpsychotherapie, Milieutherapie etc. Durch das Therapeutische Reiten können sich viele psychisch kranke Menschen, die oft lange Zeit therapeutisch nicht erreichbar waren, über Körperkontakt und Beziehung zum Pferd allmählich für Therapie im allgemeinen öffnen. Es findet aber auch unmittelbar Therapie statt, wobei das Pferd ein wichtiges Medium dastellt: Durch wiedergutmachende Erlebnisse im Bereich der zentralen Ich-Funktionen wird echte Ich-Struktur-Nachreifung möglich. Das Pferd spiegelt in seinem Verhalten die oft unaufgedeckte und nicht-bewußte Befindlichkeit des Reiters direkt wider. Mit Hilfe des Therapeuten und der Reitergruppe wird die Begegnung mit dem Pferd zu einer Selbsterfahrung besonderer Art.

In diesem Beitrag soll über die Erfahrungen, die ich in der Klinik Menterschwaige während des Therapeutischen Reitens mit psychisch kranken Menschen gemacht habe, berichtet werden. Bevor ich jedoch auf die spezielle Bedeutung des Therapeutischen Reitens bei der Behandlung der verschiedenen psychiatrischen Krankheitsbilder näher eingehe, muß ich, um ein grundsätzliches Verständnis für eine analytisch orientierte Psychotherapie mit dem Medium Pferd zu erlangen, auf die spezielle Beziehungsqualität näher eingehen, die zwischen Pferd und Mensch möglich ist.

Gregory Bateson (1985) konnte nachweisen, daß Vokalisierung, Ausdrucksbewegungen und Stimmungssignale von Tieren analoge Kommunikation darstellen und ihre Beziehung zu anderen Tieren, aber auch zu Menschen, definieren. Tiere verstehen den Inhalt einzelner Worte nicht, sie lernen nur durch wiederholten Gebrauch, den Tonfall und die Klangfarbe einzelner Wörter und Sätze mit einer bestimmten Beziehungsdefinition in Verbindung zu bringen. *Watzlawick* (1969) setzt die analoge Kommunikation als die eindeutige, die Beziehung definierende Verständigung im Gegensatz zur mehrdeutigen,

* Nach der Terminologie des Kuratoriums für Therapeutisches Reiten e.V. vollzieht sich das Therapeutische Reiten in drei Fachbereichen:
1: Hippotherapie: ärztlich verordnete Krankengymnastik
2. Heilpädagogisches Reiten/Voltigieren: ausgeführt von speziell ausgebildeten Pädagogen und Psychologen
3. Reiten als Sport für Behinderte: durchgeführt durch zusätzlich ausgebildete Reitlehrer

digitalen verbalen Kommunikation. Das bedeutet, daß bei der analogen Kommunikation nicht die Inhalte der vermittelten Worte, sondern die Beziehung im Hier und Jetzt ausschlaggebend sind. Dabei ist zu bedenken, daß die analoge Kommunikation im Unterschied zu digitaler, rein verbaler Kommunikation zwischen den verschiedenen Lebewesen die phylogenetisch und ontogenetisch ältere Form darstellt.

Ein Kleinkind, das der Sprache noch nicht mächtig ist, erlebt nur die warme, annehmende oder aber die kalte, ablehnende Beziehung der Mutter und kann den Inhalt der Worte vorerst nicht begreifen. So kann die Mutter formal das Kind gut versorgen, das Kind erlebt jedoch die innere Ablehnung durch die Mutter und gedeiht nicht, bzw. entwickelt Defizite im Bereich der zentralen Ich-Funktionen. Die frühe Kommunikation zwischen Mutter und Kind ähnelt also gewissermaßen der möglichen Kommunikation zwischen Mensch und Tier. Dadurch, daß das Tier ausschließlich zu analoger Kommunikation fähig ist, ergeben sich wesentliche therapeutische Gesichtspunkte. Krankmachende Doppelbindungen, Lügen und paradoxe Inhalte, oder auch Moralisieren, verbunden mit der Verteilung von Schuldgefühlen, beruhen auf einem Auseinanderklaffen der analogen beziehungsdefinierenden und der verbalen inhaltlichen Kommunikation. Innerhalb rein analoger Kommunikation sind diese speziellen krankmachenden Mechanismen nicht vorstellbar. Hieraus ergibt sich vor allem für psychisch kranke Menschen die therapeutische Möglichkeit, in rein analoger Kommunikation mit dem Pferd krankmachende Erfahrungen aus präödipaler Zeit, in der die analoge Kommunikation mit der engsten Bezugsperson — meist der Mutter — ja am wichtigsten war und die tiefsten Wunden hervorrief, durch neue Erlebnisse im Umgang mit dem Pferd wiedergutzumachen. Diese wiedergutmachenden Erfahrungen können das von *Günter Ammon* (1980, 1986) so oft beschriebene »Loch im Ich« mit neuen, lebendigen Inhalten füllen.

Dabei ist von grundsätzlicher Wichtigkeit, daß das Pferd sich pferdgerecht entwickeln konnte und auch ein sogenanntes psychisch gesundes Pferd ist. *Konrad Lorenz* (1974) hat beschrieben, daß Tiere, die isoliert, also ohne Beziehung zu anderen Lebewesen, aufwachsen, später im Umgang mit Artgenossen inadäquat reagieren und große Probleme haben, definierte Beziehungen zu anderen Lebewesen — aber auch zum Menschen — einzugehen. Man könnte solche Tiere aufgrund ihrer Kommunikationsstörung »neurotisch« nennen. Hierbei wird klar, daß bei der Auswahl und Ausbildung eines Therapiepferdes größte Sorgfalt notwendig ist, da ja auch nur ein in seiner Kommunikationsmöglichkeit gesundes Reitpferd wiedergutmachende Erfahrungen für den psychisch kranken Menschen vermitteln kann.

In diesem Zusammenhang zitiere ich *Gustav Steinbrecht* (1980), der in seinem 1884 zum ersten Mal verlegten Buch »Gymnasium des Pferdes« über den Zweck der Dressur eines Reitpferdes schreibt: »Die richtige Dressur ist daher eine naturgemäße Gymnastik für das Pferd, durch die seine Kräfte gestärkt, seine Glieder gelenkig gemacht werden. Durch sie werden die kräftigeren Tei-

le zugunsten der schwächeren zu größerer Tätigkeit angehalten, diese durch allmähliche Übungen verstärkt und verborgene Kräfte, die aus natürlichem Hang zur Bequemlichkeit vom Pferd zurückgehalten werden, hervorgerufen, wodurch endlich vollkommene Harmonie im Zusammenhang der einzelnen Glieder mit ihren Kräften entsteht, die das Pferd befähigt, auf die leisesten Hilfen seines Reiters solche geregelten und schönen Bewegungen andauernd und *zwanglos* auszuführen, die es aus eigenem Antrieb nur in Augenblicken der Erregung zeigt.«

Gerade dieser Aspekt der Zwanglosigkeit der richtigen Dressur und des richtigen Reitens ist ausschlaggebend bei der Ausbildung des Therapiepferdes und soll dann dem psychisch kranken Menschen die Möglichkeit einer zwanglosen, lustvollen Arbeits- und Lebensfähigkeit veranschaulichen und im Kontakt mit dem Pferd erlebbar machen.

Damit in Zusammenhang steht die Wichtigkeit des Einlassens auf Beziehungen, die nicht bestimmt sind von gegenseitigem, rivalisierendem Kräftemessen. Noch ein Zitat von *Gustav Steinbrecht* (1980), das die therapeutische Nutzbarkeit der Beziehung von Pferd zu Mensch nochmals veranschaulicht: »Mancher alte Reiter ist ehrlich genug einzugestehen, daß er erst ein vernünftiger und feiner Reiter geworden ist, seit er den größten Teil seiner Körperkraft verloren hat, und daß er seitdem von seinem Pferd alles in ruhiger, sicherer Weise erlangt, was er früher nur durch harte Kämpfe erreichen zu können glaubte.«

Offensichtlich ist es nicht die Körperkraft, die einen guten Reiter ausmacht, sondern die Feinheit, wie *Steinbrecht* es ausdrückt. Damit meint er wohl ein sensibles, differenziertes Sich-Einlassen auf eine definierte Beziehung zum Pferd mit dem Ziel einer möglichst vollkommenen Harmonie, die ein »lustvolles Wohlfühlen« von Reiter und Pferd beinhaltet. Dieses lustvolle Wohlfühlen im Kontakt mit dem Pferd auf dem Rücken des Pferdes steht an erster Stelle in der Therapie psychisch kranker Menschen.

Nach dieser kurzen Darlegung der theoretischen Überlegungen, die meiner Arbeit im Therapeutischen Reiten in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige zugrunde liegen, werde ich jetzt über die praktischen Erfahrungen berichten.

Innerhalb des Therapeutischen Reitens unterscheiden wir fünf Formen, wobei jeder von ihnen spezielle Wirkungen und therapeutische Ziele bei der Behandlung der verschiedenen psychiatrischen Krankheitsbilder zukommen. Das Reiten findet ausschließlich im Freien statt, wobei sogar im Winter bei −20° C die meisten Patienten durchgehend teilgenommen haben. Dies zeigt die große Wichtigkeit des Therapeutischen Reitens für die Patienten.

1. Das Füttern und Putzen der Pferde

Als erstes gibt es hier das Füttern und Putzen der Pferde. Dazu steht eine kleine Patientengruppe frühmorgens um 5 Uhr auf, um gegen 5.30 Uhr zu Fuß oder mit dem Fahrrad, je nach Wetterlage, zum Reitstall aufzubrechen —

und zwar täglich von Montag bis Freitag. Hier findet dann der erste Kontakt mit den Pferden statt, der dadurch erleichtert wird, daß die Pferde sich schon auf das Futter freuen und so die oft sehr ängstlichen Patienten freundlich begrüßen. Das Füttern und Putzen der Pferde schafft Verbindlichkeit und ein Gefühl der Verantwortung, an die die Patienten so wieder langsam herangeführt werden. Gerade depressive Patienten können durch das notwendige frühe Aufstehen im Sinne eines Schlafentzugs das morgendliche Tief leichter überwinden und durch die natürliche Lebendigkeit der Pferde und die sinnvolle Tätigkeit des Fütterns und Putzens aus ihrer Depression geholt werden. Das morgendliche Füttern ist somit ein wichtiger Bestandteil des Therapeutischen Reitens und für manche Patienten der wichtigste schlechthin.

Gegen 8 Uhr kommt dann — mit dem Klinikbus oder im Sommer mit dem Fahrrad — die Reitergruppe in den Stall, und es werden an die Fütter- und Reitergruppe die Pferde verteilt.

2. Das Longieren ohne Sattel

Beim Longieren ohne Sattel ist das Pferd nur mit einem Gurt mit Halteschlaufen ausgerüstet, an dem sich der Patient festhalten kann. Der Therapeut führt das Pferd an der Longe und bestimmt die Gangart und das Tempo. Dabei stehen der direkte Körperkontakt des Patienten mit dem Pferderumpf, das direkte Fühlen der Bewegungen des Pferderückens in den verschiedenen Gangarten (Schritt, Trab und Galopp), das vertrauensvolle Sich-Einlassen auf ein Mitschwingen vor allem des Beckens, aber auch des ganzen Körpers, für den Patienten im Vordergrund. Selbst ein geübter Reiter kann auf diese Weise noch einmal von vorne anfangen, um technisch gekonntem Reiten eine neue Dimension zu geben.

Die Patienten erleben dieses Longieren ohne Sattel im direkten Körperkontakt mit dem Pferd als neues, oft erstmals bewußt erlebtes Entdecken des eigenen Körpers und der eigenen Sexualität. Allein das Beine-breit-machen, um überhaupt auf dem Pferd zu sitzen, und das Öffnen des Beckens in direktem Kontakt zu einem anderen Lebewesen machen vielen Patienten die Starre, Unlebendigkeit und Verklemmtheit des eigenen Körpers bewußt und fühlbar. Gleichzeitig erleben sie, auf dem ungesattelten, nackten Pferd sitzend, ein angenehmes, warmes Gefühl; sie erleben nach und nach ihren Körper mitschwingungsfähig und lernen im Zusammenhang mit Atemübungen, ihren eigenen Schwerpunkt zu erleben und mit dem Pferd in Einklang zu bringen. Wichtig dabei ist, daß die anfänglich oft unüberwindbar erscheinende Angst vor dem Pferd und vor dem Herunterfallen ernstgenommen wird und durch Vermittlung von Sicherheit durch den Therapeuten, der das Pferd führt, allmählich aufgefangen wird. Erst dann wird es dem Patienten möglich, sich wirklich loszulassen und fallenzulassen, was durch verschiedene vertrauensfördernde Übungen im Laufe der Therapie vermittelt werden kann. Die Patienten gehen dann eine Art Symbiose mit dem Pferd und dem Therapeuten

ein, wobei die Longe wie eine Nabelschnur den innigen, lebenswichtigen Kontakt vom Therapeuten über das Pferd zum Patienten veranschaulicht.

Zitat eines Patienten: »Ich komme mir vor wie ein Baby in Afrika, das von seiner Mutter auf dem Rücken immer mit sich getragen wird und auch die Bewegungen der Mutter miterlebt.«

Diese Assoziation des Patienten zeigt die tiefen Bedürfnisse aus der frühkindlichen Symbiose, die hier erlebbar werden und so ins Bewußtsein des Patienten gelangen. Das Reiten auf dem ungesattelten Pferd wird als spielerisches Schaukeln und als Tanzen im innigen Kontakt mit dem Pferd erlebt. Dabei werden innere Spannungen spürbar, vor allem, da das Pferd auf Verspannungen mit Spannung antwortet, ebenso wie auf Losgelassenheit, die als angenehm mitschwingende Harmonie fühlbar wird.

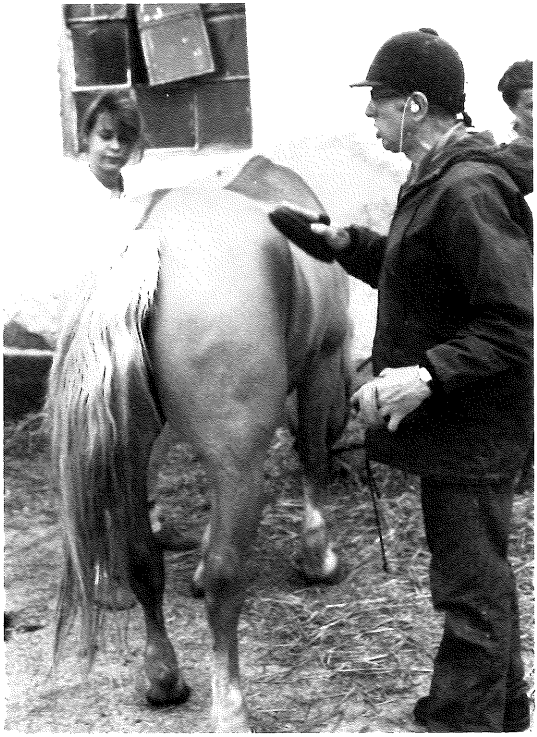
Diese Form des Therapeutischen Reitens ist also für Patienten wichtig, die ihren Körper nicht spüren, ein falsches Körperbild haben und durch zwanghafte Starre gekennzeichnet sind. Die wiedergutmachenden Reaktionen des Pferdes bestehen im Annehmen eines jeden Körpers, sei er nun dick oder dünn, groß oder klein, schön oder häßlich, und in den direkten Reaktionen des Pferdes auf innere Spannung, Starrheit und pathologisches Agieren, aber auch auf losgelassenes, vertrauensvolles Sich-Hingeben und Mitschwingen. Auf dem Rücken des Pferdes werden diese Körper- und Seelenzustände erlebbar und somit dem Bewußtsein zugänglich gemacht. Es werden die Gefühle der Losgelassenheit und des Mitschwingens als positive, lebensbejahende Gefühle spürbar.

Diese Form des Therapeutischen Reitens bietet also besonders für den einerseits engen Kontakt suchenden, andererseits für den von Kontaktangst geplagten schizophren reagierenden Patienten die Möglichkeit echter Kontaktaufnahme. Das gleiche gilt für den autistisch zurückgezogenen Patienten. Aber auch in ihrem Körper-Ich geschädigte Patienten, wie anorektische, zwanghafte und auch pathologisch agierende hysterische Patienten können hier neue, wiedergutmachende Erlebnisse haben.

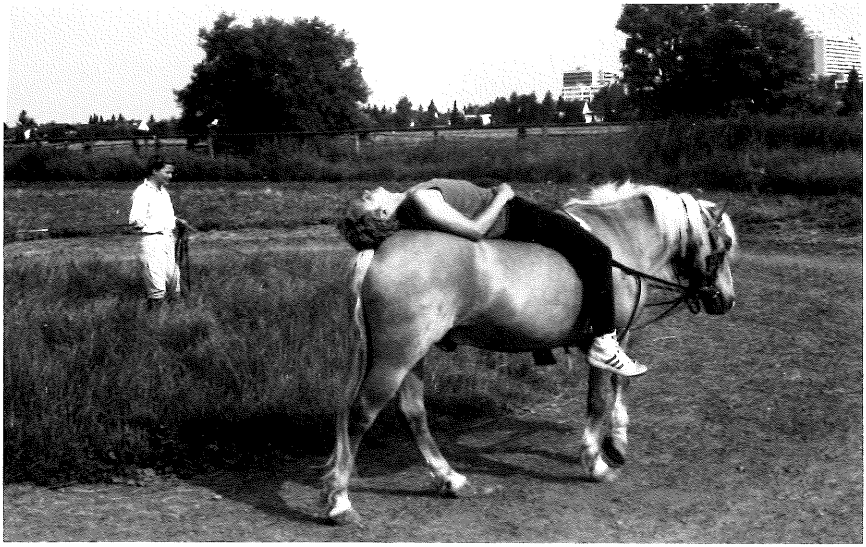
3. Das Longieren mit Sattel

Eine wesentliche Änderung des therapeutischen Erlebens findet statt, wenn zwischen Pferd und Patient der Sattel als grenzsetzendes Mittel liegt. Der Sattel vermittelt dabei ein vermehrtes Maß an Sicherheit für den Patienten; es fällt ihm leichter — vor allem mit Hilfe der Steigbügel —, sich in der Balance zu halten. Gleichzeitig geht aber der direkte Körperkontakt verloren und damit die innige Wärme der direkten körperlichen Verbundenheit. Anfangs wird der Sattel oft sogar als störend empfunden. Im Sinne eines Abgrenzungserlebnisses kann sich der Patient jetzt als vom Pferd getrennt erleben, wobei jedoch der Körperkontakt immer noch fühlbar ist.

Meist gebe ich dem Patienten jetzt auch schon zeitweise die Zügel in die Hand, damit er nunmehr die Gangart und das Tempo selbst bestimmen lernt.



Patienten bei der Pferdepflege



Reiten an der Longe ohne Sattel

Reiten an der Longe mit Sattel

Reiten in der Gruppe

Hier läuft dann sozusagen ein Identitätsprozeß ab, in dem der Patient lernt, die Grenzen zwischen Pferd und Reiter zu spüren und sich in konstruktiver Aggression mit dem Pferd auseinanderzusetzen. Dabei hat der Therapeut immer noch die Longe in der Hand und somit die letztendliche Verantwortung. Er unterstützt den Patienten in seiner doch meist stark angstbesetzten Aggressivität gegenüber dem Pferd. Dem Therapeuten kommt hier die Aufgabe zu, immer auf die Losgelassenheit und Mitschwingungsfähigkeit das Patienten zu achten, die auch bei aggressiver Auseinandersetzung nie ganz aufgegeben werden dürfen. Der Patient lernt sozusagen ein Wechselspiel zwischen Losgelassenheit und aggressiver Spannung kennen, wobei die Mitschwingungsfähigkeit immer im Vordergrund steht. Nur wenn Spannung, die zur aggressiven Auseinandersetzung mit einem anderen Lebewesen notwendig ist, aus einer gewissen Losgelassenheit entwickelt wird, kann es zu einem wiedergutmachenden Erlebnis im Bereich von konstruktiver Aggression kommen. Da dem Patienten die geforderte Aggression gegenüber dem Pferd Angst macht, muß der Therapeut gefühlvoll und flexibel auf die Bedürfnisse und Ängste des Patienten eingehen und die aufkommenden Widerstände bearbeiten.

Patienten mit defizitärer Aggression werden hier an ihre ersten Grenzen stoßen: Es geht darum, den eigenen Willen gegen den des Pferdes durchzusetzen, ebenso um Abgrenzung von realen und irrealen Ängsten, wie Phobien oder wahnhaften Ideen.

4. Das Reiten in der Gruppe auf dem Sandplatz

Der nächste Schritt im Verlaufe des Therapeutischen Reitens wird meist als der schwierigste erlebt: Es geht jetzt darum, selbständig das Pferd zu satteln und zu zäumen und ohne den direkten Schutz des Therapeuten und die Verbindung durch die Longe in der Gruppe auf dem Sandplatz zu reiten. Diese Abnabelung aus der Dreierbeziehung Patient-Pferd-Therapeut zur Zweierbeziehung Patient-Pferd macht sehr viel Angst. Die durch den Therapeuten getragene Symbiose wird aufgelöst. Das Pferd allein kann keine symbiotische Beziehung zum Patienten tragen, da es ständig aggressive Auseinandersetzung und Abgrenzung fordert. Der Patient fühlt sich plötzlich mit dem Pferd alleingelassen, und die Notwendigkeit der Abgrenzung und aggressiven Auseinandersetzung wird noch spürbarer.

Auch hier ist dringend erforderlich, daß der Therapeut in der Nähe bleibt und notfalls verstehend, abgrenzend, aber auch fordernd eingreift. So übernimmt er zeitweise Hilfs-Ich-Funktionen im Sinne von Mittragen von Angst und im Sinne von Zur-Verfügung-Stellen konstruktiver Aggression. Die Abnabelung aus der symbiotisch erlebten Dreierbeziehung Patient-Pferd-Therapeut beinhaltet aber auch ein Aufgenommenwerden in die Reitergruppe. Von jetzt an steht das Gruppenerleben im Vordergrund. Die Sozialenergie (nach *Ammon* 1982), die von der Reitergruppe und auch von der Pferdegruppe ausgeht, kann Sicherheit und Geborgenheit vermitteln. Die angstmachende

Auflösung der Symbiose und das damit verbundene Verlust- und Verlassenheitserlebnis können sozusagen mit positiv erlebten Inhalten in der Gruppe ausgeglichen werden. Hier besteht für alle Patienten, die unter dem von *Günter Ammon* (1980, 1986) definierten Symbiosekomplex leiden — dies sind vor allem Patienten mit archaischen Ich-Krankheiten — die Möglichkeit eines direkten wiedergutmachenden Erlebnisses, in dem die Angst vor der Auflösung der Symbiose spürbar und als Widerstand bearbeitbar wird.

Hat der Patient diesen wichtigen Schritt getan, stehen das Gruppenerlebnis und die Gruppendynamik im Vordergrund. Ein besonderes Phänomen ist hier darin zu sehen, daß in der Reitergruppe die Dynamik der Reiter von der Dynamik der Pferde überlagert wird. Hier wird notwendige Abgrenzung existentiell erlebbar. Die Unsicherheit, die durch die Auseinandersetzung des Einzelnen mit seinem Pferd in der Gruppe entsteht, ruft eine größere Offenheit gegenüber der Gruppe hervor; und die Rolle, die der Einzelne dabei im Hier und Jetzt spielt, wird verstärkt erlebbar und dadurch bearbeitbar.

Gerade in der Reitergruppe bekommt der Patient dadurch, daß er in seinen Ängsten, aber auch in seinem Können von den anderen gesehen wird, auch besonders viel Zuwendung, die als narzißtische Aufwertung erlebt wird. Andererseits korrigiert das Pferd als natürlich reagierendes Lebewesen den übersteigerten, beziehungslosen und krankhaften Narzißmus auf für den Patienten annehmbare Weise. Manisch-depressive Patienten, die starke narzißtische Defizite aufweisen und die sich selbst nur wahnhaft unter- oder überbewerten können, werden beim Reiten in der Gruppe an ein natürliches Selbstwertgefühl und eine realistische Selbsteinschätzung herangeführt.

5. Das Ausreiten in der Gruppe

Die Dynamik in der Reitergruppe wird noch deutlicher, wenn die Reitergruppe ausreitet. Jetzt kann sich niemand mehr aus der Gruppe entfernen, die einzelnen Gruppenmitglieder sind für die Zeit des Ausrittes — ca. 1 bis 2 Stunden — direkt und unmittelbar aufeinander angewiesen. Hier lernen die Patienten in Abgrenzung der eigenen Bedürfnisse und Ängste, auf die Bedürfnisse und Ängste der anderen einzugehen und im Hier und Jetzt mit unerwarteten Situationen fertig zu werden.

Beim Ausreiten muß der Patient in seiner Angst, Aggression und Abgrenzung gegenüber dem Pferd schon eine gewisse Stufe der Identitätsentwicklung erreicht haben. Er muß in Eigenverantwortung mit dem Pferd umgehen können. Die Reitergruppe soll außerdem so strukturiert sein, daß die vorher durch den Therapeuten getragenen Hilfs-Ich-Funktionen teilweise auch von Gruppenmitgliedern übernommen werden können.

Desweiteren soll der Patient dem Pferd gegenüber soviel Vertrauen gewonnen haben, daß er sich in Notsituationen auf dem Pferd halten und sich dem natürlichen Instinkt des Pferdes anvertrauen kann. Das psychisch gesunde Pferd hat einen natürlichen Überlebenstrieb und will möglichst unversehrt in

den Stall zurückkehren. Damit in Zusammenhang stehen aber auch Ängste des Pferdes, die mit seinem ursprünglichen Wesen als Fluchttier eng verbunden sind. So kann es auch vorkommen, daß das Pferd vor einem beliebigen Gegenstand, wie etwa vor einem Stück Papier, scheut. Der Patient lernt, sich auf plötzlich veränderte Situationen einzustellen und damit umzugehen. Veränderung verliert dabei ihren angstmachenden Charakter, wenn der Patient erlebt, daß solch schwierige Situationen doch bewältigbar sind.

Weiterhin steht das Ausreiten auch mit dem direkten Naturerlebnis unmittelbar in Zusammenhang, wobei das Pferd als Teil der Natur erlebt wird. Es bringt den Patienten Wald, Wiesen und Flur, Vögel und andere wildlebende Tiere nahe; und auch Wind und Wetter, Sonne und Regen, Hitze und Kälte werden direkt erlebt.

Zwangsgrübler und Tagträumer müssen dabei in ihrem gesamten Erleben immer beim Pferd und der realen Umwelt bleiben. Kontraindiziert ist das Reiten für den offen psychotischen Patienten, der keinerlei Bezug mehr zur Realität hat.

Der Therapeut hat die Aufgabe, die Indikationen und Kontraindikationen für die verschiedenen Formen des Therapeutischen Reitens bei den jeweiligen Patienten gemäß ihrer therapeutischen Fortschritte, Therapiewiderstände oder auch Rückschritte ständig zu überprüfen und neu festzulegen. Er muß depressive und zwanghafte Patienten im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu körperlicher Tätigkeit und aggressiver Auseinandersetzung mit dem Pferd fordern. Von überängstlichen Patienten muß er teilweise die Angst mittragen. Er muß Patienten, die sich nur schwer nach innen und außen abgrenzen können, bei ihrer Abgrenzung gegenüber irrealen inneren Ängsten und realen äußeren Ängsten helfen und dies vor allem durch klare, eindeutige Anweisungen und durch Strukturierung. Andererseits muß er oft viel Phantasie aufbringen, um in sich zurückgezogene, autistische Patienten über ein schönes Körpererlebnis auf dem Pferd therapeutisch zu erreichen.

So kann sich durch den angenehm erlebten Körperkontakt zum Pferd auch zwischenmenschlicher Kontakt zum Therapeuten entwickeln. Dabei muß er gleichzeitig fürsorglich mit den Pferden umgehen oder diese notfalls auch mit konstruktiver Aggressivität zurechtweisen. So sollte er ein Vorbild für die Patienten in seiner Beziehung zu Pferden und in seiner Art, mit Pferden umzugehen, sein. Aber auch seine Rolle als Therapeut in der Reitergruppe bei einem Ausritt sollte vorbildhaften erzieherischen Charakter haben: Im Umgang mit den Patienten und ihrer Dynamik im Sinne einer echten Fürsorge als auch im Umgang mit den Pferden, dem Verständnis für ihre Eigenheiten und der Möglichkeit, damit konstruktiv umzugehen.

Bei einem solchen Ausritt kann es auch zu einer geistigen Auseinandersetzung über Natur und Umwelt kommen, über die Frage, was etwa den Menschen berechtigt, ein Pferd zum Reitpferd auszubilden oder ob der Mensch dabei dem Pferd nicht alles ihm Ureigene nimmt, und was er ihm vielleicht dafür geben kann.

Das Ausreiten stellt gewissermaßen auch Urlaub vom gewohnten Trott des Klinikaufenthaltes dar, wo einfach das schöne Erlebnis in der Natur Freude macht. Die Patienten werden mit neuen und realen Einflüssen konfrontiert und kommen meist ein Stück lebendiger vom Ausreiten zurück. Vor allem psychotisch strukturierte Patienten, die oft über den Kontakt zum Tier überhaupt therapeutisch erreichbar werden, können dabei einen neuen Realitätsbezug erlangen, verbunden mit echter, natürlicher Lebensfreude.

Zum Abschluß des morgendlichen Therapeutischen Reitens findet ein gemeinsames Frühstück statt. Hier fängt die Auseinandersetzung über die verschiedenen Erlebnisse an, Spannungen und Widerstände in der Gruppe werden ausgedrückt. Bei körperlicher Ermüdung und mit dem Erleben, körperlich gefordert worden zu sein, tauschen sich die Patienten über ihre Erfahrungen in einer entspannten Atmosphäre aus. Die Erlebnisse, Gefühle, Phantasien und Träume, die beim Reiten entstehen, werden jedoch vor allem in die Klinik mitgenommen. Sie erscheinen in anderen Therapiegruppen wieder, wie etwa in der Maltherapie, der analytischen Gruppentherapie oder der Großgruppe, und können so im Sinne des ganzheitlichen Behandlungskonzepts in den Therapieprozeß integriert werden, so z.B. die Sexualität, die bei sehr vielen Patienten defizitär entwickelt ist.

Die nonverbalen Therapieformen, wie das Therapeutische Reiten, stehen am Anfang eines gleitenden Spektrums, wo tiefe, dem Bewußtsein unzugängliche menschliche Bedürfnisse, Ängste und Aggressionen emotional spürbar werden und dann durch Verbalisierung in die Persönlichkeit integriert werden können.

The Significance of Therapeutical Horseback-Riding in the Treatment of Different Psychiatric Diseases

Michaela Scheidhacker (Munich)

The author describes the principles of the therapeutical horseback-riding within the framework of the therapeutic concept of *Günter Ammon's* Berlin School of Dynamic Psychiatry. Characterizing the different steps of riding she analyses its healing aspects of the different levels of contact which the patients develop to the horse, the group, the therapist and the riding-stable. These experiences are continually integrated in the comprehensive therapeutic field of the Dynamic-Psychiatric Clinic Menterschwaige.

The author points out that therapeutical riding is of particular importance for patients who have great difficulties to find an approach to their inconscious feelings and who, suffer from deep mistrust in human relations. By the different levels of therapeutical riding these patients are able to learn to get in contact with the horse through the bodycontact and the reactions of the horse. They make new experiences in an atmosphere free from transference and

learn to integrate them in their personality. This can help them in their relations to other human beings.

A basic requirement for therapeutical horseriding is the careful selection and training of the horses. Only a horse that is healthy in its reactions and its ability to communicate can be used for therapeutic purposes. In this context *Gustav Steinbrecht* emphasizes the empathic quality of the relation between the rider and horse, riding is not a matter of physical strength or skill. Thus the essence of therapeutical riding is a positive body-experience in the relationship with a living animal and not primarily the learning of a new skill, horseback-riding.

Scheidhacker outlines the different elements of therapeutical riding, each with its special aims and effects:

1. The feeding and cleaning of the horses in the morning is important as it encourages the responsibility in the patients. It is particularly valuable for depressive patients to overcome their early morning depression.
2. When lunging without a saddle, the horse has only a strap which the patients can hold on to. The therapist leads the horse and decides gaits and speed. The main thing for the patients is the direct physical contact with the horse: they feel the movement of the horse in the various paces and last but not least the resonance of their own body. This element of riding therapy is particularly important for patients who do not feel their bodies and who have a wrong body image and a compulsive rigidity. The horse accepts any body, fat or skinny, big or small, beautiful or ugly. But it reacts to inner stress, rigidity and tension as well as to relaxed resonance. When riding on horseback, one is able to feel one's physical and psychic condition and gets aware of them.
3. When lunging with a saddle, the saddle conveys the feeling of more security to the patient; on the other hand the patients lose the feeling of direct physical contact and warmth. They learn to decide the gaits and speed, they feel the limits between horse and rider and they learn to work on the horse with constructive aggression. Patients with deficitary aggression and destructive anxiety will have their first problems: They learn to impose their own will on the horse and have to distinguish between real and unreal anxieties such as phobias or delusionary ideas.
4. Here the aim is to saddle and bridle the horse by oneself and to ride in a group without the direct contact with (by means of the lunge) and the protection of the therapist. The relationship patient-horse-therapist which is experienced as a symbiosis is about to be dissolved. This process causes anxiety. The detachment from the therapist, however, means the admission into the group who can give security and shelter through »social energy« (*Ammon* 1982). Patients suffering from a »symbiosis complex« (*Ammon* 1973) will be able to feel and to work on their symbiotic needs. By riding in a group, manic-depressive patients who show strong narcissistic deficiencies can be brought to a more adequate self-esteem and a realistic self-assertion.
5. When riding out the patients learn to delimit their own needs and anxieties,

to give time and attention to the needs and anxieties of the others, to handle unexpected situations. Compulsive brooders and daydreamers have to stick totally to the horse and the environment. Riding out is contraindicated for acute psychotic patients having no relation whatsoever to reality. The patients, however, whose structures are psychotic will get a new relation to reality together with a genuine joy of life.

The experiences and feelings which develop during the therapeutic horseriding get a therapeutic quality when — and only when — they are integrated into the continuous therapeutic process in the various groups of the milieutherapeutic field of the clinic.

Literatur

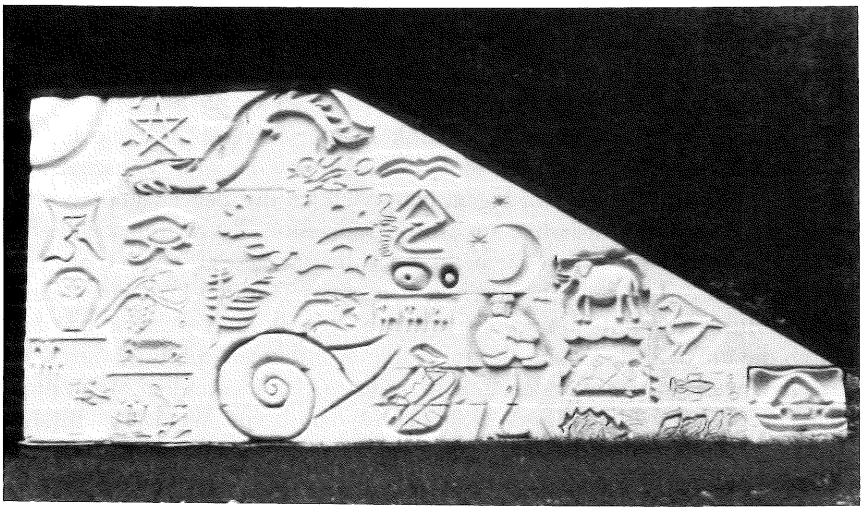
Ammon, G. (1980): Dynamische Psychiatrie (München: Kindler)
— (1982): Das sozialenergetische Prinzip in der Dynamischen Psychiatrie. In: *Ammon, Günter* (Hrsg.): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)
— (1986): Der mehrdimensionale Mensch (München: Pinel)
Bateson, G. (1985): Ökologie des Geistes (Frankfurt: Suhrkamp)
Haley, J. (1978): Gemeinsamer Nenner Interaktion (München: J. Pfeiffer)
Heipertz, W. (1977): Therapeutisches Reiten — Medizin, Pädagogik, Sport. (Stuttgart: Franck'sche Verlagsbuchhandlung)
Lorenz, K. (1974): Das sogenannte Böse (München: Deutscher Taschenbuchverlag)
Selvini-Palazzoli, M. (1985): Paradoxon und Gegenparadoxon (Stuttgart: Klett-Cotta)
— (1986): Magersucht (Stuttgart: Klett-Cotta)
Steinbrecht, G. (1980): Gymnasium des Pferdes (Aachen: Verlag Dr. Rudolf Georgi)
Watzlawick, P. (1969): Menschliche Kommunikation (Bern: Hans Huber)

Adresse der Autorin:
Dr. Michaela Scheidhacker
Trivastr. 2
8000 München 19

Kreativität und Sozialenergie im Verlauf eines Milieutherapeutischen Projektes***

Ch. Emmert*, F. Bauer, H. Pfindel, R. Schäfer** (München)

Die psychoanalytische Milieutherapie wurde von Günter Ammon im Jahre 1959 entwickelt und ist ein zentraler Bestandteil im Behandlungsspektrum der Dynamischen Psychiatrie. Milieutherapie dient vor allem der Behandlung von Patienten mit schweren Störungen im zentralen Kern ihrer Persönlichkeit. Die gesamte aktuelle Lebenssituation des Patienten ist dabei zeitlich und örtlich vollkommen von einem therapeutischen Feld umgeben. Sämtliche Ebenen des therapeutischen Prozesses werden zu jedem Zeitpunkt der Therapie miteinander synchronisiert und dem tatsächlichen psychischen Entwicklungsstand des Patienten angeglichen.
Die Patienten entwickeln ein gemeinsames Arbeitsprojekt und können darüber in Kontakt treten und Beziehungen entwickeln. Die Identifikation mit dem Projekt gibt ihnen eine narzißtische Gratifikation, welche die Basis bildet für die Weiterentwicklung ihrer Auseinandersetzungsfähigkeit und ihrer konstruktiven Fähigkeiten. Schwierigkeiten und kreative Potentiale werden offengelegt und zugänglich für die therapeutische Arbeit. Die Milieutherapeuten sind aktive Partner in der Lebenssituation des Patienten in der Klinik.
In der vorliegenden Arbeit schildern die Autoren — alle Milieutherapeuten der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige München — den gruppendynamischen Prozeß eines gemeinsamen Projektes einer Milieutherapiegruppe, in dem ein Steinrelief entsteht. Dabei wird die wiedergutmachende, heilende Wirkung der Milieutherapie deutlich.
Die Autoren beschreiben, wie im gesamten Prozeß des Gruppenprojektes, in Vor- und Nachbesprechungen, in der Therapie- und Großgruppe jeder Einzelne an persönlicher Identität gewinnen konte.



* Dipl.-Psych., Milieutherapeutin in der Klinik Menterschwaige, München
** Milieutherapeuten in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, München
*** Vortrag gehalten auf dem 5. Weltkongreß der WADP/XVIII. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 6.—10.3.1987, Fachhochschule München.

Die Psychoanalytische Milieutherapie nimmt in der Dynamischen Psychiatrie der Berliner Schule einen zentralen Platz ein im ambulanten und stationären Behandlungsspektrum. Ihren Anfang — als eine Erweiterung der psychoanalytischen Standardmethode — hat sie bei *Ernst Simmel* in den Zwanziger Jahren genommen, der sie für die Behandlung von Suchtkranken anwandte (vgl. *Ammon* 1979a). Im C.F. Menninger Memorial Hospital, Kansas, USA, ist sie als Therapieform fest etabliert und wurde dort weiterentwickelt.

Günter Ammon beschäftigte sich während seines zehnjährigen Aufenthaltes in den USA intensiv mit den verschiedenen Aspekten der psychoanalytischen Milieutherapie. Er definiert in seiner Arbeit »Theoretical Aspects of Milieu Therapy« (*Ammon* 1959) diese als eigene analytische Psychotherapieform, benennt ihre Indikationen und erweitert das Konzept der Milieutherapie der Menninger Foundation um die Aspekte der Ich-Psychologie und der Gruppendynamik (vgl. *Ammon* 1959, 1979a). In der BRD führte er ab Ende der sechziger Jahre ambulante milieutherapeutische Gemeinschaften — in Ergänzung zur Gruppen- und Einzeltherapie — ein und teilte der Milieutherapie in den von ihm gegründeten Dynamisch-Psychiatrischen Kliniken einen zentralen Platz zu.

Ammon sieht die gesamte Klinik als ein therapeutisches Instrument, »wo durch die Transformation der aktuellen Lebenssituation in das therapeutische Milieu sämtliche Lebensäußerungen des Patienten sichtbar und interpretierbar werden« (*Ammon* 1979a). Die Psychoanalytische Milieutherapie, wie sie in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige/München, praktiziert wird, versteht *Ammon* als einen Versuch, »dem Problem jener Patienten gerecht zu werden, deren schwere Ich-Störung es ihnen unmöglich macht, das eigene Verhalten zum Gegenstand reflektierender Beobachtung zu machen. . . und die nicht in der Lage sind, mit Hilfe einer therapeutischen Gruppe . . . .Einsicht in ihr Verhalten und ihre Konflikte zu gewinnen« (*Ammon* 1979a).

Der Großteil der Patienten der Klinik Menterschwaige zeigt die Indikationsmerkmale, die *Ammon* schon 1959 beschreibt. Es sind Menschen mit schweren archaischen Ich-Störungen, hauptsächlich mit den Diagnosen Schizophrene Reaktion, Borderline-Syndrom, Depression, Psychosomatische Reaktionen und andere. Gerade für sie ist die Milieutherapie als nonverbale Therapieform angezeigt, da in ihr durch gemeinsames Tun und Handeln in einer Gruppe ihre Konflikte unbewußt wiederhergestellt und sichtbar werden. Durch die umgebende Gruppe können diese Konflikte wiederholt, durch andere Erfahrungen überwunden und in anderen therapeutischen Situationen weiterbearbeitet werden. »Diese doppelte Dynamik von Wiederholung und Wiedergutmachung (repeat und repair) ist sozusagen das psychodynamische Grundgesetz der Therapie der schweren Ich-Störungen« (*Ammon* 1979a).

Die Klinik bildet als Ganzes ein milieutherapeutisches Feld, in dem u.a. Maltherapie, Tanztherapie, Theatertherapie, Reit-, Film-, Sport-, Musiktherapie, psychoanalytische Gruppentherapie, Einzeltherapie und Milieutherapie als therapeutische Facetten ihren Platz haben. Die psychoanalytische Milieutherapie kann von daher nicht losgelöst vom Gesamtmilieu und Gesamtkonzept

dieser Klinik gesehen werden und steht in enger Verflechtung und im Austausch mit den anderen Therapieformen.

Milieutherapeutische Projekte haben immer einen realen Charakter und eine nicht artifizielle Bedeutsamkeit; es können handwerkliche oder geistige Dinge, wie eine Theateraufführung oder »auf dem Körpererleben aufbauende Projekte wie Tanz- oder Reittherapie« (*Ammon,* 1982a) sein.

Wir möchten in unserem Beitrag den Verlauf eines Milieuprojektes vorstellen. Wesentliche Punkte sind dabei: der Prozeß der Gruppe unter gruppendynamischen Gesichtspunkten (vgl. *Ammon* 1979b), die Veränderungsmöglichkeiten einzelner über sozialenergetische Auseinandersetzung in der Gruppe (vgl. *Ammon* 1983) und die kreativen, gesunden Potentiale der Patienten (vgl. *Ammon* 1981, 1986).

Die Klinikgroßgruppe ist in drei milieutherapeutische Gruppen eingeteilt. Jede dieser Gruppen hat einen festen Tisch im Speisesaal. Die Gruppen nehmen ihre Mahlzeiten zusammen ein. Das gemeinsame Durchführen von Tisch-, Weck- und Spüldienst gehört ebenso zur Therapie, wie den Tag zu planen, Ausflüge zu unternehmen, sich mit den Zukunftsperspektiven einzelner zu beschäftigen, Zimmer auszugestalten und in Ordnung zu halten. Die milieutherapeutische Gruppe ist insgesamt in ihrer Funktion als eine »wiedergutmachende Familie« zu sehen. Zentraler Bestandteil dieser Gruppe ist ein Projekt, an dem alle gemeinsam arbeiten und für dessen Durchführung die Gruppe verantwortlich ist. An diesem zentralen Ort und über das gemeinsame Tun werden auf verschiedenen Ebenen die Fähigkeiten, aber auch die Probleme, Schwierigkeiten und Möglichkeiten des Patienten deutlich.

Die »Heliosgruppe« entstand im Juli 1986 nach Umstrukturierungen im Gesamtmilieu der Klinikgroßgruppe. Sie umfaßt 23 Patienten. Fast alle Mitglieder verbindet der sehr große Wunsch sich auszudrücken. Dieses Bedürfnis können sie jedoch weder verbalisieren, noch aufgrund ihrer auffälligen — fast schizoiden — Zurückgezogenheit verwirklichen. Geleitet wird diese Gruppe von vier Milieutherapeuten, die Mitarbeiter des therapeutischen Teams sind und in eine Supervisionsgruppe eingebunden sind.

Nachdem die Gruppe als erstes Projekt ihren Gruppenraum gestaltet hatte, ist sie auf der Suche nach einer neuen gemeinsamen Aufgabe. Die Phantasien zu einem neuen Projekt reichen vom Bauen eines Amphitheaters im Garten über die Errichtung eines Zeltes bis zum Modellieren eines Reliefs. Die Gruppe entschließt sich zur Gestaltung eines Reliefs, um eine häßliche Mauer im Garten, die im Zuge des Abbruchs von Nebengebäuden der Klinik entstanden war, neu zum Leben zu erwecken.

Die Gruppenmitglieder reagieren auf den Entschluß ganz unterschiedlich: Die einen zweifeln, sind ängstlich oder schweigen, andere sind freudig und begeistert von der Idee. Dieser Teil der Gruppe kann seinen Wunsch nach handwerklichem Tun, nach körperlicher Arbeit, nach Beschäftigung mit geistigen Inhalten und deren Umsetzung in eine künstlerische Form äußern und mitteilen. Es werden zwei Projektleiter gewählt, die die Planung, Durchführung

und Koordination der einzelnen Projektschritte verantwortlich übernehmen.

Hierin besteht ein wesentlicher Unterschied der psychoanalytischen Milieutherapie zur automatenhaften, infantilisierenden Beschäftigungs- und Arbeitstherapie: Die Patienten übernehmen eigenverantwortlich Aufgaben an einem selbstgewählten Projekt der Gruppe und können sich darüber mit dieser Aufgabe identifizieren. Konflikte und Schwierigkeiten, die bei der Arbeit deutlich werden, bilden keinen Hemmschuh, sondern machen z.B. Arbeitsstörungen therapeutisch bearbeitbar. In der Auseinandersetzung mit den Gruppenmitgliedern über ihre Aufgaben, dabei entstehende Gefühle und über das gemeinsame Ziel sind dem Einzelnen Entwicklungsschritte möglich, an denen er in seinem früheren Leben scheiterte (vgl. *Ammon* 1979a).

Die Gruppe einigt sich darauf, als Material Ytong-Steine zu verwenden. Anregungen dazu sind die in einzelnen Winkeln und Ecken der Klinik stehenden Skulpturen der vor Jahren existierenden Bildhauergruppe. Einige Gruppenmitglieder greifen deren Tradition auf, andere haben unabhängig davon die Idee, dieses Material zu verwenden. Verschönert soll das ganze Relief mit Kupfer werden, das bei Ausbesserungsarbeiten des Gebäudes abgefallen war.

Neben der grundsätzlichen Angst, etwas Neues anzufangen, wurde in der Auseinandersetzung über Form und Inhalt des geplanten Projektes die konkrete Angst vor der Gruppe und dem gemeinsamen Arbeiten deutlich: Wird die Frage angesprochen, ob ein Gesamtsymbol geschaffen werden soll, zu dem jeder beiträgt, verfällt die Gruppe in Schweigen. Es scheint keine Lösung dafür zu geben. Einige Gruppenmitglieder wollen eigene Motive gestalten, in denen sie sich ganz alleine ausdrücken und darstellen können. Andere wehren sich vehement dagegen. Die einen äußern ihre Angst, in einem gemeinsamen Motiv unterzugehen und ihr individuelles Werk nicht mehr vom Gesamtwerk unterscheiden zu können; andere erleben Einzelmotive als Zerfall der Gruppe. Die Gruppe steht ängstlich und unsicher vor der gestellten Aufgabe. Jeder Patient hat das Bedürfnis, sich darstellen zu können, doch die Stimmung insgesamt ist zerrisssen und die Frage stellt sich, ist die Ausführung *meiner* Wünsche in *dieser* Gruppe möglich. »In der Auseinandersetzung mit der Arbeit geht es daher indirekt um eine Auseinandersetzung mit der Identitäts- bzw. Kontaktangst und der Angst vor Veränderung« (*Ammon* 1982a).

Die Projektleiter beziehen nach einigen Tagen Stellung: Sie möchten eine Reliefwand mit Einzelsymbolen. Der Vorschlag wird nach langen Diskussionen angenommen. Die Entscheidung entspricht den Bedürfnissen aller, denn plötzlich kann sich das kreative Potential der einzelnen entfalten: Nach und nach bringen die Patienten ihre Entwürfe, die aus den verschiedensten Bereichen der Mythologie und Tierwelt stammen, mit in die Projektsitzungen. Diese werden lebhaft diskutiert, wobei die Projektleiter fordern und sich darum bemühen, daß jeder Patient ein Motiv einbringt.

Gleichzeitig wird ein maßstabsgerechter Plan der Wand erstellt. Als erste plaziert die Projektleiterin ihre Entwurfskizze in die Mitte des Planes: eine Labyrinth-Schnecke, die an das Zeichen der Dynamischen Psychiatrie erin-

nert. Nach diesem ersten wichtigen Schritt nehmen sich die nächsten Patienten Raum für ihre Symbole.

Neue Schwierigkeiten und Konflikte werden deutlich: Einige können sich weder für ein Motiv, noch eine Arbeitsweise oder einen Platz im Gesamtrelief entscheiden.

Frau A., eine Patientin, die am Rande der Gruppe steht und oft über ihre eigenen Grenzen und die anderer hinweggeht, findet keinen Platz im Relief. Ihre Vorstellung, den Namen der Gruppe in Form einer alle anderen Motive überstrahlenden Sonne darzustellen, stößt auf heftige Abwehr. Sie reagiert darauf wütend und gekränkt, bleibt der Projektarbeit demonstrativ fern und versucht, die Projektnachbesprechungen zu therapeutischen Sitzungen umzufunktionieren. Die Projektleiterin stellt sie vor die Wahl, ihr Symbol zu begrenzen oder nicht mitzuarbeiten. Frau A. fühlt sich immer noch unverstanden, entschließt sich jedoch, *mit* der Gruppe zu arbeiten. »Heimlich« und mit wenig Kontakt zu den anderen arbeitet sie sehr gewissenhaft und mit Freude an ihren Steinen. Sie drückt in ihrem Symbol, einer aufgehenden Sonne, ihren tiefen Wunsch nach Lebendigkeit und Heilung aus. Über die Abgrenzung der destruktiven Aggression und die Einbeziehung der Außenseiter von seiten der Milieutherapeuten in den Nachbesprechungen und der Projektleiter in den aktuellen Arbeitssituationen schließen sich die Gruppengrenzen. Die Gruppe kann sich als Ganzes mit dem Projekt identifizieren und mit der praktischen Arbeit beginnen.

Die Steine werden geliefert und vor dem Klinikgebäude deponiert. Obwohl bekannt ist, daß das Material durch Nässe zerstört wird, nimmt keiner der Gruppe den heranziehenden Regenschauer wahr. Einer der Milieutherapeuten informiert die Patienten, aber nur Herr B., als Fachmann für Materialien und handwerkliches Arbeiten, handelt und rettet die Steine vor dem Verderben.

Diese Situation verdeutlicht die destruktive Angst und Aggression der Gruppe vor dem Beginn. Es wird nicht darüber gesprochen, sondern in Teilnahmslosigkeit agiert. Die Mitarbeiter und der Fachmann übernehmen deshalb Hilfs-Ich-Funktion und führen die Realitäten vor Augen.

Erst nachdem jeder Patient seine Ängste in der Gruppe äußern konnte, ist das konstruktive Herangehen an die Arbeit möglich. Um die Wut, Aggression und Angst, die neue Schritte hervorrufen, zu mindern, fertigt jedes Gruppenmitglied einen Probestein an, bevor es sich an seinen endgültigen Stein wagt. Es kristallisieren sich neben den Projektleitern einzelne Fachleute, die es in jeder Gruppe gibt und die *Ammon* nach *R. Schindler* als Betas in einer Gruppe beschreibt (vgl. *Ammon* 1979b), heraus. Es sind dies in unserem Fall Patienten mit speziellen Kenntnissen bezüglich des Projektvorhabens. Herr B. als Fachmann in bezug auf Material, auf Mauern und handwerkliche Tätigkeiten, organisiert viel und setzt sich sehr für das gemeinsame Projekt ein. Er ist sehr verantwortungsbewußt, wo andere mißmutig oder nachlässig sind. In einer Gruppennachbesprechung wird dies deutlich, aber auch, daß er oft über seine eigenen Kräfte hinaus arbeitet, so wie er dies sein Leben lang getan hat und da-

bei oft von anderen ausgebeutet wurde. Die Gruppe versucht ihm dies freundlich und mit sehr viel Einfühlungsvermögen vor Augen zu führen. Nur schwer kann er es verstehen und nach und nach akzeptieren. Für ihn ist seine gebrachte Leistung die Möglichkeit zu Kontakten. Ein völliges Zurückweisen seiner Fähigkeiten würde ihn sehr verletzen.

Ca. ein Drittel der Patienten entschließt sich, im Freien zu arbeiten, im weitläufigen Garten, zwar in Sicht- und Hörweite der anderen, jedoch jeweils separat an einem Tisch. Die übrigen entscheiden sich, im Gang vor dem Gruppenraum — in mehr Nähe zueinander — zu beginnen. Werkstattatmosphäre: Klopfen, Hämmern, Staub, Ruhepausen, der Austausch von Neuigkeiten, das gegenseitige Begutachten, Sich-helfen-lassen, Bewundern und anderes ist zu diesem Zeitpunkt möglich.

Frau C. braucht offensichtlich und real Hilfe: Sie kann die Nähe anderer Menschen nur kurz aushalten, hat noch nie gemeißelt und ist sehr unruhig. Von einer Mitpatientin und der neuen Projektleiterin, Frau D., wird ihr liebevoll bei der Arbeit geholfen und sie kann immer länger bei der Projektarbeit verweilen. Unbewußt repräsentiert sie das Anliegen der Milieutherapie: Über praktisches Handeln und gegenseitige Unterstützung ist es ihr möglich, vorsichtige Kontakte auf nonverbaler Ebene zu knüpfen und sie kann als vorherige Grenzperson (vgl. *Ammon* 1982c) einen Platz in der Gruppe finden und die Gruppe wird über die Integration ihrer Bedürfnisse emotional bereichert.

Frau E. wirkt nach außen selbstsicher, gesund und geschickt. Sie arbeitet immer allein für sich. Herr F., der Projektleiter, spricht sie ob ihres Alleinschaffens an. Frau E. spürt das erste Mal ihre Einsamkeit, ihren Leistungsdruck, alles alleine bewältigen zu müssen, sowie ihre Fluchtphantasien. Ihr werden Angebote zur Zusammenarbeit gemacht. Vorsichtig kann sie diese annehmen und arbeitet in der Folge im Austausch mit anderen. Der Wunsch nach menschlicher Begegnung und gegenseitigem Geben und Nehmen, der sich in ihrem ägyptischen Motiv zeigt, kann für sie und die Gruppe ein Stück Wirklichkeit werden.

Während sich die Patienten in dieser Phase sehr viel Unterstützung und Hilfe geben, findet unter den Milieutherapeuten eine heftige Auseinandersetzung um die Leitungsfunktion statt. Zwei Milieutherapeuten beginnen unabhängig voneinander und unabgesprochen mit den übrigen Milieutherapeuten selbst Steine zu behauen. In einer Supervisionssitzung wird darüber gesprochen: Angeregt von den Patienten und aus eigenem Interesse möchten wir auch gerne etwas gestalten. Die beiden »Umstürzler« übernehmen dabei eine wichtige Funktion für viele Patienten, die sich eine praktische Mitarbeit von unserer Seite wünschen. Bisher war unsere betreuende, unterstützende Aufgabe wichtig, um die Gruppengrenzen zu wahren. Jetzt werden die Milieutherapeuten zu gleichberechtigten Partnern mit ähnlichen Problemen und Fragen (vgl. *Ammon* 1959, 1979a).

Unser Entschluß wird von der Gruppe freudig aufgenommen und uns wird neugierig, freundlich und sehr unterstützend begegnet. Ebenso wie alle ande-

ren Symbole werden unsere zur Diskussion gestellt und angenommen. »Erst als die Milieutherapeuten anfingen, auch Steine zu behauen, hatte ich Zugang und Vertrauen bekommen. Vorher hatte ich sie als Aufpasser erlebt. . . . . Auch sie hatten am Anfang Schwierigkeiten mit ihrem Stein und erkundigten sich danach, wie man vorgeht«. (Frau G.)

In dieser Phase sind alle Gruppenmitglieder sehr ernsthaft mit ihrem Projekt beschäftigt. Viele arbeiten mittlerweile im Freien und die gesamte Gruppe wird nach außen hin sichtbarer.

Die intensive Arbeit der Gruppe an ihrem Projekt führt vier neue Patienten in die Heliosgruppe. Sie kommen alle aus *einer* Milieugruppe, die vorher schon eine andere Wand des Klinikgebäudes gestaltet hatte. Sie finden sehr schnell ihre Motive und — nach einigen Auseinandersetzungen — ihren Platz im Gesamtrelief.

Kreatives Schaffen, kreatives Miteinander, Öffnung neuen Menschen gegenüber ist jetzt möglich. Die Gruppenmitglieder identifizieren sich partiell mit dem Gesamtvorhaben und können dadurch Identitätserweiterung und Entwicklungsmöglichkeit erleben (vgl. *Ammon* 1986).

Zu diesem Zeitpunkt des Gruppenprozesses werden Beziehungen vorwiegend über das gemeinsame Tätigsein aufgenommen und können sich daran entwickeln. Die bloße Zugehörigkeit zur milieutherapeutischen Gruppe schafft dagegen weit weniger Kontaktmöglichkeiten als das aktive Mitarbeiten. Als Beispiel dafür steht Herr H., ebenfalls ein neuer Patient. Im Gegensatz zu den Obengenannten beteiligt er sich nicht an der Diskussion um einen festen Platz im Relief. Er wartet buchstäblich bis zur letzten Minute und stellt dann seine Forderungen: »Ich will zwei Steine und nur an diesem Platz. Wenn das nicht geht, arbeite ich nicht mit«. Die Gruppe versucht trotzdem auf seine Wünsche und Bedürfnisse einzugehen, läßt sich andererseits aber nicht von ihm erpressen. Am Ende der Sitzung verläßt Herr H. gekränkt den Raum, ohne einen Platz gefunden zu haben. In der Folge beobachtet er wehmütig die anderen bei der Arbeit. Er, der sich stets einsam und alleine fühlte und in seiner Geschichte nie ein wirklich emotionales Miteinander erlebte, kann trotz vieler Bemühungen nicht mehr in das Projekt integriert werden.

In dieser Mittelphase des Gruppenprojektes kommen fast alle Patienten regelmäßig zur Arbeit. Sie beraten über die technisch-handwerkliche Arbeitsmethode, über die Möglichkeiten des plastischen Gestaltens, über geeignete Werkzeuge oder darüber, wer den Kaffee für die Gruppe kocht. Andererseits zeigen sich massivste Arbeitsstörungen: Manche Patienten stehen unter extremem Druck, können sich für kein Motiv entschließen, wollen aufhören anstatt sich entscheiden zu müssen, andere arbeiten ganz für sich alleine — im Eiltempo — ohne Kontakt zur Gruppe. Zweifel, ob die handwerkliche Geschicklichkeit ausreicht, tauchen immer wieder auf, führen dazu, daß fast jeder einmal seine Arbeitsaufgabe wegwerfen möchte (vgl. *Ammon* (1982a).

Neben den unterstützenden Hilfs-Ich-Funktionen, die sich Patienten gegenseitig geben, werden auch die Schwierigkeiten im Umgang miteinander deut-

lich, ebenso wie die Vermeidung von offener Auseinandersetzung. Frau I. kommt immer vor dem offiziellen Arbeitstermin, beschafft sich ihre Werkzeuge als erste, um nicht mit den anderen darum kämpfen zu müssen. Ihr Zeichen ist das weibliche Symbol der Muschel. Herr K., dem das Relief von Herrn P. nicht gefällt, nimmt eines Tages Werkzeug, um es nach seinen Vorstellungen neu zu gestalten. Einige Mitglieder laufen in den Teamraum, um Hilfe zu holen, andere halten Herrn K. von seinem Vorhaben ab. Deutlich wird jedoch das Problem aller, sich offen die Meinung zu sagen. Auch die beiden Projektleiter können dies nicht. Sie sprechen oft aneinander vorbei, kritisieren sich weder positiv noch negativ und können ihre Gefühle der Angst, Aggression und Zuneigung oft nicht anders ausdrücken als über Hand- und Fußverletzungen, die sie sich außerhalb der Projektzeiten zuziehen.

Frau M. wollte eine Welle gestalten. Sie ließ sich frei von ihren Inspirationen leiten. Das Ergebnis ihres Schaffens war ein Phallus- und Vaginasymbol. Zunächst ist sie sehr froh darüber, daß sie unbewußt ihre Schwierigkeiten mit Sexualität offen machen und das erste Mal den Menschen in der milieutherapeutischen Gruppe zeigen konnte. Hier zeigt sich die Bedeutung der Milieutherapie als nonverbale, den ganzheitlichen, unbewußten Ausdruck fördernde Therapieform. Was Frau M. sprachlich nie hätte spürbar machen können, vermittelt ihr schönes Symbol in aller Deutlichkeit. Am nächsten Morgen möchte Frau M. am liebsten das phallische Symbol mit einem Hammer abschlagen. Die Mitpatienten hindern sie daran. In der anschließenden Sitzung verbünden sich die weiblichen Gruppenmitglieder mit Frau M., die männlichen schweigen. Nach diesem Geschehen ist sehr viel Unsicherheit in der Gruppe, es wird jedoch nicht mehr darüber gesprochen.

Ganz deutlich werden die Ängste vor Bedürfnissen und Wünschen nach Erotik und Sexualität im kurz darauf erstellten Soziogramm. An Herrn F., den Projektleiter, werden diese Bedürfnisse delegiert. Die Gruppe vermeidet ein Gespräch darüber, stattdessen gerät sie in eine heftige, rivalisierende Auseinandersetzung um den Platz des einzelnen.

Von den Projektleitern wird eine zeitliche Begrenzung zur Fertigstellung der Steine gesetzt. Frau O., die ein Fabelwesen modelliert, erlebt die Begrenzung in furchtbarer Panik, hat Angst, nicht mehr fertig zu werden. Aus Wut darüber arbeitet Sie unvorsichtig, ein Stück ihres Steines bricht ab; am liebsten möchte sie alles Hergestellte zerschlagen. Frau O. drückt den Widerstand gegen die Beendigung des Gruppenprojektes massiv aus. Bei anderen Patienten zeigt sich dies in einem Vergessen des Termins, in der Angst, bis zu ihrer Entlassung aus der Klinik das Motiv nicht mehr fertigzubringen — wobei sie in ihrer Wut fast tätlich werden — oder in einem Verleugnen der noch bevorstehenden Arbeiten.

Über alle Widerstände hinweg sind fast alle Steine behauen und werden im Gruppenraum zusammengelegt: In der Gruppe ist sehr viel Aufregung; am Rande entstehen Streitigkeiten. Eine ungeheure Hitze und Wärme bildet sich im Raum. Das Relief liegt zum ersten Mal zusammen. Sieht es gut aus?

Passen die Motive zusammen oder ist es nur ein zusammengewürfeltes Puzzle? Höhenunterschiede — Unebenheiten zwischen einzelnen Steinen. Positionsveränderungen, Angleichungen, vorsichtige Verbindungen von verschiedenen Steinen werden vorgeschlagen — manchmal strikt abgelehnt, manchmal angenommen und umgesetzt. »Sozialenergie als psychische Energie«, so schreibt *Ammon* (1982b), »sehe ich immer in Abhängigkeit von zwischenmenschlichen und gruppendynamischen Bezügen, von der Umwelt des Menschen. . . . .« und ». . . .sie entsteht durch Kontakt und Auseinandersetzung, durch Forderung an die Identität und Aufforderungen zum Tun, zur Tätigkeit und zur Aufgabe«.

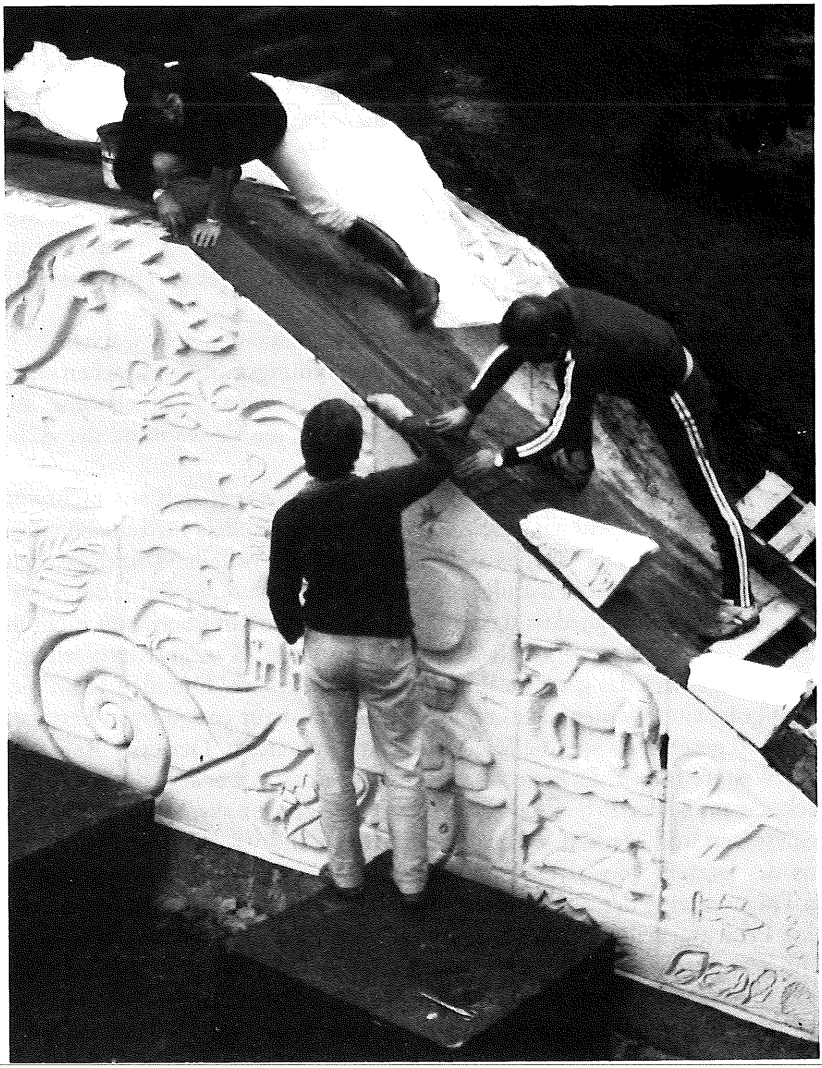
Die Positionsveränderungen sind Ausdruck entstandener, gewachsener Beziehungen untereinander, ebenso wie die Verbindungsmotive zwischen einzelnen Nachbarsymbolen, die jetzt erst möglich werden. Beispielsweise setzt Frau C. jetzt ihren Stein neben den von Frau R., die sie während der Arbeit sehr unterstützt hatte.

Herr T., ein stiller, zurückgezogener Patient, der von sich aus nicht sprechen kann, hat sich sehr viel Platz in der Mitte des Reliefs für sein Phantasiemotiv genommen. Die Gruppe sieht es als Wolke. Auffallend sind die vielen Berührungspunkte mit den anderen Symbolen, zehn an der Zahl. Bei keinem anderen Gruppenmitglied ist das der Fall. Dies entspricht überhaupt nicht den realen Beziehungen, ist aber als Wunsch nach vielen Kontakten zu sehen.

Ca. 8 Tage liegt das gesamte Relief im Gruppenraum. Draußen kann nicht weiter gearbeitet werden, da es regnet. Ein Termin zur endgültigen Fertigstellung wird gesetzt. Es soll die Mauer angefangen werden. Der erste Reliefstein liegt. Weitere folgen. Es kann nur langsam gearbeitet werden, da der Zement trocknen muß. der Projektleiter sucht sich diejenigen aus, zu denen er beim Steinesetzen und Mauern Vertrauen hat. Die Wand wächst. Der Tag des Setzens des letzten Steines fällt zusammen mit der Gesellschafterversammlung des Trägervereins der Klinik: Es ist ein Wochenende, an dem normalerweise keine Projektarbeit stattfindet!

Die Wand steht nun: Damit sie bestehen bleiben und lange Zeit sichtbar sein kann, muß sie nun wetterfest gemacht werden; sie wird mit einer Schicht wasserundurchlässigen Materials überzogen, verfugt und erhält zum Abschluß noch ein Dach. Mühsam nur werden die Arbeiten verrichtet. Deutlich wird der Schmerz des Abschiednehmens und der Trennung von der gemeinsamen Aufgabe. Die Stimmung in der Gruppe ist mißmutig, die Projektleiter brauchen massivste Unterstützung von seiten der Therapeuten, um gegen den Widerstand der Mitpatienten angehen zu können.

Tag der Einweihung: Emsigkeit, rege Geschäftigkeit, letzte Schönheitsausbesserungen finden statt. Nachmittags bewegt sich die gesamte Großgruppe zum Relief. Video ist aufgebaut; Photos werden gemacht. Das Relief ist noch verhüllt. Die beiden Projektleiter halten eine Rede zur Entstehung und zum Prozeß. Die Wand wird enthüllt. Jeder Patient spricht zur Bedeutung seines Symbols, zu dem, was er erlebt hat, was ihm wichtig und wesentlich war.



In den nächsten Tagen wird klar, daß noch etwas fehlt: Eine Dachrinne, um das Naßwerden der Wand zu vermeiden. Die Projektleiter wollen nicht mehr. Nur ein minutiös ausgearbeiteter Zeitplan eines Mitpatienten und die Rückkehr einer Milieutherapeutin aus dem Urlaub ermöglichen den endgültigen Abschluß des Projektes. Bisher hat das Relief extremen Kältegraden standgehalten.

Die Abschlußschwierigkeiten zeigen an, wie schwer es für Patienten ist, ihr konstruktiv-kreativ Geschaffenes als eigenes Erleben und als Identitätsgewinn erhalten zu können.

Das gesamte Relief steht als Zeichen der Gruppe gegen Zerstörung und für

Hoffnung und Leben.

Die Einzelsymbole entstammen der ägyptischen, der griechischen, chinesischen, germanischen und afrikanischen Mythologie und repräsentieren in ihrer Dimension die gesamte belebte Natur. In den drei Ecken des Reliefs finden sich jeweils Motive aus der ägyptischen Mythologie: Die Sonne — auch Symbol des Sonnengottes Re — ein Boot, mit dem Re täglich den Himmelsozean überquert, und ein Relief mit Menschen und dem Anch-Zeichen, das menschliche Begegnungen, Geben und Nehmen ausdrückt. An der mittleren Basis des Gesamtsymbols befindet sich eine Labyrinth-Schnecke, ein sehr altes Symbol, das aus vielen Kulturen bekannt ist. Im Zentrum entstand ein Phantasiemotiv, Wolke genannt. Die Wolke ist in alten Mythologien ein Symbol für den Sitz der Götter; wie es auch im frühen Mittelalter als Gotteszeichen verwendet wurde. Daneben finden sich viele Fruchtbarkeitssymbole wie Muscheln, Schlange, Hase, Farn, Rebstock, Fische und das Mann-Frau-Zeichen. Eng damit verbunden auch die Motive der Unsterblichkeit wie Sonne, Mond und Universum, ebenso wie die Schildkröte. Gehäuft auch die Zeichen für Weisheit, Vereinigung von Geist, Seele und Licht wie die Hieroglyphen des Auges, das Pentagramm, die Eule, der Elefant und das Upschat-Auge als Abwehr des bösen Blickes. Als Verbindung zwischen östlicher und westlicher Kultur der Drachen am oberen Rand des Reliefs. In der Symboldeutung, die hier nur kurz skizziert wurde, zeigt sich das Relief als ein geschlossenes Kunstwerk und ist von daher als solches interpretierbar.

Unser Anliegen war es, den Prozeß eines milieutherapeutischen Gruppenprojektes darzustellen mit dem besonderen Aspekt der schöpferischen und kreativen Möglichkeiten des einzelnen, wenn sie in einer Gruppe zusammenfließen können. Das Projekt entstand aus dem eigenen Anliegen der Gruppe als Symbol gegen Destruktion und Vernichtung und für Leben und Wachstum. Es wurde von wirklichen Bedürfnissen der einzelnen Patienten getragen, eigenverantwortlich durchgeführt und konnte über diesen Identifizierungsprozeß zu einer Identitätsentwicklung der Patienten führen. Hierin besteht ein wesentlicher Unterschied der psychoanalytischen Milieutherapie zur formalen Beschäftigungstherapie, in welcher es kein originäres Interesse des Patienten, kein Gesamtziel, keine Entwicklung der Gruppe gibt und somit keine Identitätserweiterung des Patienten stattfinden kann.

Das Gesamtsymbol der Gruppe und die Einzelsymbole der Menschen ließen an der Stelle der Wunde, die in Folge des Polizeiübergriffes in die Gesamtanlage der Klinik geschlagen wurde, ein Zeichen des Lebens und der Heilung entstehen. Es half im Kontext und in Verbindung zu allen anderen therapeutischen Gruppen mit, den menschenrechtsverletzenden Überfall zu überwinden. Am Platz der Zerstörung und tiefen Verletzung wuchs ein durch die Kraft der Gruppe geschaffenes Kunstwerk mit hohem geistigen Inhalt.

Danken möchten wir allen Patienten, die uns tatkräftig über das Ausfüllen von Fragebögen, über ihr Interesse und über das reichhaltige Bildmaterial sehr unterstützt haben.

Creativity and Social Energy in the Course of a Milieutherapeutic Project

Ch. Emmert, F. Bauer, H. Pfindel, R. Schäfer (Munich)

Within the framework of the historical development of the psychoanalytic milieu therapy — started by Ernst Simmel in Berlin, carried on by the C.F. Menninger Memorial Hospital, USA — the authors outline *Günter Ammon's* milieutherapeutic concept as an own form of analytical psychotherapy (*Ammon* 1959).

This development was carried on as out-patient milieu-therapeutic communities and in-patient milieu therapy by Ammon after his return to Germany (see *Ammon* 1959, 1979a, 1979b, 1981, 1982a, 1983, 1986). From the beginning, milieu therapy had a central position in the dynamic-psychiatric clinic, founded by him, which in its entirety, was seen as a therapeutic instrument, »where through the transformation of the present life-situation in the therapeutic milieu all life manifestations become visible and can be interpreted« (*Ammon* 1979a). Psychoanalytic milieutherapy is to be understood as an attempt, »to do justice to the problems of every patient, whose severe ego-dysfunction makes it impossible for him to reflect his own behaviour. . .« (*Ammon* 1979a).

For patients with severe archaic ego-dysfunctions, mainly with the diagnoses schizophrenic reaction, borderline-syndrome, depression and psychosomatic reaction, milieu therapy, as a non-verbal therapy form, is particularly indicated.

The authors point out the close interaction of the therapeutic facets of the dynamic-psychiatric clinic, in which, amongst others, art therapy, dance therapy, theatre therapy, horse-riding therapy, film therapy, sport therapy, music therapy, psychoanalytic group and individual therapy and milieu projects have their place.

In the following, the authors describe the course of development of a milieutherapeutic project with 23 patients — the »Helios group« — from the group-dynamic point of view, and from the point of view of the expansion of the creative, healthy potentials of the patients.

After controversial discussions the group decides to design a relief to bring new life to an ugly old wall. Two project leaders are chosen from the patient group. The milieutherapists accompany the group in an advisory function. At the beginning, the fear of starting a new project of working together in the group become apparent. The fear of identity and contact, the destructive and deficient aggression is expressed as apathy or indifference. The surmounting of these contact and work problems opens the middle phase of the group process, in which mutual support and help, discussion and creativity can expand. Every patient works on his own chosen motive from different areas of mythology and the animal world, which is to be carved in Ytong.

Every now and again patients come into situations which are very difficult for them and in which they want to give up everything; but with support and understanding of the group they are able to carry on and to develop creativity and new relationships, made possible through the common activity. The iden-

tification with collective goals and the group also characterize the middle phase, although the difficulties become clearer.

Within the group of therapists there are conflicts about their function as leaders. After discussions they begin to chisel their own stones and become partners with the patients.

The end phase begins with the setting of a date of competition for the project. All the feelings produced by the forthcoming completion are central in the group. In this phase the chosen project-leaders need massive support from the milieutherapists, so that the project can be completed in time for the inauguration in the comprehensive group of the clinic. In this group, each patient speaks of his experiences and what his part of relief means to him.

The whole relief becomes an integrated artistic work. The separate symbols from Egyptian and African and other mythologies which express the wish for human encounter, the labyrinth-symbol, the eternal sun and moon, and other symbols, can be seen in the finished relief.

The symbol of the relief as a whole and the particular symbols help to close the wound which was left by the violated human-rights caused by the brutal attack from police and authorities on the whole clinic. Through the power of this group, these wounds could be replaced by this artwork with its high spiritual content.

The milieu therapeutic project is carried out through the real and honest needs of the patients and at their own responsibility, therefore it helps to develop their identities individually. The authors see herein fundamental differences to formal, machine-like psychiatry and its occupational and work therapy.

Literatur

Ammon, Günter (1959): Theoretical Aspects of Milieutherapy. In: Bulletin of the Menninger School of Psychiatry, Topeka, Kansas, USA. Neuauflage 1977 (Berlin: Pinel-Publikationen)
— (1979a): Psychoanalytische Milieutherapie. In: *Ammon, Günter* (Hrsg.), Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1, 604—621, (München: Reinhardt)
— (1979b): Das gruppendynamische Prinzip. In: ebd. 160—187
— (1981): Kreativität, Therapie und künstlerische Gestaltung. Dyn. Psychiat. (14) 101—115
— (1982a): Arbeit und menschliche Existenz. In: *Ammon, Günter* (Hrsg.), Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2, 672—712, (München: Reinhardt)
— (1982b): Das sozialenergetische Prinzip in der Dynamischen Psychiatrie. In: ebd., 4—25
— (1983): Das Prinzip der Sozialenergie im holistischen Denken der Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (16) 169—191
— (1986): Zur Dimension des Schöpferischen. In: *Ammon, Günter:* Der mehrdimensionale Mensch, 139—163 (München: Pinel)
Ammon, Günter; Burbiel, I.; Finke, G.; Wagner, H.: (1982c): Ergebnisse Dynamisch-Psychiatrischer Forschung. In: *Ammon, Günter* (Hrsg.), Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 2, a.a.O., 573—671
Bauer, W.; Diematz, I.; Golowin, S. (1980): Lexikon der Symbolik (Wiesbaden: Fourier)
Lurker, M. (1985): Wörterbuch der Symbolik (Stuttgart: Kröner)

Adresse der Autoren:
Christa Emmert, Kapuzinerstr. 48, 8000 München 5
Friedrich Bauer, Frauenlobstr. 24, 8000 München 2
Hermine Pfindel, Obere Weidenstr. 1, 8000 München 90
Rudi Schäfer, Müllerstr. 33, 8000 München 5

A New Exercise for Stenocardia: A First Step to Save Bio-Energy

I. Ivanov* and V. Silujanova** (Moscow)

Die Verfasser gehen von der paradox erscheinenden klinischen Beobachtung aus, daß bei intensivem Belastungstraining mit herzkranken Patienten, die nach überstandenen Myokardinfarkten an manifester Ischämie und stenokarden Anfällen leiden, sich zwar das subjektive Allgemeinbefinden bessert, jedoch die objektiven herzdiagnostischen Befunde sich nicht verändern und testpsychologische Untersuchungen das Fortbestehen psychischer Dispositionen anzeigen, die koronare Erkrankungen begünstigen. Mit einem Parallelexperiment, in dem eine Gruppe von Herzpatienten einer maximalen Belastung auf dem Fahrradergometer und eine zweite Gruppe einer langsam gesteigerten individuell dosierten Belastung unterzogen wurde, belegen sie die höhere therapeutische Effizienz der zweiten Rehabilitationsmethode anhand der physiologischen Parameter, aber auch der psychologischen Testergebnisse.
Die Verfasser verstehen die koronaren Erkrankungen als psychosomatisch erzwungenen Suchverzicht im Sinne von Vadim S. Rotenbergs Konzept. Er betrifft Menschen, die sich vorher in einer Rivalitätsdynamik ständigen maximalen Belastungen durch die Lösung extrem schwieriger Aufgaben, ohne innere Befriedigung zu verspüren, ausgesetzt haben. Deshalb wird ihrer Psychodynamik nicht eine Wiederholung dieser maximalen Belastungsdynamik im Rehabilitationstraining gerecht, sondern die langsame, sinnvolle Suche nach der angemessenen körperlichen Aktivität in Verbindung mit einer allmählichen Persönlichkeitsreifung, die durch das positiv erlebte Körpertraining unterstützt wird.

Physical exercise, practised by both healthy and sick people to increase their physical working capacity, result in loss of energy and lead to weariness. This contributes to the development of compensation and adaption mechanisms, which raise physical working capacity.

Young and healthy people react to this exercise rather positively: both maximum oxygen consumption and heart muscle's activity increase. The described reaction is not always observed in healthy people and in sick ones it may be observed very rarely. This fact may be related to the overload of organism, the damage of an organ (or system of organs), which limit physical capacity and mainly to the decrease of the functional potential of central nervous system mechanisms. But after intensive exercising an improvement of the general condition is observed, e.g. stenocardia seizures decrease.

The present investigation has been conducted because the subjective improvement of the patients' general condition is not confirmed by an objective instrumental check, which may be ascribed only to the change of the psychological status. On the other hand, the psychosomatic nature of the coronary disease inspires to look for methods of changing personal qualities.

* Dr. med., Co-worker of Vadim S. Rotenberg at the First Medical of the Health Ministry of the USSR, Moscow

** Dr. med., Co-worker of Vadim S. Rotenberg at the First Medical Institute of the Health Ministry of the USSR, Moscow

Experiment 1

The results of two months' intensive (75% of individual maximal capacity) cycloergometric training of patients with coronary heart disease have been investigated. These trainings are widely used now all over the world (*Amsterdam* 1980; *Shaw* 1981).

Twenty-three men have been examined, their average age was 53,3 ±2,0 years, the duration of disease 3,7 ±0,8 years. 1 patient went through two myocardial infarctions (MI). 10 patients had 1 MI each, 12 were without MI. Their distribution on the functional stenocardia classes were as follows: 9 patients in class I, 13 in class II, 1 in class III. 2 patients had a depression of the ST-segment in the electrocardiogram in the over-load test. The number of the trainings units was 25,5 ±2,5.

The maximal work load in the exercise test increased from 791 ±38,7 to 887 ±34,5 kpm/min ($p<0,001$), — increment is 96 ±23 — and the raterpressure product (RPP) — the main indirect figure of myocardial oxygen consumption — increased from 320 ± 12,9 to 334 ± 11,9 (NS). This and the reliability is based on *Student*'s criteria (difference method). This result coincides with literature data (*Clausen* 1976) and confirms that the ill heart (limiting factor) does not yield to training. Clinical observation revealed sharp seizures of coronary heart disease in 5 patients within 6 months after the training period. During the training period an increase in frequency of »warm-up phenomenon« from 40% at the beginning to 90% at the end has been observed (*Williams et al.* 1985). This was determined by using the secondary stabilisation moment of RPP during the main 30 minutes' part of the exercise training. The said data indicate on aggravation of ischemic desease.

Subjectively the patients marked a significant improvement of their general condition, expressed in a decrease of their pain syndrom, but the investigation of the psychological condition by the 16 PF-Test (*Cattell et al.* 1970) did not confirm a normalisaton of the psychological status. The dynamics of the Q IV/C index — if it exceeds 2, it is characteristic of ischemic patients with normal blood pressure (cf. *Beresin* 1985) — was negative. The Q IV/C index increased from 2,5 ±0,3 to 3,8 ± 0,3 (increment 1,23 ±0,58, $P<0,05$), that atestified to the sharpening of personal qualities leading to the developement and the progress of the disease. The subjective improvement is explained by the factor-H-dynamics, which decreased on 1,0 ±0,23 ($P<0,01$). Summing up, it should be said that intensive loads result in some reduction of the personal energetic potential in coronary disease patients.

Experiment 2

The present method of training on cycloergometre provides for supine position, rotation frequency of 55—65 per minute, work load up to 20Vt (these limits are chosen to get fluency of the pedal rotation), the height of pedal axis

beyond coach is from 2/3 to full length of patient's thigh. The training lasts 40 minutes, from 3 days a week to 3 times a day (*Silujanova* 1985).

This method is based on the investigation of the heart volume reaction by echocardiography with a step-by-step increase of the load on the cycloergometre. The results for the III-IV functional groups of stenocardia patients are presented on picture 1, and for the I—II groups on picture 2.

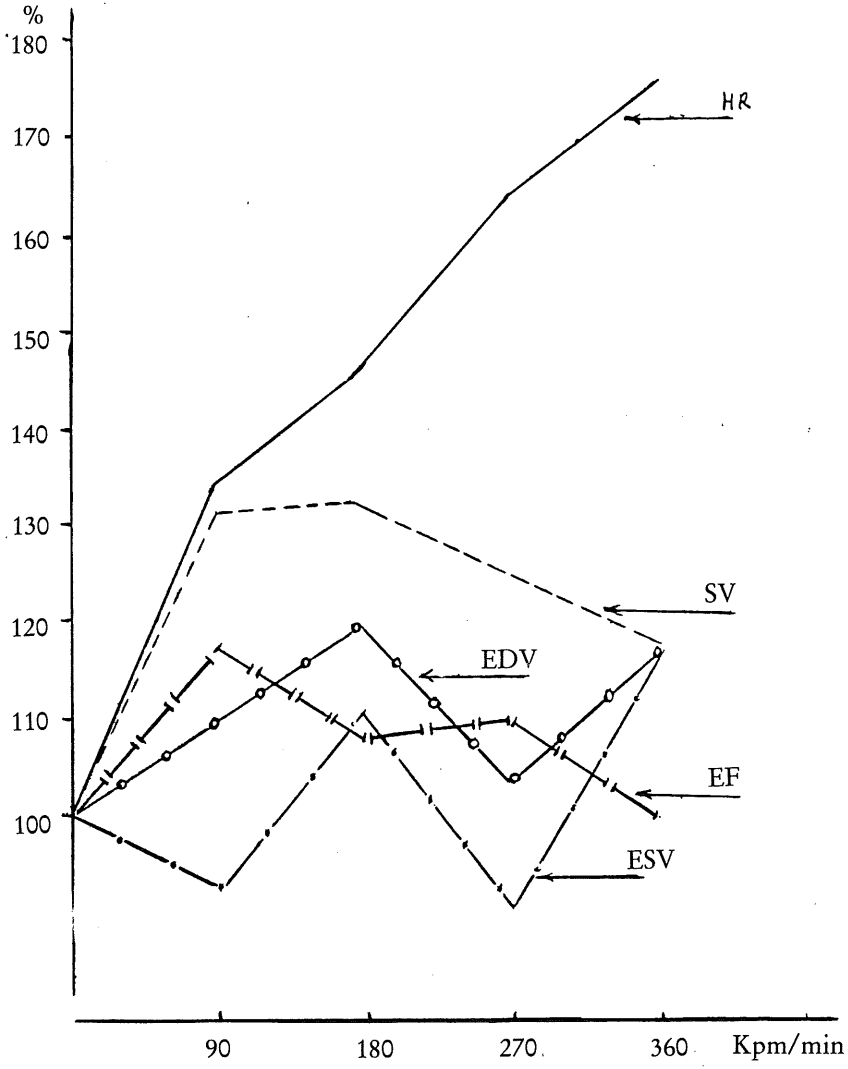


Fig. 1 The change of heart (HR), stroke volume (SV), end-systolic (ESV) and end-diastolic volumes (EDV), ejection fraction (EF) by echocardiography in the patients of the III—IV functional groups of stenocardia during the step-by-step load on the bicycle-ergometer in the supine position.

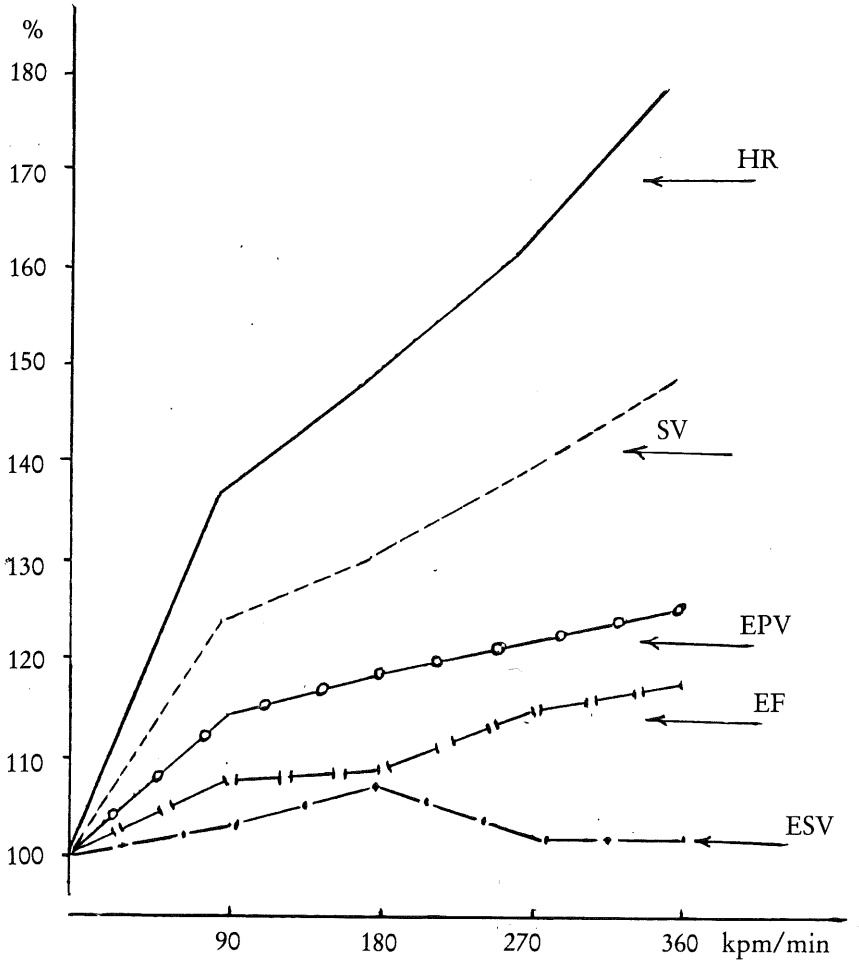


Fig. 2. The change of heart rate (HR), stroke volume (SV), end-systolic (ESV) and end-diastolic (EDV) volumes, ejection fraction (EF) by echocardiography in the patients of the I—II functional groups of stenocardia during the step-by-step load on the bicycle-ergometer in the supine position.

The results are shown in percentage to the level of immobility. With training loading (1-st step) a coordinated increase in systole frequency, stroke volume and ejection fraction is observed. The end-dyastolic volume reaches submaximal meaning. With the increase of load the difference of heart reaction is dependent on the functional condition. On the other hand the surpassing increase of cardiac frequency is a common feature. After the fulfilling of the trai-

ning load, the stroke volume reaches sub-maximal meaning and the systolic frequency increases on 12—16 strokes per minute. While fulfilling the training load, an oxygen consumption did not exceed 2 metabolic units. Most seriously ill patients got supplementary doses of nitrates during training.

Character-reference of patients

101 men, age range 53,2±1,3 years, duration of disease range 4,1±0,6 years; they all went through miocard infarction: intramural — 10(10%), transmural — 50/50%), cardiac aneurism — 12(12%). The number of trainings was 25,1±1,1. The patients did not have any accompanied heavy diseases.

Results of training

The secondary rate-pressure product (RPP) increased from 143,1±6,1 to 176,9±6,3, increment was 33,8±3,2 (Ph0,001), the capacity load increased from 490,7±18,3 kpm/min to 636,7±22,1 kpm/min, increment was 145,3±10,1 ($P<0,001$). The maximal stroke volume, measured by integral reography (*Pushkar* 1977), increased from 71,1±3,1, to 82,2±2,6, increment 11,0±2,1 ($P<0,001$), the stroke work increased from 105,0±4,0 to 123±3,6 kpm/min, increment 18,6±5,2 ($P<0,001$).

The diastolic artery pressure in stillness decreased from 90,8±2,0 to 82,5±1,2 mm/Gg., the decrease is of — 8,3± ($P<0,001$). The general cholesterol decreased from 249,0±7,0 to 235±10,0 mg/dl, the decrease is of — 15,6±4,0 ($P<0,01$). The Q IV/C index decreased from 2,39±0,3 to 2,5±0,3, the decrease is of 0,42±0,16 ($P<0,05$).

The analysis of the results has shown, that the best results (increment of RPP more than 50) are reached of patients younger than 60 who do not have MI in anamnesis. The worst results (increment of RPP less than 20) are observed in patients older than 60 or if they had transmural MI in anamnesis. On the other hand, the heaviness of stenocardia and the duration of disease did not influence significantly the training results. Within the 1st year of training the mortality percentage rate was 2%, within the 2nd and 3nd year — 4% and 7%, respectively.

The decrease of the mortality rate in contrast to the control group of medication therapy was by the end of the 3rd year 70% according to the formula:

$$\frac{N_1 - N_2}{N_1} \quad \% \text{ (}Shaw\text{ 1981)}$$

Discussion.

Before discussing our results we shall refer to literature data. Psychosomatic predisposition to coronary disease is exposed in an active behavior interrelated

with high rivalry (*Glas* and *Carver* 1980). This qualitative description coincides with a quantitative one (*Beresin* 1985).

The active aspiration for overcoming difficulties, which is characteristic for the ischemic type of person, is confronted by an insurmountable obstacle in form of the coronary disease. The aims of the person are regularly not reached due to the stenocardia that promotes a condition of learned helplessness (*Seligman* 1975). This condition is one of the forms of the so-called »renunciation of search«. The significance of »search activity« or »constructive aggression« for life and health is supposed to be very important (*Ammon* 1982; *Rotenberg* 1984). We shall consider our results in the light of this statement.

The presented method ensures a minimal physical load on organism in general, but its effective impact exceeds the load system of the aerobic training.

The analysis of possible reasons for the mortality rate reducation using data by *M. Feinleib* (1984) and *M. Berger* (1984) shows that an impact on risk factors like cholesterol of plasm and arterial pressure, is not an exhaustive explanation.

The changing of character traits suggests an impact of training on the psychological status. We have to bear in mind that in aging people a capacity for psychological rebuilding decreases. This explains the fact that patients older than 60 demonstrate a lower level of improvement even if MI lacks in anamnesis.

The heart is one of the widest proprioreceptive zones. The significance of proprioreception in the formation and programming of emotional reaction is recognized (*Anokhin* 1971).

The changing of proprioreception may change a program of emotional reaction that helps to overcome a deadlock situation characteristic for coranary disease when activity leads to stenocardia seizures. This results in conditions for more adequate behaviour.

Patients notice that the very fact of the improvement of the general condition, and what is stable, easily reached, gives them confidence. »The very thought, that the general condition may be improved simply let them overcome some situations without fear and seizures«. The other patient said: »Before the treatment I was afraid of not managing to do some things because of constant expectation of pain in the heart, though this pain came anyway. After the treatment I acquired a style of activity which made me able to work. I felt better and the feeling of lack of time passed away«.

These examples characterize a process of getting positive emotional experience and acquiring a kind of activity leading to clear improvement.

On the other hand, in the case of traditional intensive physical activity (regular physical exercises like jogging, walking etc. adapted to the reduced physical capacity of a patient and done as »lessons« 3—5 times a week) the reduction of the stenocardia seizure rate and the subjective improvement of the condition is explained by the decrease of both the energy potential and the activity in every-day social life (excluding) besides these lessons. In other words a

deadlock situation is not overcome, but a restriction of activity is being created that might explain negative dynamics of the Q IV/C index.

The increase of the Q IV/C index varies in different patients after intensive training. In some patients a strain of deprivation is growing (Q IV+) that may be ascribed to the reduction of the energy potential and the restriciton of activity. Another group shows an increase of general emotionality that may be explained by the development of a feeling of incapability as a result of stenocardia's vicious circle.

The improvement of the psychological condition after the training by the low intensity method also varies in different groups. The examples given above illustrate the speculation about personal qualities dynamics.

This situation corresponds with the conception of search activity (*Rotenberg* 1984) that considers an adequate activity as a necessary condition for both the regeneration of the resources of the central nervous system and for the activity of the organism in general.

We suggest that the formation of an adequate activity is the main reason for the reduction of the lethality rate in our patients. Is it really possible to say that a two-weeks' course of training (three times a day) could be effective for three years? We suggest that it could exercise an influence only by the formation of activity and by the rebuilding of personal qualities. And extending coronary resources leads out of deadlock situations adequately.

The results of investigations of traditional physical exercises confirm this point of view. It is proved that these exercises do not effect prognosis and do not defend from acute diseases (*Shaw* 1981). And finally they do not let patients preserve acquired moving skill (*Lubsow* 1982). This is explained by the lack of effect on the coronary blood circulation (*Kadota* et al. 1981).

The subjective improvement of the general condition due to the reduction of activity does not lead to the formation of adequate behaviour.

Summing up the abovesaid we come to a conclusion that the training effect depends on condition of the central nervous system and that minimal intensive training involving deepest mechanisms may exercise a more significant influence than intensive loading.

Ein neues Trainingskonzept für Stenokardie-Patienten: Suchaktivität und Gesundungsprozeß

I. Ivanov und V. Silujanova (Moskau)

Körperliche Belastung führt in der Regel zu Energieverlust und Ermüdung und als Reaktion zu physiologischen Kompensations- und Anpassungsmechanismen, welche die körperliche Leistungsfähigkeit des Menschen erhöhen. Diese Reaktion auf Belastungstraining findet sich in der Mehrzahl der Fälle bei jungen Menschen und bei Gesunden. Die Sauerstoffaufnahme des Herzens

und auch die Muskelaktivität vergrößern sich deutlich.

Jedoch findet sich diese Reaktion nicht bei allen Gesunden und nur selten bei kranken Menschen: diese Tatsache kann auf eine Überlastung des ganzen Organismus oder die Schädigung eines Organs oder Organsystems zurückzuführen sein, die die körperlichen Fähigkeiten beschränkt und vor allem das Funktionspotential des zentralen Nervensystems verringert.

Führt man bei Patienten mit stenokardischen Beschwerden ein intensives Belastungstraining durch, kann man eine subjektive Besserung des Allgemeinzustandes feststellen, die aber nicht durch die objektiven Befunde der Herzdignostik bestätigt wird. Diesen Widerspruch aufzuklären und neue Erkenntnisse für ein physiologisch und psychologisch sinnvolles Belastungstraining von Herzpatienten zu gewinnen, war Anliegen von *Ivanov* und *Silujanova* in der vorliegenden Arbeit.

In einem ersten Experiment wurden 23 männliche Patienten mit koronarer Herzkrankheit einer intensiven fahrradergometrischen Belastung mit 75% der individuellen Maximalkapazität ausgesetzt. Die Meßparameter der Herzdiagnostik ergaben dabei, daß die geschädigten Herzen nicht durch die körperliche Belastung trainiert wurden, sondern im Gegenteil eine Verschlimmerung der Ischämie auftrat. Subjektiv erlebten die Patienten dagegen eine Verbesserung ihres Allgemeinbefindens, d.h. ein Nachlassen ihrer Schmerzsymptomatik. Testpsychologische Untersuchungen mit dem 16 PF-Test ergaben interessanterweise eine Zunahme derjenigen Persönlichkeitsfaktoren, die die Entwicklung koronarer Herzkrankheiten fördern. Zusammenfassend konstatieren *Ivanov* und *Silujanova* eine Abnahme des persönlichen Energiepotentials bei Patienten mit koronarer Herzkrankheit, die man einer maximalen Trainingsbelastung aussetzt.

In einem zweiten Experiment wurden 101 männliche Patienten mit vorausgegangenen Myokardinfarkten oder Aneurysmen einem Belastungstraining auf dem Fahrrad-Ergometer unterzogen, aber diesmal mit langsamer schrittweiser Steigerung der Belastung von Trainingseinheit zu Trainingseinheit bei gleichzeitiger Untersuchung der Herzvolumenreaktion durch Echokardiographie. Die gemessenen physiologischen Parameter zeigten eine deutliche Trainingswirkung bei den Patienten: Sauerstoffaufnahme und maximales Schlagvolumen des Herzens vergrößerten sich, der diastolische Arteriendruck nahm um 10% ab, die Mortalitätsrate verringerte sich im dreijährigen Vergleich gegenüber einer Kontrollgruppe mit medikamentöser Therapie um 70%.

Ausgehend von der klinischen Beobachtung in der Herzforschung, daß Patienten mit Koronarerkrankungen Menschen mit sehr aktivem Verhalten in Verbindung mit hoher Rivalität sind, verstehen die Autoren die stenokardische Situation nach der aufgetretenen koronaren Ersterkrankung — in der Regel ein Myokardinfarkt oder eine andere ischämische Erkrankung — als Zustand der vom Patienten erlebten »Hilflosigkeit«, des scheinbar notwendigen »Suchverzichts« (*Rotenberg*), d.h. der Aufgabe zielgerichteter »Suchaktivität« (*Rotenberg*), des Verzichts auf konstruktiv-aggressive Lebensäußerungen (*Am-*

mon).

In dieser Hemmungs- und Schmerzvermeidungshaltung führt das traditionelle Konzept intensiver Trainingsbelastung in drei bis fünf Übungslektionen pro Woche zwar zu einer Verringerung stenokardischer Anfälle und zu einer Verbesserung des Allgemeinbefindens, dies wird jedoch erkauft durch einen Verlust an Energiepotential und Aktivität im Alltagsleben außerhalb der Trainingsstunden.

Demgegenüber ermöglicht das Konzept der schrittweisen Trainingsbelastung einen Ausweg, indem es den Patienten ermöglicht, emotional umzulernen, d.h. neue Aktivitäten auf niedrigeren Intensitätsstufen auch außerhalb des Kreislauftrainings zu entwickeln und wieder arbeitsfähig zu werden, ohne durch Angst vor Schmerzanfällen gelähmt zu werden.

Zusammenfassend kommen die Autoren zu der Feststellung, daß für die physiologische Therapie der Herzkrankheiten Trainingsformen indizierter und erfolgreicher sind, die die psychische Einstellung des Patienten — im vorliegenden Fall seinen Suchverzicht — berücksichtigen und zusammen mit der körperlichen Rehabilitation sein Selbstvertrauen und seine Suche nach sinnvoller Aktivität stärken.

Literature

Ammon, G. (Ed.) (1982): Handbuch für Dynamische Psychiatrie, vol. 2 (München: Ernst Reinhardt)

Amsterdam, E. E.; Dressendorfer K.; Mason, D.T. et al. (1980): Exercise training in coronary heart disaese: Physiological rationale, clincal indications and practical application. — In: Advances in Heart Disease 1980, 345—362.

Anokhin, P.K. (1971). The questions of principles of general theory of functional system. (Moscow).

Beresin, F.B. (1985): Psychodiagnostic methods for personality: any principles and aspects of use. Psychodiagnostics, The Works of Bechterev Institute (Leningrad: Bechterev Institute).

Berger, M. (1984): Exercise and the Cardiovascular System. In: Cardiovasc. Rev. Rep. 1984 d.h. 841—845, 849.

Cattell, R.B.; Eber H. W.; Tsatsuoka, M.M. (1970): Handbook for the Sixteen Personality Factor Questionalire (16 PF). (Champaign / Illinois: J.P.A.T.

Clausen, J. (1976): Circulatory adjustments to dynamic exercise and effects of physical training in normal subjects and in patients with coronary artery disease. In: Progr. Cardiovasc. Dis. (16) 459—495.

Feinleib, M. (1984): Changes in Cardiovascular Epidemiology Since 1950. In: Bull. N.Y. Acad. Med. (60) 449—464.

Glass, D.C.; Carver, C.H.S. (1980): Helplessness and the coronary-prone personality In: *I. Garber, M. Seligmann* Human helplessness. (Eds.) (N.Y., London, Toronto: Academie Press)

Gobel, Fl.; Nordstrom, L.A.; Nelson, R.R.; Jorgensen, C.R.; Wang, Y. (1978): The rate-pressure product as an index of myocardial oxygen consumption during exercise in patients with angina pectoris. In: Circulation 57, 549—56.

Kadota, K.; Kombaro, H., Kawai, C. et al. (1981): Myocardial perfusion assessed with thallium 201 and left heart volume measured by radiocardiogramm at rest and during exercise in patients with coronary artery disease. In: Jpn. Circ.(45) 163—170.

Lubsov, V.A. et al. (1982): The programme and the results of 10-week physical training of patients after myocardial infarction and with stenodardia. In: Cardiologya (22) 49—53.

Pushkar, I.T. et al. (1977): The determination of cardiac output by the integral reography and his metrological possibility. In: Cardiologya, 85—91.

Rotenberg, V.S. (1984): Search Activity in the Context of Psychosomatic Disturbance, of Brain

Monoamines and REM Sleep Function. In: Pavlovian Journal of Biolog. Science (19) 1—15.
Seligman, M.E.P. (1975): Helplessness. On Depression, Development and Death. — San-Francisco
Shaw, L.W. (1981): Effects of a Prescribed Supervised Exercise Program on Morbidity in Patients After Myocardial Infarction. The National Exercise and Heart Disease Project. In: Amer. J. Cardiol. (48) 39—46.
Silujanova, V.A. et al. (1985): Influence of physical training in ischemic heart disease. In: Sov. Med. 1985 8—15.
Williams, D.O.; Bass, T.A.; Gerwirtz, H.; Most, A.S. (1985): Adaption to the stress of tachicardia in patients with coronary artery disease: insight into the mechanism of the warm-up phenomenon. In: Circulation (71), 687—692.

Address of the authors:
Dr. med. J. Ivanov
Dr. med. V. Silujanova
1st Medical Institute of the
Health Ministry of the USSR
Usievitcha Street 11—60
125 319 Moscow, USSR

Buchbesprechungen

Heinrich Schipperges
Homo patiens. Zur Geschichte des kranken Menschen
Piper, München, Zürich, 1985, 379 S., DM 48,–

Der Philosoph, Medizinhistoriker und Psychiater *Heinrich Schipperges,* bekannt als der wohl bedeutendste Paracelsus-Forscher und Vertreter einer ganzheitlichen Heilkunst, beschreibt in seinem neuen Buch »Homo patiens« die wechselhafte Geschichte der Beziehung des Menschen zur Krankheit. Dabei steht bei ihm ganz das subjektive Erleben des einzelnen kranken Menschen im Mittelpunkt, er versucht, »Einblick zu nehmen in die Welt des Kranken«, dem es weniger um Befunde als um seine Befindlichkeit geht. Zu Recht konstatiert *Schipperges,* »daß wir zwar ein bewundernswertes System der Befunde haben, aber keines der Befindlichkeit, daß wir zwar die krankheitsorientierte Medizin beherrschen, aber nur wenig wissen von der patientenorientierten Heilkunst«. Somit geht es ihm in diesem Buch auch weniger um die Beschreibung konkreter Krankheiten und spezifischer Heilmaßnahmen, als vielmehr um die »Einstellung zum Leiden, um Schmerz und Hoffnung, um Angst und Urvertrauen und auch um die Kunst, mit der Krankheit zu leben«. Dieses Grundthema analysiert der Autor im Spiegel der jahrtausende alten Geschichte der Medizin, in der er nicht so sehr von medizinischen Ereignissen berichtet, sondern die »wichtigsten Leitlinien« und »tragenden Konzeptionen« aufzeigt, wobei er die sozialen und ökologischen Aspekte nicht ausklammert. Um den »Geist des Ganzen« zu erfassen, läßt der Autor auch die großen Gegenbewegungen aufleuchten, die unter den jeweils herrschenden Paradigmata verkümmern mußten, die aber gerade heute sehr anregend wirken.

Hinter diesem Buch, das durch die profunde Sachkenntnis des Autors und das reichhaltige Quellenmaterial besticht, steht die Einsicht, daß die historischen Konzepte zu Wegweisern für die Heilkunde von morgen werden müssen und den gegenwärtigen Paradigmenwechsel in der Medizin mitbeeinflussen müssen. Mit diesem Anliegen, einen Beitrag zu leisten für eine zukünftige humanistische, patientenorientierte Medizin, die, so *Schipperges,* eben nicht durch bloße sozialreformerische Maßnahmen zu erreichen ist, sondern nur durch ein radikales Umdenken und durch ein Rückbesinnen auf Werte, die nicht aus der reinen Naturwissenschaft gewonnen werden können, wendet sich *Schipperges* nicht nur an die Ärzte, Studenten, Krankenschwestern, sondern ganz besonders auch an die Gesundheitsplaner und Gesundheitspolitiker, aber auch an die sogenannten Laien und alle Selbsthilfegruppen. »Kranksein geht uns alle an« und so ist sein Entwurf getragen von einer großen »Mitleidenschaft«.

Im ersten Teil behandelt *Schipperges* Grunderfahrungen des Menschen — ge-

sund und krank —, die er »die bleibenden Phänomene« nennt. In der alltäglichen Erfahrung von »Not und Hilfe« als anthropologische Grundfigur sind der »Mensch in Not«, der »homo patiens« und sein Gegenüber, der »Mensch als Helfer«, der »homo compatiens« »unmittelbar und von Anfang an verknüpft zur Einheit eines solidarischen Wirkungsganzen«. Diese Ursituation von Mitteilung, Teilnahme und Eingriff faßt *Schipperges* somit als ein zwischenmenschliches, die Psyche mit einschließendes Geschehen von Mitmenschlichkeit, das Vertrauen, Trost, Hoffnung, Linderung ermöglicht.

Von seiner Grundposition, daß Krankheit und Gesundheit keine Gegensätze, sondern notwendige Lebensäußerungen eines nun einmal befristeten Lebens sind, gibt der Autor einen Überblick über das Krankheitsverständnis in den Ur- und Frühkulturen, im alten Mesopotamien, China, Ägypten. Er beschreibt den Geist der abendländischen Medizin, die Prinzipien des hippokratischen Denkens, den Naturbegriff der Antike. Ausführlich geht der Autor auf die Gesundheitskultur im alten Ägypten ein. Er zitiert den Schöpfergott des alten Ägyptens, der von sich sagt: »Ich tat vier gute Dinge im Torbogen des Horizontes: Ich machte die vier Winde, auf daß ein jeder Mensch aus ihnen atme Zeit seines Lebens. Ich machte die großen Fluten Wasser, auf daß der Arme Verfügung darüber habe gleich dem Großen. Ich machte jeden Menschen seinem Nächsten gleich. Ich gebot ihnen nicht, daß sie Übles täten, sondern ihre Herzen waren es, die mein Wort übertraten. Ich machte, daß ihre Herzen ablassen sollten, das Jenseits des Westens zu vergessen, auf daß den Göttern des Totenreiches Opfergaben dargebracht werden«. Der Arzt als Heilkünstler und Lebenskundiger ist hier in der Tat der Zeuge der großen Szenen des Lebens: Zeuge von Geburt und Sterben, Zeuge der Wirklichkeit Gottes in seinem Verhältnis zum Menschen wie zu seiner Kreatur.

Der Geist der abendländischen Medizin ist geprägt vom Denken des *Hippokrates:* In seinem Traktat »Über die Natur des Menschen« schreibt *Hippokrates:* »Der Körper des Menschen enthält in sich Blut, Schleim, gelbe und schwarze Galle; sie stellen die Natur seines Körpers dar, und ihretwegen empfindet er Schmerzen und ist gesund. Gesund ist er nun besonders dann, wenn diese Substanzen in ihrer wechselseitigen Wirkung und in ihrer Menge das richtige Verhältnis aufweisen und am besten gemischt sind«. Bis heute wird der Eid des *Hippokrates* als eine Botschaft von zeitlos gültiger menschlicher Gesinnung und ärztlicher Ethik verehrt. Die Ideale dieses Arztes machten sich Christen, Juden, Mohammedaner, Heiden, die Ärzte der Renaissance, des Barock und der Aufklärung gleichermaßen zu eigen.

Das richtige Maß war es, auf das sich im Mittelalter alles gesunde Sein bezog. In seinem Buch »De Medicina« leitete *Isodor von Sevilla* alle Verfallserscheinungen vom Übermaß ab. Alle Krankheiten und insbesondere die Krisen seien letzten Endes nicht als Maßlosigkeiten, denn die Natur räche sich an den Überflüssen, während sie sich am Gleichmaß erfreue. Im arabischen Mittelalter wird aus diesen physiologischen Grundbedingungen ein breites Spektrum hygienischer Lebenskultivierung entfaltet, wobei die leiblich-seelische Ausge-

wogenheit (symmetria) und das jeder Lage Angemessene (harmotton) die Grundbegriffe diätischer Lebensführung darstellen.

Im zweiten Teil beschreibt *Schipperges* die medizinischen Pardigmata, die er als die wesentlichen der abendländischen Kultur ansieht. Nach *Galen* wird die Heilkunst erst zu einer Wissenschaft durch eine Theorie der Medizin. *Galen* brachte die alte Säftelehre in ein System, das dann im Mittelalter zur Humoral-Pathologie erweitert wurde.

Als das zweite große Paradigma der Medizin beschreibt *Schipperges* das Denken des *Paracelsus*, der die scholastisch erstarrte, auf reinem tradierten Bücherwissen begründete Universitäts-Medizin auf eine erfahrungswissenschaftliche Basis stellte. *Paracelsus* verstand Krankheit und Tod als zutiefst dem Wesen des Menschen zugehörig. Es sind Krankheit und Gebrechlichkeit, die den Menschen immer wieder daran erinnern, daß er als ein hilfsbedürftiges Geschöpf auf die Beziehung mit anderen Menschen angewiesen ist. *Paracelsus'* Behandlung richtet sich sowohl auf die spezifischen Symptome einer Erkrankung als auch auf die zugrundeliegende verborgene Krankheit des gesamten Menschen, die er als einen Verlust der Harmonie von Körper, Geist und Seele verstand. In der religiös begründeten Hochachtung des Menschen als Geschöpf Gottes verstand *Paracelsus* den Heilberuf des Arztes als eine heilige Aufgabe.

Die Entwicklung der Medizin war seit dem 19. Jahrhundert gekennzeichnet vom wachsenden Modelldenken und einem auf wissenschaftliche Schemata reduzierten naturwissenschaftlichen Wissen und Handeln. Eine Entwicklung, die *Rudolf Virchow* in seiner Berliner Rektoratsrede 1893 charakterisiert hatte, als den »Übergang aus dem philosophischen in das naturwissenschaftliche Zeitalter«.

So stellt *Schipperges* als drittes Paradigma der Medizin das Kranheitskonzept *Rudolf Virchows* vor. Die »eigentliche theoretische wissenschaftliche Medizin, das ist die pathologische Physiologie«. Das ist »die Lehre von den krankhaften Veränderungen«.

Virchow bekennt sich zu dem methodischen Prinzip seines naturwissenschaftlichen Denkens: »Der Naturforscher kennt nur Körper und Eigenschaften von Körpern; was darüber ist, nennt er transzendent, und die Transzendenz betrachtet er als eine Verirrung des menschlichen Geistes«. Eingebettet in das wissenschaftliche Verständnis der Zeit reduzierte *Virchow* in seiner Cellularpathologie das Krankheitsgeschehen auf die Erkrankung der einzelnen Zelle. Damit begründete er eine neue Theorie der Medizin und eine »Solidarpathologie«, die dann auch die alte Humoralpathologie abzulösen in der Lage war.

Aber es ist *Schipperges* auch ein Anliegen, entgegen der verbreiteten Schwarzweißmalerei mancher anderer Autoren, *Rudolf Virchow* nicht nur als einen Naturwissenschaftler vorzustellen, sondern auch als einen Humanisten, einen Reformator, der der Medizin einen sozialen und politischen Auftrag zuweist: »Alle notwendigen Veränderungen des gesellschaftlichen Seins, sie sind Gegenstand der Sozialwissenschaft; alle Entwicklung des Lebens, sie ist Ge-

genstand der Geschichtswissenschaft; der materielle Leib seiner vorgegebenen Natur aber ist der Gegenstand aller Naturwissenschaften. (. . .) »Ausschlaggebend für den Fortschritt wird die Erhebung der Medizin zur Naturwissenschaft im höchsten Sinne des Wortes als Wissenschaft vom Menschen, als Anthropologie im weitesten Sinne.«

Das medizinische Denken war seit dem 19. Jahrhundert aber auch gekennzeichnet von bemerkenswerten Gegenbewegungen, alternativen Krankheits- und Gesundheitskonzepten, von denen der Autor die wichtigsten im dritten Hauptteil beschreibt. Ausführlich geht er ein auf *Novalis* und seine Philosophie des Lebens. Über die Lebensnaturlehre des *Novalis* und seine Lebenskunstlehre kommt *Schipperges* zur Lebensordnungslehre des *Novalis*, die gegliedert ist in: 1. »unser Leben im Fluidum von Licht und Luft«, 2. »in Essen, Trinken, Atmen«, 3. »in Rhythmisierung — in Gleichgewicht von Ruhe und Bewegung« und 4. in der Aussage: »Gesundheit ist immer ruhig.«

Des weiteren geht *Schipperges* auf *Friedrich Nietzsche* ein, der Krankheit als Weg zur Erkenntnis, als notwendige leidvolle Durchgangsphase hin zu einer »großen Gesundheit« gesehen hat. *Schipperges* rezipiert *Nietzsche* als einen Kronzeugen seiner eigenen Auffassung von Gesundheit, die eben kein Zustand, und schon gar kein Zustand von vollkommenem seelischen und sozialen Wohlbefinden ist (s. WHO), sondern »eher eine Haltung, ein Habitus, ein Weg, der sich erst bildet, wenn man ihn geht«.

Es gibt ganz sicherlich ein Gesundsein, das erst dadurch entsteht, daß man Krankheit durchmacht, überstanden, überwunden hat. Auch *Georg Groddeck* entsprach nicht dem etablierten Krankheitskonzept, wenn er in seiner medizinischen Dissertation 1889 die damals kühne These aufstellte, daß die meisten Krankheiten »das Produkt der Lebensweise der Menschen sind. (. . .) Will man sie heilen, so muß man die Lebensweise des Patienten ändern.«

Auf einen besonders bemerkenswerten Repräsentanten dieser Gegenbewegungen, der ein neues Krankheitsverständnis und eine neue Einstellung des Arztes zu seinem Patienten fordert, weist *Schipperges* hin, indem er uns den Heidelberger Kliniker *Richard Siebeck* vorstellt, der 1949 seiner programmatischen Arbeit den Titel gab »Medizin in Bewegung«. Nach *Siebeck* entfaltet sich die Medizin »in jeder Bewegung von Arzt und Krankem. (. . .) Das gesunde und kranke Leben in seinen vielgestaltigen Beziehungen und Verbindungen muß gesehen werden. Wir haben zu achten auf die Lebensordnung in Haus und Beruf, in Natürlichkeit und Gesundheit, wie in Leiden und Not. Es sind die biographischen und die sozialen Zusammenhänge, die in unserer Zeit immer größere Bedeutung gewinnen.«

Die traditionelle und weitgehend typisierte Krankheitsdiagnose war für *Siebeck* nur ein erster Schritt in der Behandlung, »nur ein Hilfsmittel zur Beurteilung des einzelnen Kranken«. Nach *Siebeck* lösen wir uns dabei immer mehr von der scheinbar rein objektiven, aber eben lediglich krankheitsorientierten Medizin des 19. Jahrhunderts und nähern uns mehr und mehr dem Kranken als solchem. Auch Infektionskrankheiten werden nach *Siebeck* »nicht durch

die Erreger verursacht, sondern entwickeln sich in und aus der Lebensgeschichte«. Hier wurde schon sehr deutlich, was *Viktor von Weizsäcker* »die Einführung des Subjekts in die Pathologie« genannt hatte.

Als Promotor dieser neuen Medizin in Bewegung gilt nach *Schipperges Ludolf von Krehl,* der im ersten Drittel dieses Jahrhunderts Direktor der medizinischen Klinik in Heidelberg war.

Nach *Krehl* sind Organkrankheiten nur ein Teil der Pathogenese und keineswegs die alleinige Grundlage des Krankheitsgeschehens. Was wir bei jedem Kranken finden, sind nach *Krehl* weitere, ganz entscheidende Faktoren: die Umwelt des Kranken und ganz besonders das persönliche Verhalten des Kranken selbst, der zwar auch Produkt seiner Umwelt ist, jedoch auch aus seiner eigenen Organisation, seinem persönlichen Selbstbewußtsein heraus lebt und leidet.

Schipperges legt jedoch großen Wert darauf, daß für *Krehl,* trotz seiner Ansätze zu einer anthropologischen Medizin, die Organläsion das Grundphänomen darstellt. »Ich kann nicht dringend genug davor warnen, das Körperliche zu unterschätzen.« Und weiter zitiert er *Krehl:* »Seelisch und körperlich bedingte Symptome treten immer als Einheit auf. Als wesentlich erscheint weniger die Krankheit selbst als die Reaktionsart: Daß und wie der Mensch auf eine Läsion antwortet, wie er der Krankheit begegnet, der er jeweils eine ganz besonders gefärbte 'Form einer Erscheinung' gibt.«

Viktor von Weizsäcker hat das Konzept einer anthropologischen Medizin zu systematisieren versucht. Für ihn handelt es sich bei den Krankheiten nicht um bloße Abweichungen von der Norm, »sondern um eine von einer Lebensordnung abweichende Verschiebung im Lebensvorgang selbst. (. . .) Statt daß diese Lebensordnung erreicht würde, wird in der Krankheit ein Ersatz derselben hergestellt.« Damit haben die Ärzte nicht mehr mit der Geschichte einer Krankheit zu tun, sondern mit der Lebensgeschichte des Kranken. *Schipperges* würdigt *von Weizsäcker* als einen Arzt und Philosophen, der das neue, ganzheitliche Denken schon sehr früh in seinem »Gestaltkreis« zum Ausdruck brachte. In diesem Sinne gestaltet sich erst im Umgang mit dem Kranken die für die Heilung so notwendige Arzt-Patient-Beziehung.

Im letzten Teil seines Buches beschäftigt sich der Autor mit der »Medizin in der Welt von morgen«. Doch bevor *Schipperges* seinen eigenen Entwurf entwickelt, zieht er nochmals Punkt für Punkt eine kritische Bilanz: Die gegenwärtige moderne Medizin ist mit in das allgemeine weltpolitische Dilemma geraten, mit einer rasant anwachsenden Weltbevölkerung, einer wuchernden Expansion von Produktion und Konsumtion, einer radikalen Ausbeutung von Rohstoffen, Energien und Arbeitskräften und wachsenden Kosten im Gesundheitswesen. Der Autor verweist auf die Gewalt in der Welt mit 12 Millionen Kriegstoten seit 1945 und die steigende Zahl von Zivilisationsopfern durch Unfälle, Selbstmord, Herzleiden, Drogen, chronische Stoffwechselleiden, an denen heute schon mehr als die Hälfte der Menschheit stirbt. Todesursachen, »die daher auch einzig und allein durch unsere Lebensführung (und

eben nicht durch technische Heilmaßnahmen) zu beeinflussen wären«. Andererseits sind die medizinischen Erfolgskontrollen ernüchternd, die Mortalität hat sich eingependelt, eine weitere Lebensverlängerung ist nicht zu erwarten. Die Menschen werden nicht gesünder, die Invalidität, die chronischen Erkrankungen und die Multimorbidität nehmen zu. Die Kranken und Behinderten belasten immer mehr das Sozialprodukt, das von immer weniger Menschen erwirtschaftet werden muß. Es wirkt beklemmend, wenn *Schipperges* in seiner kritischen Bilanz feststellt, daß alle diagnostischen und heiltechnischen Maßnahmen einerseits immer kostspieliger und andererseits immer nutzloser werden, was er anhand vieler Zahlen belegt.

Der gegenwärtige Paradigmenwechsel in der Medizin ist für *Schipperges* langfristig und vielschichtig vorbereitet worden und ist eine zwingende Konsequenz aus der Tatsache, daß sich die Medizin als Supertechnik wenig effektiv erwiesen hat. »Das goldene Zeitalter der Pille geht zu Ende. Wir beherrschen die Infektionskrankheiten, aber nicht mehr die Wohlstandsseuchen. . . Wir bilden systematisch die falschen Ärzte aus. Wir befinden uns im Übergang vom ökonomischen Denken zum ökologischen Handeln. Das neue Bezugssystem, an dem sich ärztliches Handeln orientieren muß, scheint einen Sprung über das wissenschaftliche Denken hinaus zu machen. Sie transponiert die Objekte der naturwissenschaftlich orientierten, reduzierten Heiltechnik wieder auf die viel reichere vorwissenschaftliche Welt mit ihrer sicherlich größeren Wirklichkeitsnähe, wie sie vor allem auch der kranke Mensch empfindet und erleidet.«

Für die Medizin in der Welt von morgen betont *Schipperges* nicht nur die Notwendigkeit einer philosophisch zu begründenden medizinischen Anthropologie, sondern fordert vor allem angesichts der ständig sich erweiternden Möglichkeiten medizinischen Handelns und ihrer Grenzen, auch eine ökologische Ethik, deren Kriterien er wie folgt formuliert:

1. Wir Ärzte haben es zu tun mit einem Lebendigen, das um eine Unendlichkeit höher, komplexer, wertvoller ist als alles, was wir herstellen, machen oder reparieren.
2. Wir selber sind ja auch nicht gemacht oder machbar, sondern organisch gewachsen und historisch geworden, wobei es nicht unwesentlich ist, ob der Mensch dabei als »geworden« oder »erschaffen« gilt.
3. Wir sind weder autonom noch stark. Wir sind mit anderen und für andere da, geschaffen und berufen zu einem Wirken an und mit einer Welt des Lebendigen.

Im konkreten fordert der Autor eine Rückkehr zur »sprechenden Medizin«, der Arzt soll »Begleiter auf den kritischen Stationen des Lebens« sein, im Dialog mit dem mündigen Patienten. Das ärztliche Gespräch soll wieder ganz im Vordergrund einer patientenorientierten Medizin stehen, die die subjektive Befindlichkeit des Patienten achtet. Dazu gehört auch, daß Krankheit und der kranke Mensch niemals ausgegrenzt werden dürfen. Aus dieser Sicht würden die ärztlichen Maßnahmen eine völlig neue Qualität bekommen.

Im Horizont der Zukunft sieht *Schipperges* die Heilkunst nicht nur gerichtet auf bloße Instandsetzung (restitutio ad integrum), sondern mehr und mehr vorrangig auf Prävention und auf Heilung (restitutio ad integritatem) bedacht.

Hinter diesem Konzept einer integralen Medizin verbirgt sich jene Heilkunde, die jahrtausendelang eine Theorie der Gesundheit, vom Zustand, vom Verlust und der Wiederherstellung von Gesundheit gewesen ist, ehe sie dann, erst in den letzten 100 Jahren, »so unheilvoll verkürzt wurde auf ein System ausschließlicher Krankenversorgung und Sozialversicherung«.

Demgegenüber fordert *Schipperges* die Entwicklung einer Lebensordnung, eine gesundheitsorientierte Humanökologie, die die Bereiche Umweltschutz, Ernährungskultur, Humanisierung der Arbeitswelt, Schlafkultur, innersekretorischer Stoffaushalt und Regelung des Affekthaushaltes (Psychohygiene) gleichermaßen und ganzheitlich umfaßt. Dies ist für *Schipperges* die »primäre Prävention«, die heute so notwendig ist und die weit mehr ist als nur Krankheitskultur«, sondern echt »Vor-Sorge«. Kurz: Eine »Gesundheitskultur«, eine »Gesundheitslehre des Lebens«, was »einzig und allein dazu dient, das Leben eines Menschen nicht nur zu verlängern, sondern auch zu bereichern, zu vertiefen, zu verschönern und damit allein sinnvoll zu machen«.

In einer solchen sich positiv verstehenden Heilkunde ist Gesundheit »bereits reines sich selbst verwirklichendes Sein«. *Schipperges* definiert den gesunden Menschen »als jenen durch und durch kreativen Menschen, der sich dem anderen und der Welt zuwendet, der aus Erfahrung lernt und seine Meinung äußert und ändert, der die Kraft hat und den Mut gewinnt, etwas ins Leben zu investieren, sich einzusetzen dranzugeben, selbst auf die Gefahr hin, dabei draufzugehen, ein Mensch, der Spannungen aushält, Konflikte löst, der den Streß meistert, der jeden Tag geschenkten Lebens als Chance wahrnimmt und sich zeitlebens aufgehoben weiß im Prozeß eines Geborenwerdens, von dem man wohl nie ganz entbunden wird — ein Mensch, der stirbt in der Lehrzeit«.

Der gegenwärtige Paradigmenwechsel, der Bewußtseinswandel in der Medizin, geht nicht spontan vor sich; er bedarf — was dieses Buch zeigen will — politischer Prioritäten und vor allem persönlicher Entscheidungen bei Ärzten wie bei Patienten.

Sicherlich trägt dieser Entwurf teilweise utopische Züge, zur Frage der konkreten Umsetzung hätten wohl noch mehr die realen Herrschaftsstrukturen und die Interessenverbände mit ihren ökonomischen Interessen berücksichtigt werden müssen. Mit seinem ganzheitlichen Konzept, das sich, wie *Schipperges* gezeigt hat, auf tiefe historische Traditionen und Wurzeln berufen kann, ist sein vorliegendes Werk ein wertvoller und engagierter Beitrag innerhalb der weltweiten Bewegung des Neuen Bewußtseins und des Prozesses des Paradigmenwechsels, der auch vor der Medizin nicht haltmachen kann. Es wäre zu diskutieren, ob die Psychologie und Tiefenpsychologie nur einen Kompensationsversuch und Zwischenschritt darstellt, wie der Autor meint. Jedenfalls zeigt sich in diesem Buch auf Schritt und Tritt eine große Übereinstimmung zwischen dem Denken *Schipperges'* und den Grundauffassungen der Dynami-

schen Psychiatrie *Günter Ammons,* so z.B. in seinem ganzheitlichen Ansatz, in seinem Menschenbild, das die Umweltbezogenheit, Mündigkeit und Selbstverantwortung und Veränderbarkeit des Menschen in den Vordergrund stellt, seine Betonung der zentralen Bedeutung der Arzt-Patient-Beziehung, ganz im Sinne von »Begegnung« (*Buber*) und »Umgang« (*v. Weizsäcker*), seine Überwindung der Dichotomie von gesund und krank, alles Grundgedanken, die auch bei *Ammon* in seinem Gruppen- und Persönlichkeitskonzept, in seiner Theorie der Sozialenergie, in seiner Konzeption der Mehrdimensionalität des Menschen an zentraler Stelle stehen und die er in der Praxis umgesetzt hat. Die geistige Verwandschaft zeigt sich ebenso auch in der ethischen Grundhaltung, die *Schipperges* klar formuliert, und in dem tiefen Humanismus, der uns alle verbindet.

Insgesamt ein sehr wichtiges Buch, sehr informativ, gut lesbar und allgemeinverständlich geschrieben, das wohl jeden, der mit Menschen arbeitet und sich Gedanken über unsere Zukunft macht, anregen und bereichern wird. Es gibt nicht viele Bücher, die sich mit der längst fälligen Kritik der herkömmlichen Medizin befassen und darüber hinaus Vorstellungen entwickeln für eine zukünftige, integrale Medizin. Dieses Buch gehört dazu.

Paul Schmalisch, Daniel Hermelink (Berlin)

Klaus Dörner
Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie.
Überarb. Neuauflage, Europäische Verlagsanstalt, Frankfurt a. M., 1984, Paperback DM 19,80

Das Fühlen, Denken und Handeln der Menschen, die wir heute als psychisch krank bezeichnen, wurde bis gegen Ende des 18. Jahrhunderts unter theologischen und philosophischen Gesichtspunkten betrachtet. Der gesellschaftliche Umgang mit ihnen hatte sich während des Absolutismus darauf beschränkt, sie mit anderen Außenseitern in Zucht- und Tollhäuser zu sperren und mit Zwang zur Arbeit anzuhalten. Erst durch die politische und industrielle Revolution der bürgerlichen Gesellschaft entstand die Psychiatrie als ein Teilgebiet der Medizin. Im Vergleich von England, Frankreich und Deutschland schildert *Dörner,* welche gesellschaftlichen Bedingungen dabei bestimmend waren und welche zeitgenössischen philosophischen und wissenschaftlichen Anschauungen aufgegriffen wurden, bis daß für die neue Wissenschaft eine erstes allgemein anerkanntes Paradigma gefunden war.

Für *Dörner,* der 1969, als die erste Auflage des vorliegenden Buches erschien, vorwiegend als Soziologe tätig war und heute Ärztlicher Leiter eines psychiatrischen Landeskrankenhauses ist, ist die Psychiatrie und die Behandlung der sog. Irren im wesentlichen eine soziale Frage. Denn in dem Maße, wie die bür-

gerliche Gesellschaft erkannte, daß sie selbst ihre Leiden hervorbrachte, sah sie sich vor die Aufgabe gestellt, die bis dahin übliche Ausgrenzung der Unvernunft aufzuheben. In Deutschland geschah dies, so *Dörner,* verzögert, da hier im Unterschied zu England oder Frankreich zum einen die industrielle Entwicklung verspätet begann und zum anderen eine breite politische Öffentlichkeit lange fehlte. Während die Psychiatrie als eigenständige Wissenschaft beispielsweise in Frankreich durch eine Veröffentlichung von *Philippe Pinel* breits 1801 entworfen wurde, dauerte es in Deutschland bis 1845, daß *Wilhelm Griesinger* sein grundlegendes Buch »Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten« erstmals veröffentlichte. Da dort das sog. Irresein als naturwissenschaftlich faßbare Erkrankung bestimmt wurde, änderte sich der gesellschaftliche Umgang mit den betroffenen Menschen; als körperlich Kranke waren sie befreit von jahrzehntelang üblicher religiöser Schuldzuweisung und pädagogisch veranlaßter Zwangsbehandlung. Jetzt wurde vielmehr versucht, sie der bürgerlichen Gesellschaft möglichst anzunähern und ihre Arbeitsfähigkeit zu erhalten bzw. wiederherzustellen.

Bis daß dieses Paradigma der (deutschen) Psychiatrie gefunden war, war es ein weiter Weg. *Dörner* zeichnet ihn sorgfältig nach. Er gibt die Philosophie *Kants* und *Schellings* wieder und stellt ihren Einfluß auf die Psychiatrie dar. Er schildert die Gedanken *Reils,* der noch fast ausschließlich von philosophischen Betrachtungen geleitet, 1803 eine umfangreiche Abhandlung über die medizinische Behandlung psychisch kranker Menschen veröffentlichte. Er arbeitet schließlich die ersten unterschiedlichen Ansätze einer praktizierten Psychiatrie, wie sie in Preußen und in den französisch beeinflußten Teilen Deutschlands bestanden, ebenso heraus, wie die widerstreitenden Ansichten bezüglich der Frage, ob die psychischen Krankheiten durch eine Erkrankung der Seele oder durch eine Erkrankung des Körpers, der die Seele beherberge, verursacht würden. Dabei geht der Autor auch darauf ein, wie die soziale Herkunft der Psychiater ihr Tun mitgestaltete. Insgesamt setzt *Dörner* seine Absicht, psychiatrisches Denken und Handeln und dessen Zusammenhang darzulegen und bekannt zu machen, mit großer Sachkenntnis und Belesenheit in die Tat um. Nimmt man die Abschnitte über die englische und französische Psychiatrie hinzu, ergibt sich eine lesenswerte Untersuchung über die Entstehung einer Wissenschaft in Wechselwirkung mit dem zeitgenössischen Gedankengut und den gesellschaftlichen Verhältnissen.

Dennoch: während der Lektüre stellte sich bei mir immer wieder Unbehagen ein. Zurecht empört sich *Dörner* über das oft grausame Vorgehen der frühen, philosophisch ausgerichteten Psyschiater und zurecht hebt er dem gegenüber die Vorteile des naturwissenschaftlichen Paradigmas der Psychiatrie hervor, doch vollkommen unberücksichtig bleiben dessen nachteilige Folgen. Hier scheint mir *Dörner* in seiner Wertung des historischen Prozesses zu einseitig zu sein. Denn gerade die Ansicht, psychische Erkrankungen seien Krankheiten des Gehirns, deren Ursachen noch unbekannt seinen, führte verhängnisvollerweise dazu, daß im folgenden auf eine die Heilung anstrebende

Behandlung der Patienten wegen ihrer vermeintlichen Aussichtslosigkeit mehr und mehr verzichtet wurde und daß die Betroffenen schließlich nur noch in den Anstalten verwahrt wurden.

Für unzureichend und in seinen Auswirkungen für folgenschwer halte ich den theoretischen Ansatz *Dörners,* die Entwicklung der Psychiatrie als Ausdruck sozialen Geschehens abzuhandeln, insbesonders weil er mit seinem Buch die heute in der Psychiatrie tätigen Menschen zum Nachdenken über ihr Fachgebiet anregen will. Es ist zwar richtig, daß die sog. Irren für die allgemeine Gesellschaft anstößig waren, weil ihnen eine soziale Identität fehlte, aber gerade durch diesen Mangel litten sie und gerade deswegen suchten sie Hilfe bei Ärzten. Die menschliche Not und Verzweiflung und ihre Bedeutung für die Entwicklung der Psychiatrie bleiben in *Dörners* Darstellung ausgeblendet.

Bernhard Richarz (Olpe)

Ingeborg Bruns
Das wiedergeschenkte Leben. Tagebuch über die Leukämieerkrankung eines Kindes
Fischer Taschenbuchverlag, Frankfurt am Main, 1987, 224 S.

Ingeborg Bruns berichtet in Tagebuchform über die Leukämieerkrankung ihres Sohnes, des zwölfjährigen Ingo, der harten Therapie, dem Rückfall und der Knochenmarkstransplantation, und schließlich der Überwindung der schweren, oft tödlichen Erkrankung.

Anfangs setzt sie sich in täglichen Aufzeichnungen mit der Frage auseinander, ob die Symptome des Kindes auf eine harmlose Kinderkrankheit hinweisen oder den Tod des Kindes bedeuten könnten. *Ingeborg Bruns* schildert sehr offen und minutiös das Schwanken zwischen Hoffen und Bangen, das die ganze Familie erfaßte, bis die Diagnose einer Leukämie unwiderruflich feststand. Sie resignierte jedoch nicht.

Sie und ihr Mann entschieden sich für die extrem harte Leukämietherapie, von der sie wußten, daß sie von ihnen alle Kraft erforderte, und deren Durchhalten fast über die Grenzen der gesamten Familie, auch der gesunden Kinder ging. Sie berichtet über die Ärzte, Schwestern und alle Mitarbeiter der Tumorstation der Tübinger Universitätskinderklinik, deren Umgehen mit den kranken Kindern und ihren Eltern und über die Offenheit der Ärzte und Mitarbeiter auch den Kindern gegenüber. Die Behandelnden stellten sich den Gefühlen, die die Krankheit bei allen Betroffenen, auch bei ihnen selbst, auslöste.

Da *Ingeborg Bruns* Mutter mehrerer Kinder ist, fragt sie sich, ob sie den gesunden Kindern gerecht werden kann, kann sie deren Lebendigkeit ertragen, fordert sie zuviel von ihrem Mann, der ihr jetzt Schutz und Geborgenheit geben soll, während er selbst versucht, mit dem Schicksal fertig zu werden und die gleiche Hilfe von ihr erwartet? Sie schildert die Angst vor der Krankheit, die ihr von vielen Menschen versteckt oder offen entgegengebracht wird,

wenn sie von der Leukämieerkrankung ihres Kindes spricht. Sie erlebt zum anderen wahre Freundschaft von Menschen, die bereit sind mitzutragen, meist Menschen, die selbst durch ähnlich schweres Leid gegangen sind.

Immer wieder werden sie und ihr Mann mit der Lebendigkeit ihres todkranken Kindes konfrontiert und der Entscheidung, diese Lebendigkeit zuzulassen, ohne das Kind zusätzlich zu gefährden und die Angst dabei auszuhalten.

Der erste Teil endet mit der Überwindung der Erkrankung und beschreibt die Erleichterung und Freude darüber, die die ganze Familie mit ihren Freunden empfinden.

Im zweiten Teil wird der Rückfall beschrieben, das Hoffen und Bangen beginnt von neuem, die Therapie wird noch härter und die Chance für das Kind, zu überleben und gesund zu werden, geringer. Sie schildert ihren Kampf, die Klinik, trotz des Vertrauens, das sie dort aufbauen konnte, zu wechseln, da die Möglichkeit, zu einem früheren Zeitpunkt die lebensrettende Knochenmarkstransplantation durchführen zu lassen, nur in einer anderen Klinik gegeben ist. Dazu kommt noch die Entscheidung, die jüngste Tochter als Spender zuzulassen, die als Einzige das entsprechende Knochenmark besaß. Können Eltern dem einen Kind zumuten und von ihm verlangen, sich einer Operation zu unterziehen, vielleicht gefährdet zu werden, um das Leben des anderen Kindes zu retten?

In aller Offenheit schreibt *Ingeborg Bruns* über die schweren Entscheidungen, vor die sie und ihr Mann immer wieder erneut gestellt wurden, die Auseinandersetzung um Krankheit, Leben und Tod, die sie nicht mehr wegschieben konnten, auch nicht vor den Kindern. Sie macht deutlich, was es bedeutet, sich für Lebendigkeit zu entscheiden, trotz direkter Konfrontation mit dem Tod. Ihre Erfahrung ist es, daß im Akzeptieren der endgültigen Grenze des Lebens, Lebendigkeit und Leben möglich sind. Ein sehr empfehlenswertes Buch.

Dorothee Doldinger (München)

Raymond Battegay
Die Hungerkrankheiten — Unersättlichkeit als krankhaftes Phänomen
Geist und Psyche, Fischer Taschenbuch 1987, 188 S.

Raymond Battegay, Leiter der Psychiatrischen Universitätspoliklinik Basel, Verfasser zahlreicher Publikationen zu Themen aus Psychiatrie und Psychotherapie, eröffnet mit diesem erst kürzlich als Taschenbuch erschienenen Werk einen medizinisch-wissenschaftlichen sowie psychologischen Zugang zu den »Hungerkrankheiten«.

In einem ganzheitlichen Sinn versteht der Autor »Hunger« auf mehreren Ebenen menschlichen Erlebens als das primäre Bedürfnis des Menschen nicht

nur nach oraler Fütterung mit Nahrung, sondern auch nach emotionaler Wärme und Zuwendung.

Der Hunger nach mitmenschlichem Kontakt, nach echter Kommunikation und nach einer teilnehmenden Umgebung, macht nach Battegay den Menschen erst menschlich. Wenn dieses grundlegende Bedürfnis in der Kindheit nicht erfüllt werden kann, wenn das Kind nicht genügend Zuwendung in Form von Wärme und Stimulation bekommt, bleibt es im Bereich seines Selbst ungestillt und damit liebeshungrig. Dies bedeutet, daß der Mensch »zeitlebens eine Leere in seinem Selbst, in seinem Selbstgefühl, schmerzend erlebt und alles daransetzt, diese schmerzlich empfundene Befindlichkeit zu beheben« (*Battegay* S. 17).

Aber auch Menschen, die in ihrer Kindheit überversorgt und verwöhnt wurden, leiden nach *Battegay* später unter diesem emotionalen »Hunger«, weil ihnen niemand diese frühkindliche Verwöhnung ersetzen kann.

Weiterhin führt der Autor aus, daß somit Hunger ein auf mehreren Ebenen ablaufendes psychosomatisches Geschehen ist, was er an zahlreichen komplexen Beispielen verdeutlicht. »Hungerkrankheiten« sind nach *Battegay* solche medizinisch-diagnostischen Kategorien wie Anorexia Nervosa, Adipositas, narzißtische Störungen, Depressionen, Suchterkrankungen, Destruktivität im Sinne von kriminellen Akten, Diabetes mellitus, Magen-Darmstörungen, Herz-Kreislauferkrankungen, lebensbedrohliche Krebserkrankungen, der reale Hunger nach Nahrung sowie der »Lebenshunger« unserer Zeit.

Jedes dieser Beispiele wird in einem eigenen Kapitel mit Hilfe zahlreicher Fallgeschichten, theoretisch-wissenschaftlicher Erklärungsversuche und psychologischer Deutungen ausführlich und allgemein verständlich dargestellt. Besonderen Wert legt der Autor dabei immer wieder auf eine integrierende Sicht des Phänomens »Hunger«, da der Mensch auf den Ebenen von Körper und Seele Hunger leiden kann.

Für den dynamisch-psychiatrisch geschulten und interessierten Leser mag dieser Ansatz von *Battegay* keine Überraschung sein, zumal er sich auch wiederholt auf *Günter Ammons* Theorie vom narzißtischen »Loch im Ich« bezieht: »Dieses ›narzißtische Loch‹ (*Ammon* 1974) zu stopfen, konnte aber naturgemäß nie gelingen, weil die frühe Verwöhnung durch die Mutter diesbezüglich zu einer Unstillbarkeit geführt hatte« (*Battegay* S. 59).

Insbesondere in den letzten Kapiteln über den Lebens-»Hunger« der jungen Generation sowie die Unersättlichkeit in der Politik versucht der Autor, die verschiedensten, sonst meist getrennt abgehandelten Fachgebiete wie Soziologie, Politik, Psychologie, Geschichtswissenschaften und Medizin im Sinne des Paradigmenwechsels innerhalb der Wissenschaften der Neuzeit zu integrieren.

Beispielsweise kann die weltweite Bedrohung unserer Erde durch das ungeheure Zerstörungspotential, das die Atomwaffen darstellen, nach Meinung des Autors nur durch gemeinsames, mitmenschliches Handeln abgewandt werden, wobei die Gesellschaft darauf achten sollte, daß »narzißtisch Unersättliche von den Schalthebeln der Politik, der Macht, ferngehalten werden« (*Batte-*

gay S. 147).

Auch wenn kritisch anzumerken ist, daß bestimmte historisch-wissenschaftliche Dogmen, wie z.B. das Endogenitätskonzept der psychiatrischen Erkrankungen, nicht grundlegend in Frage gestellt werden, so bekommt *Battegay's* Buch über die »Hungerkrankheiten« durch die fachübergreifende Sicht des Autors eine herausragende Bedeutung. Insbesondere betont *Battegay* mehrfach unsere ethisch-menschliche Verantwortung, unsere auf verschiedenen Ebenen »hungernden« Mitmenschen durch unseren persönlichen Einsatz über ihre schwere Störung hinwegzuhelfen und sie von der Unerschütterlichkeit dieser emotionalen mitmenschlichen Haltung zu überzeugen.

Ulrike Schanné (München)

Nachrichten/News

Vortrag von Ammon in der Urania Berlin über Psychosomatik

Am 4. Juni 1987 hielt *Ammon* in dem überfüllten Kleistsaal der Urania Berlin einen Vortrag zum Thema »Psychosomatische Erkrankungen (Asthma, Darm- und Hautkrankheiten) — Ursachen und Therapie«. Er betonte in seinem Vortrag, daß die psychosomatische Medizin ganzheitlich gesehen der andere Teil der naturwissenschaftlich-medizinischen Hälfte einer Kugel ist. Der Mensch befindet sich in Gesundheit und Krankheit sein ganzes Leben lang in einem Prozeß fließender Veränderbarkeit seiner Strukturen, in dem seine Körperlichkeit bis in Drüsensysteme, Zell- und Immunitätsprozesse und Hirnfunktionen durch sozialenergetische, gruppendynamische Felder und Beziehungen konstruktiver und destruktiver wie auch defizitärer Art beeinflußt wird. Wesentliches Kennzeichen der psychosomatischen Erkrankung ist das Weit-weg-sein von Gefühlen, die sog. Alexithymie, die identisch ist mit der emotionalen Leere bei der Depression, wie *Ammon* mit seinen Fallbeispielen deutlich machte.

Beiden Krankheitsbildern gemeinsam liegt ein Defizit im zentralen Kern der Persönlichkeit zugrunde, das auf eine emotionale Leere in der frühen Lebensgruppe zurückgeht und mit großen Verlassenheitsängsten einhergeht. Jenes Defizit, das *Ammon* als »Loch im Ich« bezeichnet, wird beim psychosomatisch Kranken ersetzt und ausgefüllt durch das psychosomatische Symptom. Er wehrt dadurch die Verlassenheitsangst ab, indem er sich eine auf das körperliche Kranksein beschränkte Zuwendung sichert, ohne daß dabei ein echter Kontakt entsteht.

Strukturell kann jene Verlassenheit bzw. innere Leere ebenso ihren Ausdruck in einer depressiven Reaktion finden, indem der Patient in manchen Lebensphasen psychosomatisch, in anderen depressiv reagiert, wie *Ammon* in einem Fallbeispiel plastisch veranschaulichte: Nachdem ein Patient sein langjähriges Bronchialasthma plötzlich durch Autogenes Training verloren hatte, fiel er in eine schwere Depression oder, wie er es selber ausdrückte, in ein »Asthma ohne Asthma«.

Ammon hob in diesem Zusammenhang hervor, daß das psychische Leid der psychosomatisch Kranken und das Leiden seiner Umgebung mit ihm und an ihm oft viel schwerwiegender sind als die psychosomatischen Symptome selbst.

Wie in dargestellten Krankengeschichten deutlich wurde, geht die Verlassenheits- und Kontaktangst des psychosomatisch Kranken einher mit einer starken symbiotischen Abhängigkeitshaltung, einer ausgeprägten Anpassung und Unterwerfung, so daß *Ammon* auch von der Psychosomatik als einer Abhängigkeits- und Unterwerfungskrankheit spricht. Dabei werden in

den einzelnen psychosomatischen Krankheitsbildern schwerpunktmäßig jeweils unterschiedliche Psychodynamiken deutlich: eine extreme Abhängigkeit bei der Colitis ulcerosa im Gegensatz zum Querulantentum und Ehrgeizverhalten bei den Ulcus ventriculi- und duodeni-Patienten und die Abwehr von Körperkontakt und Sexualität bei Hauterkrankungen.

Psychosomatische Reaktionen treten auffallend oft in Trennungssituationen auf, so daß man die psychosomatische Erkrankung auch als »Trennungskrankheit« betrachten kann.

Die destruktive Aggression des psychosomatisch Kranken richtet sich gegen den eigenen Körper. Klinische Beobachtungen zeigen, daß beim Agieren destruktiver Aggression nach außen das psychosomatische Symptom entlastet wird.

In der Psychotherapie des psychosomatisch Kranken sollte man — so hob *Ammon* hervor — sich nicht auf das Symptom konzentrieren, sondern den gesamten Menschen und seine Persönlichkeitsentwicklung im Auge haben, da erfahrungsgemäß im Laufe der Therapie mit fortschreitender Identitätsentwicklung das Symptom von selbst verschwindet.

Wichtig ist auch eine bildhafte Sprache des Therapeuten — eine Art Traumsprache —, um den Patienten von seinem konkretistischen Denken zu befreien. Als therapeutisch wirksam hat sich eine Kombination von Milieutherapie, Einzel- und Gruppentherapie erwiesen, wobei die nonverbalen Therapieformen von ausschlaggebender Bedeutung sind.

In der lebhaften Diskussion wurde deutlich, welche Bedeutung dem differenzierten und integrierten therapeutischen Milieu der dynamisch-psychiatrischen Klinik in der Therapie der psychosomatischen Erkrankungen zukommt und daß insbesondere die Humanstrukturelle Tanztherapie den psychosomatisch Kranken ermöglicht, ihre Gefühlsleere zu überwinden, sich non-verbal mit ihrem Körper in einer Gruppe auszudrücken und ein direktes Feed-back zu bekommen, bis sie im Verlauf der weiteren Therapie ihre Ängste und Bedürfnisse verbalisieren können. Gerade die Therapie der psychosomatischen Erkrankung, so machte *Ammon* deutlich, braucht ein ganzheitliches Konzept, welches das — oft auch wechselnde — Symptom als Teil eines Geschehens begreift, das den ganzen Menschen betrifft, für den es einen neuen Lebensentwurf zu finden gilt.

Nachrichten aus dem israelischen Zweig der WADP

Natanya, den 25.6.1987

Dr. Günter Ammon
Wielandstr. 27/28
1000 Berlin W. 15
W. Germany

Lieber Freund,

Zuerst möchte ich mich dafür entschuldigen, daß ich erst jetzt diesen Brief an Sie schreibe.

Ich bin Ihnen dankbar, daß Sie meine Einladung und meinen Vortrag bei dem Kongreß ermöglicht haben.

Bei jedem Kongreß an dem ich teilnehme, bewundere ich immer wieder die Brüderlichkeit, Liebe und Treue, die unter Ihnen herrscht, und ich bin immer wieder von der Weisheit der Redner beeindruckt. Dieses Mal habe ich besonders viel und wichtiges Material zum Nachdenken mitbekommen.

Ich habe an den interessanten Vorlesungen teilgenommen, wurde aber ganz besonders von den Tanzabenden beeindruckt, zu denen ich eingeladen wurde. Ich habe viel über die Menschen, ihre Bewegungen und deren Bedeutung durch den Tanz gelernt. Hier habe ich die Tiefe des Gebotes verstanden: »Dienet dem Herrn in Freude!« (Psalm 100, 2) — wie sehr die Freude den Menschen aufrichtet und ihn auch während seiner Krankheit und in seinem Kummer aufmuntert.

Es war mir ein wahrhaftiges Erlebnis, Sie, Frau Berger und Ihre anderen Mitarbeiter bei Ihrer Arbeit beobachten zu dürfen, die Sie mit soviel Hingabe am Patienten ausüben.

Der Kongreß war wohl dem Thema: Seele, Geist und Körper gewidmet. Sie aber setzen diese Theorien in die Tat um, wenn die Patienten sich durch Bewegung der Glieder und des Körpers ausdrücken und so ihre Theorien von Geist und Seele realisieren.

Ich wünsche Ihnen weiter viel Erfolg, und daß Sie Ihre Patienten mit so viel Liebe und Mitgefühl weiterhin heilen mögen.

Bitte lassen Sie Frau Berger und die anderen Mitarbeiter, mit welchen ich Kontakt hatte, recht herzlich von mir grüßen. Ich wünsche Ihnen viel Erfolg an Ihrer Arbeit

In Freundschaft

Rabbi Y. Schapira

69. Gruppendynamische Tagung zum Thema »Körper, Geist und Seele« in Paestum/ Neapel. Ein persönlicher Bericht

Auch dieses Jahr waren aus Deutschland und anderen Ländern wieder viele Menschen aufgebrochen, um an der 69. Gruppendynamischen Tagung der DAP vom 9.—19. Juni 1987 im paradiesischen Tagungszentrum der Casa Ammon in Paestum teilzunehmen.
Bereits zum 3. Mal fand die Tagung unter dem Thema »Körper, Geist und Seele« statt.

Die Teilnehmer waren aus dem verregneten Norden angereist, um hier 10 Tage unter der Leitung von Günter Ammon neue Erlebnisse und Erfahrungen mit sich, seinen Mitmenschen und nicht zuletzt über die Bewegung der DAP zu machen.

Von weitem schon grüßte uns die neue Fahne vom Turm der Casa Ammon, jetzt mit dem roten Labyrinth auf gelbem Untergrund. Auch wenn man das Casagelände schon kennt, ist es jedesmal aufs neue ein Gefühl der Weite, der Schönheit, der Ruhe und der Liebe, wenn man es betritt. Auch diesmal waren wieder an allen Ecken neue Pflanzen gesetzt, gleich beim Eintreten am Parkplatz junge Oleanderbüsche, die gerade weiß, rosa und rot zu blühen begannen. An anderen Stellen waren neue Rosenstöcke eingepflanzt.

Über einen Kiesweg an der Mauer des Innengeländes entlang, vorbei am Kräutergarten, weiter weg das Amphitheater und die Via triumphale, die zur Casa Piccola führt, kommt man in den Innenbereich der Casa. Empfangen wird man hier durch das gleichmäßige Plätschern des Märchenbrunnens, und man geht weiter durch das Haus in den Innenhof — das Zentrum des zukünftigen Geschehens.
Es ist der Abend der Registration.

An der Museumsbar vor den herrlichen griechischen Tempeln von Paestum haben wir schon zur Einstimmung auf diesen besonderen Ort ein Eis gegessen und treffen jetzt hier ein. Es spielt Meditationsmusik — eine gerade fertiggewordene Kassette »Echnaton« von unserem Komponisten und Diplompsychologen Daniel Hermelink.

Ein herzliches Willkommen von Günter Ammon, Maria Berger und der Leitergruppe, die schon einige Tage hier verweilen, läßt uns gleich sich zu Hause fühlen. Einige Teilnehmer wohnen auch direkt in der Casa, einige können in das Areal in und um die Casa Piccola ziehen, wo gerade das langersehnte Bade- und Toilettenhaus fertig geworden ist. Hier entsteht gleich am ersten Abend eine kleine Zeltstadt.

Vorerst aber noch einige Gedanken zu dem Ort, an dem wir uns befinden. Paestum — Poseidonia, eine jahrtausendealte Stadt.
Schon aus dem 1. und 2. Jahrtausend v. Chr. sind archäologische Funde bekannt, die sog. Fornogräber von Gaudo. Höhepunkt der Besiedelung war die Zeit um 600 v. Chr., in der hier griechische Siedler ansässig wurden und die Stadt Poseidonia gründeten. Sie verehrten ihre Göttin Hera, von deren Kult-

stätte heute noch die besterhaltenen griechischen Tempel Zeugnis abgeben.

Es ist sicher kein Zufall, daß ausgerechnet hier Günter Ammon vor nunmehr 20 Jahren ein altes Bauernhaus erwarb, das sich heute in ein paradiesisch anmutendes Tagungszentrum verwandelt hat.

Wie viele Menschen hier gearbeitet, geforscht, gelehrt, gelernt, geschrieben, geliebt, gelacht und gedacht haben, ist sicher nicht mehr nachzuzählen. Es sind Tausende gewesen. Aber spüren kann man die Energie, die diese Menschen hier gesetzt und hinterlassen haben.

Zwischen den tausenden verschiedenen Pflanzen, die sich uns dank der liebevollen Fürsorge des Gärtners Pepe mitten im heißen Süden Italiens in herrlicher Pracht darbieten, finden wir an allen Ecken Kopien und auch Originale griechischer, römischer, etruskischer und mittelalterlicher Masken, Statuen, Reliefs und Gefäße.

Hier verschmilzt Vergangenheit und Zukunft zu einer spürbaren energetischen, kreativen Gegenwart. Hier kann man im Augenblick leben und gleichzeitig die Vergangenheit und die Zukunft spüren; die Zukunft symbolisiert durch die von weitem schon sichtbare Fahne am Turm der Casa, das Zeichen der DAP und der Dynamischen Psychiatrie. Sie ist Symbol für den Mut, auch unkonventionelle Wege zu gehen, wenn es heißt, etwas zu verändern oder sich selbst verändern zu dürfen — unabhängig davon, wer man ist, wo man steht und welche Aufgabe man im Leben hat.

Mit der Botschaft, daß dieses auf der Tagung möglich sein sollte, eröffnete Ammon die Tagung im Amphitheater. »Liebe heißt, sich und dem anderen Zeit geben, gelebte Zeit, kreative Zeit in Auseinandersetzung mit sich und seinen Mitmenschen«, sagte Ammon nach der Lesung über »Gedanken zu Yang und Yin« und dem Gedicht »Androgynien«, von einer früheren Klausurtagungsteilnehmerin, das mit den Worten endet: »Androgynien — wo Liebe Liebe ist und nicht eine Verzweiflungstat der Einsamkeit«.

Maria Berger, Margit Schmolke, und Gudrun Stein tanzten den Eröffnungstanz zum 5. Klavierkonzert von Beethoven. In Gold bemalt, so wie auch die Statue von Heliogabal am Morgen vergoldet wurde, tanzten sie Freude, Freundschaft und Hingabe an die Menschen, an die Erde und an die Sonne.

Schon reich beschenkt durch die anfängliche Meditation, den Tanz, die Lesung und die Worte Ammons, begann die Tagung. Alle Teilnehmer, mit Ausnahme der Kinder, die eigene Gruppen bildeten, nahmen an der Selbsterfahrungsgruppe im Innenhof unter Leitung von Günter Ammon und Maria Berger teil.

Nachdem in den letzten vier Jahren auf den Tagungen der von Günter Ammon entwickelte Humanstrukturelle Tanz auf der schon legendären Westterrasse das Zentrum der Begegnungen, Auseinandersetzungen und der persönlichen Entwicklung war — verbunden mit der Meditation —, gaben diesmal die Seminarabende mit ihren bis in die Nacht andauernden Diskussionen die zentralen Anstöße für geistige Auseinandersetzung und somit für die persönliche Entwicklung jedes Einzelnen.

Zwei bedeutende Persönlichkeiten, die immer auf der Suche nach ihrer Identität waren und in Italien, auch an diesem Ort, eine bedeutende Lebenszeit durchlebt hatten, waren Thema der ersten zwei Seminarabende. Es begann mit Goethes »Italienische Reise«, vorgetragen von Margit Schmolke aus Berlin. Der zweite Seminarabend brachte uns Pythagoras näher. Schüler von ihm bauten nach seiner Harmonielehre die drei Tempel von Paestum. »Die altgriechischen Tempel von Paestum als Beispiel für das Prinzip der Einheit von Körper, Geist und Seele« war das Thema des Abends. Ein Kongressreferat von Dipl. Psych. Gerhard Wolfrum et al. Nachdem auch Pythagoras schon den Tanz und die Meditation als Heilmethode anwendete, knüpfte der nächste Abend daran an. Werner Lautenschläger las den Artikel Ammons: »Humanstruktureller Tanz — Heilkunst und Selbsterfahrung«. Wir hatten schon selbst auf der Westterrasse 3 Tanzsitzungen erlebt und in der Selbsterfahrungsgruppe über unsere Tänze gesprochen. Das Referat zeigte deutlich, was durch diese Form des Tanzes möglich ist. Auch die Teilnehmer, die anfänglich an der Nacktheit der Tänzer Anstoß nahmen, konnten hier erfahren, welche Bedeutung Körpersprache und Körperlandschaft, mitgeteilt im Schutze der Gruppe, für Tänzer und Zuschauer haben kann, von der Mitteilung einer momentanen Stimmungslage über die kultische Dimension bis hin zur Heilung.

Nach diesem Referat gewannen die Tanzsitzungen an Tiefe. Menschen, die noch nie in ihrem Leben getanzt hatten, begaben sich in die Mitte der Gruppe. Eine Teilnehmerin konnte in der Selbsterfahrungsgruppe berichten, mit welcher körperlichen und seelischen Verletzung sie nach Paestum kam, sozusagen, um hier ihre Wunden zu heilen. Sie hatte erst vor kurzem mit einem Kaiserschnitt ein zu früh geborenes Baby zur Welt gebracht. Sie fühlte immer noch ihren Unterleib abgeschnitten. Wir waren alle sehr betroffen darüber, daß sie und ihr Baby fast gestorben wären und wie alleine sie sich gefühlt hatte.

Der vierte Seminarabend brachte aber die Tiefe in die Tagung, die bis zum Schluß spürbar blieb und den Verlauf zentral mitbestimmte.
Maria Berger las »Identität — ein Geschehen an der Grenze von Zeit und Raum« aus dem Buch »Der mehrdimensionale Mensch« von Günter Ammon.

— Identität und Menschlichkeit sind nicht voneinander zu trennen.
— Identität ist ein Prozeß, den der Mensch von seiner Geburt bis zu seinem Tode durchmacht.
— Identität schließt die Lücke zwischen Vergangenheit und Zukunft,
— Identität schließt die Lücke zwischen Bewußtem und Unbewußtem.
— Identität äußert sich in der Art, wie sich ein Mensch mitteilt und entwickelt in der Auseinandersetzung mit der Gruppe und somit auch die Identität der Gruppe mitbestimmt, in der er lebt.

An diesem Abend wurde klar, um was es auf dieser Tagung gehen kann; daß jeder einzelne mitwirkt am Verlauf der Tagung; und was er an der Grenze von Zeit und Raum (10 Tage an diesem Ort) aus seiner Identität macht. Welche Angst es macht, in einer Gesellschaft, in der Identität so wenig gefragt ist wie

Blick auf das Amphitheater der Casa Ammon hin zu den Tempeln

Ammon bei der Tempelführung

»Tara-Pavillon« mit Blick auf die Anlage der Casa

Kleine Sphinx im Garten der Casa

. . . während des Humanstrukturellen Tanzes auf der Westterrasse

Trommlergruppe beim Humanstrukturellen Tanz

Beim Humanstrukturellen Tanz auf der Westterrasse

in der unsrigen, beweist der Überfall von 150 Polizisten auf die Dynamisch-Psychiatrische Klinik Menterschwaige, in der den Patienten genau der Raum und die Zeit gegeben wird, die sie brauchen, um ihre eigene Identität entwickeln zu können.

Es ist für einen Menschen eine tödliche Bedrohung, wird ihm dieser Raum und diese Zeit genommen. So einen Überfall können nur Menschen planen und ausführen, die sich über die Begrenzung ihrer eigenen Lebenszeit nicht bewußt sind.

Von diesem Zeitpunkt an fand in der Innenhofgruppe echte Selbsterfahrung statt. Die Angst, die die Frage der Identitätsentwicklung macht, drückte eine Teilnehmerin aus, indem sie nicht zur Gruppensitzung erschien.

Die Frage nach der Identität ermutigte uns aber auch, uns direkter anzusprechen und gegenseitig Kritik zu üben. So erfuhr Herr F., daß er auf uns keinen Eindruck machte mit seinen vielseitigen Sprachbegabungen, seiner erfolgreichen Berufskarriere, seiner perfekten Ehefrau und seinen gut erzogenen Kindern, daß wir förmlich spürten, welch eine Anstrengung er aufwenden mußte, dieses Bild aufrechtzuerhalten.

Von alten Vorstellungen loslassen, und wie es einem dabei geht, wenn man sich dadurch selbst behindert, das konnte Herr F. jetzt zeigen und zulassen. Eine Teilnehmerin berichtete, wie es ihr auf den vielen Stationen ihres Lebens, seit sie 1981 an ihrer ersten Klausurtagung teilnahm, erging. Viele Male war sie in diese Situation gekommen: auf weiteren Tagungen, bei ihrem Klinikaufenthalt in der Menterschwaige, in ihrer ambulanten Therapie und in ihrer Wohngemeinschaft. Sie war von einer starren, überkonstruktiven Frau zu einer liebenswerten Persönlichkeit geworden, die sich uns in erster Linie als eine fürsorgliche Mutter mit einer strahlenden 5 Monate alten Tochter zeigte. In dieser Sitzung wurde die Lücke zwischen Vergangenheit und Zukunft geschlossen. Es entstanden die verschiedensten Phantasien, wie wir weiter zusammenleben könnten und wie weitere Dynamisch-Psychiatrische Kliniken ausschauen könnten.

Wir waren zu einer richtigen Gruppe geworden.

Der nächste Höhepunkt der Tagung war die Tempelführung durch Günter Ammon. Es ist immer wieder ein Erlebnis, wenn Ammon als Lehrer auf den Altarruinen vor dem Athenatempel sitzt, seine Schüler um ihn herum, und er die verschiedenen Zeitepochen und die Umgebung in und um das Tempelgebiet lebendig werden läßt. Aber auch Maria Berger ist mit ihrer Hingabe und ihrem Interesse an uns und an die Sehenswürdigkeiten und deren Geschichte zu einer Lehrerin geworden. Beim Anblick der Tempel wurde die Harmonie im Leben und Denken der Antike anhand der Architektur nocheinmal spürbar, wie wir es bereits im Seminar gehört hatten. Hier gibt es noch viel zu entdecken. Erst vor 2 Jahren ist eine bedeutende Hera-Kultstätte vor der alten Stadtmauer Poseidonias ausgegraben worden.

So wie Günter Ammon diesen Ort liebt, so wird er auch von der Bevölkerung geehrt. Und wir werden in den Geschäften empfangen wie Freunde eines

Freundes. Überall zeigt man uns mit großer Freundlichkeit die herrlichen Kopien der bedeutendsten Funde von Paestum und Pompeji.

Ebenso erging es uns auf Capri. In den Geschäften von Anacapri waren wir »Studenten von Professore«. Man zeigt uns stolz das Labyrinth, welches an den Eingängen vieler Läden aufgeklebt ist. Wir dürfen ungestört alle Herrlichkeiten von Schmuck, Kleidern, Taschen, Gürteln und Schuhen anschauen und beim Kauf wird uns Rabatt gewährt. Man freut sich, daß der Professore wieder in der Stadt ist und ist stolz, ihn persönlich zu kennen.

Paestum ohne einen Großgruppenausflug nach Capri ist nicht mehr vorstellbar.

In der Mitte der Tagung, früh morgens um 7.00 Uhr fuhren wir mit dem Bus von der Casa nach Neapel. Über Salerno, an der Amalfiküste entlang, wohl einer der schönsten Flecken der Erde, kamen wir in das pulsierende, lebendige Neapel an. Hier mußten wir ersteinmal eine Stunde, am Hafen verweilen, da unser Boot bereits abgefahren war. Zeit genug, um in der Sonne zu sitzen, das Leben zu genießen, das Frühstück nachzuholen und mit Spannung auf das Tragflächenboot zu warten, das uns dann sozusagen im Fluge nach Capri bringen sollte.

Angekommen in Marina Grande, eroberte sich jeder nach seinen Vorstellungen und Bedürfnissen die Insel. Wir schwärmten in alle Richtungen aus. Die Ziele waren unterschiedlich — die Villa Jovis, die »Blaue Grotte«, das Karthäuserkloster. Aber eines war sicher — zur Sphinx in der Villa von San Michele mußte jeder, um ihr einen Wunsch mitzuteilen, der, wenn er von Herzen kommt und man nicht darüber spricht, garantiert in Erfüllung geht.

Viele versäumten nicht, mit der Seilbahn zum höchsten Punkt der Insel, dem Monte Solaro zu fahren. Von hier aus hat man einen herrlichen Rundblick über die ganze Insel. Es ist ein Ort der überwältigenden Schönheit und der Meditation.

Auch wenn es einige kaum wahrhaben wollten, jeder hatte einen erfüllten Tag gehabt. Manch einer hatte sich neu eingekleidet, sich mit Schmuck oder neuen Schuhen beschenkt oder beschenken lassen. Eine Teilnehmerin hatte eine wunderschöne Fliese mit dem Motiv »Der Mond« aus dem Rider-Tarot entdeckt.

Drei Teilnehmer hatten für den Casagarten beim Abstieg vom Monte Solaro mit den Händen drei wilde Orchideen ausgegraben, welche sie am nächsten Tag im Schatten der Athena am Amphitheater einpflanzten, als Zeichen, daß sie hier auf der Tagung neue Wurzeln für sich geschlagen hatten.

Allmählich wurde uns bewußt, daß die Tagung bald zu Ende geht. Wir waren uns sehr vertraut geworden. In den Tanzsitzungen konnten jetzt auch die tanzen, die die größte Angst hatten und sich bisher noch nicht getraut hatten. So zeigte uns Frau J. zu einer Meditationsmusik, mit welcher Hingabe an die Natur sie diesen Ort erlebte und zu welcher Hingabe sie fähig war.

Herr S. hatte am Anfang seine Angst und seine Bedenken getanzt, die er sich und der Gruppe gegenüber hatte. Jetzt konnte er zeigen, wie anmutig und lie-

benswert er war. Er tanzte ohne Musik. Sein Tanz entwickelte sich förmlich zu einem Gebet an die Sonne. Einige hatten das Gefühl, eine Musik gehört zu haben.

Frau K. tanzte zweimal einen existentiellen Tanz, der uns beide Male unter die Haut ging. Der erste Tanz war ein Ringen um ihre Identität, eine spürbare Auseinandersetzung mit sich selbst. Beim zweiten Mal tanzte sie frei und kreativ einen afrikanisch anmutenden Kulttanz.

Es gab Trommeltänze, die manchen an die Grenze der inneren Starre brachten und die sie im Tanz durchbrechen konnten. Herr Sch., der wegen seiner Sprachstörungen immer wieder Schwierigkeiten im Kontakt mit anderen Menschen hatte, tanzte ohne Musik, indem er selbst im Tanz mit seiner Stimme Töne und Geräusche hervorbrachte, so daß wir alle mitfühlen konnten, wie er innerlich um seine Sprache kämpfte. Sicher wäre dieser Tanz nicht denkbar gewesen ohne die Auseinandersetzung in der Gruppe über Identität und Freundschaft. Jeder Tanz, der gezeigt wurde, erzählte eine Geschichte, zeigte oft den Menschen von einer ganz neuen Seite oder zeigte einen Prozeß, den er in dieser Zeit hier durchwanderte. Viele Dimensionen der Menschen hatten hier ihren Platz — von der Angst, der Wut, der Trauer, bis hin zur Freude, der Erotik, der Kreativität.

I., ein 19-jähriges Mädchen, setzte ihre jugendliche Energie in herrliche Sprünge um, in denen ihr ganzer Wille lag, auf das Leben zuzugehen.

Auch bei den Menschen, die schon längere Zeit an den Instituten am humanstrukturellen Tanz teilnehmen, war immer wieder das Ringen um ihre Identität spürbar. Diese Erfahrungen, die jeder beim Tanz machen durfte, flossen über in die Themen der zwei letzten Seminarabende.

So wie beim Tanz immer der Mensch im Mittelpunkt steht, so steht er auch bei Ammons Ringen um das noch »ungelöste Rätsel der Schizophrenie« im Zentrum der Forschung und Behandlung. Nur ein ganzheitliches, humanistisches Menschenbild, mit dem Glauben an das grundsätzlich Kreative im Menschen und ohne alles Kategoriendenken, macht es möglich, diesen Menschen eine Chance zu geben. Die schizophrene Reaktion zu verstehen als einen mißglückten Befreiungsversuch aus nicht bewußter und unerträglicher Einengung des ursprünglich mehrdimensionalen Menschen, befreit diese Menschen von der unmenschlichen Diagnose Schizophrenie, die sie gesellschaftlich ausschließt, was einer sozialen Tötung gleichkommt. Diese Menschen haben das gleiche Recht auf Identitätsentwicklung und Unterstützung ihres kreativen Potentials wie jeder Mensch. So wie wir es alle hatten auf dieser Tagung. Ammons letzter Kongressvortrag »Schizophrenie — ein ganzheitliches Geschehen«, vermittelte uns hautnah die Tragweite seiner Entwicklung des Menschenbildes und vertiefte somit unsere Einstellung zu den Erlebnissen, die wir hier in Paestum haben konnten. Wir hatten erlebt, was in einem befreiten Gebiet auf körperlicher, geistiger und seelischer Ebene in einer Gruppe möglich ist; und es ist selbst eine Endogenitätstheorie nicht berechtigt, Menschen diese Möglichkeiten vorzuenthalten und sie der Freiheit, des Denkens, des Fühlens

und der Zuwendung zu berauben. »Kreativ sein, heißt vor allem auch, anderen Menschen etwas geben«. So entdete der letzte Seminarabend zum Thema: »Zur Dimension des Schöpferischen« — nochmals ein Artikel aus dem Buch »Der mehrdimensionale Mensch« von Günter Ammon. Jeder auf dieser Tagung hatte uns etwas gegeben und hatte von allen etwas bekommen.

Auch die Kinder waren nicht am Rande geblieben. Unsere 3 Babies waren gewachsen und von allen ins Herz geschlossen worden. Die Jugendlichengruppe überraschte uns am letzten Tag mit einem selbstkreierten Theaterstück, in dem Cäsar ein großes Fest veranstaltete und Wagenkämpfer, Ringkämpfer, seinen Lieblingslöwen Leo und den Löwen Bruno auftreten ließ. Sie zeigten uns mit Humor, einer der wichtigsten menschlichen Dimensionen, mit wieviel Kontakt, Sozialenergie und Kreativität sie diese Tagung verlebt hatten. Sie hoben selbst die Kategorien Erwachsener/Kind auf. Ich habe selten so reizende und lebhafte Jugendliche gesehen wie die beiden Leiter Gudrun Stein und Margit Schmolke.

Voll Humor war dann auch das Abschiedsessen im Ristorante »Martini«. Wir lachten bis spät in die Nacht hinein und der vorzügliche Vino Bianco tat das seinige dazu. Die Freude über das Gelingen der Tagung war bei allen spürbar.

Mit einem liebevollen Dankeschön von jedem einzelnen an Günter Ammon, Maria Berger und an die ganze Gruppe verabschiedete sich jeder auf seine Weise und mit seinen Worten in der letzten Gruppensitzung. Am Vormittag hatten viele noch die Gelegenheit wahrgenommen sich mit einer Pflanze, sei es einer Rose, einem Oleander, einer Bougainvillea, oder einer anderen Blume im Garten der Casa zu verewigen.

Die Gruppe der Casa Piccola, die im Laufe der Tagung ein richtiges Karawanenlager gebildet hatte, und das erstemal in der Geschichte der Casa dieses kleine Haus so intensiv belebte, hinterließ einen Springbrunnen, als Zeichen von Leben und als Dank an die schöne Zeit, auf der Mamorterrasse vor dem kleinen Landhaus.

Schöner als Maria Berger in ihrem Abschlußtanz zur Hera-Meditationsmusik, die letztes Jahr in Paestum entstand, kann man nicht allen Dank sagen, die sich hier Liebe in Form von gelebter, kreativer Zeit gegeben haben.

Ruth Pressel (München)

Konstituierung einer Arbeitsgemeinschaft für Forensische Psychologie und Forensische Psychiatrie (afp) in München

Am 3.7.87 trat in München die Arbeitsgemeinschaft für Forensische Psychologie und Forensische Psychiatrie konstituierend zusammen. Die Gründungsmitglieder sind als gerichtliche Sachverständige tätig.

Ziel der afp ist es nach ihrer Presseerklärung, die vorliegende forensische Sachkunde systematisch zusammenzuführen. Die Sammlung und Dokumentation des bestehenden Erfahrungswissens der prägenden Persönlichkeiten in der forensischen Psychologie und Psychiatrie soll diesen Kenntnisstand für die tätigen Sachverständigen fruchtbar machen. Durch Wissensaustausch und Diskussion unter Fachleuten erhofft die afp neue Impulse zur Aktualisierung der forensischen Wissenschaften.

Um dieses Ziel zu erreichen, veranstaltet die afp jeweils im Herbst 1987 und im Frühjahr 1988 Fachtagungen unter der Reihe: Fortschritte der Forensischen Psychologie und Psychiatrie.

Auskunft: Dipl.-Psych. Joseph Salzgeber, Dipl.-Psych. Michael Stadler, Rablstr. 45, 8000 München 80, (0 89 / 4 48 99 56)

Berliner Krisen- und Beratungsdienst (K.U.B.)

Der K.U.B. hat eine Broschüre über seine 4jährige Arbeit erstellt. Er versteht sich als Projekt, das kostenlos, anonym und ohne Voranmeldung jeweils Freitag, Samstag und Sonntag nachts Beratungsgespräche anbietet für Menschen, die sich in Krisensituationen befinden.

Auskunft und Bestellung der Broschüre: Krisen- und Beratungsdienst, Pallasstr. 8, 1000 Berlin 30

Kongreßankündigungen/Congress Announcements

6. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP und XIX. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)

SCHIZOPRENIE UND PSYCHOSOMATIK

Strukturelle und prozeßhafte menschliche Dimensionen (Behandlungsmethodik und Forschungskonzeptionen in der Dynamischen Psychiatrie)

7.—11. März 1988, Ludwig-Maximilians-Universität München, Hauptgebäude

Wissenschaftliche Leitung: Dr. med. Günter Ammon (Berlin/München)

Information: Organisationskomitee 6. Weltkongreß der WADP/XIX. Internationales Symposium der DAP, Klenzestr. 55, 8000 München 5, Tel. (089) 2 01 15 86 / 87; Kongreßgebühr: DM 300,— (bis zum 1.12.87 DM 250,—), Studenten DM 100,— (bis zum 1.12.87 DM 80,—).
Anmeldung von Vorträgen an: Dr. med. Günter Ammon, Wielandstr. 27/28, 1000 Berlin 15

Das Symposium wird für CME-1 Credits von der International Health Society anerkannt.

Am 12. März 1988 findet in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige München ein *Klinischer Nachkongreß* statt.

10. Bad Nauheimer Psychotherapie-Woche vom 5.—11. Oktober 1987

Tagungsort: Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 7, 6350 Bad Nauheim, Akademiegebäude, Blauer Hörsaal.
Die Teilnehmer sind während der Tagung zu erreichen unter der Rufnummer 0 60 32 / 60 95
Leitung und Durchführung: Dr. med. N. Peseschkian und Mitarbeiter, Wiesbaden.
Positive Psychotherapie in der ärztlichen Praxis — Kleine Psychotherapie in der ärztlichen Praxis — 7 Seminarveranstaltungen mit Fallbesprechungen für Allgemeinärzte, Internisten, Kinderärzte, Hautärzte, Gynäkologen, Augenärzte, HNO-Ärzte, Psychiater, Nervenärzte, Orthopäden, Urologen, Chirurgen und Pädagogen.

Lernziel: Der Begriff des Positiven, der in der Positiven Psychotherapie besonders hervorgehoben wird, bezieht sich darauf, daß die Therapie nicht pri-

mär darauf gerichtet ist, eine bestehende Störung zu beseitigen, sondern zunächst versucht, die vorliegenden Fähigkeiten und Selbsthilfepotentiale zu erfassen und zu mobilisieren. Positiv bedeutet hier entsprechend seiner ursprünglichen Bedeutung (latein. positum) das Tatsächliche, das Vorgegebene. Tatsächlich und vorgegeben sind nicht notwendigerweise die Konflikte und Störungen, sondern die Fähigkeiten, die jeder Mensch mitbringt.

Ziel dieses Seminars ist es, den Kollegen für psychische und psychosomatische Fragen in seiner Praxis zu sensibilisieren, ihm Richtlinien, Indikationsstellungen und die Fünf-Stufen-Behandlung für den Umgang mit psychisch und psychosomatisch Erkrankten an die Hand zu geben. Dies soll unter folgenden drei Schwerpunkten erfolgen:
Therapeut-Patient-Beziehung — Der Therapeut und andere Therapeuten — Der Therapeut und seine Familie
Zum Programmablauf:

Montag, 5.10.87 — »Die Entwicklung der Psychotherapie«
Dienstag, 6.10.87 — »Vier Möglichkeiten der Konfliktverarbeitung«
Mittwoch, 7.10.87 — »Das Mikrotraumen-Modell«
Donnerstag, 8.10.87 — »Reise in die Vergangenheit«
Freitag, 9.10.87 — »Das fünfstufige psychotherapeutische Vorgehen in der ärztlichen Praxis«
Samstag, 10.10.87 — »Entwicklung der Familientherapie«
Sonntag, 11.10.87 — »Epikrise — Therapieverlauf — Katamnese«
Die Teilnahme von Angestellten des an diesen Seminaren teilnehmenden Arztes ist möglich. Die Teilnahmegebühr beträgt DM 350,—; für Mitglieder der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen DM 150,—, für Studenten DM 100,—.
Anmeldungen werden erbeten an die Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 7, 6350 Bad Nauheim, Tel. 0 60 32 / 60 95.
Anläßlich dieser 10. Bad Nauheimer Psychotherapie-Woche findet am Samstag, dem 10. Oktober 1987, 19.00 Uhr, im Großen Hörsaal des Seminargebäudes ein öffentlicher Vortrag mit dem Thema

Eine Behandlungsmethode der Zukunft —
Positive Psychotherapie

statt, zu dem auch Nichtteilnehmer der 10. Bad Nauheimer Psychotherapie-Woche herzlich eingeladen sind.

14. Verhaltenstherapiewoche des IFT in Freiburg im Breisgau

Das IFT Institut für Therapieforschung, München lädt ein zur 14. Verhaltenstherapiewoche vom 11.—17.9.1987 in Freiburg im Breisgau. Diese Fortbildungsveranstaltung für Diplom-Psychologen, Ärzte, Diplom-Pädagogen, So-

zialarbeiter, Sozialpädagogen, Sonderpädagogen, Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten, Pflegepersonal und Angehörige verwandter Berufe sowie Studenten befaßt sich in der Eröffnungsveranstaltung mit der Behandlung von akuten und chronischen Schmerzen.

Anmeldung an: IFT Institut für Therapieforschung — Verhaltenstherapiewoche —, Parzivalstr. 25, 8000 München 40

Fachkonferenz der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS)

2.—5.11.1987 in Osnabrück, Thema: Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Suchtkrankenhilfe: Betroffene und Helfer.
Anfragen an: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Frau Göcke), Postfach 1369, 4700 Hamm 1, Tel. (0 23 81) 2 58 55

Fachtagungen der Arbeitsgemeinschaft Forensische Psychologie und Forensische Psychiatrie (afp)

11.—13.12.87 — Fachtagung der Arbeitsgemeinschaft Forensische Psychologie und Forensische Psychiatrie (afp) in der Benediktinerabtei Kloster Weltenburg. Thema: »Glaubwürdigkeitsbegutachtung — Methoden und Probleme der Aussagenpsychologie«.
Referenten: Prof. Dr. H. Szewczyk, Humboldt-Universität (Berlin-Ost); Prof. Dr. U. Undeutsch, Universität Köln; Prof. Dr. phil. Dr. med. H. Wegener, Universität Kiel.

18.—20.3.88 — Fachtagung der Arbeitsgemeinschaft Forensische Psychologie und Forensische Psychiatrie (afp) in der Benediktinerabtei Kloster Weltenburg. Thema: »Beurteilung der Schuldfähigkeit unter spezieller Berücksichtigung des Affekts«.

Auskunft: Dipl.-Psych. Joseph Salzgeber, Dipl.-Psych. Michael Stadler, Rablstr. 45, 8000 München 80, (0 89 / 4 48 99 56)

International Congress for Child and Adolesceut Psychiatry in Vienna 1988

28.—31.3.1988 — Theme of the Congress: The Current Status of Treatment in Child and Adolescent Psychiatry. An Update for Clinical Practice. Chairman of organising committee: Jovan G. Simeon, M.D. and Bruce H. Ferguson, Ph.D., Royal Ottawa Hospital, 1145 Carling Avenue, Ottawa, Ontario, Canada, K1Z 7K4. Secretariat: Congress Team International (UK) ltd., 30 Deane Way, Ruislip, Middlesex, England, Tel.: (01) 2 06 04 26

7. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie

6. und 7. Mai 1988 in Konstanz/Bodensee, Tagungsthema: Rückfall und Rückfallprävention; Tagungssprache: Deutsch, Englisch.
Tagungsleitung: Prof. Dr. Rudolf Cohen, Anmeldung von Vorträgen an: Dr. Hans Watzl, Universität Konstanz, Fachgruppe Psychologie, Postfach 5560, D-7750 Konstanz.

2nd International Congress for Adolescent Psychiatry in Geneva

Vom 10.—13.7.1988 veranstaltet die International Society for Adolescent Psychiatry ihren 2. internationalen Kongress zum Thema: Psychotic Breakdowns in Adolescence. Kongreßsprachen Englisch und Französisch.
Informationen: 2nd International Congress for Adolescent Psychiatry, P.O. Box 50, CH-1211 Geneva 8, Tel. 41-22-27.43.15; Congress Scientific Coordinator: Ian Frank.

Im nächsten Heft erscheint. . .

Günter Ammon (Berlin/München)
Ganzheitliche Medizin und Psychosomatik

Béla Buda (Budapest)
Klage, Symptom und Erkrankung

Emiliano Panconesi et al. (Florenz)
Haut, Kosmetik und Sexualität

Amnon Carmi (Haifa)
Judging — a holistic view

Marius Erdreich (Haifa)
Anorexia Nervosa: A Psychodynamic Holistic Approach

Edward J. Dehné (Carson City)
Creating Health

János Szilárd et al. (Szeged)
Selbstmord und Alkoholismus als Regressionsphänomen — Therapeutische Konsequenzen

Günter Ammon (Berlin/München), *Ilse Burbiel* (München), *Ulrich Köppen* (München), *Margarete Hoffsten* (München)
Die Organisation der Ruhe- und Aktivitätsprozesse und deren Integration als Indikator für die Entwicklung des Menschen im therapeutischen Prozeß (Teil II)

— Änderungen vorbehalten / changes reserved —

Impressum

Verlag, Sitz und Geschäftsstelle/Publishing House, seat and office:
»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH München, Klenzestraße 55, 8000 München 5, Tel. (0 89) 2 01 15 86.
Gesellschafter des Verlages (mit Einlagen über 5% des Stammkapitals): Dr med. Günter Ammon, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychoanalyse, Psychotherapie, Meierottostraße 1, 1000 Berlin 15 (20%)
Geschäftsführer des Verlages: Anna Scharnagl. Betriebswirtin, Pariser Straße 34, 8000 München 80,
Druck: Alfa-Druck, Buch- und Offsetdruckerei, Levinstraße 9a, 3400 Göttingen.
Herausgeber/Editor: Dr. med. Günter Ammon, Meierottostraße 1, 1000 Berlin 15 (verantwortlich für den wissenschaftlichen Teil).
Buchbesprechungen/Book reviews: Studiendirektor Helmut Volger, Ludwigkirchstraße 2, 1000 Berlin 15 (verantwortlich.)
Nachrichtenteil/News: Verantwortlich sind Dipl.-Psych. Ilse Burbiel, Presse- und Informationsreferentin im Executive Council der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, Karl-Theodor-Str. 73, 8000 München 40; Thomas Hessel, Justitiar und Schatzmeister im Executive Council der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, Arcisstraße 59, 8000 München 40.
Anzeigen/Advertising Manager: Petra Hieber, Karl-Theodor-Str. 73, 8000 München 40 (verantwortlich).
Abonenntenabteilung/subscription management: Michael Birk, Klenzestraße 55, 8000 München 5.
Manuskripte nehmen entgegen/manuscripts should be sent to:
Hauptschriftleitung Dr. med. Günter Ammon, Wielandstraße 27/28, 1000 Berlin 15.

Anschrift der Redaktion/Adress of the editorial staff:
Wielandstraße 27/28, 1000 Berlin 15

Weitere Mitglieder der Redaktion/Members of the editorial staff:
Maria Berger, Dipl.-Psych. Ilse Burbiel, Dipl.-Psych. Gabriele von Bülow, Dipl.-Psych. Daniel Hermelink, Dipl.-Psych. Volker Peschke, Dr. med. Bernhard Richarz, Dr. med. Paul Schmalisch, Dr. med. Rolf Schmidts, Margit Schmolke, Helmut Volger, Dipl.-Psych. Gerhard Wolfrum.

Die veröffentlichten Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Manuskripte werden in allen Sprachen in dreifacher Ausfertigung entgegengenommen, deren Umfang nach Möglichkeit 20 doppelzeilige Schreibmaschinenseiten nicht überschreiten soll. Das Manuskript soll eine Zusammenfassung von mindestens zwei doppelzeiligen Schreibmaschinenseiten in deutsch oder englisch enthalten. Die Literaturangaben müssen jenen in diesem Heft entsprechen. Arbeiten können nur ohne Zahlung von Honorar zur Veröffentlichung entgegengenommen werden. Bilder und graphische Darstellungen können nur auf Kosten des Autors mitgedruckt werden. Der Autor erhält kostenlos 25 Sonderdrucke seines Artikels. Weitere Sonderdrucke können auf eigene Rechnung beim Verlag bestellt werden.
In der Regel dürfen nur Arbeiten eingereicht werden, die vorher weder im In- noch im Ausland veröffentlicht worden sind. Der Autor verpflichtet sich, sie auch nachträglich nicht an anderer Stelle zu publizieren.
Mit der Annahme des Manuskriptes und seiner Veröffentlichung geht das Verlagsrecht für alle Sprachen und Länder einschließlich des Rechts der photomechanischen Wiedergabe oder einer sonstigen Vervielfältigung an die »Pinel« Verlag für humanistische Psychologie und Philosophie GmbH München über. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos etc. wird keine Haftung übernommen.
Die Dynamische Psychiatrie erscheint zweimonatlich. Jahresabonnement DM 96,— (zzgl. Porto), für alle Mitglieder der DAP, der DGG, der DGPM, der WADP und der DGDP, für Ärzte im Vorbereitungsdienst und Mitarbeiter der Psychoanalytischen Kindergärten gegen Nachweis nur in Deutschland DM 81,— (zzgl. Porto), Studenten DM 48,— (zzgl. Porto). Einzelheft DM 18,—. Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn es nicht vier Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres gekündigt wird. Zahlung des Jahresabonnement bis zum 1.4. d. J. auf das folgende Konto: Münchner Commerzbank 225 295 500.

The author's opinion does not necessarily reflect the opinions of the editorial staff. Manuscripts (three copies), each limited to 20 double-spaced typed pages, will be accepted in all languages. All manuscripts must have a summary in either German or English (minimum two double-spaces typed pages). Literary references should be adapted to those in the journal. There can be no remuneration for contributions. Pictures and graphic illustrations are printed at the author's own expense. The author receives 25 reprints of his article free of charge. Further reprints can be obtained at the author's own expense.
Generally, only unpublished manuscripts will be accepted. Articles published in this journal may not appear in any other publication. No liability is undertaken for manuscripts being sent in without request.
With the acceptance of the manuscript and its publication, the »Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH München reserves the copyrights in all countries and languages. This journal, or parts there of, may not be reproduced in any form, by photocopy or any means without written permission from the publisher.
Dynamic Psychiatry is published bi-monthly. Annual subscription rate $ 48,— per individual copy $ 9,—. Air mail delivery with additional payment on special request. The subscription is prolonged for one year, if it has not been cancelled four weeks before the end of the year. The annual subscription rate should be paid by the 1st of April. The money should be remitted on the account of »Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH Münchener Commerzbank 225 295 500.

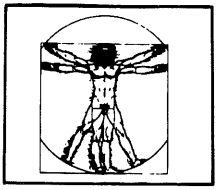
Einzelpreis öS 80,— (DM 12,—)
Jahresabo öS 280,— (DM 45,—)
Erscheint vierteljährlich

Zeitschrift für

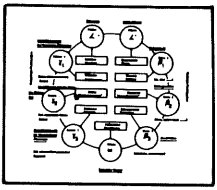
Sozialpsychologie

und

Gruppendynamik



Z. B. Heft 2/84
Schwerpunkt Selbsterkenntnis und Selbstentwicklung
mit Beiträgen von Erwin Ringel, Anne-Marie Tausch, Rudolf O. Zucha u. a. m.



Z. B. Heft 3/84
Schwerpunkt Gruppendynamik und weiterführende Entwicklungen
mit Beiträgen von Hans Strotzka, Klaus Ottomeyer u. a. m.

Heft 4/84: Zukunftsforschung (mit Rückblick auf das Orwell-Jahr 1984)
1/85:Humanistische Sozialpsychologie
2/85: Aktionsforschung und Organisationsentwicklung
3/85: Soziale Interaktion Arzt - Patient
4/85: Minoritäten und Vorurteile

In jedem Heft finden Sie weiters Buchrezensionen sowie einen Veranstaltungskalender.

Die Zeitschrift für Sozialpsychologie wendet sich sowohl an Praktiker als auch an Wissenschaftler, die von der Praxis Impulse für ihre Forschungsarbeit erwarten, an alle, die in den zwischenmenschlichen Beziehungen besonderen Anforderungen unterliegen, an Persönlichkeiten, die andere Menschen ERZIEHEN (Eltern, Erzieher), UNTERRICHTEN (Lehrer, Trainer, Instruktoren), FÜHREN (Manager, Personalchefs) und anderen helfen wollen (Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, Krankenschwestern).

Aus dem Inhalt früherer Hefte (noch erhältlich):

2/81: Grundlagen des personenzentrierten Ansatzes (ROGERS)
1/82: PPS-Gruppenarbeit und ihr Einsatz in der Organisationsentwicklung (HOFMANN)
2/82: Zur Sozialpsychologie der Konsum- und Werbegesellschaft (KEMPF)
3/82: Geburtshilfe: Herrschaftlicher Akt oder partnerschaftliche Tätigkeit? (NEUMANN)
4/82: Pädagogische Psychologie als Psychologie des Persönlichkeitswachstums (ZUCHA)
1/83: Persönlichkeitstheorien für (statt: über) den Menschen (PORTER, KEMPF)
2-3/84: Kommunikationstraining: Rede und Verhandlung (SCHLICK/ZUCHA)
4/83: Kritische Psychologie (BRAUN, ASCHENBACH)
5/83: Index 1981-1983
1/84: Friedens- und Konfliktforschung (VOLMERG, HORN)

Erhältlich in guten Buchhandlungen oder direkt bei:
Zeitschrift für Sozialpsychologie und Gruppendynamik, Florianigasse 50/18, 1080 Wien.

sun grafik

Connection – die spirituelle Monatszeitschrift

Jeden Monat mit einem Schwerpunkt-Thema und den Rubriken Therapie, Heilkunst, Ökologie, Musik, Reisen, Kurzgeschichte und Satire.

Einzelpreis **DM 4.50** **öS 38** **sFr 4.50**

Themenschwerpunkte 1986:

Januar:	Eifersucht *	November:	Sex & Tantra *
Februar:	Frauen heute	Dezember:	Tod
März:	Kosmische Spiele		* = vergriffen
April:	Neue Wege in der Therapie	**1987 erschienen bisher:**	
Mai:	Modernes Theater	**Januar:**	**Tanz - Ekstase**
Juni:	Vive l'art! *	**Februar:**	**Hexen - Teufel - Heilige**
Juli:	GAIA - die Erde lebt!	**März:**	**Liebe**
August:	Das Hologramm des Bewußtseins	**April:**	**Göttliches Gelächter**
Septemb.:	Ganzheitliche Heilmethoden *	**Mai:**	**Meditation**
Oktober:	Musik	**Juni:**	**Kinder**

Probehefte von 1986 je **DM 3.-** / bis März 87 **DM 4.-** / ab April 87 **DM 5.-** (in Briefmarken)

Jahresabonnement: DM 60.- (BRD) DM 64.- (Europa) DM 85.- (Übersee)

Vertrieb DEUTSCHLAND + ÖSTERREICH:
CONNECTION W. Schneider Verlag, Reichenbachstr. 26, D 8000 München 5 (089 - 201 51 11)
Vertrieb SCHWEIZ:
Konsens Verlag A. Frehner, Dohle 525, CH 9405 Wienacht - Tobel (071 - 914 544)

Sonderband "THERAPIE & HEILKUNST 1987/88", 21 altern. Methoden, 100 S., **DM 8.50**