

Dynamische Psychiatrie

Herausgegeben
von Günter Ammon

Internationale Zeitschrift für
Psychiatrie und Psychoanalyse

Dynamic Psychiatry

Editorial zum 70. Geburtstag von Günter Ammon

Befreundete Wissenschaftler zu Günter Ammons 70. Geburtstag

Günter Ammon

Zur humanstrukturellen Verwobenheit von Psychosomatik und Schizophrenie

John C. Eccles

The Spiritual Nature of the Self

Vadim S. Rotenberg

Das Neuroleptische Syndrom im Lichte der Verhaltens-Neurochemie

Günter Ammon, Ilse Burbiel, Volker Peschke

Autokinese und Hemisphärität — Eine Pilot-Study mit Patienten der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige

Manfred von Ardenne

Milderung der Nebenwirkungen von (Psycho-)Pharmaka durch Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie.
Die Bedeutung des Ganzkörper-Energiestatus und seiner Dynamik für das gesundheitliche
Schicksal des Menschen

Karl-Peter Kisker

Die Balancierung des Möglichen und Unmöglichen im psychiatrischen Denken und Tun

Modest M. Kabanov

Systemzugang im Prozeß der Rehabilitation Kranker und Behinderter

Friedrich S. Rothschild

Biosemiotische Analyse der Verwandtschaft zwischen Parapsychologie und Physik

Jai B.P. Sinha

Collectivism, Social Energy and Mental Health

Béla Buda

Der Ausbruch der Schizophrenie. Ein Geschehen in Erleben, in Verhalten und interpersoneller
Dynamik

Maria Berger

Psychologische Untersuchungen zur Humanstrukturellen Tanztherapie

Rainer B. Pelka, Ronald Grossarth-Maticek

Systemerkrankungen als Überforderung von Psyche und Soma: Methodik der Analyse und vor-
liegende Befunde am Beispiel Krebs und Gefäßerkrankungen

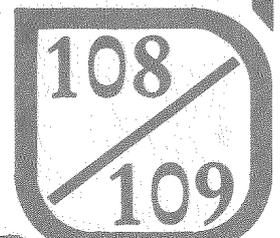
Buchbesprechungen

Nachrichten

21. Jahrgang

1./2. Heft 1988

»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie
und Philosophie GmbH München



Dynamische Psychiatrie / *Dynamic Psychiatry*

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

21. Jahrgang 1./2. Heft 1988, Nr. 108/109

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/Contents

Editorial zum 70. Geburtstag von Günter Ammon	
Befreundete Wissenschaftler zu Günter Ammons 70. Geburtstag	I
<i>Günter Ammon</i>	
Zur humanstrukturellen Verwobenheit von Psychosomatik und Schizophrenie	1
On the Humanstructural Interrelation of Psychosomatics and Schizophrenia in a Holistic Understanding of Disease	16
<i>John C. Eccles</i>	
The Spiritual Nature of the Self	20
Das geistige Wesen des Selbst	30
<i>Vadim S. Rotenberg</i>	
Das Neuroleptische Syndrom im Lichte der Verhaltens-Neurochemie	36
The Neuroleptic Syndrome in the Context of the Biochemistry of Behaviour	41
<i>Günter Ammon, Ilse Burbiel, Volker Peschke</i>	
Autokinese und Hemisphärität — Eine Pilot-Study mit Patienten der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaike	43
Autokinetics and Hemisphericity — a Pilot-Study with Patients of the Dynamic-Psychiatric Clinic Mengerschwaike	68

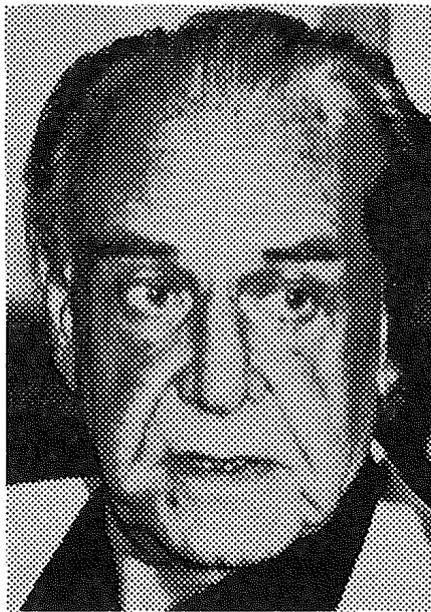
<i>Manfred von Ardenne</i>	
Milderung der Nebenwirkungen von (Psycho-) Pharmaka durch Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie. Die Bedeutung des Ganzkörper-Energiestatus und seiner Dynamik für das gesundheitliche Schicksal des Menschen	72
Sideeffect Diminution of (Psycho-) Pharmaca through O ₂ -Multistep-Therapy. The Significance of the Energetic Status of the Body and its Dynamics for the Health Destiny of Man.	74
<i>Karl Peter Kisker</i>	
Die Balancierung des Möglichen und Unmöglichen im psychiatrischen Denken und Tun	81
Balancing between Possible and Impossible in Psychiatric Thinking and Work	87
<i>Modest M. Kabanov</i>	
Systemzugang im Prozeß der Rehabilitation Kranker und Behinderter	89
System Approach in the Process of Rehabilitation of Ill and Disabled Persons	93
<i>Friedrich S. Rothschild</i>	
Biosemiotische Analyse der Verwandtschaft zwischen Parapsychologie und Physik	96
Biosemiotic Analysis of the Relation between Parapsychology and Physics	107
<i>Jai B.P. Sinha</i>	
Collectivism, Social Energy and Mental Health	110
Kollektivistische Lebensweise, Sozialenergie und psychische Gesundheit	115
<i>Béla Buda</i>	
Der Ausbruch der Schizophrenie. Ein Geschehen in Erleben, in Verhalten und interpersoneller Dynamik	119
The Outburst of Schizophrenia. An Event in Experience, Behaviour and Interpersonal Dynamics	125
<i>Maria Berger</i>	
Psychologische Untersuchungen zur Humanstrukturellen Tanztherapie	128
Psychological Investigations on Humanstructural Dance	151
<i>Rainer B. Pelka, Ronald Grossarth-Maticek</i>	
Systemerkrankungen als Überforderung von Psyche und Soma: Methodik der Analyse und vorliegende Befunde am Beispiel Krebs und Gefäßerkrankungen	159
Systemic Disease as Overstrain of Psyche and Soma: Methodology of the Analysis and Present Findings in Cancer Disease and Vascular Disease	174
Buchbesprechungen / Book Reviews	176

NEUERSCHEINUNG

Günter Ammon

VORTRÄGE 1969 – 1988

Günter Ammon, Dr. med.,
Arzt für Psychiatrie und
Neurologie, Psychotherapie,
Psychoanalyse



Präsident der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, Inc. Bern und Präsident der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V. Chefkonsiliar der Klinik für Dynamische Psychiatrie München München

Das Buch enthält eine Sammlung von entscheidenden weiterführenden Arbeiten Günter Ammons über einen Zeitraum von 20 Jahren. Heute, da die Dynamische Psychiatrie sowohl theoretisch wie praktisch als zukunftsweisende Alternative zu den bestehenden psychiatrischen und psychoanalytischen Richtungen Gestalt gewonnen hat, kommt einer Sammlung, die die Entwicklung dieser Schule vor Augen führt, besondere Bedeu-

tung zu. In ihr zeigt sich die Dynamische Psychiatrie nicht als ein festes abgeschlossenes Lehrgebäude, sondern als eine lebendige, sich verändernde Theorie – als ein offenes System. So bietet dieses Buch Gelegenheit, die Entstehung einer grundlegenden neuen Konzeption vom Menschen von den ersten Keimen an zu erleben: die Geburt eines neuen Paradigmas, aus dem Geiste ständiger Auseinandersetzung.

Paperback DM 38,50

500 Seiten



„Pinel“ Verlag für humanistische Psychiatrie
und Philosophie GmbH München



Über Günter Ammon zu seinem 70. Geburtstag

Ammon lebt aus einer tieferen inneren Polarität heraus, einer Polarität von Tradition und möglicher Utopie, wie Menschen in Zukunft miteinander leben können, einer Polarität von Ich und Du und Gruppe, von Vergangenenem und Zukünftigem, von dem Möglichen, das in der Entwicklung jedes einzelnen Individuums und des Menschen überhaupt steckt.

Diese Polarität, die auch sein dialektisches Denken bestimmt und seine Dialektik im Leben ausmacht, ist in sich kein Widerspruch, sondern birgt in sich das synergistische Prinzip, das Aufeinanderbezogenheit, wo zwischen dem einzelnen und den anderen, zwischen Vergangenenem und Zukünftigem ein Spannungsfeld besteht, aus dem heraus in der Gegenwart das Schöpferische, die bedeutsame Begegnung möglich ist.

Menschliche Begegnungen waren *Günter Ammon* zeit seines Lebens wichtig. Für ihn waren Entwicklungen immer mit Begegnungen verbunden sowohl im geistig wissenschaftlichen Bereich, wie auch in der therapeutischen Konsequenz, in der unmittelbaren Arbeit mit den Menschen. Begegnungen haben sein Leben bestimmt, sowohl mit seinen Lehrern, mit seinen Schülern und Freunden, mit seinen Patienten, aber auch mit bedeutenden Wissenschaftlern aus aller Welt. Vielleicht können Freundschaft und Liebe nur aus einem solchen Spannungsfeld heraus gespürt werden, Liebe und Freundschaft, die wir, die Schüler und Mitarbeiter für ihn empfinden, wenn er sich selbst beim Lehren und Denken mit jeder Faser seines Wesens, mit seiner großen Fülle und Weite an Wissen, Erfahrungen und Erlebnissen zur Verfügung stellt, bildhaft und spielerisch uns die Geschichte der Psychoanalyse und der Wissenschaft zeigt.

Günter Ammon setzt dem Kranken das Gesunde entgegen, der destruktiven

II

Aggression liegt, dem Psychischen das Körperliche und wesentlich das Geistige. Aus dieser ganzheitlichen Polarität seines ganzen Wesens in der Bereitschaft, sich selbst bedingungslos zu fordern und sich bedingungslos den anderen Menschen zur Verfügung zu stellen, hat *Günter Ammon* konsequenterweise seine Arbeit in all den verschiedenen Dimensionen entwickelt und Schritt für Schritt in der Humanstrukturologie ausformuliert, nachdem er zunächst das grundlegende Buch »Dynamische Psychiatrie« wenige Jahre nach seiner Rückkehr aus den USA zur Veröffentlichung brachte, in dem er eine Psychiatriereform für die deutsche Psychiatrie entwickelte und die Ausdruck seines Anliegens war, das, was er in den vielen Jahren in den USA gelernt hatte, an psychotherapeutisch-psychiatrischen Erfahrungen in der Gruppenpsychotherapie, Milieuthérapie und Psychosentherapie der deutschen psychiatrischen Wissenschaft hineinzugeben als Zeichen einer Verbundenheit und Verwurzelung mit seiner Heimat, die ihm als Kosmopolit immer wichtig war.

Mit dem Aufbau einer Dynamischen Psychiatrie in der BRD sollte sofort begonnen werden. Es war die Zeit, in der die ersten Veröffentlichungen von *Ammon* bereits vor und während der 10jährigen Zeit in Amerika, grundlegende Arbeiten, wie die Gruppendynamik der Aggression und der Kreativität und die schon erwähnte Arbeit über »Dynamische Psychiatrie« die Aufmerksamkeit von Psychiatern, Psychoanalytikern, Psychologen und Wissenschaftlern im In- und Ausland mobilisieren sollte.

Es war aber auch die Zeit, wo organisatorische Strukturen gelegt werden mußten, die Arbeit in Therapie, Prophylaxe und Ausbildung das notwendige Feld ermöglichen sollten, wie z.B. die Gründung der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG) und der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), die ersten internationalen Kongresse in Paestum und Stelzerreut, die Gründung des ersten Instituts in Westberlin und folgende Institute, und als einer der ersten Kristallisationspunkte die Geburt der internationalen Zeitschrift *Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry*, die von *Ammon* 1968 aus der Taufe gehoben wurde und als deren Herausgeber er bis heute dient.

Die Zeitschrift, die in diesem Jahr ihr 20jähriges Jubiläum feiern kann, und die der Schaffenskraft von *Ammon* so viel zu verdanken hat, ist lebendige Geschichte und macht die wissenschaftliche, therapeutische und organisatorische Entwicklung seiner Schule dem Leser transparent. Alles wird offen dargelegt und zur Diskussion gestellt, denn Transparenz und Öffentlichkeit ist *Ammons* grundlegendes Prinzip.

Sein wissenschaftliches Werk umfaßt mehr als 400 Veröffentlichungen im In- und Ausland, außerdem hat *Ammon* mehr als 20 Bücher geschrieben und herausgegeben, zahlreiche in mehreren Sprachen übersetzt. Es galt zunächst, das grundlegende Handwerkzeug der Dynamischen Psychiatrie dem Leser zu vermitteln: Gruppendynamik und Gruppenpsychotherapie, die Schizophrenie- und Psychosentherapie und psychosomatische Forschung, das

drom, damit einhergehend das Humanstrukturmodell, sowie die Positivdefinition des Unbewußten und das Sozialenergiekonzept.

Die Krankheitsbilder hat *Ammon* schon immer auf einem gleitenden Spektrum erfahren und in ihrer gruppenspezifischen, psychogenetischen, psychodynamischen Verwobenheit als ein mehrdimensionales ganzheitliches Geschehen betrachtet. Heute spricht er, wie jüngst auf dem letzten Weltkongreß, von einem unitären Krankheits- und Gesundheitsgeschehen, das vor dem Hintergrund eines strukturell und sozialenergetisch formulierten Entwicklungsverständnisses eine individuelle Persönlichkeitsdiagnose und -behandlung erfährt.

Als die wichtigsten Theoriefelder formuliert und veröffentlicht waren — besonders zu erwähnen sei hier die von *Ammon* herausgegebenen beiden Bände des Handbuchs der Dynamischen Psychiatrie — konnte *Ammon* weitergehen, seinen ganzheitlichen Denkansatz, den er zeitlebens hatte, in den verschiedensten menschlichen Dimensionen ausdifferenzieren, wie die Androgynität des Menschen und seine Körperlichkeit, Arbeit und Tätigsein, Zeit und Zeiterleben, Tod und Sterben, Religiosität und Gottesbegriff, Frieden und Aggression, um nur einige zu nennen.

Ammons Werk, das er nicht nur lehrt, sondern auch lebt, hat ihm nicht nur Freunde, sondern auch Verleumdungen und Diffamierungen eingebracht — ein kompromißloser Weg, auf dem er viel erreicht hat, der aber auch leidvoll war.

In einer Gesellschaft, in der Schematisierung, Bürokratisierung und Dualismen ihre Blüte haben, muß ein solcher Denk-, Arbeits- und Lebensstil, muß eine solche Persönlichkeit Ärgernis sein, ein Ärgernis, das an den Grundfesten des Selbstverständlichen, an den Grundfesten der Bequemlichkeit und des Verharrungsbedürfnisses, an den Wurzeln der eigenen Unsicherheit und Angst rütteln und das erzeugt zutiefste Wut, die gegen *Ammon* und sein Werk immer wieder entwickelt wurde und nunmehr seit nahezu drei Jahren in Bayern von seiten des Leiters der Gesundheitsbehörde, der sich natürlich am meisten durch ihn und das, was er geschaffen hat, angegriffen fühlt, geschieht.

Der Weg, zu dem sich *Ammon* entschlossen hat, ist nicht leicht, aber er hätte auch keinen anderen gehen können, auch wenn er selbst oft zweifelt. Er, wie er ist, muß immer wieder das Spannungsfeld aufbauen, um das, was ihm so sehr am Herzen liegt, das, was scheinbar so unverstehbar ist, die Denk- und Gefühlswelt der schizophrenen und psychotisch reagierenden Menschen, zu übersetzen und verstehbar zu machen, um diese kranken Menschen aus ihrer Isolation herauszuholen.

Dazu mußte er auch neue Wege in der Behandlung gehen, immer mit dem sicheren Wissen, dem Kranken und Verletzten das Gesunde und dem Potential, das auf Entwicklung drängt, eine Ausdrucksmöglichkeit und ein sozialenergetisches Entwicklungsfeld zu verschaffen. Es sind dies vor allem die nonverbalen Therapieansätze, die diesen Menschen, die oftmals in ihren sprachlichen Ausdrucksmöglichkeiten und in der Bewältigung der für sie als bedrohlich erlebten Realität so große Schwierigkeiten haben, eine Chance geben, sich

IV

selbst mit all den Wünschen und Phantasien, der Verzweiflung und dem Leid mit anderen Menschen zu verbinden, eine Brücke zwischen sich und den anderen herzustellen.

Vor allem diese Menschen hat *Ammon* im inneren Auge und im Herzen, wenn er fragend Neues entwickelt. Neues bedeutet für ihn dabei immer Herstellung einer Verbindung zwischen dem einzelnen und der Gruppe und den einzelnen in der Gruppe, sozialenergetische Felder zu ermöglichen, aus deren konstruktivem Spannungsfeld heraus sich der schöpferische therapeutische Prozeß und Identität entwickeln kann.

Die Klinik Menterschwaige, als zweite Klinik im Jahr 1979 von *Ammon* begründet — seitdem ist er als Chefkonsiliarius dort tätig — ist als ein solch konstruktives Energiefeld geschaffen, mit der Milieuthérapie, der Einzel- und Gruppenspsychotherapie, der Theater-, Mal-, Musik- und Reittherapie.

Dort hat *Ammon* aus eben dieser Notwendigkeit heraus, den »Unerreichbaren« unter den Patienten ein weiteres Entwicklungsfeld zu schaffen, die Humanstrukturelle Tanztherapie entwickelt, die mittlerweile zu einem festen Bestandteil nicht nur der Therapie, sondern der Selbsterfahrung bis hin zum Humanstrukturellen Tanz als einer neuen Tanzkultur auf den 10-tägigen Gruppendynamischen Tagungen in der Casa Ammon in Paestum, auf den Gruppendynamischen Wochenenden und in den freien Tanzgruppen der Institute, integriert ist.

Die Anziehungskraft der Person *Ammons* und seines Werks, in dem sich seine Person, sein Leben und auch die Menschen, die mit ihm Strecken des Weges gemeinsam gegangen sind, widerspiegeln, ist groß. Viele Schüler haben bei ihm gelernt, ihre Persönlichkeit in der synergistischen und ganzheitlichen Polarität seines Lebens und durch sein Vorbild weitergestaltet und sich wieder von ihm getrennt, ein oftmals schmerzvoller Prozeß für den Lehrer und die Schüler nach Jahren gemeinsamen Lernens, Arbeitens und Lebens.

Für *Ammon* liegt die Zukunft in den jungen Menschen. Ihre Bildung und Ausbildung sind ihm immer ein wesentliches Anliegen. Die Forderung nach einer qualifizierten Ausbildung von jungen Menschen an Körper, Seele und Geist und nicht nur nach einer formalistischen Kenntnisanhäufung, hat er immer wieder gestellt und dies als eine Chance für eine humane psychiatrische Behandlung gesehen, deren wichtigste »Droge« der Mensch selbst ist, der sich dem anderen mit dem, was er zur Heilung braucht zur Verfügung stellt: Liebe, Güte, Verständnis, Zuverlässigkeit, Ernstnehmen, Verspieltheit, Kreativität, Fürsorge und Tragen und Bearbeiten der zum Lebensverbot und Leid geronnenen destruktiven Verstümmelung ursprünglich schöpferischer Kräfte.

Die Anziehungskraft *Ammons* und seiner Lehre geht aber seit vielen Jahren über die Grenze des eigenen Mitarbeiterkreises und der eigenen Fachdisziplin hinaus. Die WADP wurde aus dem Anliegen vieler ausländischer Wissenschaftler im Jahr 1981 gegründet, die *Ammon* von den jährlich stattfindenden Internationalen Symposien der DAP seit 1968, von Kongressen in ihren Hei-

Veröffentlichungen her kannten.

Mittlerweile sind 23 Länder Mitglied der Weltgesellschaft, die erst vor wenigen Wochen unter der wissenschaftlichen und geistigen Leitung von Dr. *Ammon* ihren 6. Weltkongreß in der Ludwig-Maximilians-Universität zum Thema der Schizophrenie und Psychosomatik in ihrer ganzheitlichen strukturellen und prozessualen Verwobenheit abhielt. Dieser Kongreß war, wie schon die 19 vorangegangenen Internationalen Symposien der DAP, ein Meilenstein in der Entwicklung einer Wissenschaft vom Menschen, der humanistischen Dynamischen Psychiatrie. Er trug, wie auch die vorausgegangenen Kongresse, die Handschrift einer Wissenschaft, die sich als »offen« begreift, offen hin zu neuen Erkenntnissen, zum Denken von bisher noch Ungedachtem — wie *Ammon* dies oft selbst formuliert —, offen hin zu anderen kulturellen, gesellschaftlichen und religiösen Lebensauffassungen und stets offen hin zum Menschen, der für *Ammon* die einzige Richtschnur dafür ist, was »wahr« ist, unabhängig davon, in welcher gesellschaftlichen Umwelt er lebt. *Ammon* hat seine ganze Arbeit immer am Menschen selbst orientiert, der ihm den Stellenwert und die Praxisrelevanz seiner wissenschaftlichen Konzeption korrigiert und erweitert.

Diese Arbeit wird *Ammon* konsequent weiterverfolgen, fragend, Neues entdeckend, diskutierend, differenzierend, überprüfend und zur öffentlichen Diskussion stellend mit der Absicht, an dem wissenschaftlichen Gebäude weiterzubauen. Er will, daß sich der Mensch darin wiederentdecken kann und sich zuhause fühlt, ohne sich darin einzurichten; denn das Theoriegebäude soll, so wie der Mensch, nie abgeschlossen sein.

Ihm als Architekten für die weiteren Projekte Schaffensgeist und Kraft zu wünschen ist nicht notwendig, denn den hat *Ammon*. Wir, die Schüler und Mitarbeiter, wollen *Ammon* vielmehr unseren Dank dafür ausdrücken, daß er uns als Teil seines schöpferischen Wirkens und in das Spannungsfeld seines Lebens mit einbezieht und wir gleichzeitig als Teilhabende in der Begegnung mit ihm schöpferisch tätig sein können.

Ilse Burbiel (München)



VI

Dr. med. Béla Buda (Budapest)

Leiter der Psychotherapeutischen Abteilung des National Institute for Nervous and Mental Diseases

Erster Vizepräsident der World Association for Dynamic Psychiatry WADP,

Chairman des ungarischen Zweiges der World Association for Dynamic Psychiatry WADP, Vizepräsident der ungarischen psychiatrischen Gesellschaft.

Günter Ammon, deutscher Psychiater und Psychoanalytiker, hat seinen 70. Geburtstag im Mai dieses Jahres. Wenn auch mit Verspätung wegen des Erscheinens unserer Zeitschrift, so möchten wir doch, die ungarischen Freunde, Schüler und Verehrer von *Ammon*, ihn mit Verehrung und Liebe zu dieser Gelegenheit grüßen und ihm viel Kraft und Gesundheit wünschen, um seine wichtige Tätigkeit noch lange fortsetzen zu können.

Günter Ammon hat während der sieben Jahrzehnte seines Lebens einen außerordentlichen Lebensweg durchschritten und Vieles und sehr Großes geschaffen. Er hat seine psychoanalytische Ausbildung in Berlin begonnen, dann in den fünfziger Jahren in den Vereinigten Staaten in Topeka im berühmten Institut von *Karl Menninger* beendet. Er hat fast zehn Jahre in Amerika verbracht und ist dann am Ende der sechziger Jahre nach Europa heimgekehrt, um sich in Westberlin niederzulassen. Er begann dort seine wissenschaftsorganisatorische, forschende und ausbildende Tätigkeit. Er hat in Berlin ein Lehr- und Forschungsinstitut gegründet und gibt seit 1968 eine eigenständige Fachzeitschrift heraus. Diese zweisprachige Zeitschrift »Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry« erscheint seitdem regelmäßig und vermittelt immer weiteren Kreisen wissenschaftliche Aufsätze auf hohem Niveau.

Zur Zeit der Berliner Studentenbewegung wurde *Ammon* unter den Studenten und jungen Fachleuten schnell bekannt. Er ist seitdem von Schülern und Anhängern umgeben. Er entwickelte in den nächsten Jahren ein völlig neues System von Ausbildung, Lehre und Forschung. Von 1969 an wird deutlich, daß er eine neue Richtung und Schule, nämlich die der Dynamischen Psychiatrie in Deutschland entwickelt hat. Von diesem Jahr an veranstaltet er im Rahmen der von ihm geschaffenen Fachorganisationen, wie der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft, der Deutschen Akademie für Psychoanalyse, und der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatik, seine internationalen Symposien. Diese Symposien finden zuerst als sogenannte »Casa-Konferenzen« statt, genannt nach dem von *Ammon* in Paestum/Südtalien bewohnten Haus. Bereits diese Symposien haben mehrere Hunderte von Teilnehmern angelockt und man kann unter diesen berühmte Namen der internationalen Psychoanalyse und Psychiatrie entdecken. Weitere Symposien werden im Tagungszentrum des Bayerischen Waldes veranstaltet und sie bringen viele neue wissenschaftliche Erkenntnisse und werden für die Teilnehmer zu einem besonderen Erlebnis. In der Mitte der siebziger Jahre nimmt die Zahl seiner Schüler und Anhänger weiter zu. Die internationalen Beziehungen verstär-

ken sich, die Symposien werden jetzt schon in großen Universitätsgebäuden abgehalten, wie zum Beispiel in Taormina, Berlin, Düsseldorf, München usw.

Inzwischen erscheinen von Jahr zu Jahr immer mehr bedeutende Aufsätze und Bücher von *Ammon*, und zwar nicht nur in Deutschland im Pinel-Verlag, sondern auch in Amerika, Japan und anderen europäischen Ländern. In einer lebendigen Atmosphäre und inmitten internationaler Symposien, Seminare und Vorträge wird *Ammons* theoretisches System nicht nur weiter ausgebaut, sondern zunehmend bekannter und transparenter, und zurückblickend können wir feststellen, welche Perspektiven und Dimensionen sein wissenschaftliches Lebenswerk erreicht hat. Schon die Jahre in Amerika haben ganz neue Entdeckungen und Initiativen gebracht, aber die ersten Veröffentlichungen fanden kaum Widerhall, doch zurückblickend können wir sehen, daß auch die frühen Erkenntnisse von *Ammon* sich ganz organisch der späteren Theorieentwicklung integrativ anpassen. Zum Beispiel hat er den Gebrauch von Drogen bei indianischen Ritualen studiert, und diese Studien beginnen selbständige Dimensionen zu gewinnen und werden von *Ammon* in seinem 1971 erschienenen Buch veröffentlicht. Noch in Amerika hat er eine Methode der Psychiatrie für schwerkranke Patienten entwickelt, aber auch die Bedeutung dieser Methode ist anhand der milieutherapeutischen Initiativen in München, Paestum und Stelzerreut erst deutlich geworden.

Ammon hat sich vor allem mit der psychotherapeutischen Methodik der Schizophrenie beschäftigt und sich während dieser Zeit der Analyse der Malereien einer schizophren reagierenden Patientin gewidmet. Er hat hierüber die hervorragenden Möglichkeiten kreativer Tätigkeit erforscht und auf die kreativen Möglichkeiten vor allem psychisch kranker Menschen aufmerksam gemacht. Diese Forschungen bilden bis heute die Basis der von ihm entwickelten Methodik in der Kunsttherapie. Darüber hinaus hat sich hieraus die Forschungsarbeit *Ammons* und die Weiterentwicklung seiner Theorie zur Kreativität entfaltet.

Auf Anregung von *Menninger* entwickelte *Ammon* einen ganzheitlichen Ansatz, dahingehend, daß Psychoanalyse relevant ist für alle Bereiche der Psychiatrie, das heißt, daß Psychoanalyse nicht nur eine Neurosentherapie, sondern daß Psychoanalyse auch die Grundlage einer dynamischen Psychiatrie ist und daß es darum geht, mit Hilfe der Psychoanalyse die theoretische Basis, die Behandlungsmethodik und die Forschungsansätze neu zu entwickeln. *Ammons* neue Erkenntnisse entfalten sich schrittweise und finden sich in allen weiteren Theorieansätzen wieder, integriert in einem übergreifenden, ganzheitlichen Verständnis.

Am Beginn der siebziger Jahre steht im Mittelpunkt von *Ammons* Interesse vor allem die Gruppendynamik und die Gruppenpsychotherapie. Die Gruppe ist für ihn nicht nur eine wesentliche Basis für die Behandlung von psychisch schwerkranken Menschen, sondern stellt auch die Grundlage für alle Ausbildungen in der Psychotherapie dar. Nicht nur die von ihm gegründeten Lehr- und Forschungsinstitute, sondern auch die Arbeit in den psychoanalytischen Kindergärten arbeiten nach gruppendynamischen Prinzipien, und vor allem die Kindergärten versuchen präventiv einer unter Umständen pathologischen

VIII

Familienprimärgruppendynamik entgegenzuwirken.

Im Mittelpunkt seiner Erkenntnisse stand die Erforschung der Ich-Funktionen, besonderen Nachdruck legte er auf die Beschäftigung mit der Aggression und beschreibt die Einteilung nach konstruktiver, destruktiver und defizitärer Qualität. *Ammon* betrachtet die konstruktive Aggression als wichtigste Kraftquelle des Menschen (*Ammon* 1972). Im darauffolgenden Jahr (1973) veröffentlicht er ein wesentliches Buch über die Gruppendynamik der Kreativität. Es folgen weitere Veröffentlichungen über die Grundlagen der Gruppendynamik und die Methoden der Gruppenpsychotherapie, veröffentlicht als Reader (1973, 1976). Die erste Zusammenfassung der Theorie von *Ammons* eigener Dynamischer Psychiatrie erfolgt in dem Band »Dynamische Psychiatrie — Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie«. Alle diese Bücher von *Ammon* sind in der Zwischenzeit auch als Neuauflagen wieder erschienen. In diesem zusammenfassenden Buch über Dynamische Psychiatrie stellt *Ammon* die Grundlagen der archaischen Ich-Krankheiten dar, stellt hier ausführlich die schizophrene Erkrankung, die Depression und die Psychosomatik dar. Er faßt diese Krankheiten auf als Folgen früher Störungen im Leben des Menschen, das heißt als prägenitale Ich-Schädigungen auf einem gleitenden Spektrum. Nach *Ammons* Auffassung verursachen diese schweren frühen Schädigungen ein strukturelles Defizit im Ich, wobei hier auf diesem gleitenden Spektrum auch das Borderline-Syndrom anzusiedeln ist. Er hat sich sehr ausführlich mit diesem Konzept und dieser Krankheit beschäftigt und ein neuartiges therapeutisches System herausgearbeitet und diesem Thema der Borderline-Erkrankung ein besonderes internationales Symposium gewidmet.

Er beschäftigte sich im folgenden sehr mit Fragen der Identitätsentwicklung und war schließlich auch Kongreßreferent eines Symposiums zu Fragen des Unbewußten in Tbilisi/UdSSR. Er beschäftigt sich daraufhin auch mit den biologischen Grundlagen psychischer Prozesse. Hieraus resultierte die Entwicklung einer Forschungslinie zur Neurophysiologie und Schlaforschung, ebenso wurde als neurophysiologische Methode der Autokinetische Lichttest entwickelt. Dieser Gesamtberèich der Schlaf- und Hirnforschung nahm eine zunehmend wichtigere Stellung innerhalb der Forschungskonzeption und Theorieentwicklung ein.

Basierend auf milieuthérapeutischen Erfahrungen veröffentlichte *Ammon* auch Gedanken und Überlegungen zur Bedeutung von Arbeit und Tätigsein für die psychische Entwicklung des Menschen, veröffentlichte über die Zusammenhänge von Arbeit und Identität und hat schließlich hieraus sein bedeutendes Konzept der Sozialenergie entwickelt. Dieses Konzept hat bis heute zentrale Bedeutung innerhalb von *Ammons* Theoriegebäude und therapeutischer Konzeption. *Ammon* postuliert, daß Dynamische Psychiatrie eine Behandlungswissenschaft ist und daß die Theorien einer Dynamischen Psychiatrie relevant für die Behandlung sein müssen. Fragen der menschlichen Arbeit und beruflichen Existenz vertiefen sein Engagement in sozialen Belangen und seinen gesellschaftlichen Ansätzen. Besonders wichtig sind ihm die Ich-

hat *Ammon* den Staat und die profitorientierte Gesellschaft dafür verantwortlich gemacht, daß die Lage der Psychiatrie in Deutschland vernachlässigt wurde, er wehrte sich gegen die Herrschaft der Anstaltspsychiatrie und wurde schließlich auch aktiv in Friedensfragen. Darüber hinaus hat er sich mit psychologischen Forschungen zu Fragen der Friedensfähigkeit auseinandergesetzt. Schüler und Anhänger von *Ammon* riefen Bürgerinitiativen zur Wahrung der Rechte psychisch Kranker ins Leben und haben in diesem Zusammenhang auch Demonstrationen organisiert und an solchen teilgenommen.

Im Zusammenhang mit Fragen der Friedensfähigkeit begann *Ammon* sich mit der Frage der Dualität von Geschlechtsrollen zu beschäftigen und entwickelte daraus die interessante Theorie der Androgynität des Menschen — eine interessante Auffassung, die auch therapeutische Relevanz hat und die herkömmliche Polarisierung von »männlich« und »weiblich« aufhebt.

In den letzten Jahren interessierte er sich auch für die spirituellen Dimensionen des Menschen und dementsprechend nahmen an den nun stattfindenden Kongressen und Symposien auch Meditationsfachleute aus Europa, Indien und anderen Ländern ebenso wie Religionswissenschaftler und Therapeuten sowie auch Heilpraktiker teil, ebenso wie auch Wissenschaftler aus den Bereichen der Parapsychologie.

Spätestens hier wurde deutlich, daß *Ammons* Betrachtungsweise im wahren Sinne holistisch und mehrdimensional konzipiert ist, wie dies auch im Titel seines zuletzt veröffentlichten Buches »Der mehrdimensionale Mensch« deutlich geworden ist.

Seit einigen Jahren hat *Ammon* eine neue Form von Tanztherapie, den Humanstrukturellen Tanz, herausgearbeitet und bietet dieses Verfahren vor allem für Borderline-Kranke und psychotisch reagierende Patienten an.

Es ist nicht möglich, alle von *Ammon* veröffentlichten Bücher hier aufzulisten, aber ich möchte doch die zwei wichtigsten und umfangreichsten Handbücher erwähnen, die 1979 und 1983 von *Ammon* unter Mitarbeit verschiedener Schüler herausgegeben wurden. Alle anderen Veröffentlichungen von *Ammon* verdienen eigentlich Erwähnung, auch wenn sie auf den ersten Blick nicht so wichtig zu sein scheinen, zum Beispiel ein interessantes Buch über Kindesmißhandlungen. In Wahrheit steht aber auch dieses Buch in einem organischen und wichtigen Zusammenhang mit dem gesamten Lebenswerk von *Ammon*, was man auch über alle anderen Veröffentlichungen sagen kann.

Offensichtlich ist, daß *Ammons* Gesamtwerk nicht in dieser Kürze ausreichend gewürdigt werden kann, und ich bin mir dessen bewußt, daß in dieser Würdigung sicherlich viele wichtige Werke, Aspekte und Gedanken nicht vertreten sind. Man müßte, um die wirkliche wissenschaftliche und psychiatrische Bedeutung verstehen zu können, den gesamten Entwicklungs- und Problemkontext der Psychoanalyse, der Sozialpsychiatrie und der gesamten Psychiatrie mit berücksichtigen. Nur eine solche komplexe Bearbeitung könnte verständlich machen, welche Bedeutung das Lebenswerk *Ammons* hat und wa-

hierzu die Aspekte der Verbürokratisierung und auch die Gefahr der Sektenbildung innerhalb der Psychoanalyse und therapeutischer Bewegungen sowie auch innerhalb der Psychiatrie berücksichtigen. Man müßte hierzu auch die politischen Dimensionen der Psychiatrie, vor allem auch der Prävention und Therapie mit berücksichtigen sowie auch die finanziellen Hintergründe der Industrialisierung und die Interessen der pharmakologischen Industrie. Hier sind viele Wurzeln für die Ablehnung von *Ammons* Ansichten und seinem Konzept zu finden.

Darüber hinaus möchte ich als weiteren Faktor *Ammons* Persönlichkeit und seine Lebensphilosophie erwähnen. Er ist ein sehr lebendiger und engagierter Kämpfer für das Wohl psychisch kranker Menschen. Er ist von absoluter Aufrichtigkeit und wahrheitsliebend und paßt sich — wenn es um das Wohl psychisch kranker Menschen geht — nicht an akademische Konventionen und Gepflogenheiten an. Er ist stets bereit, in Fragen der Psychiatrie sich auch konfrontatorischen Auseinandersetzungen zu stellen und hat sich dementsprechend aus mehreren internationalen Organisationen zurückgezogen. Dementsprechend hat die internationale psychoanalytische Vereinigung seine Schule geradezu auf eine »Verbotsliste« gesetzt. So versucht auch die deutsche psychoanalytische Literatur *Ammon* totzuschweigen oder so zu tun, als würde er nicht existieren. Aber auch *Ammon* unternimmt keinen Versuch der Kontaktaufnahme mit psychiatrischen Weltgesellschaften. Verschiedene lokale Kräfte sehen eine große Gefahr in seinen Reformansätzen.

Er stellt an seine wissenschaftlichen Schüler und Mitarbeiter hohe wissenschaftliche und moralische Anforderungen und dementsprechend gibt es um ihn verständlicherweise Spannungen und Konflikte. Dies alles zusammen hatte zur Folge, daß das von *Ammon* über nahezu ganz Deutschland aufgebaute Netz von Instituten im Laufe der achtziger Jahre schmaler geworden ist und die Zahl der Schüler und Ausbildungskandidaten abgenommen hat. Jedoch ist aus der »Deutschen Akademie für Psychoanalyse« die »World Association for Dynamic Psychiatry« entstanden, wozu mehrere Dutzend Länder dieser Welt gehören und worüber sich die internationalen Symposien der DAP zu Weltkongressen entwickelt haben.

Seit 1979 arbeitet in München die Dynamisch-psychiatrische Klinik Menter-schwaige nach *Ammons* Konzept und kann als eine Modellklinik der Dynamischen Psychiatrie aufgefaßt werden. Eine andere Frage ist, daß diese Klinik seit Jahren unwürdigen und unrechtmäßigen Angriffen ausgesetzt ist, aufgrund des Widerstandes und der Abneigung der lokalen Behörden gegen Reformen und neue Konzeptionen.

Nichtsdestoweniger arbeitet *Ammon* unaufhaltsam und schafft Vieles und Neues und ist auch weiterhin fähig, neue Konzepte zu entwickeln. Er praktiziert weiterhin selbst Psychoanalyse, Supervision, Gruppenpsychotherapie, die Tanztherapie, ebenso wie die gesamte neurophysiologische Forschung und Diagnostik, aber auch wissenschaftliche internationale Symposien und Kon-

Wir hoffen und wir wünschen, daß seine Bemühungen und Arbeiten noch lange fortgeführt werden können und zur weiteren Entwicklung der Dynamischen Psychiatrie beitragen können. Wenn wir uns seine Person und sein Lebenswerk vor Augen führen, so können wir nicht vergessen, wieviel die ungarische Psychiatrie ihm zu verdanken hat. Er war immer sehr aufgeschlossen, vor allem den Wissenschaftlern der sozialistischen Länder gegenüber. Er hatte immer sehr intensiven wissenschaftlichen Kontakt zu den Fachleuten der Sowjetunion, von Polen, Jugoslawien und er war immer ein Teilnehmer der Veranstaltungen der DDR. Diese Beziehungen hat er in langwierigen Kontakten sorgfältig aufgebaut und hat die Schwierigkeiten dieser Länder immer verstanden. Er hat diese Kollegen immer unterstützt und immer Einladungsschreiben an solche Länder geschickt, die ihre Fachleute nicht ausreisen lassen konnten. Dr. *Ammon* hat nie die Hoffnung verloren, daß diese ungünstigen Verhältnisse sich langsam bessern würden. Wenn wir eine Rechnung aufmachen würden, wieviel ihm die Einladung von Fachleuten und Gästen wert gewesen ist, dann würden wir auf ganz beträchtlich hohe Summen kommen. Aber vielleicht hat Dr. *Ammon* und seine Akademie noch mehr finanziellen Aufwand für die Verbreitung von Literatur aufgewandt, was gerade für die Fachleute in den sozialistischen Ländern von besonders großer Bedeutung ist. Wie mir bekannt ist, bekommen mehrere hundert Fachleute zum Beispiel in den sozialistischen Ländern die Zeitschrift »Dynamische Psychiatrie« und dutzendweise bekommen Kollegen Bücher und andere Informationsmaterialien. Diese Materialien bekommen vor allem Kollegen, die nicht in der Lage sind, westliche Währung zur Verfügung zu stellen. Dies betrifft auch Fachleute in Indien, in China und in afrikanischen und lateinamerikanischen Ländern.

Es ist vielleicht keine Übertreibung, wenn wir Ungarn sagen, daß wir vielleicht von ihm am meisten bekommen haben. Es gibt eine zunehmende Schar von jungen Schülern und Fachkollegen, die auf seinen Fachkongressen wertvolle wissenschaftliche Impulse bekommen, und der Kreis derjenigen, welche durch Bücher und Fachliteratur von *Ammon* wertvolle Informationen erhalten, ist noch erheblich größer. Von erheblicher Bedeutung waren die Besuche, die *Ammon* selbst oder seine Schüler in Ungarn gemacht haben — die Vorträge und Seminare haben eine große Gruppe von Fachleuten in Ungarn erreicht, eine Gruppe, die nicht fähig wäre, ins Ausland zu reisen. Heute hat *Ammon* sehr viele Beziehungen mit ungarischen Zentren der Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Dynamischen Psychiatrie, man könnte sagen, er hat Beziehungen und Kontakte mit eigentlich allen wesentlichen Zentren und Einrichtungen in Ungarn. Für dieses uneigennützig Engagement und diese Opfer müssen wir ihm besonders dankbar sein und ihm unseren Dank aussprechen, obwohl er diese Hilfe immer als selbstverständlich und uneigennützig betrachtet hat. Seine Hilfsbereitschaft ist das wahre Symbol dafür, wie uneigennützig und engagiert er sich für psychisch Kranke und für eine Behandlungswissenschaft einsetzt. lebt und arbeitet. Seine Wirkung und seine Ideen haben der

gegeben und wir spüren immer seine Wirkung und Inspiration. Wir grüßen ihn mit viel Liebe und senden ihm unsere besten Wünsche.

Belá Buda

Prof. Dr. med. János Szilárd

Direktor der Neuropsychiatrischen Klinik der Medizinischen Universität Szeged, Präsident der Ungarischen Psychiatrischen Gesellschaft

Herrn Dr. *Ammon* und die wissenschaftliche Tätigkeit der Dynamischen Psychiatrie habe ich vor fünf bis sechs Jahren näher kennengelernt.

Während dieser Jahre sind meine Kenntnisse und mein Interesse für die Dynamische Psychiatrie laufend gewachsen. Im Folgenden möchte ich versuchen, zu erklären, warum.

Ich habe bei drei Weltkongressen der WADP Gelegenheit gehabt, teilzunehmen. Wie dem Leser nicht unbekannt sein dürfte, habe ich die Ehre gehabt, mit meinen Mitarbeitern über drei verschiedene Themen Hauptreferate zu halten: 1983 über den Zusammenhang zwischen den psychopathologischen Gesetzmäßigkeiten des Alkoholismus und des Selbstmords, 1987 über die »biologische« Schizophrenieforschung und 1988 über die Möglichkeit eines komplexen, holistischen Krankheitsbegriffs.

Die Unterschiedlichkeit dieser Themen (die selbstverständlich den Hauptthemen der jeweiligen Kongresse angepaßt waren) macht deutlich, daß ich mich für die breite Skala der Problematik der heutigen Psychiatrie interessiere; das Hauptgebiet meiner wissenschaftlichen Tätigkeit umfaßt diese »allgemeinen«, gesellschaftlich-philosophisch relevanten Fragen und Dilemmas der heutigen Psychiatrie.

So ist es vielleicht selbstverständlich, daß ich die riesige und imponierend umfangreiche Arbeit von Herrn Dr. *Ammon* und der Dynamischen Psychiatrie hoch schätze, diese Tätigkeit auf weiten Gebieten der Psychiatrie und medizinischen Psychologie hochbedeutend ansehe und von dieser Arbeit auch einen bedeutenden Fortschritt der allgemeinen Psychiatrie erwarte und erhoffe.

Es scheint mir heute noch gar keine genaue Aussage darüber möglich, inwieweit und wie tief die Verbreitung der Lehre der Dynamischen Psychiatrie die Einstellung der Psychiatrie, der Psychiater sowie der Psychiatrie gegenüber, im allgemeinen wie in den einzelnen Bereichen, in den nächsten Jahrzehnten verändern wird.

Hierzu zwei kurzgefaßte Argumente:

Schon seit langer Zeit ist deutlich geworden, daß die klassischen psychoanalytischen Schulen dringend solch einer ganzheitlichen Weiterentwicklung und

neueren psychophysiologischen Erkenntnisse, sowie soziologischer Einflüsse bzw. Faktoren. Unbezweifelbar hat Dr. *Ammon* in diesen Bereichen mit seinen vielseitigen, wichtigen und neuen Beiträgen wesentlich an der Erfüllung dieses Anspruchs mitgewirkt.

Wenn jemand wiederholt an WADP-Kongressen teilnimmt, fällt ihm auf, welche bedeutende Rolle Vorträge und Berichte aus fremden Ländern und Kulturen spielen. Diese Erfahrungen und Theorien in die europäische »Sprache« zu übersetzen, ist eine Aufgabe, die noch ansteht. Die systematische Aufarbeitung und Verbindung der Ergebnisse aus europäischen und außereuropäischen Kulturen ist vielleicht eine für die ganze Menschheit wertvolle Tätigkeit.

In diesem Zusammenhang ist nicht nur der wissenschaftliche Austausch bedeutungsvoll, sondern auch der menschliche Kontakt, das Einander-besser-kennenlernen. Gerade in unserer Zeit ist es wichtig, die Menschenwürde und die Rechte der Patienten im Auge zu behalten.

Dies sind die Gründe, warum viele Fachleute anlässlich des 70. Geburtstags mit Dr. *Günter Ammon* feiern und ihm neben den besten persönlichen Wünschen viel Erfolg in der wissenschaftlichen Weiterentwicklung der Dynamischen Psychiatrie und bei der psychiatrischen Arbeit in Theorie und Praxis allgemein wünschen — zum Wohl unserer Patienten und für eine vorurteilslose Einstellung der Öffentlichkeit gegenüber den psychiatrischen Patienten.

Prof. Dr. János Szilárd

6.4.1988 Szeged

Edward J. Dehné, M.D., M.P.H., Dr. P.H.
Executive Vice President Continuing Medical Education of the International Health Society

2. Vizepräsident der World Association for Dynamic Psychiatry WADP
Chairman des Amerikanischen Zweiges der WADP

Fellow Emeritus International Health Society

Dr. med. *Günter Ammon* has founded the World Association for Dynamic Psychiatry and presided with world recognition over its six World Congresses commencing with:

1981 Unconscious and Identity. Munich Congress Center.

New Concepts of the Unconscious in Theory and Practice.

1982 Principles of Social Energy in Dynamic Psychiatry.

XIV

- 1983 Treatment Concepts of Dynamic Psychiatry.
Munich Congress Center.
- 1985 The Multidimensional Human.
Towards a Holistic View of Humanity and Science.
Fachhochschule Munich.
- 1986 The Androgynity of Human.
Hochschule der Künste Berlin-West.
- 1987 Body, Soul and Mind.
Toward a Holistic View of the Human and Science. Munich.
- 1988 Schizophrenia and Psychosomatics. Structural and Processual Human
Dimensions Treatment Methodology and Research Concepts in Dynamic
Psychiatry. Ludwig-Maximilians-Universität München.

Dr. *Ammon* organized and developed the 19 symposia of the German Academy for Psychoanalysis engaging the brilliant international psychiatry authorities of the world which have served as a source of dynamic change in humanistic diagnostic formulation of body, mind and soul emphasizing humanization of patients with mental disorders. His continuing medical education leadership has strengthened the proficiency of mental health administrators, physicians and therapists and set new standards for patient care in Germany and the world. He has received the most distinguished recognition of his outstanding achievements through cosponsorship of these congresses by the World Association of Social Psychiatry and the International Health Society which herewith confers this Fellow Emeritus in the International Health Society as an eminent world authority in Dynamic Psychiatry.

We sincerely hope that you will treasure this truly distinguished recognition as an outstanding achievement of great importance and a priceless asset to name, reputation and happiness.

With the highest esteem and warmest good wishes,

Edward J. Dehné, M.D., M.P.H., Dr.P.H.

Executive Vice President for Continuing Medical Education

(April 1988)

International Health Society, Inc.®

Devoted to Continuing Medical Education Since 1944

Edward J. Dehné, M.D., M.P.H., Dr.P.H., F.A.C.P.,
Executive Vice President for Continuing
Medical Education, International Health

Society confers the Distinguished Physician's Meritorious Award in recogni-

Dr. med. *Günter Ammon*, President of the World Association for Dynamic Psychiatry and its founder for his great contributions through comprehensive guidance, humanitarian and intellectual approach to individual, family, community, regional, national and international health and welfare problems, and his ability to inspire his associates to individual achievements have been of significant value to Germany, Europe and areas of the world. Dr. *Ammons* wisdom, dedication of humanity, managerial ability, tact, empathy, professional psychiatry competence, research skills, demonstrated sound judgement, resourcefulness and profound sense of responsibility in establishing and maintaining the highest health standards in each of the institutions with which he has been associated has set a standard for the world. His staff at Mengerschwaige Hospital has created the finest psychiatric service known. The ambience there is superb. We have enjoyed thoroughly and approved thoroughly of the way they have involved patients in the comprehensive program and their attitude toward patients is outstanding. We especially cite their attitude toward patients because throughout the world there has been a regression in the operational attitudes which treat the patient as a person above everything else. The patient is becoming more and more a diagnostic object with a tag indicating a statistical classification rather than a dynamic psychiatry diagnostic formulation of body, mind and soul. This humanization of patients is essential because mental patients are least able to insist that they be treated as human beings and the way we treat our mentally ill will reflect the way our society will treat us as individuals with inherent responsibilities and rights. In developing the six World Congresses for Dynamic Psychiatry demonstrating dynamic humanistic care of patients with psychiatric disorders Dr. *Ammon* convened these educational services dedicated to the health of all through strengthening the proficiency of mental health administrators, physicians and therapists in the development of a population perspective for analysis of health problems of our world population of 5 Billion now and 6 Billion in year 2000.

We sincerely hope that this truly distinguished recognition as an outstanding achievement of great importance and a priceless asset to your name and your organizations.

With the highest esteem and warmest good wishes.

›*Technology and International Health: Problems and Promise*‹

(April 1988)

XVI

Professor Dr. med. Vadim S. Rotenberg
1. Medizinisches Institut des Gesundheitsministeriums Moskau,
Chairman des Sowjetischen Zweiges der WADP

My dear friend and very respected colleague Dr. Ammon,

it is great pleasure and honour for me to congratulate you on your anniversary from me personally and from all your friends and followers in the USSR, who are in a contact with WADP.

Our acquaintance 1979 in Tbilisi, during the congress on Unconsciousness and our productive scientific and personal contacts was one of the most important events in my life as a scientist.

Your concept about the nature and function of constructive, destructive and deficitary aggression and its role in genesis of psychosomatic disturbances were very important for me, they are very close to our conception of search activity, made this conception more deep and gave it a very important clinical foundation. I was also very impressed by your ideas about the social energy as a determining factor in the development of the personality, as well as by your dialectic conception of personality which integrates biological, psychological and social aspects. Your conception of the personality is humanistic and includes social optimism. I regularly use your ideas in my work and they are very stimulating for my own search in science.

I am especially impressed of the diversity of your interests which I rejoice. Such a diversity is a true index of the real prominence in science. You are not only a careful and thoughtful psychiatrist but also you have deep knowledges in psychological and physiological theories and you are also able to the holistic philosophical understanding of the phenomenon of man in all his relationships with other peoples and with the universum.

You are very open to new ideas and roads in science. It is very important for me and my colleagues that all your interests are integrated by your humanistic ideals, which are seen not only in your personal contacts, so kind and psychotherapeutic, but also in your efforts to make the contacts between nations and countries more peaceful.

I wish you, my dear Günter, many years in creative work and in joy because of our love and respect.

Very cordially yours
Vadim Rotenberg, M.D.

Dr. med. Marius Erdreich
 Director of Psychiatric Services, Haifa City Medical Center
 (Rothschild), Chairman des Israelischen Zweiges der WADP

To Ammon, the Humanist and Scientist

The first meeting with Dr. *G. Ammon* was a surprise. . . . he was not the regular passive psychoanalyst expecting association and initiatives from others. Instead I met a big multi-dimensional man, highly perceptive and with human warmth.

One of the highlights of our eight years of collaboration was his visit to Israel in 1984, when he met the Israeli branch of WADP in Haifa and at the Dead Sea. His analysis of the Holocaust at the Haifa Medical Center highly impressed the people into tears by its authenticity and warmth.

The Mayor of the town who honoured the meeting remembers Dr. *Ammon* highly until today.

The press was extremely positive concerning *Ammon's* appearance and ideas. As an authentic person Dr. *Ammon* is also a good friend, ready to help when needed.

I visited regularly the Mengerschwaige Clinic and I was always impressed by the real dedication of the staff to their fellowmen, the patients.

It reflects the *Ammon's* school of psychiatry where the patient is the center of a constructive social setting, providing the vital social energy. It is probably one of the best known settings combining group and Milieu therapy.

Dr. *Ammon* is also a man of vision by choosing topics for practice and research that are reflecting the quickly changing human ecology.

I wish my great friend *Ammon* a long and creative joyful life.

Marius Erdreich M.D.

Professor Dr. phil. Jai B.P. Sinha

A.N.S. Institute of Social Studies Patna
 3. Vize-Präsident der WADP
 Chairman des Indischen Zweiges der WADP

Dr. Ammon: The Way I See Him

In May or June 1981, I received a letter from Dr. *Günter Ammon* inviting me to present a paper on Hindu identity at the 13th Symposium of the Ger-

XVIII

psychoanalyst or psychiatrist by any stretch of imagination. There are too many Sinhas around and that he must have a case of mistaken identity. I got a prompt rejoinder that he was not mistaken and that he wants me to participate in the symposium. So I joined the other participants in Munich Hilton during the very cold month of December. The symposium indeed was a big conference held in the Congress Centre with thousands of young predominantly German participants. The main invitees, however, were an assorted group of psychiatrists, psychotherapists, a judge, a Rabbi, lawyers, medical administrators, and social scientists like me. They came from different countries and belong to different backgrounds and most of them were personally known to Dr. *Ammon*. Two impressions of the symposium stand out among the many others: The charismatic personality of Dr. *Ammon* and his natural warmth for his friends and coworkers.

As soon as he used to enter the Congress auditorium, the thousands of participants packing the auditorium to its full capacity used to get spell bound. They would listen to him intently with eyes fixed on him. There was pin drop silence in the auditorium and only the continuous flashes of cameras caused any distraction. He seemed to energize them as no one else I know of even today does.

In contrast to the cold snow and ice of the English Garden, the meetings inside Hilton were conducted in singularly warm and friendly atmosphere. Dr. *Ammon* was again charismatic but in a different way: A friendly patriarchal figure rambling over many of his scholarly and experienced born ideas, spelling out his dream of a World Association, listening to others, arguing with emotions — a figure who was totally dedicated to his ideas but open to new ways, novel alternatives, and diversities in health and healing techniques. The meetings used to continue beyond midnight and kept me wondering: Here is a world famous psychotherapist and a philosopher who does not care for the German concept of time! He is not a conformist. He uses time in the way he thinks is the best! Probably this is his approach to mental health and healing.

The World Association For Dynamic Psychiatry (WADP) was born in such a milieu. The two salient features which attracted me were the heterogenous background of the members of the Board of Governors, and the fact that all of them converged on the principles of Dynamic Psychiatry under the warm and friendly leadership of Dr. *Günter Ammon*. It was a striking case of unity among the diversities. Through the six successive Congresses, the WADP grew from strength to strength. The real strength to me, however, was the realization of the principles of Dynamic Psychiatry in the way the Board of Governors was constituted, the Congresses were organized, the activities during the Congresses were conducted, or the psychotherapeutic sessions were held. There was a continuity and coherence among the multiple-dimensional WADP.

Those who did not share the basic philosophy got dropped out. There was

there, but were thought to be an essential condition for maintaining the identity of Dynamic Psychiatry. The Congresses grew seemingly slimmer but essentially stronger.

The basic philosophy of taking a holistic and integrative view of man seemed to be quite relevant in the Indian context which is highly pluralistic with multiplicity of religious, ethnic, linguistic, caste and subcultural groups living together for centuries. The rich cultural and long philosophical heritage, plethora of healing traditions along with the stark poverty of the present India seemed to require a Dynamic Psychiatric approach to mental health. Probably, the attraction was mutual. Dr. *Ammon* and six of his senior coworkers visited India in 1984. The visit galvanized the Indian Branch of WADP into action. Its membership grew in the various parts of the country. Dr. *Ammon* and his group were well received everywhere and they indeed enjoyed the visit. As a fall out of the trip, the various facets of Indianess were incorporated into the structure of the subsequent Congresses. We had the Sufi meditation, the psychic healing, and the meditation by a Brama Kumaris in addition to the socialpsychological and clinical inputs.

The most concrete embodiment of the Dynamic Psychiatry is the way the clinic in Mengerschwaike is organized. The patients, the therapists, the support staff and even the visitors live together and interact in supportive ways. Not only the physical facilities are excellent, but there exists a therapeutic milieu of understanding, openness, trust, respect, and human dignity, staying in the clinic itself has a touch of healing. The patients not only get individual and group therapies, they are prepared to face the world outside. The milieu in the clinic helps them learn to establish positive social energetic relationship in the outside world. They even participate in the various activities of the clinic and the Congresses. Invariably they get together in the evenings in the local institutes and clinics and thereby maintain therapeutic networks throughout West Germany. The networks are the social dimensions of Dynamic Psychiatry and underline the practical implications of social energy for normally functioning individuals. Many of them, who had previously suicidal tendencies, are fully cured and they all owe their second life to the therapeutic interventions of Dr. *Ammon*. And yet, they seemed to function and independent ad matured adults — neither helpless nor addict to Dr. *Ammon*.

Through this networking, Dr. *Ammon* has raised the possibility of creating Dynamic Psychiatric Communities which can serve as sanctuaries for coping with the stress and strains of life. The need is to help those who have formed the community of five or six persons for living together in the West to introduce the essence of Dynamic Psychiatry in the style of their life and in their normal interactions.

Dr. *Ammon* has been too busy in helping the needy ones, in evolving new methods of healing, in doing scientific work, etc., extend his dynamic-psychiatric network in distant countries. He visits European countries and Egypt fre-

USA, Hungary, Poland, Yugoslavia, Great Britain, and a few others. I wish he will develop ways and means to reach out many more countries in Asia and Africa. Many of the social institutions in these countries, which were conducive to mental health, are crumbling under the pressure of modernization. People need scientifically sound humanitarian institutions which can serve as the substitute. Dr. *Ammon* has developed a substitute. I wish him long life to see it cultured in the various countries of different histories, traditions, and constraints; but with one common concern: The wellbeing of all human beings.

Jai B.P. Sinha, Ph.D.
3. Vice-President WADP

Renato Berger
Schriftsteller (Zürich)

Ammon – Fremdling unter Dinosauriern?

Es begann auf einer Party im Hause von Dr. *Alexander Boroffka*, Professor für Psychiatrie an der Universität von Ibadan, der eben aus Nigeria zurückgekehrt war. Zusammen mit meiner damaligen Frau, *Helga Saefkow*, war ich nach längerem Aufenthalt in Afrika aus Nigeria nach Berlin zurückgekehrt, wo ich zu jener Zeit lebte. Die meisten Gäste, viele Ausländer, hatten sich in ihre tropischen Wahlländer verliebt. In Erinnerung an deren Kulturen, den angenehmen Arbeits- und Lebensstil, klammerte man sich nostalgisch aneinander. Wir waren daher äußerst sympathisch berührt, als plötzlich ein Ehepaar etwa in unserem Alter vor uns stand, uns zu einer ähnlichen Party einladend wie diese hier, in ihren Räumen in der Wielandstraße. Es waren Dr. *Günter Ammon* und seine damalige Frau *Gisela*. Nach deren Rückkehr aus den USA und Mexiko hatten sie vor, ein Zentrum für neuzeitliche Psychiatrie aufzubauen. Das offene Haus von *Ammon* erhielt bald Berühmtheit, es ging dort kulturell, wissenschaftlich und menschlich immer hoch her. Neben regelmäßigen Vortragsabenden war ein Abend – vielleicht in Vorausnahme von Paestum – dem italienischen Stil gewidmet: ein Wagen voller Früchte, Flaschen, Speisen, Blumen, Pflanzen in äußerst attraktiver Aufmachung. Eine Matinée galt dem Ausprobieren eines ausgezeichneten Likörs, 'egnok drink' genannt, von dem niemand wußte, woher der Name kam. Während eines Banketts mit Huhn vom frisch erworbenen Grill, mit Reis, erlesenen Speisen, Süßigkeiten und natürlich den dazu passenden Getränken geschah es zum ersten Mal, daß ich alkoholisch überladen zusammensackte. Wohl hatte ich mich an die mir zuträglichen drei Gläser Weißwein gehalten. Um meinen Durst zu stillen, schüttete ich hastig ein volles Glas einer Flüssigkeit in mich

dieses sich als reiner, hochkarätiger Wodka. Etwas später, auf dem Weg zum Taxi sackte noch ein Gast zusammen: der damals führende Professor für Ethnologie am Völkerkundemuseum.

Neben einer psychotherapeutisch und wissenschaftlich anspruchsvollen Tätigkeit hatte *Ammon* ein Stärkungspräparat, Soma, entwickelt, welches eine Zeitlang durch eine Berliner Apotheke vertrieben wurde. In *Ammons* Räumen war bereits auch der Tanz eingezogen; es wurde systematisch trainiert, klassisches Ballett und Modern. Wir besuchten zusammen die Weltmeisterschaften für Gesellschaftstanz in der Deutschlandhalle, Vorträge an der Urania, doch Zentrum unserer sich damals entwickelnden Freundschaft waren die Kulturen unserer Wahl, vor allem Asien, Mexiko und Afrika.

Hinter der weltmännischen Gastfreundschaft und dynamischen Aktivität der Berliner 'Casa Ammon' zeichnete sich bald der gewisse 'clash of cultures' zwischen *Ammon* und einer konventionellen analytischen Psychiatrie ab. Es war ein ähnlicher Kampf, wie ich ihn gegen eine noch völlig in eurozentrischer Arroganz verharrenden Ethnologie zu führen hatte. Unverständnis und Ablehnung haben uns nur stärker zu unseren eigenen Positionen geführt. Die Studentenunruhen der 60er Jahre gaben *Ammon* einen elementaren Auftrieb; es hatte den Anschein, als öffneten sich die Tore für eigenwillige Neuerer, denen es um den Menschen und diesem entsprechende Strukturen ging. Noch während dieser Zeit kehrte ich in die Schweiz zurück, *Ammon* und ich verloren uns aus den Augen bis zu jener schicksalsreichen Buchmesse, da ich ihn per Zufall traf. Ich konnte ihm mein eben erschienenes Buch vorstellen, hatte Kenntnis von seinen Büchern, und er lud mich zum nächsten Kongreß nach München ein. Diese Einladung, als Ethnologe zu einem psychiatrisch-wissenschaftlichen Kongreß, betrachtete ich als unverbindliche Höflichkeit. Kurz vor dem Kongreß rief mich ein Referent aus Zürich an; er hatte auf dem Programm meinen Namen entdeckt, doch wußte ich nichts davon. In einem längeren Telefonat mit *Ammon* und *Margit Schmolke* wurde meine Mitwirkung am Kongreß 'Der mehrdimensionale Mensch' 1985 festgesetzt; durch diesen und die nachfolgenden Kongresse wurde ich mit *Ammons* Arbeit konfrontiert.

Es war die geniale, ganz eigene Leistung *Ammons*, die mich — trotz anfänglicher Verzweiflungen und Vorbehalten, wie sie die Mitarbeiter *Ammons* alle kennen — von Anfang an in den Bann zog: die Einschätzung des heutigen Menschen als eine Ganzheit, die in kosmischen Gegebenheiten wurzelt, seine Erkrankung, sobald das Kräftespiel zwischen der sichtbaren und unsichtbaren Welt gestört wird, sowie die Freiheit verletzt, welche diesen Raum als Lebens-element durchpulst. Unnützlich zu erwähnen, daß diese Ausrichtung für das konventionelle, sich in erstarrten Strukturen bewegendes Heilverständnis ein rotes Tuch bedeutete.

Im Zusammenhang mit der Frage nach der Wieder-Einbettung des Individuums in eine neue Ganzheit wies ich in meinem Vortrag 'Trance und Nicht-

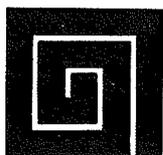
Verwirklichung hervor, die Konkretion des Geistes, wie *Jean Gebser* sie nennt, wie sie während der Jahrhunderte nur selten einzelnen Menschen gelungen sei. Aus dem asiatischen Raum erwähnte ich das Modell der Zukunftsstadt Auroville von *Sri Aurobindo* und der Mutter, aus den USA Esalen in Kalifornien, in Europa *Ammon* durch die Schaffung des kultischen Zellkerns Paestum. In einem nachfolgenden Satz kennzeichnete ich die heutige Situation sowie den Kampf, den *Ammon* seit Jahren mit einer verständnislosen, wieder kriminelle Züge tragenden Umwelt führt: »Vielleicht werden erst spätere Generationen diese Leistung voll einschätzen und anerkennen oder sie werden sich wundern über soviel damalige Blindheit, Verbohrtheit und Rückständigkeit.« Diese Aussage bezog sich nicht zuletzt auf eine weitere Verwirklichung der *Ammon*'schen Arbeit: die neuzeitliche Klinik Menterschwaige und deren Anfeindung durch eine Außenwelt, die sich, nicht allein in Deutschland, wiederum in Richtung auf Barbarei und modernes Dinosaurium zurück- oder zuzubewegen scheint. Dieses letzte einschneidende Geschehen legte nicht allein die tiefe Unmenschlichkeit und Perfidie eines herrschenden Machtapparates bloß, sondern, in ständiger Konfrontation damit, letzte menschliche Wirklichkeiten, die Eigenart einer schöpferischen, eigenwilligen Persönlichkeit, deren Irritabilität und Exzentrizität, auch der Hang zu Autorität aus einer teilweisen Position der Defensive und des Selbstschutzes heraus. Unwillkürlich trat mir das Bild vor Augen, wie es innerhalb der Ethnologie als Information existiert: die urzeitlichen, archaischen Sippschaften töteten den auftauchenden Fremdling. Diese Sippen, ganz zu Anfang der Schöpfung auf ihren physischen Fortbestand angewiesen, besaßen zu dieser Tötung eine Rechtfertigung. Doch auch heute wird der Fremdling, der sich mit neuen Ideen an erstarrte Glaubenssätze wagt, getötet, nicht physisch oder nicht immer, sondern vor allem durch Boykott, Chlorophormierung, Diskriminierung, durch den Willen zur Zerstörung dessen, was eine nicht konforme Persönlichkeit in jahrelanger Arbeit aufgebaut hat.

Hoffnung daher oder Resignation angesichts einer Welt, die, in ihren fundamentalen Werten gestört, auf dem Kopf zu stehen scheint? Für *Günter Ammon*, 70 Jahre jung und unverwüstlich, ist das sicher keine Fragestellung. Die Rolle des Fremdlings teilt er mit den besten unseres Jahrhunderts: *C.G. Jung* wurde Zeit seines Lebens boykottiert und verleumdet und auch er erhielt keine Berufung an eine Universität. *Jean Gebser* mußte trotz seines genialen Werkes, 'Ursprung und Gegenwart', bis zu seinem Tode, bereits schwer krank, von Vortrag zu Vortrag hetzen; nur eine Universität, Salzburg, hat ihn zuletzt anerkannt. Unwillkürlich denkt man an den letzten epochalen Umbruch, welcher ein neues Bewußtsein einleitete: die Anfänge des Christentums. Die diesen Umbruch tragenden Menschen wurden für ihren Kampf noch richtigen Löwen vorgeworfen und verfolgt; auch damals waren sie anderen Schlages als die heute noch dotierten Vertreter der Kirche, die längst morsch geworden ist, sowie eines Systems, welches sich mehr und mehr kriminalisiert. Fremd-

Welt. Seine metaphysische Liebe gilt der ägyptischen Religion, eine der differenziertesten, sublimsten Religionen, die durch religiösen Barbarismus zum Verschwinden gebracht worden ist. Im sozialpolitischen Raum öffnete er sich der von uns als Erzfeind apostrophierten, von uns abgeteilten östlichen Welt; während der Konferenzen wird im Bereich des Wissenschaftlichen und Menschlichen zu verwirklichen gesucht, was die in Waffen starrende Großmachtpolitik bis jetzt nicht erreichte, vielleicht ein Senfkorn neuen Verständnisses, welches sich zum Baum auswachsen wird.

Die Ohnmacht vor den gewalttätigen, retardierenden Mächten erfahren heute die Besten in unserem angeschlagenen Europa. Ein Tag der Ehrung wie dieser ist daher nicht allein Rückblick auf Geleistetes und Dank, sondern vor allem Ausblick und Zuversicht auf Kommendes inmitten einer Schar von Freunden und Gleichgesinnten, der unermüdliche Mitkämpfer für eine Welt, in welcher das Lebensrecht des Menschen vor allen Dingen Primat genießt. Im Zeichen der Ganzheit auch der Transzendenz anheimgegeben, sind wir beschützt durch das, was über heilende psychotherapeutische Erkenntnis hinaus in jenen Bereich reicht, welcher früher als göttlich bezeichnet worden ist.

Renato Berger



Zur humanstrukturellen Verwobenheit von Psychosomatik und Schizophrenie in einem ganzheitlichen Krankheitsverständnis*

Günter Ammon (Berlin/München)

Ammon diskutiert in der vorliegenden Arbeit die humanstrukturellen Gemeinsamkeiten und Beziehungen der beiden psychiatrischen Krankheitsbilder Schizophrenie und Psychosomatik auf dem Hintergrund seines integrativen Persönlichkeitsmodells: Gemeinsam ist beiden Erkrankungen — trotz vieler Unterschiede auf der phänomenologischen Ebene — ein schweres Defizit im zentralen nichtbewußten Kern der Persönlichkeit, d.h. wichtige Humanfunktionen wie Aggression, Narzißmus, Körper-Ich, Angst und Ich-Abgrenzung wurden nicht oder nur unvollständig entwickelt bzw. destruktiv verformt.

Ammon sieht in seinem unitären Krankheitsverständnis alle schweren psychischen Erkrankungen auf einem gleitenden Spektrum der von ihm sogenannten archaischen Ich-Krankheiten angesiedelt, denen allen das oben erwähnte strukturelle Defizit im Persönlichkeitskern gemeinsam ist. Dieses übergreifende Krankheitsverständnis ist deshalb so wichtig, weil das Erscheinungsbild der Schizophrenie und der Psychosomatik ganz unterschiedliche Reaktionen von seiten der Gesellschaft und der Schulmedizin hervorruft: Der schizophrene Reagierende erscheint als geisteskrank, bedrohlich, nicht verstehbar und letztlich unheilbar, während der psychosomatisch Kranke als körperlich krank, bemitleidenswert und organmedizinisch behandelbar erscheint. Seine Krankheit ist »gesellschaftsfähig«, er ist daher sozial integriert, während die Schizophrenie mit einem gesellschaftlichen Stigma versehen wird und der schizophrene Erkrankte sozial desintegriert ist.

Die Bedeutung des integrativen Krankheitsverständnisses, d.h. der Analyse der strukturellen Verwobenheiten, liegt vor allem darin, sich nicht auf die Symptome zu konzentrieren, sondern das dahinter liegende psychische Leid und die gesamte Persönlichkeit des Patienten mit seinen kranken und gesunden Anteilen wahrzunehmen und in die Therapie einzubeziehen: Humanstrukturell liegt beiden Krankheiten als Kerngeschehen eine schwere Störung der zentralen Humanfunktionen der Aggression zugrunde: Sie wendet sich beim psychosomatisch Kranken destruktiv gegen den eigenen Körper und ist defizitär gegenüber der Umwelt, während sich beim schizophrene Erkrankten die Aggression destruktiv gegen Psyche und Geist richtet und sich immer wieder destruktiv gegen die Umwelt richtet. Weiter sind die Humanfunktionen der Angst, des Narzißmus, der Kontaktfähigkeit und des Denkens gestört, wobei der Psychosomatiker durch die Konzentration seines Denkens und Fühlens auf sein krankes Organ eine gewisse Integration seiner Humanstruktur aufrechterhält. Seine sekundären Humanfunktionen des Verhaltens sind relativ intakt, während sie beim schizophrene Patienten weitgehend zusammengebrochen sind. Ammon betrachtet daher die Schizophrenie als geistig-seelische Psychose, die Psychosomatik dagegen als körperliche Psychose.

Die Therapie beider Erkrankungen auf der Grundlage dieses Verständnisses zielt als Identitätstherapie (Ammon 1979) darauf ab, in einem integrierenden, sozialenergetischen und gruppendynamisch strukturierten therapeutischen Feld von Mitpatienten und Therapeuten — ambulant und stationär — die gesunden Humanfunktionen zu aktivieren und die Nachentwicklung der unentwickelt gebliebenen bzw. verstümmelten Humanfunktionen zu ermöglichen, d.h. das »Loch im Ich« zu schließen. Die differenzierte humanstrukturelle Diagnostik (mit Ich-Struktur-Test nach Ammon, Autokinetischem Lichttest, u.a.), die ein individuelles Persönlichkeitsprofil der Humanstruktur des Patienten in ihren konstruktiven, defizitären und destruktiven Ausprägungen erstellt, bildet die Grundlage für die Erstellung eines individuellen Behandlungsprogrammes für jeden Patienten, die Beobachtung des Therapieverlaufs und die Kontrolle der Effizienz der therapeutischen Behandlungsmethodik. Die Ergebnisse dieser Forschung belegen die Bedeutung und die Effizienz des integrierenden Krankheitsverständnisses der beiden Krankheitsbilder, in-

* Vortrag gehalten auf dem 6. Weltkongreß der WADP und XIX. Internationalen Symposium der DAP vom 7. - 12. März 1988, Ludwig-Maximilians-Universität München, zum Thema

dem diagnostische Krankheitskategorien zunehmend an Bedeutung verlieren. Sie macht zugleich deutlich, daß Identitätstherapie ein über lange Zeit sich erstreckender Prozeß ist, in dem Symptombesserung nur einen Zwischenschritt darstellt, der nicht zu einer verfrühten Beendigung der Therapie führen sollte.

Das von uns entwickelte ganzheitliche Wissenschaftsmodell der Humanstrukturologie (Dynamische Psychiatrie) ist entstanden und gewachsen als Behandlungswissenschaft, d.h. es ist an den Problemen orientiert, die aus dem Behandlungsprozeß schwer psychisch kranker Menschen entstehen. Es entstand aus der Notwendigkeit heraus, auch Krankheitsbilder jenseits der Neurose wie schwere Borderline-Erkrankung, schizophrene Zustandsbilder und schwere psychosomatische Erkrankung zu verstehen und einer Behandlung zugänglich zu machen. Die rein naturwissenschaftlich orientierte Medizin und Psychiatrie konnte bislang weder eine umfassende Konzeption der Genese dieser Erkrankungen noch ein brauchbares Behandlungsprogramm anbieten. Sie verfügt über keinen universellen Krankheitsbegriff, der, wie *Szillard* auf unserem vorletzten Kongreß (1986) betonte, »für jede Frage, für jedes Krankheitsbild, für jeden individuellen Krankheitsverlauf ausreichend wäre.«

Der rational empirische Forschungsansatz der Naturwissenschaften hat dazu geführt, daß der Mensch auf immer kleiner werdende Teilbereiche reduziert und analysiert wurde mit dem Ziel, die Ursachen der Erkrankungen und deren Bedingungen im Sinne von Kausalitätsketten zu erarbeiten. Den Menschen und die Vielfalt menschlicher Erscheinungen in Kranksein und Gesundheit in ein systematisiertes und starres System zu zwängen, ist, so meine ich, von vornherein zum Scheitern verurteilt. So habe ich in meinem Beitrag zum Thema Methodenintegration (1982) darauf hingewiesen, daß eine Wissenschaft vom Menschen nie ein geschlossenes System sein dürfe, da Mensch, Gruppe und Gesellschaft als ständig in Entwicklung und daher prozeßhaft und dynamisch zu verstehen sind.

Der Mensch lebt in dynamisch sich verändernden Beziehungen, die auch ihn ständig verändern in seinen körperlichen, seelischen und geistigen Dimensionen, die ganzheitlich miteinander verwoben sind und in innigem Bezug stehen zu den sozialenergetischen Feldern umgebender Gruppen und der Umwelt.

Der Mensch ist tief verankert in nichtbewußten Prozessen, die sein Tun und Verhalten hervorbringen und in denen seine schöpferischen Potentiale mit der Möglichkeit der Veränderung seiner selbst und seiner Umwelt liegen.

Auch die biologische Dimension eines Menschen kann mit einer geschlossenen Systematisierung nicht erfaßt werden. So habe ich im Laufe der Jahrzehnte meiner Arbeit mit psychisch kranken und gesunden Menschen ein dynamisches, ganzheitliches und offenes Wissenschaftskonzept entwickelt, das versucht, in theoretischen Konzepten dem tatsächlichen Geschehen in Diagnostik und Therapie immer differenzierter zu entsprechen und Arbeitshypothesen zu entwickeln, die ein zielbewußtes und reflektiertes Handeln erlauben.

sion (1968) als einer entwicklungsgeschichtlich konstruktiven Funktion des Menschen, die erst reaktiv durch gruppensdynamische Einflüsse eine destruktive oder defizitäre Verformung erhalten kann und die ich als einen Kernpunkt gesunder oder pathologischer Persönlichkeitsentwicklung ansah. Damit legte ich den ersten Baustein für mein heute weiter ausdifferenziertes Krankheits- und Gesundheitsverständnis. Dieses Krankheits- und Gesundheitsverständnis, verbunden mit einer Entwicklungs-, Behandlungs- und Persönlichkeitstheorie, eröffnete mit der Formulierung des Humanstrukturmodells (1976) und dem übergreifenden Konzept der Identität und Sozialenergie (1979) neue Denk- und Behandlungsmöglichkeiten. Dies gilt auch besonders für die auf einem gleitenden Spektrum angesiedelten archaischen Ich-Krankheiten, zu denen die Schizophrenie (als Struktur und Reaktion) und die psychosomatische Erkrankung gehören.

Humanstrukturell haben beide Krankheitsbilder im zentralen Kern der Persönlichkeit ein Defizit. Mein Anliegen ist es, beide Erkrankungen auf dem Hintergrund eines integrativen Persönlichkeitsmodells, das den Menschen als gruppensdynamisch, 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 kurz definieren, was ich unter Sozialenergie verstehe. Sozialenergie als psychische Energie sehe ich immer in Abhängigkeit von zwischenmenschlichen und gruppensdynamischen Bezügen, von der Umwelt des Menschen, gesellschaftlichen Faktoren und seinem Sein in dieser Gesellschaft, was auch die Arbeit des Menschen und seine Beziehungsfähigkeit miteinbezieht. Durch Sozialenergie entwickelt sich ein Mensch, kann er wachsen und sich verändern, seine Identität ausbilden wie auch seine Humanstruktur als Ganzes.

Dabei kann die Sozialenergie je nach der Gestaltung der gruppensdynamischen sozialenergetischen Feldkonstellation, in der im Beziehungsgeflecht der Gruppe Auseinandersetzung stattfindet, konstruktiv, destruktiv oder defizitär sein. So finden die sozialenergetischen Austauschprozesse in den Gruppen ihren unbewußten Niederschlag in der Persönlichkeit des Menschen.

Sozialenergie ist notwendig zur Erhaltung des Lebens. So ist es meines Erachtens 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 führte.

Zur Zeit kann nach unserer Meinung soziale Energie meßbar gemacht werden an der Beziehung zwischen zwei Menschen durch die von *Erik Igenbergs* entwickelte Elektrographie, mit der die Bildung von Freundschaftsbrücken bei Öffnung der Coronas gegenüberliegender Fingerkuppen befreundeter Menschen auf Video festgehalten werden kann. *Igenbergs* hat seine Ent-

In der Theorie der Dynamischen Psychiatrie oder besser gesagt in der Theorie der Humanstrukturologie wird die Persönlichkeit als Humanstruktur verstanden und als ein komplexes dynamisches System von synergistisch untereinander sich regulierenden integrierenden oder desintegrierenden Humanfunktionen aufgefaßt, die zueinander in einem ganzheitlichen Zusammenhang stehen und sich prozeßhaft entwickeln.

Humanfunktionen sind qualitativ unterschiedliche, biologische, psychologische und geistige Kräfte, die gemeinsam größere Strukturen bilden. Ich unterscheide zwischen primären biologischen, zentralen nichtbewußten und sekundären bewußten Verhaltens- und Handlungsfunktionen:

- 1) Die primäre Humanstruktur umfaßt die gesamte biologische Struktur des Menschen; sie bildet die erste Basis, in der die zentralen Humanfunktionen, die den Kern der Persönlichkeit bilden, verankert sind.
- 2) Zu den zentralen, nichtbewußten Humanfunktionen gehören: Die Identität als funktionale Einheit der Integration, der Koordination und Regulation aller zentralen, primären und sekundären Humanfunktionen. Desweiteren gehören dazu die konstruktive Aggression, die Kreativität, die Traumfähigkeit, das bildhafte und konzeptionelle Denken, die Phantasiefähigkeit, die Sexualität, der Narzißmus, die Frustrationsregulation, das Körper-Ich, die Gruppenfähigkeit sowie die Ich-Abgrenzung nach innen und außen. Aufgrund der Hirnforschungsergebnisse der mit uns befreundeten Wissenschaftler, insbesondere *Rotenberg* und *Zenkov* (1978), sowie *Gasaniga* (1974), *Gribov* (1981) und *Genkina* (1975) können wir heute das nichtbewußte Ich oder das Unbewußte gewissermaßen in der rechten Hirnhemisphäre lokalisieren (*Ammon* 1982).
- 3) Zu den sekundären Humanfunktionen des bewußten Verhaltens und Handelns gehören konkretes und analytisches Denken, das Gedächtnis, die Intelligenz, die Sprache, die Affekte, die Phantasiegestaltung und die Motorik. Diese Funktionen sind vorwiegend in der linken Hirnhemisphäre angesiedelt. Den primären, zentralen und sekundären Humanstrukturen ist die Identität als ganzheitliche Erscheinung und Gestalt des Menschen übergeordnet: Die Humanfunktionen bilden eine Einheit von sich wechselseitig synergistisch beeinflussenden Lebensprozessen und befinden sich in einem kontinuierlichen, fließenden Zusammenspiel im Sinne eines dynamischen Strukturprozesses.

Bei der schizophrenen Struktur sind besonders folgende Humanfunktionen gestört: die Aggression, die Angst, die Ich-Abgrenzung, die Sexualität, das Körper-Ich, die Wahrnehmung, das Denken, die Frustrationsregulation, die Kontaktfähigkeit und der Narzißmus, die Integrationsfähigkeit und damit zentral die Identität. Desweiteren sind bei der schizophrenen Struktur besonders alle sekundären Verhaltens- und Handlungsfunktionen gestört bzw. gelähmt: Untersuchungsergebnisse durch Psychiater, Psychologen, Sozialarbeiter und Milieuthérapeuten ergeben ein Bild von der Humanstruktur des jewei-

bei deutlich, daß jeder Patient gewissermaßen ein ganz individuelles Persönlichkeitsprofil hat, d. h. eine individuelle Diagnose. Die graphische Kurve im Persönlichkeitsprofil macht das Verhältnis und die Beziehung zwischen den gesunden und gestörten Persönlichkeitsanteilen deutlich und liefert den Schlüssel für einen ausgewogenen Behandlungsplan unter Einbeziehung der gesunden Anteile.

Neben der humanstrukturellen Diagnostik, die auch immer eine psychogenetische, psychodynamische und gruppodynamische Formulierung miteinschließt, findet sorgfältige medizinische, internistische und neurologische Durchuntersuchung statt. Bei der psychiatrischen Diagnose wird zusätzlich zu der humanstrukturellen Diagnose der ICD-Schlüssel der WHO mitbenutzt zu Zwecken der Kommunikation mit anderen Zentren und der statistischen Erfassung.

Wir sollten nicht vergessen, daß unsere Spektraltheorie keine gleitende Skala darstellt, sondern ein gleitendes Spektrum, da es nach unserer Auffassung doch bedeutsam ist, ob sich ein Krankheitsprozeß vorwiegend in diesem oder jenem Krankheitsspektrum abspielt, was auch therapeutische Konsequenzen hat. Daher wird im Behandlungsteam auch immer neben dem dynamischen Psychiater und Psychologen ein qualifizierter Psychotherapeut, Internist und Neurologe mitarbeiten.

Zur Erfassung der Humanfunktionen entwickelte ich mit meinen Mitarbeitern den Ich-Strukturtest (ISTA), dessen Ergebnisse zu einem Persönlichkeitsprofil mit differenzierter Diagnostik der gesunden, wie aber auch der geschädigten Persönlichkeitsanteile führen können. Bei der Psychosomatik zeigt sich eine relative Intaktheit der sekundären verhaltensfunktionellen links-hemisphärischen Funktionen bei einem ausgeprägten Defizit im Bereich der zentralen unbewußten Funktionen um den zentralen Funktionsbereich der Identität.

Der Ich-Strukturtest soll eine möglichst adäquate Abbildung der Humanstruktur erbringen. Der Test findet in der Therapieverlaufs- und Effizienzforschung zur Messung der Entwicklung von Humanfunktionen Anwendung. Er wird zur Diagnostik und Prognostik eingesetzt. Der Ich-Strukturtest hat Behandlungsrelevanz und therapeutische Funktion. Seine Ergebnisse werden unmittelbar in den therapeutischen Prozeß einbezogen und therapeutisch bearbeitet.

Die beiden folgenden tabellarischen Übersichten der allgemein gebräuchlichen Testverfahren im Hinblick auf die Humanfunktionen Angst (siehe Tab. A) und Aggression (siehe Tab. B) im Vergleich zu dem Ich-Strukturtest (ISTA) zeigen deutlich die Differenziertheit und Überlegenheit des ISTA, besonders in der Persönlichkeits- und Krankheitstheorie sowie in der Definition von Angst und Aggression.

Die Grundpositionen unseres Verständnisses der schizophrenen Erkrankung sind folgende:

Tabellarische Übersicht A über gebräuchliche Testverfahren zur Messung von Angst

	Ich-Struktur-Test der Angst nach Ammon	Minnesota-Multphasic-Personality-Inventory (MMPI) Hathaway & McKinley (1951; dt. 1963)	Manifest Anxiety Scale (MAS und MAS für Kinder) Taylor (1953)	Test Anxiety Questionnaire (TAQ)- (TACS) Mandler & Sarason (1959)	Kinder-Angst-Test (K-A-T) Thurmer & Tewes (1969)	Angstfragebogen für Schüler (AFS) Wiczerkowski et al. (1974)	State-Trait-Anxiety Inventory (STAI) Spielberger et al. (1970; dt. 1981)
Persönlichkeits- theorie, auf der der Test basiert	Persönlichkeitstheorie der Dynamischen Psychiatrie, die Identitätsentwicklung über die Strukturierung primärer, zentraler und sekundärer Ich-Funktionen formuliert	keine explizite Persönlichkeits- theorie Psychopatholog. Klassifikationsystem nach Kraepelin	keine explizite Persönlichkeits- theorie Mensch als »black box« Reaktionen von Trieb abhängig	keine explizite Persönlichkeits- theorie Lerntheorie »habit-inference-theory«	keine explizite Persönlichkeits- theorie	keine explizite Persönlichkeits- theorie	keine explizite Persönlichkeits- theorie
Theorie der Angst	Angst als Identitäts- angst verstanden wird über schädigende oder mangelnde Beziehungs- erfahrungen, destruktiv oder defizitär entwickelt	keine explizite Angsttheorie	Angst als durch- gängige Reaktionsbe- reitschaft, die von der Triebstärke abhängt	Angst als Trieb; Aus- wirkung auf Leistung wird durch Lern- prozesse be- einflusst	Angst entsteht aus Triebunruhe und dem Konflikt zwischen Triebanspruch und Sozialisierungsvor- gang	faktorielles Ver- ständnis von Angst als hypothetischem Konstrukt; generelle und situationsspezifi- sche Angst	Angst als Trieb; faktorenanalytische Un- terscheidung in state- und trait-Angst kog- nitive Angstbewältigung
Gemessener Angstbereich	Ich-Funktion der Angst in ihren konstruktiven, destruktiven u. defizi- tären Ausprägungen	keine Standard- skala; später abgeleitet	physiologische Varia- blen (körperlicher Ausdruck) und Erleb- nisweisen	Leistungs- angst, Prü- fungsangst	allgemeine Ängstlich- keit; besonders trieb- verursachte Angst im Anpassungsprozeß	Schul- und Prüfungs- angst (faktoriel zer- gliedert in Prüfungs- angst, manifeste Angst, Schulunlust, soziale Erwünschtheit)	leistungsbezogene state- (Zustands-)Angst und trait- (Eigen- schafs-)Angst
Itemauswahl	aufgrund von ableit- baren Operationali- sierungen aus der therapeutischen Praxis heraus formulierte Items	Itemauswahl der Angst durch ver- schiedene Autoren aus 566 klinischen Feststellungen	aus MMPi nach der Definition von Cameron (nach körperlicher und psychischer Angst)	Konstruktion	nach MAS	nach MAS und TASC	nach MAS und IPAT-IAS (Cattell 1963)

(aus: Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Band 2, 1982, hrsg. Günter Ammon; Seite 577)

Tabellarische Übersicht B über gebräuchliche Testverfahren zur Messung von Aggression

	Ich-Struktur-Test der Aggression nach Ammon	Fragebogen zur Erfassung von Aggressivitätsfaktoren (FAF)	Picture-Frustration-Test (PFT)	Minnesota-Multiphasic Personality-Inventory (MMPI)	Das Emotionalitäts-Inventar (EMI)
	Ammon et al. (1978)	Hampel & Selg (1975)	Rosenzweig (1945; dt. 1957)	Hathaway & McKinley (1951; dt. 1963)	Ulrich & Ulrich (1977)
Persönlichkeitstheorie, auf der der Test basiert	<p>Persönlichkeitstheorie der Dynamischen Psychiatrie, die Identitätsentwicklung über die Strukturierung primärer, zentraler u. sekundärer Ich-Funktionen formuliert</p>	<p>keine explizite Persönlichkeitstheorie »soziale Verhaltensweisen werden gelernt«</p>	<p>keine explizite Persönlichkeitstheorie</p>	<p>keine explizite Persönlichkeitstheorie Kraepelinsche Klassifikation</p>	<p>keine explizite Persönlichkeitstheorie Lerntheorie</p>
Theorie der Aggression	<p>genuin konstruktive Ich-Funktion der Aggression kann sich durch schädigende oder mangelnde Beziehungserfahrungen destruktiv oder defizitär entwickeln</p>	<p>Lerntheoretische Grundlage: »Aggressionen werden gelernt«, besonders durch operantes und Beobachtungslernen</p>	<p>Frustration-Aggression-Hypothese nach Dollard und Miller (1939)</p>	<p>keine explizite Aggressionstheorie</p>	<p>Aggression als »relevante emotionale Reaktionsklasse«</p>
Gemessener Aggressionsbereich	<p>Ich-Funktion der Aggression in ihren konstruktiven, destruktiven und defizitären Ausprägungen</p>	<p>Erfahrung aggressiver Tendenzen (spontane und reaktive Aggressivität, Erregbarkeit, Selbstaggressionen; Gewissensstrenge ist Aggressionshemmung)</p>	<p>Reaktionstendenzen auf konfliktthaltige und frustrierende Situationen, »extra-, intra- und impunitiv Aggressionsrichtungen«</p>	<p>»hostility« auffällige Verhaltensweisen</p>	<p>aggressive Stimmung »differenzierte Aussage über klinisch relevante emotionale Reaktionsklassen«</p>

(aus: Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Band 2, 1982, hrsg. Günter Ammon; Seite 579)

- ne Erkrankung mit einer defizitären und destruktiven Humanstruktur.
- 2) Die zentralen Humanfunktionen des schizophren Erkrankten sind schwer defizitär und destruktiv. In der akuten psychotischen Reaktion brechen die sekundären Verhaltens-Humanfunktionen weitgehend zusammen.
 - 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) Der schizophren Erkrankte ist darüber hinaus gekennzeichnet durch einen Lebenslauf, der durch Mißerfolge, ständiges Zerreißen von Kommunikation und durch Kontaktabbrüche im persönlichen Bereich wie auch an Arbeitsstellen charakterisiert ist. Weiterhin ist sein Leben durch das Fehlen eigener Identität gekennzeichnet und dadurch, daß er sich nur als Teil einer Symbiose existent erleben kann und lebensfähig ist.
 - 5) 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 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 Existenzangst ist als Ausdruck seiner defizitären Identität zu verstehen. Die 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.

Forschungsergebnisse zeigen den Zusammenhang von psychotischen Reaktionen und psychosomatischen Erkrankungen auf. Über diesen Zusammenhang berichten bereits *Jung* (1907) und *Dreyfuß* (1908). *Meng* (1934) betont den psychoseähnlichen Charakter psychosomatischer Erkrankungen. *Meng*, der Patienten mit Anorexia nervosa behandelt hatte, prägte den Begriff der Organpsychose für psychogene organische Störungen, die auf eine primäre Störung des Körper-Ichs zurückgehen. In der Genese dieser durch frühere Schädigungen des Ichs eingeleiteten organischen Erkrankungen spielt nach *Meng* die Mutter eine führende Rolle.

Kermann (1946) berichtete von Patienten, die zunächst an Asthma bronchiale litten, dann nach pharmakologischer Symptombeseitigung eine manisch-de-

Bronchialasthma erkrankten.

Franz Alexander (1950) versuchte in seinem klassischen Werk »Psychosomatische Medizin« die Theorie eines generellen, dynamischen und entwicklungs-spezifischen Zusammenhangs zwischen Psyche und Soma zu leisten. Durch Einbeziehung endokrinologischer und physiologischer Überlegungen gibt er die isolierte »psychische Betrachtungsweise« auf und revidiert weitgehend das Instanzenmodell der klassischen Neurosenlehre.

Psychosomatisch kranke Patienten leiden an einem schweren Aggressionsdefizit, d. h. sie sind nicht fähig, ihre Bedürfnisse zu spüren, anderen Menschen gegenüber Bedürfnisse anzumelden, und haben wenig eigene Interessen entwickelt. Das Aggressionsdefizit ist an ein hohes Maß an destruktiver Aggression gekoppelt, was bedeutet, daß diese Menschen nicht bewußt gegen sich und andere Menschen zerstörerisch sind. Beispielsweise brechen sie den Kontakt ab, wenn er gerade entstanden ist, oder sie verletzen sich selbst oder quälen sich durch Grübeleien und Zwangsgedanken (*Ammon* 1970).

Die defizitäre Aggression nach außen und die destruktive Aggression nach innen zu bearbeiten, ist das Kernstück aller Behandlung, ganz besonders bei den schweren psychosomatischen Erkrankungen, wie z.B. bei Krebs.

Meine Mitarbeiter und ich werden nie vergessen, wie wir mit einer schwer krebserkrankten Patientin gerungen haben um ihre destruktive Aggression, bis wir sie durch konfrontatorisches und provokatorisches Arbeiten in der Großgruppe zu einem sogenannten aggressiven Durchbruch brachten, gefolgt von kontinuierlicher Durcharbeitung ihrer destruktiven Aggression. Der Röntgenologe war erstaunt über den Rückgang der Metastasen und wir über ihr steigendes Wohlbefinden. Gerade zu diesem Zeitpunkt trat die Familie der Patientin auf den Plan und zog sie zu sich zurück nach Hause, gerade zur Weihnachtszeit, wo sich die Krankheit verschlimmerte und sie dann im Schoße ihrer Familie starb.

Die Identität des psychosomatisch Erkrankten wird ersetzt und ausgefüllt durch die körperlichen Symptome, was ich als das »Loch im Ich« (*Ammon* 1970, 1971, 1972, 1973, 1974) bezeichnet habe. Dieses »Loch im Ich« spiegelt ganzheitlich die Dynamik der emotionalen Leere wider, in der das Kind aufgewachsen ist. Es hat nie die Zuwendung bekommen, die es eigentlich gebraucht hätte. Diese Leere in der frühen Lebensgruppe des Kindes ist es, die das Kind dazu brachte, über das Signal einer körperlich erscheinenden psychosomatischen Erkrankung Liebe und Zuwendung zu erhalten.

Alle psychosomatisch Kranken sind innerlich Verlassene. Es herrscht eine ständige Angst vor, verlassen zu werden; in aktuellen Trennungssituationen versuchen diese Patienten alles zu tun, um eine Trennung zu verhindern. Sie reagieren mit körperlichen Symptomen, die manchmal sehr schwer, manchmal lebensbedrohlich sich manifestieren (*Ammon* 1974). Man könnte psychosomatische Erkrankungen deshalb auch als »Trennungskrankheiten« bezeichnen.

das Weit-Weg-Sein von Gefühlen, das *Sifneos* (1975) als die sogenannte Alexithymie bezeichnet hat. Die Welt der Gefühle, Emotionen, Empfindungen und Beziehungen zu Menschen und zu Dingen ist weit weg, selbst bei Menschen mit größter Begabung und höchsten Fähigkeiten. Diese Unfähigkeit, sich selbst fühlen und spüren zu können, ist identisch mit der emotionalen Leere bei der Depression.

Eine besondere Übereinstimmung besteht zwischen meiner Konzeption der defizitären Aggression, *Rotenbergs* Konzept der »renunciation«, das heißt des Aufgebens von »search activity«, und *Engel* und *Schmales* Konzept der Rochester Schule von *Alexander* vom »given up« (Hilflosigkeit) und »giving up« (Hoffnungslosigkeit) bei der psychosomatischen Erkrankung.

Mit diesem von *Engel* und *Schmale* erforschten Komplex des »given up — giving up« aber stoßen wir meines Erachtens auch auf die psychogenetisch entscheidende Situation in der Ontogenese der Krankheitsdisposition. Denn der psychosomatisch Kranke hat das »given up — giving up«, die Situation der Hilflosigkeit und der Hoffnungslosigkeit, bereits in frühester Kindheit erlebt. Die Hoffnungslosigkeit ist humanstrukturell gesehen ein extrem defizitäres psychisches Geschehen, d. h. wo keine Hoffnung mehr ist, da geht der Mensch psychisch und infolgedessen körperlich zugrunde. Diese Dynamik ist auch als Ursache für den psychogenen Tod zu verstehen.

Bei unseren Körperfragebogen-Untersuchungen 1984 in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaipe zeigte sich bei einem Viertel der Patienten ein Symptomwechsel: Bei 15 % traten andere körperliche Symptome auf wie Magen- und Zwölffingerdarm-Geschwüre, körperliche Schwäche, klimakterische Beschwerden, chronische Bronchitis und Kopfschmerzen. Bei 11% der Patienten alternierten Hauterkrankungen mit Angstzuständen, psychotischen Wahnvorstellungen, Depressionen und Suizidalität, Zwangsvorstellungen und -handlungen.

Nach unseren klinischen Erfahrungen spricht ein häufiger Symptomwechsel für eine Psychosenähe des Patienten. Wird bei dem Patienten durch Eingriffe von außen ein Symptom aufgehoben, so kann es zu akuten psychotischen Reaktionen kommen. Die auf Körperebene sich abspielende Erkrankung darf deshalb nicht dazu verführen, diese ausschließlich oberflächlich zu behandeln.

Das Prinzip der Verwobenheit der verschiedenen Krankheitsbilder und ihrer Strukturen bis hin zu einem unitären Krankheitsverständnis ist ein Eckpfeiler der Humanstrukturologie und Dynamischen Psychiatrie. Die Verwobenheit wird besonders ausgedrückt durch die von uns festgestellten Prozesse von Integration versus Desintegration, dem Synergismus zwischen Körper und Seele, dem bewußten mit dem unbewußten, d. h. nichtbewußten Feld der Persönlichkeit, der Regulation der verschiedensten Humanfunktionen bzw. den Störungen dieser Einheiten.

Was nun Struktur und Reaktion der Schizophrenie in Beziehung zur psy-

gen, daß folgende Aspekte beiden Krankheitsformen gemeinsam sind:

- 1) Eine Störung der Humanfunktion der Aggression. Bei der Schizophrenie ist diese destruktiv gegen Psyche und Geist, wie aber auch gegen das Verhaltens-Ich der Persönlichkeit gerichtet. Bei der psychosomatischen Erkrankung erscheint die Aggression defizitär, aber man kann sagen, daß entsprechend der Stärke des Aggressionsdefizits nach außen ein destruktiv aggressives Potential gerichtet gegen Organe und Leib des Kranken, wie aber auch gegen die nichtbewußten zentralen Humanfunktionen, resultierend aus einem, metaphorisch ausgedrückt, »Loch im zentralen Ich der Identität« besteht.
- 2) Störungen im Kontakt mit Mensch und Gruppe und zu sich selbst.
- 3) Störungen im Bereich der Humanfunktion der Angst. Bei der Schizophrenie ist es eine psychisch-geistige Angst, verbunden mit Denkstörungen wahnhafter Art mit Verfolgungs- und Größenideen. Bei der Psychosomatik handelt es sich um eine an körperliche Symptome gebundene Angst, verbunden mit Todesangst.
- 4) Ein pathologischer Narzißmus ist bei beiden Erkrankungen stark entwickelt. Bei der Psychosomatik kreist er um die körperliche Symptomatik, bei der Schizophrenie um psychisch-geistige Vorstellungen.
- 5) Bei beiden Behandlungen spielen non-verbale Behandlungsmethoden eine große Rolle wie besonders die humanstrukturelle Tanztherapie, Musik- und Maltherapie und Milieuthherapie mit der Arbeit an Projekten.
- 6) Gemeinsam ist beiden ferner ein starker Konkretismus im Denken.
- 7) Bei beiden Erkrankungen steht der Symbiosekomplex im Mittelpunkt, da es in der symbiotischen Entwicklungsphase zu keiner Ablösung durch Identitätsentwicklung kommen konnte und deswegen immer wieder vom Leidenden versucht werden muß, eine Symbiose wiederherzustellen, statt Identität zu entwickeln.

Unterschiedlich sind beide Krankheitsbilder in ihrer Erscheinungsform. Der schizophrene Reagierende erscheint als geisteskrank, bedrohlich und unheilbar, der psychosomatisch Kranke erscheint körperlich krank und bemitleidenswert, medizinisch und organisch krank und behandelbar. Wenn man sich nur mit seinem Symptom beschäftigt, wird man seine schwere psychische Störung nicht erkennen und sie ignorieren und den Erfolg der Therapie abhängig machen von der Beseitigung der Symptome. Bei schizophren Kranken wird man eine ähnliche Erfahrung machen; bei Beachtung lediglich seiner Symptomatik wird man sein seelisches Leiden weder erkennen noch behandeln können. Man wird die Symptome mit Psychopharmaka unter Kontrolle halten wollen.

Die Unterschiede zwischen beiden Krankheitsformen liegen

- a) im oben beschriebenen Erscheinungsbild;
- b) in der besser integrierten Humanstruktur des Psychosomatikers durch die am Symptom gebundene Angst und einem weitgehenden Intaktsein der

- auf Kosten der manchmal wechselhaften psychosomatischen Symptomatik (Symptomverschiebung).
- c) Man könnte sagen, bei der Schizophrenie handelt es sich vorwiegend um eine geistige Psychose und bei der Psychosomatik dagegen um eine körperliche Psychose.
 - d) Der psychosomatisch Erkrankte ist im Gegensatz zum schizophren Erkrankten beruflich sowie in der Partnerschaft erfolgreicher. Der schizophrene Strukturierte und auch oft Reagierende ist abhängig von einem Symbiosepartner mit Hilfs-Ich-Funktionen; Gruppen am Arbeitsplatz, im häuslichen Leben, aber auch in der Psychotherapie können die sogenannten Hilfs-Ich-Funktionen auf breiter Basis übernehmen, damit er überhaupt handeln kann.

Lassen Sie mich nun durch Kasuistik obige Aspekte illustrieren:

Eine junge Frau, die zu uns in Behandlung kam im Zustand von Todes- und Verfolgungsangst, Nahrungsverweigerung, Scheitern in ihrer Partnerschaft, bot während ihrer Case-Konferenz nach längeren gründlichen Untersuchungen und psychotherapeutischer Betreuung folgendes Bild: Durch ihre Lebensgeschichte hinweg seit der Kindheit hatte sie gelitten unter einer sogenannten Anorexia nervosa, d. h. Perioden mit Nahrungsverweigerung und starker Abmagerung, abgelöst von Perioden mit Aufnahme enormer wahlloser Nahrung außerhalb der Mahlzeiten; Körperhalluzinationen, die sie erleben ließen, daß ihr ganzer Körper gläsern wäre oder daß die in der U-Bahn ihr gegenüberstehenden Personen Schweineköpfe bekamen, was ihr Angst machte. Sie litt unter Amenorrhoe, Akne am ganzen Körper und Gastritis, und war depressiv mit einem Gefühl von Ziel- und Standpunktlosigkeit, extrem starken Abhängigkeitsbedürfnissen bei einer beachtlichen Anzahl von Begabungen. Ein bemerkenswerter Punkt in ihrer Lebensgeschichte war, daß ihre Mutter, die sie als eine bildschöne, erotische und liebe Frau beschrieb mit einem Hang zur Exzentrik, sich ohne Ankündigung so aufgehängt hatte, daß am Morgen ihre Tochter als erste ihren Leichnam sehen mußte.

In der Case-Konferenz wurden folgende Begabungen und Möglichkeiten deutlich: Sie war eine begabte Malerin, demonstriert durch eine große Sammlung von Gemälden, Zeichnungen, die ihr Kunsttherapeut mit in die Konferenz brachte. Sie war eine gute Reiterin in der Reittherapie und war stark engagiert in der Füttergruppe und beim Reiten. Sie sagte, den einzigen wirklichen Kontakt habe sie zu Pferden, ihrem großen Hund und zur Natur.

An diesem Punkt der Case-Konferenz kam der Gedanke auf, daß sie Reitlehrerin oder -therapeutin werden könnte. Sie selbst konnte sich sofort für diesen Gedanken begeistern. Dann äußerte sie, daß sie gerne Malerin werden wolle und vielleicht Maltherapeutin. Ihr Maltherapeut dagegen schlug vor, sie solle Ingenieurin werden, da sie hohe technische Begabungen habe, obwohl er auch sah, daß sie in ihren Malereien Körper, Farbe, Komposition und Landschaft gut beherrschte. Eine Krankenschwester meinte, sie solle Architektin werden, da sie neun Monate erfolgreich in einem Architekturbüro gearbeitet hatte. Die Patientin selbst sprach dann davon, wieviel ihr die Tanztherapie bedeute und daß sie sich beim Tanzen ganz spüren würde.

Diese Diskussionen verliefen sich ins Nebelhafte, so daß eine gewisse Müdigkeit in der Konferenzgruppe auftrat. Erst als ich interpretierte, daß die zersplitterte Ich-Identität der Patientin in ihren verschiedenen desintegrierten Identitäts- und Berufsmöglichkeiten sich widerspiegelten, wirkte dies erfrischend auf die Gruppe. Wie bei uns üblich, hatte die Patientin auch mehrere ihr nahestehende Patientinnen sozusagen zur Unterstützung mitgebracht. Leicht spielerisch erklärte ich ihr, daß bei ihnen sie begleitenden Freundinnen sich Aspekte ihrer Krankheit widerspiegelten, wie in Frau A. ihre melancholische Traurigkeit, in Frau L. ihre Psychosomatik, in Frau B. ihre exzentrischen Unwirklichkeiten und Ängste, während das Team sozusagen ihre konstruktiven Identitätsaspekte spiegelbildlich reflektiert hatte. Die Patientin konnte dies akzeptieren, ebenso wie ihre Mitpatientinnen und auch das Team, was eine kreative Wende im Behandlungsprozeß erbrachte.

Bei diesem Beispiel wird ein Verwobensein zwischen schizophrenen und psychosomatischen Zügen deutlich wie auch die integrierende Funktion der

xia nervosa deutlich wurde.

Erwähnen möchte ich, daß es in der Psychiatrie verschiedener Schulrichtungen bekannt ist, daß, wenn bei bestehender akuter Psychose eine fieberhafte Erkrankung oder ein sonstiges schweres körperliches Leiden auftritt, die Psychose abklingt, um jedoch beim Abklingen der körperlichen Erkrankung wieder aufzutreten. Ähnlich ist es mit der Wegnahme körperlicher Symptome wie beim plötzlichen Aufheben von Schmerzen durch Injektion oder dem Auftreten von Depression bei Aufhebung von Asthma-Symptomatik durch Autogenes Training, wie ich dies in meiner Praxis erfahren konnte. Ich habe dazu ausführliche Kasuistik in meinem Psychosomatik-Buch (1974) veröffentlicht und dabei ganz besonders Aspekte von manchmal durch das ganze Leben gehenden Symptomverschiebungen oder auch Symptomverschiebungen in einem längeren psychotherapeutischen Prozeß beschrieben.

Im folgenden möchte ich auf die psychotherapeutische Behandlung eingehen. Die humanstrukturelle Therapie bedeutet Identitätstherapie. Identitätstherapie heißt nicht, Symptome zu kurieren, sondern den Patienten von seiner Eingeschlossenheit, seinen Vernichtungs- und Verlassenheitsängsten zu befreien und ihm als Mensch bei der nachholenden Entwicklung seiner bislang verstümmelten und unterdrückten Fähigkeiten, Ausdrucksmöglichkeiten und Lebensmöglichkeiten, d. h. seiner gesamten Persönlichkeit, an der Seite zu stehen.

In Verbindung mit dem spektraltheoretisch spezifizierenden Krankheitsverständnis ergibt sich für jeden einzelnen Patienten eine individuelle Behandlungskonzeption.

Dazu ist es wesentlich, alle konstruktiv und aktiv gewesenen Humanfunktionen des Patienten zu fördern. Im Sinne einer echten nachholenden Persönlichkeitsentwicklung gilt es dann, zu der Leere der zentralen Humanfunktionen vorzustoßen, dem »Loch im Ich«, und dort Identität allmählich aufzubauen. Hinter dieser Leere steht meist eine ganz tiefe Verlassenheitsangst, vor der der Patient nur oberflächlich weiß und in der er nie wirklich erreicht worden ist.

Von besonderer Bedeutung bei der Therapie ist die Konzeption eines sozial-energetischen Feldes innerhalb des gruppenspezifischen 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, gruppenspezifischen Behandlungsprogramms wie Mal-, Musik-, Theater-, Tanz-, Sport-, Reit- und Projekttherapie mit abendlichen Interessengruppen und wöchentlicher Großgruppe, einschließlich Einzel- und Gruppenpsychotherapie durch geschulte und gut ausgebildete Mitarbeiter.

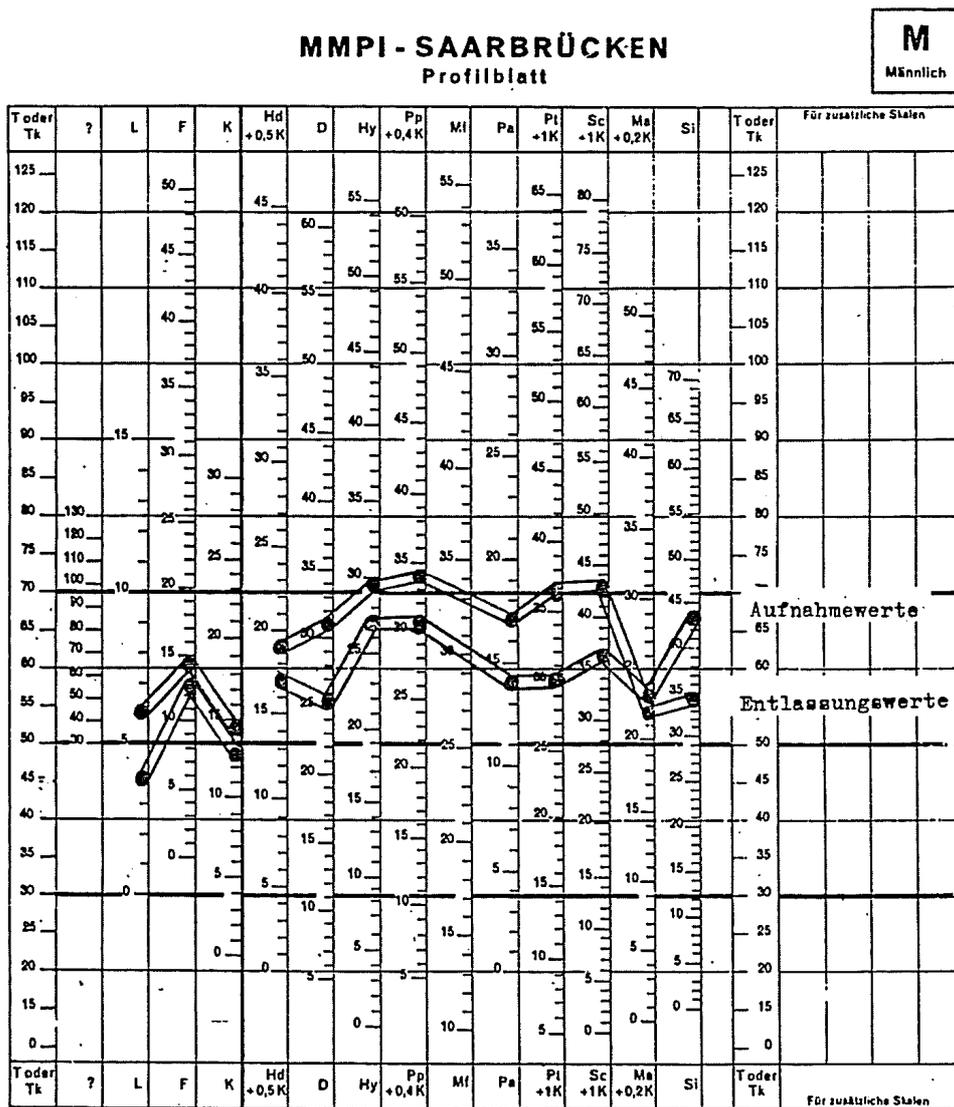
Bei den schweren psychischen Erkrankungen wird eine hauptsächlich non-verbale Therapie effektiv sein. Hier sei besonders auf die humanstrukturelle Tanztherapie hingewiesen mit ihren integrierenden Auswirkungen des Tan-

wegungssprache für verbal gehemmte Patienten (Ammon 1986).

Bei der Behandlung beider Krankheitsbilder wird im Zentrum die Arbeit am therapeutischen Widerstand des von mir oft beschriebenen Dreiecks Aggression, Paranoia und schwerer pathologischer Narzißmus, verbunden mit schwerster Kontaktangst, stehen. Eine heilende Besserung des Krankheitsprozesses wird erst dann eintreten, wenn diese miteinander verwobenen psychogenetisch und humanstrukturell verstehbaren Dimensionen mit ihrem vehementen Widerstandscharakter bewältigt werden können.

Im Rahmen einer Untersuchung der Effizienz der Klinikbehandlung mit objektiven Testverfahren (MMPI, ISTA) erzielten wir folgende Ergebnisse:

- 1) Hochsignifikante Veränderungen der psychischen und psychiatrischen Krankheitssymptome bis zum gänzlichen Verschwinden der Symptomatik (Minnesota Multiphasic Personality Inventory – MMPI; N = 38 Patienten)



VERLAG HANS HUBER BERN STUTTGART WIEN
Translated and adapted under special arrangements
with the owner of the original copyright, the University
of Minnesota, and the publisher, The Psychological
Corporation, New York, N. Y., USA. Copyright 1943.
All rights reserved.

Graphische Darstellung der MMPI-Aufnahme- und Entlassungswerte von N
38 Patienten der Disziplin „Psychiatrie“

2) Bedeutende Veränderungen im Bereich körperlicher und psychosomatischer Erkrankungen: 65 % der vorher erkrankten Patienten waren nach der Behandlung symptomfrei oder wesentlich gebessert, 11 % wenig gebessert und nur 12 % der Patienten wiesen keine Besserung ihrer körperlichen Erkrankungen auf.

Speziell für die Gruppe der schizophrenen Reagierenden konnten wir überprüfen, daß eine wesentliche Besserung im Sinne einer grundlegenden Strukturveränderung bei 51%, teilweiser Erfolg im Sinne einer Symptomverbesserung bei 20% erzielt worden war. Keine Besserung war bei 29% festzustellen, wobei es sich um Patienten handelte, die die Therapie vorzeitig abbrachen oder eine lange psychiatrische Vorbehandlung hatten ($p^{***} = 0.001$).

3) Tiefgreifende strukturelle Veränderungen der nichtbewußten Persönlichkeitsstruktur in zwei Richtungen:

- hochsignifikante Zunahme gesunder Persönlichkeitsanteile. Dies bedeutet einen erheblichen Zuwachs an Kontakt- und Beziehungsfähigkeit, Arbeitsfähigkeit, an Selbstwertgefühl, einen Zuwachs an Lernfähigkeit und Selbstständigkeit, insgesamt Identitätsgewinn
- hochsignifikante Abnahme defizitärer (nicht entwickelter) und destruktiver (zerstörerischer) Persönlichkeitsanteile. Dies heißt eine starke Abnahme von Abhängigkeitsbedürfnissen, von Einsamkeitsgefühlen, von Wahrnehmungsverzerrungen, von Todesangst und Lebensunlust, weiterhin eine deutliche Verringerung von Kontaktabbrüchen und zerstörerischen Ausbrüchen (Ich-Strukturtest nach *Ammon*, ISTA; N = 49;)

ISTA	n	x	S	T-Wert	p
Aggression konstruktiv	49	8.3 13.1	5.3 4.1	- 5.17	0.000 ***
Aggression destruktiv	49	8.1 5.6	9.6 3.3	1.87	0.068
Aggression defizitär	49	7.7 3.3	5.9 2.5	5.16	0.000 ***
Angst konstruktiv	22	6.3 9.9	2.9 3.1	- 3.85	0.001 ***
Angst destruktiv	22	8.9 7.2	3.3 4.3	1.76	0.093
Angst defizitär	22	5.2 2.7	2.1 2.0	4.58	0.000 ***
Abgrenzung innen	22	4.0 6.7	2.6 3.1	- 3.32	0.003 ***
Abgrenzung außen	22	5.5 9.4	3.6 4.2	- 3.64	0.002 ***

Vergleich der ISTA-Aufnahme- und Entlassungswerte von N = 49 bzw. N = 22 Patienten der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige; T-Test

Die regelmäßigen dreimonatigen Verlaufsuntersuchungen mit dem ISTA zeigen die Kontinuität der therapeutischen Auseinandersetzung in der Behandlung der zerstörerischen und nicht entwickelten Seiten der Patienten. Vorschnelle Entlassungen nach äußerlichen und scheinbaren Erfolgen gefährden auch das bis dahin Erreichte.

Ich habe mit diesem Beitrag versucht, die innige Bezogenheit der mehrdimensionalen verschiedenen Humanstrukturen und deren Störung darzulegen und damit die strukturelle Verwandtschaft von Psychosomatik und Schizophrenie, so daß das ganzheitlich gesund wie krank Reagierende eines Menschen deutlich wird. Die diagnostische Kategorie verliert daher weitgehend ihre Bedeutung und an ihre Stelle tritt die größere Bedeutung der Mehrdimensionalität von Humanstruktur, Behandlungsmethodik und Heilungsprozeß.

On the Humanstructural Interrelation of Psychosomatics and Schizophrenia in a Holistic Understanding of Disease

Günter Ammon (Berlin/München)

The scientific model of humanstructureology, which *Günter Ammon* has developed, has emerged and grown as a science of treatment in the work with severely mentally ill patients. To such clinical pictures like the borderline-disease, states of schizophrenia and severe psychosomatic disease able medicine and psychiatry, oriented by natural sciences, until now to offer any comprehensive concept of their genesis and treatment, due to its lack of a holistic concept of disease. Owing to its rational empiric concept of research has led to a reduction of human beings to smaller and smaller elements and has explained the genesis of disease in terms of rigid, limited and causal chains.

In contrast to this *Ammon* calls for all sciences of man to be an open, dynamic system, taking into account, that man himself holds a dynamic structure of personality, which is in close connection with the surrounding groups' socialenergetic fields and their dynamically changing relationship.

Even man's biologic dimension cannot be comprehended in a separate system and even less can the spiritual-mental dimension, which roots deep in unconscious processes.

Thus in the course of his work *Ammon* has developed a dynamic, comprehensive and open scientific concept: starting with a new formulation of aggression (1968) as an phylogenetically constructive function, which can become destructive or deficitary only when there are certain, particular group-dynamic influences, continuing with his new concept of the humanstructural model (1976) and his comprehensive concept of identity and social energy (1979), he has worked out a new differentiated concept of disease and health; in this concept there were also new possibilities for the treatment of archaic ego-illnesses, located on a

Social energy is the psychic energy, which human beings give to each other in their social relations. This social energy makes it possible for man to develop and to build up his identity and his humanstructure. Social energy is also necessary for the preservation of life. According to its group-dynamic context it can be constructive, destructive and deficitary and leads accordingly to the development of constructive, destructive and deficitary structures of personality. Personality is here seen as humanstructure in the sense of a complex, dynamic system of human-structures, synergetically regulating each other, which are holistically connected with each other and develop in continual processes.

Here one has to differentiate between primary functions embracing man's biologic structure, central human-functions, embedded in the unconscious, including identity, constructive aggression, creativity, dreaming-ability, ability to think in terms of images and concepts, imagination-potential, sexuality, narcissism, regulation of frustration, ego-demarcation, body-ego and group-ability; and secondary human functions comprising concrete and analytic thinking, memory, intelligence, speech, affect, imaginative shaping, motoricity and ego-defence formation. Identity is superior the primary, central and secondary functions in the sense of an integrating principle.

To measure the human-functions *Ammon* has developed the ego-structure test (ISTA), the result of which show a profile of the personality with its sane as well as its damaged parts. Here it could be observed that for schizophrenia the personality-profile showed major deficits in the area of the central and the secondary human functions, whereas for psychosomatics the secondary functions were comparatively well in order but there was a striking deficit in the area of the central functions.

Schizophrenic diseases are archaic diseases, originating at a very early life-period, with a deficitary and destructive humanstructure. To cope with reality, the ill person depends on a symbiotic relation, in which helping and supporting ego-functions are taken over by others for him. Lack of identity, a life full of failures and breaking-off of contacts and fear of any changes are the main features. This has its roots in the dilemma, that on one hand the ill person longs for identity, on the other hand he feels threatened when identity is requested. The fear of destruction is an expression of his deficitary identity, since each delimitating step towards the own identity is experienced as deadly abandonment. The schizophrenic reaction comes from an pathogenetic family-dynamics, where the patient was narcissistically exploited.

Research results (*Jung 1907, Dreyfuß 1908, Meng 1934, Kermann 1946, Alexander 1950*) show the close relation between psychotic reactions and psychosomatic diseases, which can be traced to the immediate mutual relationship of psyche and soma.

Psychosomatically ill persons suffer from a great deficit of aggression to the outside, combined with a higher level of destructive aggression towards one's

ment, above all with severe diseases such as cancer. The case of a cancer-ridden female patient it could be proved a regression of the metastases after a successful aggressive breaking-through in grouptherapy. The lack of identity of the psychosomatically ill patient, the »hole in the ego«, is filled with the bodily symptom, in which the permanent fear of abandonment is bound. The disease originates in a family dynamics, which is characterized by emotional emptiness and lack of care. One substantial feature of psychosomatic disease is the being far away from one's emotions.

The concept of deficitary aggression corresponds very much to *Rotenbergs* concept of »renunciation«, that is the giving-up of »search activity« and also to *Engel's* and *Schmale's* concept of »given up — giving up« (helplessness — hopelessness), where hopelessness means an extremely deficitary process, by which the person perishes both psychically and bodily.

A research study in the Dynamic-Psychiatric Clinic Mengerschwaike in 1984 revealed that in a quarter of the patients the symptoms had changed, in some patients to other somatic symptoms, others to psychic symptoms. A frequent change of symptoms is an indication for a proximity to psychosis. The mere symptom treatment of psychosomatic disease can easily trigger off psychotic reactions. Here it becomes apparent of what importance the principle is of the interrelation of the different clinical pictures and its structures, leading to unitary understanding of disease within the frame of humanstructureology.

Schizophrenia and psychosomatic disease have the following aspects in common:

1. disturbance of the human-function of aggression, which in schizophrenia is directed against psyche, mind and the behavioural ego of the personality, in psychosomatics against one's own body
2. disturbances in the contact with other people and oneself
3. disturbance of the human-function of fear, where in schizophrenia it is a psychic-spiritual fear, in psychosomatics a fear tied to the somatic symptom
4. a pathologic narcissism
5. a great concretism in thinking
6. the search for a symbiosis instead of the development of identity
7. in both cases, nonverbal therapy like dance-therapy, milieutherapy, project-work etc. is very important.

The differences between the two clinical pictures are:

1. their appearance: Whereas the schizophrenic patient seems to be mentally ill and menacing, the psychosomatic person appears to be somatically ill and pitiable
2. the better integration of the humanstructure of the psychosomatic person because his fear is tied to the symptom
3. the relative intactness of the psychosomatic person's secondary ego-functions and his greater success in his job and partner relations.

A female patient, who had suffered again and again from anorexia nervosa, but also from other somatic symptoms, showed a lot of talents being however completely desintegrated. Her social contacts reflected each different, particular aspects of her personality. It was only when this context was laid open in the case-conference, that a creative turn came into the treatment.

Humanstructural therapy means accordingly identity-therapy in the sense of integration and liberation of the patient from his being-locked and his fears of annihilation and abandonment, it means a retrieval of development.

According to the individual humanstructure an individual concept of treatment is requested. Starting from the supporting of all existing constructive human-functions one has to reach the »hole in the ego« and to build up identity there step by step. Of particular importance is here the socialenergetic field existing in the clinic with its various possibilities for contact with co-patients, related persons in the team, in the different therapy groups. In the centre of both schizophrenia and psychosomatics there is the working on the therapeutic resistance of the triangle of aggression, paranoia and pathologic narcissism, the coping of which is the prerequisite for curing improvements.

Efficiency-research of the clinical treatment has led to the following results:

1. highly significant changes of the psychic and psychiatric symptoms up to a complete disappearance
2. significant changes of the somatic symptoms: after the treatment 65 % of the patients were entirely or nearly free of symptoms, 11 % were slightly improved in their health and for 12 % there was no improvement.
3. far-reaching structural changes of the non-conscious personality structure, that is highly significant increase of healthy personality parts and a decrease of deficitary and destructive parts.

With the ISTA regular investigations of the process of therapy are possible, showing the continuity of the therapeutic progress.

On the whole it has become apparent that the diagnostic category loses largely its importance in favour of the greater importance of the multidimensionality of humanstructure, treatment methodology and healing process.

Literatur beim Verfasser

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

The Spiritual Nature of the Self**

Sir John C. Eccles (Contra)*

In dem vorliegenden naturwissenschaftlich-philosophischen Essay diskutiert der Nobelpreisträger für Medizin und Physiologie, Sir John Eccles, die zentrale Frage der Beziehung zwischen Gehirn und Seele, die sein Forschungsinteresse als Neurowissenschaftler und philosophischer Denker lebenslang inspiriert hat. Als bahnbrechend in der modernen Wissenschaftsgeschichte der Medizin und Neurophysiologie ist zu werten, daß erstmals seit Descartes, diesmal auf der Grundlage der modernen Erkenntnisse der Hirnforschung, wieder ein Naturwissenschaftler und ein Philosoph in den Gesprächen zwischen Sir Eccles und Sir Popper über das Rätsel der Entstehung des menschlichen Bewußtseins in der biologischen Evolution, über die Verbindung zwischen Gehirn und Geist, über den freien Willen und die Zukunft der Seele nach dem Tod des Gehirns miteinander gedacht, gesprochen und nach Antworten gesucht haben. In enger konzeptioneller Beziehung zu der 3-Welten-Philosophie Sir Karl Poppers hat der Autor sein Gehirnmodell entwickelt, das auf dem Postulat eines dualistischen Interaktionismus zwischen Psyche/Seele/bewußtem Selbst einerseits und dem Gehirn andererseits beruht.

In Abgrenzung zu materialistischen Auffassungen, die die Einzigartigkeit der menschlichen Person allein auf Vererbung, Umwelteinflüsse oder die Summe der Hirnaktivitäten zurückführen, vertritt der Autor den Standpunkt einer göttlichen Schöpfung der Seele, deren Eintritt in den natürlichen Evolutionsprozeß bei der Geburt der Menschen ein Mysterium bleibt. Implizit enthält das vorgestellte Konzept der Entwicklung der menschlichen Person als sich wechselseitig verstärkender Prozeß des Wachstums von bewußtem Selbst (Welt 2) und angeeignetem kulturellem Erbe (Welt 3 des objektiven Wissens) in Verbindung mit dem Gehirn (Welt 1) auch die Dimension von Gesundheit und Krankheit; d.h., wird dem Menschen schon in frühester Kindheit und über längere Zeit die Verbindung zur Welt 3 der Kultur, Sprache, Erziehung und des Denkens abgeschnitten, kommt es zu einer Arretierung auf der untersten Sprosse der »Stufenleiter der Persönlichkeitsentwicklung« und damit verbunden zu schwerster psychischer und körperlicher Erkrankung bis hin zu Schädigungen des Gehirns. Hier zeigen sich trotz eines unterschiedlichen philosophischen (Dualismus) und methodischen (Interaktionismus) Denkansatzes Berührungspunkte zum sozialenergetischen Konzept Günter Ammons, das die störanfällige Entwicklung der primären, zentralen und sekundären Humanstruktur in ein ganzheitliches gruppenspezifisches Feldgeschehen einbindet und psychische Erkrankung als Einengung und Desintegration unter Verlust der geistigen Dimension des potentiell mehrdimensionalen Menschen begreift. Übereinstimmend mit einem humanstrukturellen Verständnis vertritt der Autor den Standpunkt einer übergeordneten Priorität des Psychisch-Seelischen, d.h. des bewußten Selbst über die Hirnfunktionen, wobei in seinem Hirnmodell die Dimension des Unbewußten unberücksichtigt bleibt. Daher ordnet er das bewußte Selbst als zentralen Persönlichkeitskern vorwiegend der linken »sprechenden« Hirnhemisphäre zu, während im humanstruktureologischen Hirnmodell Ammons der im Unbewußten liegende zentrale Persönlichkeitsbereich vorwiegend der rechten Hirnhemisphäre zugeordnet wird.

A. The Emergence of Self-Consciousness

It is proposed to use the term self-conscious mind for the highest mental experiences. It implies knowing that one knows, which is of course initially a subjective or introspective criterion. However, by linguistic communication it can be authenticated that other human beings share in this experience of self-

* Professor Dr. phil., Dr. h. c., Nobelpreisträger für Medizin und Physiologie, Schweiz

** Vortrag gehalten auf dem 6. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XIX. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse

knowing. *Dobzhansky* (1967) expresses well the extraordinary emergence of human self-consciousness — of self-awareness as he calls it: »Self-awareness is a fundamental characteristic of the human species. This characteristic is an evolutionary novelty; the biological species from which mankind has descended had only rudiments of self-awareness, or perhaps lacked it altogether. Self-awareness has, however, brought in its train somber companions — fear, anxiety, and death awareness . . . Man is burdened by death awareness. A being who knows that he will die arose from ancestors who did not know.«

This state of ultimate concern devolving from self-awareness can first be identified by the ceremonial burial customs that were inaugurated by Neanderthal man about 80,000 years ago. *Karl Popper* recognized the unfathomable problem of its origin: »The emergence of all consciousness, capable of self-reflection is indeed one of the greatest of miracles«.

The progressive development from the consciousness of the baby to the self-consciousness in the child provides a good model for the emergent evolution of self-consciousness in the hominids. There is even evidence for a primitive knowledge of self with the chimpanzee (but not lower primates) that recognizes itself in a mirror, as shown by the use of the mirror to remove a coloured mark on its face. It would seem that, in the evolutionary process, there was some primitive recognition of self long before it became traumatically experienced in the death-awareness which achieved expression in some religious beliefs that are manifested in the ceremonial burials. Similarly, with the child, knowledge of the self usually antedates by years the first emotional experience of death-awareness.

It may be helpful to attempt some diagrammatic representation of the emergence of self-consciousness. In the formal information-flow diagram of brain-mind interaction (*Fig. 1*) there are three major components of World 2, which is the world of conscious experiences (cf. *Fig. 3*). The »outer sense« and »inner sense« compartments are integrated in the central compartment that may be labelled, psyche, self or soul according to the kind of discourse, psychological, philosophical or religious. It has been conjectured that higher animals are conscious, but not self-conscious. Thus the information-flow diagram would be simplified by elimination of the central core, as is shown in *Fig. 2*, with the representation of only the outer sense and inner sense components. The language training of apes has revealed that feelings are dominant in their concentration on the pragmatic use of language for obtaining desirables. In the evolutionary emergence of self-consciousness *David Lack* (1962) and *Konrad Lorenz* (1977) speak of the unbridgeable gap or gulf between soul and body. Yet we must envisage the creation and development of the central core to give eventually the full emergence of psyche or soul as illustrated in *Fig. 1*. It can be conjectured that in the phylogenetic process of hominid evolution there were all transitions between the situations illustrated in *Figs. 2 and 1* just as occurs ontogenetically from human baby to human child to human adult; yet it remains

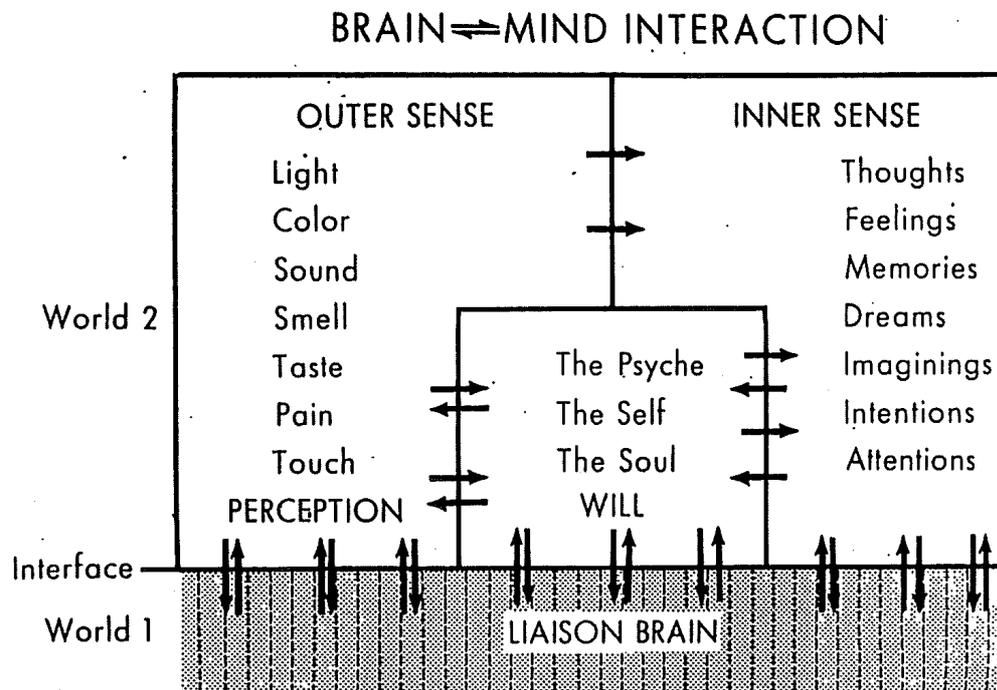


Fig. 1: Information flow diagram for brain-mind interaction in human brain. The three components of World 2: outer sense; inner sense; and the psyche, self or soul; are diagrammed with their communications shown by arrows. Also shown are the lines of communication across the interface between World 1 and World 2, that is from the liaison brain to and from these World 2 components. The liaison brain has the columnar arrangement indicated by the vertical broken lines. It must be imagined that the area of the liaison brain is enormous, with open or active modules numbering over a million, not just the two score here depicted.

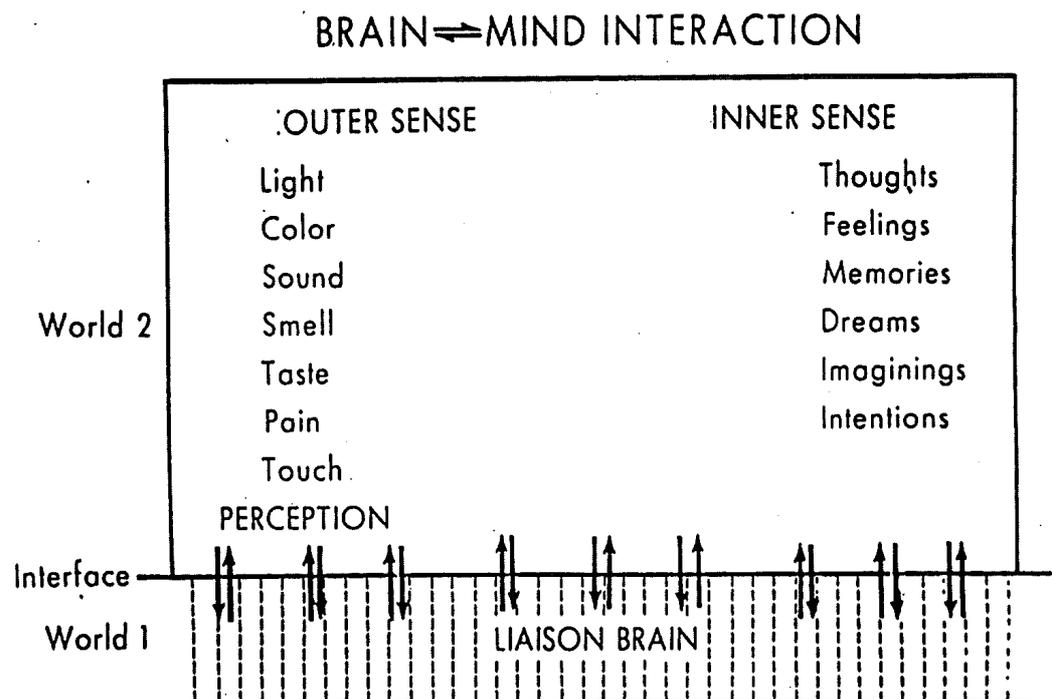


Fig. 2: Information flow diagram for brain-mind interaction for a mammalian brain. The two components of World 2, Outer Sense and Inner Sense, are diagrammed with communications shown by arrows to the Liaison Brain in World 1. It will be noticed that mammals are given a World 2, corresponding to their consciousness and that this World 2 has the same general features in Outer Sense and Inner Sense as with the human World 2 in Fig. 1, but there is a complete ab-

B. The Human Person and World 3

The 3-World philosophy of *Popper (1977)* forms the basis of our further exploration of the way in which a human baby becomes a human person. As shown in *Fig. 3*, all the material world including even human brains is in the matter-energy World 1. World 2 is the world of all conscious experiences (*cf. Fig. 1*). By contrast, World 3 is the world of knowledge in the objective sense, and as such has an extremely wide range of contents. In *Fig. 3* there is an abbreviated list. For example it comprises the expressions of scientific, literary and artistic ideas that have been preserved in codified form in libraries, in museums and in all records of human culture. In their material composition of paper and ink, books are in World 1, but the knowledge encoded in the print is in World 3, and similarly for pictures, sculptures and all other artefacts such as musical scores. Most important components of World 3 are languages for communicating thoughts and a system of values for regulating conduct, and also arguments generated by discussion of these problems. In summary it can be stated that World 3 comprises the records of the intellectual efforts of all mankind through all ages up to the present — what we may call the cultural heritage.

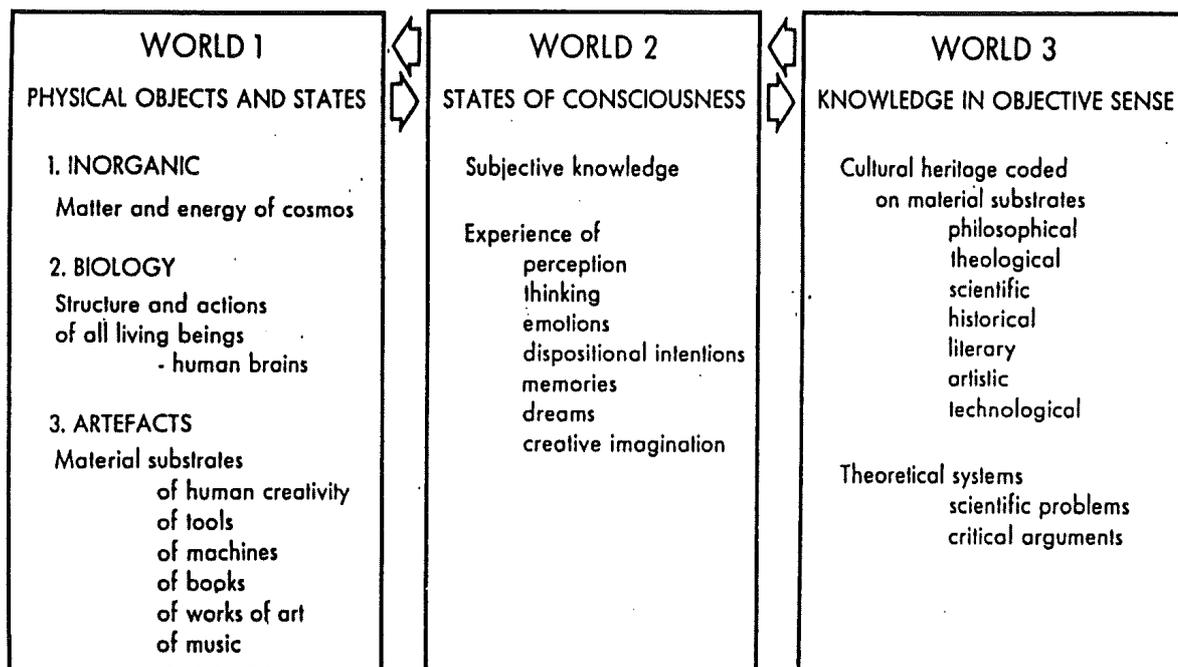


Fig. 3: Tabular representation of the contents of the three worlds in accordance with the philosophy of Karl Popper. These three worlds are non-overlapping, but are intimately related as indicated by the double-headed arrows at the top. They contain everything in existence and in experience.

At birth the human baby has a human brain, but its World 2 experiences are very rudimentary and World 3 is unknown to it. It, and even a human embryo, must be regarded as human beings, but not as human persons. The emergence and development of self-consciousness (World 2) by continued interaction with World 3, the world of culture, is an utterly mysterious process. It can be likened to a double structure (*Fig. 4*) that ascends and grows by the ef-

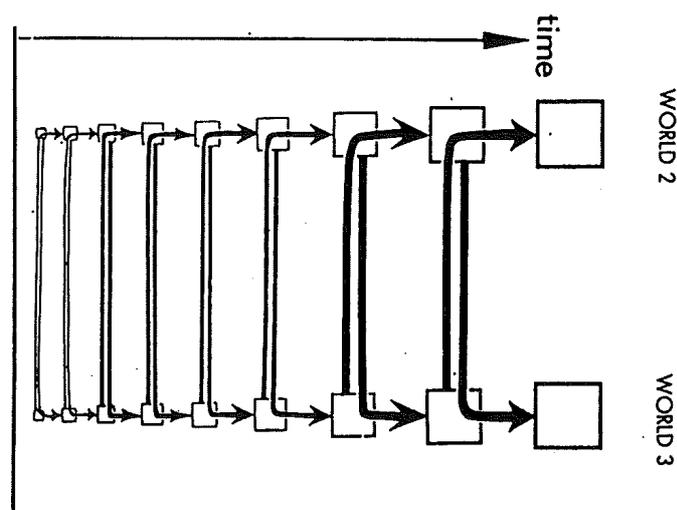


Fig. 4: Diagrammatic representation of the postulated interrelationships in the developments of self-consciousness (World 2) and of Culture (World 3) of a person in time as shown by the arrows. Full description in text. We may call it the ladder of personhood that we can climb up throughout life.

fective cross-linkage. The vertical arrow shows the passage of time from the earliest experiences of the child up to the full human development. From each World 2 position an arrow leads through the World 3 at that level up to a higher, larger level which illustrates symbolically a growth in the culture of that individual. Reciprocally the World 3 resources of the self act back to give a higher, expanded level of consciousness of that self (World 2). *Fig. 4* can be regarded symbolically as the ladder of personhood. And so each of us has developed progressively in self-creation, and this can go on throughout our whole lifetime. The more the World 3 resources of the human person, the more does it gain in the self-consciousness of World 2 by reciprocal enrichment. What we are is dependent on the World 3 that we have been immersed in how effectively we have utilized our opportunities to make the most of our brain potentialities.

There is a recent tragic case illustrative of *Fig. 4*. A child, *Genie*, was deprived of all World 3 influences by her psychotic father. She was penned in isolation in a small room of his house in Los Angeles, never spoken to and minimally serviced from the age of 20 months up to 13 years and 8 months. On release from this terrible deprivation she was of course a human being, but not a human person. She was at the bottom rung of the ladder in *Fig. 4*. Since then with the dedicated help by Dr. *Susan Curtis* she has been slowly climbing up that ladder of personhood for the last 10 years. The linguistic deprivation se-

much depleted language performance. Yet, despite this terribly delayed immersion in World 3, Genie has become a human person with self-consciousness, emotions and excellent performances in manual dexterity and in visual recognition. We can recognize the necessity of World 3 for the development of the human person. The brain is built by genetic instructions (that is Nature), but development of human personhood is dependent on World 3 environment (that is Nurture). With Genie there was a gap of over 13 years between Nature and Nurture.

C. *The Human Person and the Brain*

Each of us continually has the experience of being a person with a self-consciousness, not just conscious, but knowing that you know. In defining »person« I will quote two admirable statements by *Immanuel Kant*: »A person is a subject who is responsible for his actions«; and »A person is something that is conscious at different times of the numerical identity of its self.« These statements are minimal and basic, and they could be enormously expanded.

When we come to consider the brain as the seat of the conscious personhood, we can recognize that large parts of the brain are not essential. For example removal of the cerebellum gravely incapacitates movement, but the person is not otherwise affected. It is quite different with the main part of the brain, the cerebral hemispheres (*Fig. 5*). They are very intimately related to the consciousness of the person, but not equally. In 95% of persons there is dominance of the left hemisphere (*Fig. 6*) which is the »speaking hemisphere«. Except in infants its removal results in a most severe destruction of the human person, but not annihilation. On the other hand removal of the minor hemisphere (usually the right) is attended with loss of movement on the left side (hemiplegia) and blindness on the left side (hemianopia) but the person is otherwise not gravely disturbed. Damage to other parts of the brain can also greatly disturb the human personhood, possibly by the removal of the neural inputs that normally generate the necessary background activity of the cerebral hemispheres. The most tragic example is vigil coma in which enduring deep unconsciousness is caused by damage to the midbrain.

It may seem that a complete explanation of the development of the human person can be given in terms of the human brain. It is built anatomically by genetic instructions and subsequently developed functionally by learning from the environmental influences (*Fig. 4*). A purely materialist explanation would seem to suffice with the conscious experiences as derivative from brain functioning. However, it is a mistake to think that the brain does everything and that our conscious experiences are simply a reflection of brain activities, which is a common philosophical view. If that were so, our conscious selves would be no more than passive spectators of the performances carried out by

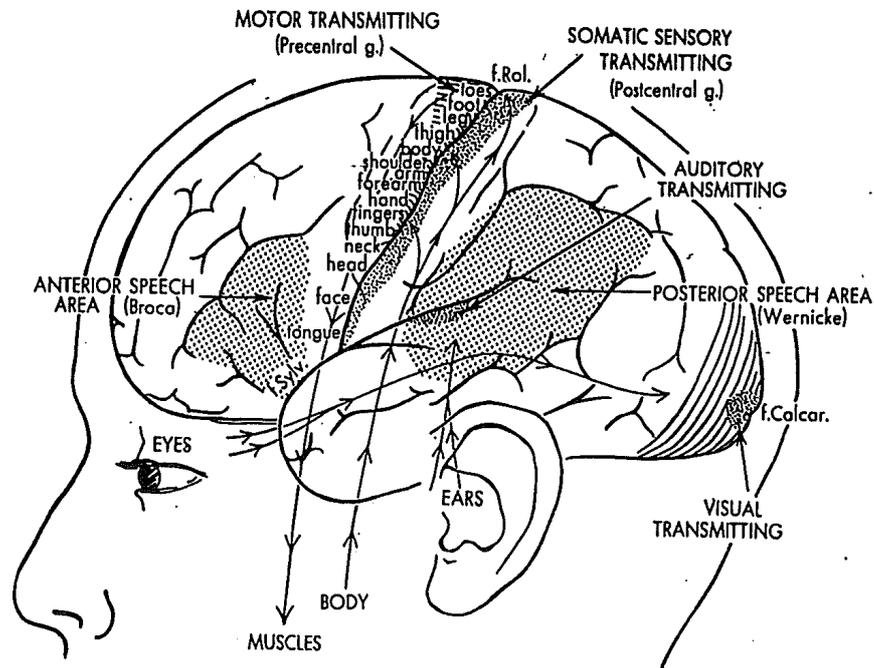


Fig. 5: The motor and sensory transmitting areas for the cerebral cortex. The approximate map of the motor transmitting areas is shown in the precentral gyrus, while the somatic sensory receiving areas are in a similar map in the postcentral gyrus. Actually the toes, foot and leg should be represented over the top on the medial surface. Other primary sensory areas shown are the visual and auditory, but they are largely in areas screened from this lateral view. Also shown are the speech areas of *Broca* and *Wernicke*. Arrows show inputs from eyes, ears, body (tactile) going to respective primary cortical areas. From motor transmitting area arrows show projection downwards to muscles.

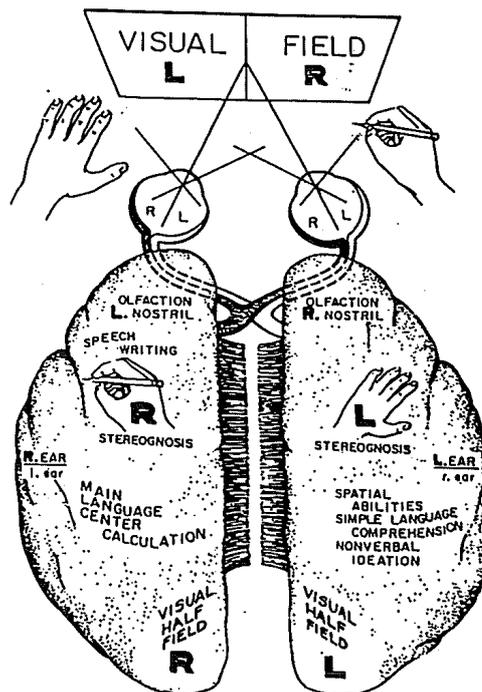


Fig. 6: Schema showing the way in which the left and right visual fields are projected onto the right and left visual cortices, respectively, due to the partial decussation in the optic chiasma. The schema also shows other sensory inputs from right limbs to the left hemisphere and that from left limbs to the right hemisphere. Similarly, hearing is largely crossed in its input, but olfaction is ipsilateral. The programming of the right hand in writing is shown pictorially to come from the left

cisions and that we have some control over our actions would be nothing but illusions. There are of course all sorts of subtle cover-ups by philosophers from such a stark exposition, but they do not face up to the issue. In fact all people, even materialist philosophers, behave as if they had at least some responsibility for their own actions. It seems that their philosophy is for »the other people, not for themselves«, as *Schopenhauer* wittily stated.

These considerations lead me to the alternative hypothesis of dualist-interactionism (*cf. Fig. 1*) that has been expanded at length by *Popper* and *Eccles* in »The Self and its Brain«. It is really the commonsense view, namely that we are a combination of two things or entities: our brains on the one hand; and our conscious selves on the other. The self is central to the totality of our conscious experiences as persons through our whole waking life. We link it in memory from our earliest conscious experiences. The self has a subconscious existence during sleep, except for dreams, and on waking the conscious self is resumed and linked with the past by the continuity of memory. But for memory we as experiencing persons would not exist. We have the extraordinary problem that was first recognized by *Descartes*: how can the conscious mind and the brain interact? This question is still the great enigma. (There has been a recent formulation of this problem on the basis of quantal probability waves). However, as stated by *Popper*, the interaction across the frontier in *Fig. 1* need not be in conflict with the first law of thermodynamics. The flow of information into the neural modules could be effected by a balanced increase and decrease of energy at different but adjacent micro-sites, so that there is no net energy change in the brain. The first law at this level may be valid only statistically.

D. The Unity of the Self

It is a universal human experience that subjectively there is a mental unity which is recognized as a continuity from one's earliest memories. It is the basis of the concept of the self. Experimental investigations on the unity of the self have been discussed in my book »The Human Psyche« (*Eccles*, 1980).

By far the most important experimental evidence relating to the unity of consciousness comes from the study by *Roger Sperry* (1974) and his associates on commissurotomed patients (*Fig. 6*). In the operation for the relief of intractable epilepsy there was a section of the corpus callosum, the great tract of nerve fibres, about 200 million, that links the two cerebral hemispheres. With the most sophisticated investigations, allowing up to 2 hours of continual testing, it became clear that the right hemisphere, the so-called minor hemisphere, was correlated with conscious responses at a level superior to those exhibited by any non-human primates. The patient's consciousness was indubitable. The perplexing question is whether the right hemisphere mediates self-

the most searching investigations of *Sperry* and associates there was testing of the ability of the patient to identify photographs projected to the right hemisphere alone. A considerable ability was displayed, but it was handicapped by the lack of verbal expression.

The tests for the existence of self-consciousness were at a relatively simple pictorial and emotional level. We can doubt if the right hemisphere with associated consciousness has a full self-conscious existence. For example, is there planning and worrying about the future? Are there decisions and judgements based on some value system? These are essential qualifications for personhood as ordinarily understood and for the existence of a psyche or soul. It can be concluded that a limited self-consciousness is associated with the right hemisphere, but the person remains apparently unscathed by the commissurotomy with mental unity intact in its now exclusive left hemisphere association (*Fig. 6*). After commissurotomy the right hemisphere appears to mediate a self-awareness resembling that of a very young child. The information flow diagram for the right hemisphere would resemble *Fig. 2* except that there would be a small central core at a primitive level of self or ego, but with no representation of soul or psyche or personhood. It is generally agreed that the human person is not split by the commissurotomy, but remains in liaison with the left (speaking) hemisphere. However, there can be a low level mind associated with the minor hemisphere, so there can be two minds in association with the split brain.

E. The Uniqueness of the Self; the Creation of the Soul

It is not in doubt that each human person recognizes its own uniqueness, and this is accepted as the basis of social life and of law. When we enquire into the grounds for this belief, modern neuroscience eliminates an explanation in terms of the body. There remain two possible alternatives, the brain and the psyche. Materialists must subscribe to the former, but dualist-interactionists have to regard the self of World 2 (*cf. Fig. 1*) as being the entity with the experienced uniqueness. It is important to disclaim a solipsistic solution of the uniqueness of the self. Our direct experiences are of course subjective, being derived entirely from our brain and self. The existence of other selves is established by intersubjective communication.

If one's experienced uniqueness derives directly from the uniqueness of one's brain, we have to enquire into the levels of uniqueness of human brains. It could not be uniqueness of all the infinity of detailed connectivities of the 10 thousand million cells of the human cerebral cortex. Such connectivities are constantly changing in plasticity and degeneration. The most usual materialist statement is that the experienced uniqueness derives from the genetic uniqueness. No attempt is made to examine critically the implications of this state-

the experienced uniqueness is the consequence of an infinitely improbable genetic lottery (even $10^{10\,000}$ against) on the conservative estimate of 30,000 human genes more over as *Stent* has pointed out, the phenotypic development of the brain is far removed from the genotypic instructions because of the operations of what *Waddington* has termed »developmental noise«. For example the genotype is involved in the building of the brain, but it acts in an environment that profoundly modulates the phenotypic building process. With identical twins the identical genomes contribute to the building of quite different brains because of the extreme diversity of development noise. It will be realized that developmental noise renders chaotic any attempt to derive our experienced uniqueness from our genetic uniqueness. And already we have seen that this attempt is confronted by the infinitely improbable genetic lottery governing the actual existence of one's unique genome.

A frequent and superficially plausible answer to this enigma is the assertion that the determining factor is the uniqueness of the accumulated experiences of a self throughout its lifetime. It is readily agreed that our behaviour and memories and in fact the whole content of our inner conscious life are dependent on the accumulated experiences of our lives, but no matter how extreme the change that can be produced by the exigencies of circumstances, one would still be the same self able to trace back one's continuity in memory to the earliest remembrances at the age of 1 year or so, the same self in a quite other guise. There could be not elimination of a self and creation of a new self!

Since materialist solutions fail to account for our experienced uniqueness, I am constrained to attribute the uniqueness of the psyche or soul to a supernatural spiritual creation. To give the explanation in theological terms: each soul is a new Divine creation which is »attached« to the growing foetus over the time between conception and birth. It is the certainty of the inner core of unique individuality (*Fig. 1*) that necessitates the »Divine creation«. It submits that no other explanation is tenable; neither the genetic uniqueness, which because of developmental noise builds widely divergent phenotypes, nor the environmental differentiations which do not *determine* one's uniqueness, but merely modify it.

An appealing analogy is to regard the body and brain as a superb computer built by genetic coding that has been created by the wonderful process of biological evolution. On the analogy, the soul or psyche is the programmer of the computer. Each of us as a programmer is born with our computer in its initial embryonic state. We develop it throughout life, as is indicated in *Fig. 4*. It is our lifelong intimate companion in all transactions. It receives from and gives to the world, which includes other selves. The great mysteries are in our creation as programmers or experiencing selves and in our association throughout life, each person with its own computer, as is diagrammed in *Fig. 1*, across the frontier between World 2 and World 1.

We can ask: when our computer is destroyed at death, is there any future for

be discovered after death for our miraculously created soul. Each of us is a great mystery — our coming to be as uniquely experiencing beings. It is this mystery that has driven and inspired me in my life as a neuroscientist.

Das geistige Wesen des Selbst

John C. Eccles (Contra)

In fünf Gedankenschritten diskutiert der Autor das ungelöste Rätsel der Beziehung zwischen Gehirn und selbst-bewußtem menschlichen Geist:

A. Das In-Erscheinung-Treten des Selbst-Bewußtseins

Zu wissen, daß man weiß, unterscheidet als subjektives Kriterium den Menschen von allen höheren Tieren. *Dobzhansky* (1967) verbindet das Hervortreten des Selbstbewußtseins mit dem Bewußtwerden des Todes, mit menschlicher Angst und Furcht. *Karl Popper* bezeichnet den Ursprung des Bewußtseins, der menschlichen Fähigkeit zur Selbst-Reflektion, als eines der größten Wunder. In den Bestattungsritualen der Neandertaler vor ca. 80 000 Jahren tritt das Selbst-Bewußtsein erstmals identifizierbar in Erscheinung.

Zwar verfügt auch der Schimpanse über ein primitives Wiedererkennen seiner selbst in einem Spiegel, im evolutionären Prozeß ist es aber erst das Bewußtwerden des Todes, daß unsere hominiden Vorfahren zu Bestattungsriten und religiösen Vorstellungen und damit zur Vorstellung einer beseelten Existenz geführt hat. Anders dagegen geht in der ontogenetischen Entwicklung des Kindes die Entdeckung des Ichs den ersten Erfahrungen mit Tod und Sterben um Jahre voraus.

In dem Informationsfluß-Diagramm der Gehirn-Geist-Interaktion (vgl. Abb. 1) sind die Bereiche »innere Empfindung« und »äußere Empfindung« integriert in dem zentralen Bereich der Psyche, des Selbst bzw. der Seele, je nachdem ob ein psychologischer, philosophischer oder religiöser Blickwinkel gewählt wird. Abbildung 2 verdeutlicht, daß bei Fehlen des zentralen Bereichs zwar Gefühle und primitive Erkenntnis vorhanden sind, wie Sprachexperimente mit Schimpansen zeigten, aber kein bewußtes Selbst. *David Lack* und *Konrad Lorenz* sprechen hier von der unüberbrückbaren Kluft zwischen Seele und Körper beim Hervortreten des Selbst-Bewußtseins. Im Prozeß der Hominisation gab es zwar alle Übergänge zwischen den Situationen, wie sie in Abb. 1 und 2 dargestellt sind und wie sie auch in der Entwicklung vom menschlichen Baby zum Kind und zum Erwachsenen auftreten, die Schöpfung des zen-

B. Die menschliche Person und Welt 3

Die 3-Welten-Philosophie von *Popper* (1977) bildet die Basis der weiteren Untersuchung, auf welchem Weg ein menschliches Baby zur Person wird. Wie Abb. 3 zeigt, bildet alles Energetisch-Materielle einschließlich des Gehirns die Welt 1, alle bewußten Erfahrungen die Welt 2 (vgl. auch Abb. 1) und alles menschliche Wissen im objektiven Sinne die Welt 3. Die materiellen Träger des Wissens existieren in Welt 1, das Wissen selbst, vor allem auch die Sprachen zum Gedankenaustausch, bilden die Welt 3.

Das neugeborene Baby verfügt über ein Gehirn (Welt 1), aber seine Welt-2-Erfahrungen sind erst rudimentär, und Welt 3 ist ihm noch unbekannt. Das Wachstum von Selbst-Bewußtsein geschieht in Interaktion mit Welt 3 in einer Art Stufenleiterprozeß (Abb. 4). Dabei verknüpft sich das Wachstum von Bewußtsein und Kultur wechselseitig auf immer höheren Ebenen der Persönlichkeitsentwicklung. Diese aktive Selbst-Schöpfung der Person kann unser ganzes Leben lang anhalten. Was wir als Menschen sind, hängt ab von unserem Zugang zu Welt 3 und davon, wie wir die Gelegenheiten genutzt haben, die Potentialitäten unseres Gehirns bestmöglich auszuschöpfen.

Das Beispiel eines tragischen Kinderschicksals zeigt diesen Zusammenhang. *Genie* wurde als Kind von allen Welt-3-Einflüssen durch seinen psychotischen Vater ferngehalten, wuchs isoliert und ohne Sprachkontakt auf, nur notdürftig versorgt und gefüttert. Dieser furchtbare Zustand dauerte vom 20. Monat bis zum Alter von 13 Jahren und acht Monaten an. *Genie* war natürlich ein menschliches Wesen, aber keine Person; in ihrer Entwicklung war sie auf der untersten Sprosse der Stufenleiter (Abb. 4) stehengeblieben. In den vergangenen 10 Jahren hat *Genie* trotz einer stark geschädigten linken Hemisphäre mit Hilfe von Dr. *Susan Curtis* durch den kompensatorischen Einsatz der rechten Hemisphäre sprechen gelernt und sich zu einer Persönlichkeit mit Selbst-Bewußtsein, Gefühlen und gutem manuellen Geschick entwickeln können. Das Beispiel zeigt, wie notwendig der Kontakt zur Welt 3 des Geistigen für eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung ist.

C. Die menschliche Person und das Gehirn

Eine »Person« ist, wie *Immanuel Kant* definiert, als Subjekt verantwortlich für ihr Handeln und zu verschiedenen Zeiten bewußt über die zahlreichen Identitäten seines Selbst. Betrachten wir das Gehirn als Sitz der bewußten Persönlichkeit, sehen wir, daß weite Teile des Gehirns wie z.B. das Kleinhirn dafür nicht wesentlich sind. In enger Beziehung zur bewußten Person stehen aber die Hirnhemisphären, vor allem die linke »sprechende« Hemisphäre, die bei 95% der Menschen dominant ist. Außer bei Kindern hat die Entfernung der linken Hemisphäre stärkste persönlichkeitszerstörende Auswirkungen,

te Person nicht so stark betroffen ist. Die Entwicklung der menschlichen Persönlichkeit ist aber nicht in Kategorien des Gehirns erklärbar. Das Gehirn macht nicht alles und unsere bewußten Erfahrungen sind nicht einfach nur Widerspiegelungen der Gehirnaktivitäten. Freier Wille und aktive Selbstkontrolle wären dann nichts als eine Illusion. Im Gegensatz zu materialistischen Auffassungen bilden wir im Sinne eines dualistischen Interaktionismus (vgl. *K.R. Popper* u. *J.C. Eccles* (1977): *Das Ich und sein Gehirn*) eine Kombination zweier Einheiten: unseres Gehirns und unseres bewußten Selbst (vgl. Abb. 1). Hier entsteht ein außergewöhnliches Problem, das zuerst von *Descartes* erkannt wurde: Wie können der bewußte Geist und das Gehirn miteinander in Beziehung treten? Diese Frage ist immer noch ein großes Rätsel, auch angesichts neuester Hypothesen, die auf der Basis von Quanten-Wahrscheinlichkeitswellen diskutiert werden.

D. *Die Einheit des Selbst*

Von größter Bedeutung für die Frage der Einheit des Selbst (vgl. die entsprechenden experimentellen Untersuchungen in *Eccles* (1980): *The human Psyche*) sind die experimentellen Forschungen von *Sperry* (1974) und Mitarbeitern an Patienten mit durchtrennter Hemisphärenverbindung (sog. split-brain Patienten) wegen schwerster, unbehandelbarer Epilepsie. Spätere behutsame Untersuchungen mit diesen Patienten erbrachten die unbezweifelbare Gewißheit, daß auch die rechte »unterlegene« Hemisphäre zu bewußten Äußerungen fähig ist, allerdings ohne die Fähigkeit, sprachlich darüber zu kommunizieren (vgl. Abb. 6). Die Frage, ob rechtshemisphärisch auch ein Selbst-Bewußtsein existiert, läßt angesichts der Untersuchungen Zweifel zu. Nach der Durchtrennung des corpus callosum scheint die rechte Hemisphäre über ein begrenztes Selbst-Bewußtsein auf der Stufe eines jungen Kindes zu verfügen, geistig intakt und einheitlich bleibt die Person in Verbindung zur linken Hemisphäre. Das Informationsfluß-Diagramm der rechten Hemisphäre dieser Patienten ähnelt Abb. 2, jedoch mit dem schmalen zentralen Bereich eines rudimentären Ichs, aber ohne Repräsentation einer Seele oder Psyche. Bei normalerweise intakten Kommissurenbahnen steht die bewußte Person auch in Verbindung mit der linken »sprechenden« Hemisphäre.

E. *Die Einzigartigkeit des Selbst; die Schöpfung der Seele*

Daß jeder Mensch seine Einzigartigkeit erkennend wahrnimmt, ist die akzeptierte Basis des sozialen Lebens und der Gesetzlichkeit. In der modernen Wissenschaft des Gehirns bleiben für die Erklärung der erfahrbaren Einzigartigkeit nur zwei mögliche Alternativen: das Gehirn und die Psyche bzw. die

von Welt 2 ist die Einheit mit der erfahrenen Einzigartigkeit (vgl. Abb. 1). Die zunächst subjektive direkte Erfahrung wird durch die objektive Existenz von anderen Selbst in der intersubjektiven Kommunikation etabliert.

Wäre die erfahrene Einzigartigkeit des Selbst Ausdruck der Einzigartigkeit des Gehirns (mit seiner unfassbaren Vielfalt von neuronalen Interaktionen), so wäre sie konstanten Veränderungen durch Plastizität und Degeneration unterworfen. Auch das übliche materialistische Argument, daß die erfahrene Einzigartigkeit aus der genetischen Einzigartigkeit resultiert, ist angesichts der Unterschiede zwischen Genotyp und Phänotyp bei Zwillingen nicht schlüssig. Ebensowenig stellt der Bezug auf die angesammelten Lebenserfahrungen angesichts der oftmals extremen Veränderungen dieser Erfahrungen durch die Lebensumstände eine Antwort auf das Rätsel der Einzigartigkeit des Selbst dar. Das Selbst bleibt sich immer gleich, in welcher veränderten Gestalt es auch auftritt, und ist fähig, in der Erinnerung bis in früheste Kindheit zurückzugehen.

Unter Zurückweisung materialistischer Erklärungen sind wir gezwungen, die Einzigartigkeit der Psyche oder Seele einer übernatürlichen geistigen Schöpfung zuzuschreiben. Theologisch ausgedrückt ist jede Seele eine göttliche Schöpfung, dem heranwachsenden Foetus zwischen Empfängnis und Geburt eingegeben.

In bildhafter Analogie könnte man den Körper und das Gehirn als großartigen Computer ansehen, entwickelt und genetisch aufgebaut im Verlauf der biologischen Evolution. In Analogie dazu ist die Seele oder Psyche der Programmierer des Computers. Wir können fragen: wenn unser Computer durch den Tod zerstört wird, — gibt es dann eine Zukunft für den Programmierer, die Seele? Das Kommen und Gehen des Menschen als eines einzigartigen erfahrungsfähigen Wesens bleibt ein Mysterium. »Dieses Mysterium hat mich in meinem Leben als Neurowissenschaftler vorangetrieben und inspiriert.«

Literature

- Dobzhansky, T.* (1967): *The Biology of Ultimate Concern.* (New York: American Library Inc.)
Eccles, J.C. (1978): *Affrontare la Realtà.* (Roma: Armando-Armando)
Eccles, J.C. (1981): *Il Mistero Umano.* (Milano: Il Saggiatore)
Eccles, J.C., (1980): *The Human Psyche.* (Berlin, Heidelberg, New York: Springer)
Eccles, J.C. (1983): *La Psyche Umana.* (Firenze: Manuali Sansoni)
Eccles, J.C. (1984): *The Wonder of being Human: our brain; our mind.* (New York: The Free Press) Italian translation in progress in Armando-Armando (Roma).
Lack, D. (1962): *Evolutionary Theory and Christian Belief. The unresolved conflict.* (London: Methuen)
Lorenz, K. (1977): *Behind the Mirror.* (London: Methuen)
Popper, K.R. and Eccles, J.C. (1977): *The Self and its Brain.* (Berlin, Heidelberg, New York: Springer International) Italian translation (1981): *L'Io e il Suo cervell.* (Roma: Armando-Armando)

M.I.T. — Press)

Sperry, R. (1983): *Science and Moral Priority*. (New York: Columbia Univ. Press)

Thorpe, W.H. (1974): *Animal nature and human nature*. (London: Methuen)

Address of the author:

Prof. Sir John C. Eccles

6611 Contra (TI)

Schweiz

Das Neuroleptische Syndrom in Lichte der Verhaltens-Neurochemie**

Vadim S. Rotenberg* (Moskau)

In der folgenden Arbeit unternimmt Rotenberg den Versuch, vor dem Hintergrund seines Konzeptes der Suchaktivität (search activity), das bereits in früheren Arbeiten des Autors in der Zeitschrift *Dynamische Psychiatrie* dargestellt wurde, die Pathogenese des neuroleptischen Syndroms kritisch zu analysieren. Hierbei berücksichtigt er unter einem ganzheitlichen Gesichtspunkt die neuesten Forschungsergebnisse auf dem Gebiet der Physiologie und Neurochemie des Gehirns sowie der Hypothese von der Suchaktivität. Unter neuroleptischem Syndrom versteht Rotenberg die allgemein bekannten unerwünschten Nebenwirkungen der Neuroleptika in Form des parkinsonoiden Syndroms sowie des Muskeldystonie-Syndroms. Hierbei ist von Bedeutung, daß viele Wissenschaftler den Hauptansatzpunkt der Neuroleptika in den dopaminergen Systemen des Gehirns suchen. Nach Rotenberg u.a. Autoren läßt sich die antipsychotische Wirkung von Neuroleptika durch eine Senkung der Aktivität dieser dopaminergen Systeme erklären, wobei eine Korrelation zwischen der Veränderung des dopaminergen Stoffwechsels und der antipsychotischen Wirkung der Neuroleptika besteht. Weitere von Rotenberg zitierte Forschungsergebnisse zeigen einen Einfluß von Neuroleptika auch auf das cerebrale noradrenerge System, wobei die Neuroleptika der neuen Generation (Clozapin), die keine parkinsonoiden Nebenwirkungen haben, vermutlich nur über das Noradrenalin-System wirken. Rotenberg nimmt an, daß die antipsychotische Wirkung der Neuroleptika allgemein durch die Beeinflussung des dopaminergen Systems der limbischen Strukturen bedingt ist, während das parkinsonoide Syndrom zurückzuführen ist auf eine Störung im Dopamin-System der nigrostriatalen Neuronensysteme. Aus diesen Forschungsergebnissen entwickelt Rotenberg eine neue Hypothese über die Pathogenese des neuroleptischen Syndroms, die auf seinem eigenen Konzept der Suchaktivität basiert. Unter Suchaktivität versteht Rotenberg die Aktivität, die eine menschliche Situation oder die eigene Einstellung verändern kann, wobei die Resistenz gegenüber schädlichen Einwirkungen erhöht und die Entstehung von körperlichen Erkrankungen verhindert wird. Nach Rotenberg stellt eine Verminderung der Suchaktivität die Voraussetzung für die Entwicklung von Erkrankungen und psychotischen Reaktionen dar. Rotenberg stimmt dabei mit anderen Autoren überein, daß eine positive Rückkoppelung zwischen der Suchaktivität und dem Aktivitätsgrad des noradrenergen Systems besteht. Eine Blockade des noradrenergen Systems im Gehirn führt zu einem Suchverzicht im Sinne einer depressiven Reaktion. Alle Neuroleptika führen nach Rotenberg zu einer Verminderung der Suchaktivität mit Symptomen einer Depression sowie einer herabgesetzten unspezifischen Resistenz des Organismus. Rotenberg führt experimentelle Beweise auf, daß extrapyramidalmotorische Syndrome schneller und ausgeprägter auftreten im Zustand des Suchverzichts. Weitere von Rotenberg angeführte Versuchsergebnisse bestätigen, daß Neuroleptika zu einer Steigerung des Anteils an Traumschlaf im Verlauf der Nacht führen. Der Traumschlaf wiederum ermöglicht eine Wiederherstellung von Suchaktivität und eine Förderung des cerebralen noradrenergen Systems. Das Konzept der Suchaktivität liefert nach Rotenberg auch eine Erklärung für das zeitweilige Verschwinden der extrapyramidalen Symptomatik im Rahmen von emotionalen Stresssituationen. Eine Erhöhung der Suchaktivität, d. h. eine Aktivierung durch antidepressive Therapie oder emotionalen Stress führt über eine Beeinflussung des noradrenergen Systems im Gehirn sowie dem dopaminergen Effekt zu einem Verschwinden der parkinsonoiden Nebenwirkungen. Die Pathogenese des neuroleptischen Syndroms steht damit in einem engen Bezug zu den biochemischen Mechanismen im Gehirn und in einem Zusammenhang mit dem Aktivitätsverhalten des Gesamtorganismus.

* Prof. Dr. med., Labor für Psychophysiologie und Psychodiagnostik am 1. Medizinischen Institut des Gesundheitsministeriums der UdSSR, Moskau, Chairman des sowjetischen Zweiges der World Association for Dynamic Psychiatry WADP

** Aus dem Russischen übersetzt und verlesen auf dem 6. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XIX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 7.—11. März 1988 in der Ludwig-Maximilians-Universität

Diese Arbeit stellt einen Versuch dar, die Ergebnisse der letzten Untersuchungen zur Pathogenese des neuroleptischen Syndroms unter Berücksichtigung der Vorstellungen von den physiologischen und neurochemischen Mechanismen in der Organisation eines ganzheitlichen Verhaltens kritisch zu analysieren.

Heute ist die Mehrheit der Wissenschaftler der Meinung, daß der Hauptansatzpunkt der Neuroleptika in den dopaminergen Systemen des Cerebrums zu suchen ist. Eine Senkung der Aktivität dieser Systeme infolge einer Blockade der dopaminergen Rezeptoren erklärt nach Auffassung einer Reihe von Autoren auch die antipsychotische Wirkung der Neuroleptika und die unerwünschte Nebenwirkung in Form des parkinsonoiden Syndroms der Früh- und Spätdyskinesien (*Anden et. al. 1972; Van Praag et. al. 1975*).

Hierbei wurde eine Korrelation zwischen der Veränderung des dopaminergen und der antipsychotischen Wirkung der Neuroleptika festgestellt (*Sedvall 1980*).

Die Anwendung von Amphetamin, das die katecholaminergen Systeme des Cerebrums stimuliert, führt zu einer Kombination von lokomotorischer Aktivität und psychischer Erregung, wobei bei einer Disposition eine Exazerbation psychotischer Symptomatik möglich ist. Bei emotionalem Stress kann Amphetamin bei Tieren zur Ausbildung eines stereotypen Verhaltens führen (*Griffith et. al. 1970; Castall et. al. 1973*).

Diese Interpretation ist jedoch nicht die einzig mögliche. Wurde doch erstens bei Tierversuchen herausgefunden, daß unter der Einwirkung von Neuroleptika eine kompensatorische Steigerung auch des cerebralen Noradrenalinaustausches durch die Blockade der postsynaptischen noradrenergen Rezeptoren stattfindet und folglich der Tonus des cerebralen noradrenergen Systems gesenkt wird (*Bürkki, et. al. 1975*). Zweitens verursachen Neuroleptika gleichzeitig mit der Senkung der psychotischen (produktiven) Symptomatik als Nebenwirkung das parkinsonoide Syndrom und, was nicht selten ist, Depressionen, was von vielen Autoren mit einem Defekt (einer funktionellen Insuffizienz) des cerebralen noradrenergen Systems in Zusammenhang gebracht wird (*Schildkraut 1965, Rütther 1986, Riederer 1986*).

Drittens sind in den letzten Jahren neue neuroleptische Präparate erschienen, die über eine starke antipsychotische Wirkung verfügen, aber zu keinen Komplikationen in Form eines parkinsonoiden Akinesesyndroms führen.

Eines dieser Präparate ist Clozapin. Darüber hinaus konnte in den letzten Untersuchungen von *Rütther (1986)* nachgewiesen werden, daß Clozapin nicht nur das Auftreten einer pathologischen parkinsonoiden Symptomatik ausschließt, sondern sogar zu einer geringeren Ausprägung später Dyskinesien und des parkinsonoiden Syndroms führt, wie es von Neuroleptika vom Typ Haloperidol bekannt ist. Gleichzeitig wurde nachgewiesen, daß bei Verabreichung von Haloperidol eine Korrelation zwischen dem Grad der parkinsonoiden Symptomatik und dem Wirkungsgrad des antipsychotischen Präparats

den unterschiedlichen Stadien der Therapie mit Neuroleptika, daß eine Reduktion der psychotischen Symptomatik ziemlich früh einsetzt und insgesamt mit einer Steigerung des Gehalts an Homovanillinsäure — dem wichtigsten Dopaminmetabolit — zusammenfällt.

In Zusammenhang damit wird die Vermutung laut, daß die antipsychotische Wirkung der Neuroleptika durch die Beeinflussung des dopaminergen Systems der limbischen Strukturen bedingt ist und das extrapyramidalmotorische Syndrom auf die Wirkung der Neuroleptika auf das Dopaminsystem der nigrostriatalen Neuronensysteme zurückzuführen ist (*Rüther* 1986). Gegen diese Ansicht können jedoch einige Einwände angeführt werden. Zunächst einmal sprechen die Angaben *Rüthers* (1986) selbst davon, daß sich der Homovanillin-Säurespiegel nachweislich am 5. Tag der Behandlung sowohl mit Haloperidol, als auch mit Clozapin ändert. Während sich jedoch der Heileffekt bei Verabreichung von Haloperidol tatsächlich am 5. Tag einstellt, zeigt sich die entsprechende Wirkung von Clozapin erst am 10. Tag. In diesem Zusammenhang ist es interessant, daß der Haupt-Noradrenalinmetabolit — Methoxyhydroxyphenylglycol — genau zehn Tage nach Ansetzen von Clozapin im Liquor sinkt (*Rüther* 1986).

Des weiteren haben Tierversuche erbracht, daß Clozapin im Vergleich zu anderen Neuroleptika eine schwache zentrale antidopaminerge Wirkung zeigt (*Stille et. al.* 1971, *Hyttel* 1974). Erst bei relativ hohen Dosen zeigt sich eine Störung im dopaminergen Stoffwechsel in Form eines erhöhten Homovanillinsäurespiegels im cerebralen Gewebe und im Liquor cerebrospinalis.

Wirklich bemerkenswert sind hierbei die Angaben die von einer ausgeprägten zentralen antinoradrenergen Wirkung von Clozapin zeugen, die, wenigstens in den Tierversuchen, offensichtlicher sind, als die antidopaminerge Wirkung und auf eine Blockade der zentralen noradrenergen Rezeptoren hinweisen (*Bürkki et. al.* 1975, *Hyttel* 1974, *Lassen* 1975, *Bartholini et. al.* 1973). Die Angaben zeugen auch von einer Senkung des Methoxyhydroxyphenylglycol-Spiegels im Liquor bei der Behandlung mit Clozapin, was von *Rüther* (1986) als Anzeichen für eine Störung der präsynaptischen Regulation des noradrenergen Systems interpretiert wird.

Dies und einige andere Forschungsergebnisse, die wir weiter unten noch behandeln werden, haben uns veranlaßt, eine alternative Hypothese der Pathogenese des neuroleptischen Syndroms zu formulieren, die auf den Thesen des Konzepts der Suchaktivität aufbaut (*Rotenberg* 1984). Dieses Konzept besagt in Kürze folgendes: Unter Suchaktivität versteht man die Aktivität, die auf eine Veränderung der Situation oder der eigenen Einstellung dazu abzielt, ohne daß eine bestimmte Prognose zu den Ergebnissen dieser Aktivität vorhanden ist, demhingegen jedoch ein ständiges Berücksichtigen dieser Ergebnisse erfolgt. Unabhängig von der konkreten Verhaltensform (aktive Vermeidung, Selbststimulierung, gerichtet forschendes Verhalten) und von der Art des emotionalen Hintergrunds, erhöht die Suchaktivität bei Tier und Mensch die

dert die Entstehung natürlich und experimentell initiiertes Erkrankungen — von der Allergie bis zu malignen Neubildungen, inklusive Herzischämie, Geschwüren im Magen-Darm-Trakt, Herzrhythmus-Störungen, Epilepsie usw. (Rotenberg 1984). Dahingegen stellt eine Verminderung der Suchaktivität und insbesondere ein Verzicht auf die Suche in einer für das Subjekt unhaltbaren Situation eine unspezifische Voraussetzung für die Entwicklung der unterschiedlichsten Formen von Pathologie dar und verschlechtert die Resistenz des Organismus. Die Suchaktivität kann von den sozialen Forderungen und Erwartungen her völlig falsch programmiert sein, sie kann pervertieren und sich in Form psychotischer Episoden (»Suche in einer irrealen Welt«) äußern. Dennoch kann dabei ihre Schutzfunktion für die somatische Gesundheit erhalten bleiben.

Während des REM-Schlafes erfolgt die Suche auf der Ebene der psychischen Vorstellungen und Erlebnisse, dessen Aufgabe die Kompensation des Suchverzichts im vorhergehenden Wachzustand und die Wiederherstellung der Suchaktivität in dem nachfolgenden Wachzustand ist. Die funktionelle Unvollständigkeit der REM-Phase, die eine Erfüllung dieser adaptiven Funktion unmöglich macht, ist ein wichtiger Faktor für die Pathogenese vieler Erkrankungen.

Für die vorliegende Arbeit ist besonders bedeutsam die Verbindung zwischen dem Suchverhalten und der Aktivität des noradrenergen cerebralen Systems (Rotenberg 1984). Die dargelegte Vermutung über das Bestehen einer positiven Rückkopplung zwischen Suche und Aktivitätsgrad des noradrenergen Systems stimmt mit den Forschungsergebnissen und den Vorstellungen anderer Autoren überein (Zuckermann 1984). Eine neurochemische und pharmazeutische Blockade des noradrenergen Systems im Hirn und eine Drosselung seiner Aktivität unter einen kritischen Punkt führt zu einem Zustand, in dem auf die Suche verzichtet wird (in der Terminologie anderer Autoren — zu Depression (Gray 1982), zu erlernter Hilflosigkeit (Seligman 1975). Dies wird von der Entwicklung unterschiedlichster somatischer Pathologien begleitet.

Im Licht der obigen Ausführungen kann die Pathogenese des neuroleptischen extrapyramidal-motorischen Syndroms folgendermaßen dargestellt werden: Alle Neuroleptika zeitigen eine dämpfende Wirkung auf das noradrenerge System des Hirns, insbesondere der limbischen Strukturen. Auf diese nicht-spezifischen Wirkung baut geradezu der antipsychotische Effekt, die Dämpfung der psychoproduktiven Symptomatik auf (Rüther 1986). Diese Ansicht geht konform mit der Vorstellung, daß Neuroleptika die Ausprägung psychoproduktiver Symptomatik indirekt durch die nichtspezifische Wirkung auf die affektive Sphäre des Kranken herabsetzen. Diese Wirkung zeigt sich in einem Spontaneitäts- und Reaktionsverlust auf der emotionalen und der Verhaltensebene. Es ist bekannt, daß der systematische und stereotype Wahn, der keinerlei undefinierte Elemente mehr enthält, bei weitem schwieriger durch Neuroleptika zu korrigieren ist als akute und dynamische psychotische Stö-

Gleichzeitig mit diesem erwünschten und positiven Effekt führen Neuroleptika jedoch zu einer Minderung der Suchaktivität, was sich einerseits in den Symptomen einer apathischen Depression und andererseits in einer Herabsetzung der unspezifischen Resistenz des Organismus zeigt. Auf dem Hintergrund dieser Beeinträchtigung der Resistenz führen diese Neuroleptika, die gleichzeitig das dopaminerge System der nigrostriatalen Neuronensysteme blockieren, zur Ausbildung des neuroleptischen Syndroms. Somit schaffen Neuroleptika vom Typ Haloperidol selbst die Bedingung für die Entstehung von Pathologien und legen die konkreten Formen dieser Pathologie in Form des neuroleptischen Syndroms fest. Diejenigen Neuroleptika, die die dopaminergen Rezeptoren nicht beeinflussen (Clozapin), verfügen nur über einen antipsychotischen Effekt. Wir können folgende Argumente für diese Hypothese ins Feld führen.

In den zusammen mit *V.V. Arschwawskij* (1978) durchgeführten Untersuchungen wurde gezeigt, daß das extrapyramidalmotorische Syndrom schneller und ausgeprägter bei den Tieren auftritt, denen Neuroleptika gespritzt wurden, die bei einer direkten Reizung der Hypothalamus-Strukturen ein passives Verteidigungsverhalten hervorriefen. Dieses Verhalten ist typisch für den Suchverzicht. Während die Stimulation anderer Hypothalamus-Strukturen zu einem aktiven Verteidigungsverhalten oder zur Selbststimulierung (d.h. zu Suchverhalten) führte, war das durch Neuroleptika erzeugte extrapyramidalmotorische Syndrom weniger ausgeprägt, als bei den Vergleichstieren, denen Neuroleptika zwar injiziert, die cerebralen Strukturen jedoch nicht gereizt wurden. Dieses Experiment ist ein direkter Beweis für die Rolle, die die Art des Verhaltens bei der Entwicklung des neuroleptischen Syndroms spielt.

In diesem Zusammenhang ist es auch interessant, daß die Hyperkinesien, die bei den Tierversuchen als Modell des Turetta-Syndroms betrachtet werden, bei einer Kombination von Amphetaminbelastung und von den Tieren selbst nicht kontrollierbaren Stresswirkungen auftraten (*Mac Lennan et. al.* 1983). Dabei wurde schon oft darauf hingewiesen, daß gerade der nichtkontrollierbare Stress eine wichtige Voraussetzung für eine Reaktion vom Typ Suchverzicht darstellt. Somit kann je nach Art der konkreten Belastung des aminergen Systems des Hirns (d.h. eine Blockade durch Neuroleptika oder eine Stimulierung durch Amphetamine) der Zustand des Suchverzichts entweder die Entwicklung des extrapyramidalmotorischen parkinsonoiden Syndrom oder von Hyperkinesien provozieren.

Eine indirekte Bestätigung dieser Hypothese liefern die Versuchsergebnisse des Nachtschlafs. Es wurde bewiesen, daß Neuroleptika bei den Kranken zu einer Steigerung des prozentualen Anteils an Traum-Schlaf führen, wobei dies charakteristisch ist sowohl für Haloperidol, als auch für Clozapin, während bei den gesunden Probanden Clozapin die physischen Komponenten des Traum-Schlafs erhöht, indem es ihn sozusagen intensiver macht (*Rüther* 1986). Dafür ist im Rahmen des Konzeptes über die ausschließliche Rolle der dopa-

Erklärung zu finden, da Dopamin in den Regulationsmechanismen des REM-Schlafs keine wesentliche Rolle spielt. Dies ist jedoch erklärlich, wenn man von der Vorstellung ausgeht, daß bei Suchverzicht ein erhöhter Bedarf an Traum-Schlaf besteht und wenn man sich die Rolle der Prozesse vergegenwärtigt, die im Traum-Schlaf ablaufen, um die Suchaktivität und die Aktivität des cerebralen noradrenergen Systems wiederherstellen. Dieses Argument erscheint uns überaus wichtig.

Schließlich bietet die von uns aufgestellte Hypothese eine Erklärung für die auf den ersten Blick paradoxe Wirkung von Clozapin, das nicht nur seinerseits keine parkinsonoide Störungen hervorruft, sondern das durch Haloperidol hervorgerufene neuroleptische Syndrom in seiner Ausprägung dämpft. Wenn Clozapin blockierend nur auf das noradrenerge, aber nicht auf das dopaminerge System wirkt, so kann die Aktivität des letzteren sogar kompensatorisch zunehmen. Diese Vermutung bedarf der experimentellen Überprüfung, wobei bei einer derartigen Überprüfung die schwierigen Adaptionsprozesse der synaptischen Rezeptoren berücksichtigt werden müssen. Es kann natürlich nicht ausgeschlossen werden, daß die Hyperaktivität des dopaminergen Systems auf der mesolimbischen Ebene auch eine gewisse Rolle spielt bei der Entstehung einiger psychopathologischer Symptome. Das Ziel dieses Vortrags ist es jedoch, die Aufmerksamkeit der Wissenschaftler auf die Aspekte der Pathogenese des neuroleptischen Syndroms zu lenken, die in einem engen Bezug zu den mehr allgemeinen biochemischen Mechanismen der Verhaltensorganisation stehen.

Zum Abschluß möchte ich noch bemerken, daß das Konzept der Suchaktivität auch eine Erklärung liefert für die paradoxen Kinesien beim Parkinsonismus, dem plötzlichen, wenn auch nur zeitweiligen Verschwinden der extrapyramidalen Symptomatik bei emotionalem Stress. Hierbei können die Emotionen sowohl positiv als auch negativ sein, wichtig ist nur, daß sie zu aktivem Verhalten motivieren. Wenn wir daran denken, daß eine mehr oder minder ausgeprägte depressive Symptomatik charakteristisch ist für den Parkinsonismus und das Anzeichen eines funktionalen Defekts der REM-Phase bei dieser Erkrankung zu beobachten sind, so liegt die Vermutung auf der Hand, daß der emotionale Stress mit der Suchaktivitätskomponente beim Parkinsonismus dieselbe Funktion erfüllt, wie das aktive Verteidigungsverhalten bei einem experimentell erzeugten neuroleptischen Syndrom.

Der hier dargelegte Standpunkt eröffnet einen Zugang zum Problem des neuroleptischen Syndroms und des Parkinsonismus von einer neuen Seite und gibt die Möglichkeit, alle dazu herrschenden Ansichten in ein allgemeines biologisches Vorstellungskonzept einzubetten. Darüberhinaus gibt er die theoretische fundierte Berechtigung zur Durchführung einer Antidepressionstherapie beim Parkinsonismus, da diese Therapie nicht nur bei der Beseitigung dieses äußerst erschwerenden Syndroms hilft, sondern auch bei der pathogenetischen Behandlung des Parkinsonismus selbst von Bedeutung sein kann.

noide Syndrom beeinflussen, und im Lichte der obigen Ausführungen ist man gehalten anzunehmen, daß dies nicht nur auf den dopaminergen Effekt zurückzuführen ist, sondern auf die Behebung der Depression an sich (d.h. des Zustandes des Aktivitätsverzichts) und auf die Wiederherstellung der Aktivität des noradrenergen Systems.

The Neuroleptic Syndrome in the Context of the Biochemistry of Behaviour

Vadim S. Rotenberg (Moscow)

In his present paper, *V.S. Rotenberg* presents a new approach to the problem of the neuroleptic syndrome and Parkinson's disease from the perspective of his own search-activity-hypothesis. The author defines search activity as the activity provoked by changes in the surroundings or in one's own attitude, with the final effect of heightening the organism's resistance against noxious stimuli. In *Rotenberg's* view, the reduction of search activity parallels a renunciation of development and a general lowering of the organism's activity culminating in psychotic decompensation. His conception of a positive feedback between search activity and degree of activity of the noradrenergic system of the brain is documented by the results of several quoted studies. Although the majority of investigators believe the dopaminergic system of the brain to be the seat of neuroleptic effect, *Rotenberg* assumes, that the cerebral noradrenaline-system is of great importance, too, both regarding the antipsychotic effect of neuroleptics and their parkinsonoideffect. In the case of the more recently developed Clozapine, for instance, which fails to elicit extrapyramidal-motoric side-effects, *Rotenberg* shows the impact of the substance on the central noradrenergic system, in addition to that on the central dopaminergic system. Thus, he establishes an important connection between intensification of search activity and increase of activity of the central noradrenergic system.

To resume, *Rotenberg* concludes that the pathogenesis of the neuroleptic extrapyramidal-motor syndrome is determined by the inhibiting effect of all neuroleptic drugs on the noradrenergic system of the brain. The same effect is also responsible for their antipsychotic effect. Moreover, these drugs cause a lowering of search activity all the way to an apathetic depression, as well as a nonspecific lowering of the resistance of the whole organism. Such neuroleptic drugs as do not influence dopaminergic receptors (e.g. Clozapine), produce an anti-psychotic effect without extrapyramidal-motor side-effects. In *Rotenberg's* conception, antidepressive drugs reveal a positive effect on the parkinsonoid syndrome, due to their impact on the dopaminergic system on the one hand, and to the re-emergence of search activity through the noradrenergic system on the other hand.

berg opens up a new approach to the problem of the neuroleptic syndrome. In his hypothesis of search activity, stress and emotional factors have their own significance, alongside with neurochemical and neurophysical factors. Thus, *Rotenberg* introduces an integrative concept of the adverse extrapyramidal-motor effect of neuroleptic therapy.

Literatur

- Anden, N.E., Corradi, H., Fuxe, K.J.* (1972): *Pharm. Pharmac.* (24) 177—182
- Arshavsky, V.V., Rotenberg, V.S.* (1978): Different Types of Behavioral Reactions and Emotional States and Their Influence on Pathophysiological and Clinical Syndromes. In: *Uspekhi fiziologicheskikh nauk* (3) 49—72
- Balzereit, F.* (1986), In: *Neue Aspekte der Therapie mit Antidepressiva*, *Schmidt-Burgk, W., Koeller, W.* (Hrsg.) (Stuttgart, New York: Gustav Fischer)
- Bartholini, G., Keller, H., Pletscher, A.* (1973): *Neuropharmacology* (12) 751—756
- Bürkki, H.R., Ruch, W., Asper, H.* (1975): *Psychopharmacologia*, (41) 27—33
- Costall, B., Naylor, R.J.* (1973): *Psychopharmacologia* (32) 161—170
- Gray, J.A.* (1982): *The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of the septohippocampal system* (Oxford University Press)
- Griffith, J.D., Cavanaugh, J.H., Oates, J.A.* (1970) In: *Psychotomimetic drugs*, D.H. Efron (Hrsg.) (Ravenpress)
- Hyttel, J.* (1974): *J. Pharm. Pharmac.* (26) 588—596
- Lassen, J.B.* (1975): *Psychopharmacologia* (43) 25—29
- Mac Lennan, H.J., Maier, S.F.* (1983): *Science* (219) 1091—1092
- Rotenberg, V.S.* (1984) *Pavlovian Journal of Biological Science*, N 1, 1—15
- Riederer, R., Brücke, T., Sofic, E., Jellinger, K., Gabriel, E.* (1986) In: *Koeller, W.* (Hrsg.): *Neue Aspekte der Therapie mit Antidepressiva* (Stuttgart, New York: Gustav Fischer Verlag) 51—67
- Rüther, E.* (1986): *Wirkungsverlauf der neuroleptischen Therapie* (Stuttgart, New York: Gustav Fischer Verlag)
- Schildkraut, J.* (1965): *J. Am. Psychiatry* (122) 509—522
- Seligmann, M.E.P.* (1975): *Helplessness. On Depression, Development and Death* (San Francisco)
- Sedvall, G.* (1980): *Prod. Biochem. Pharmacol.* (16) 133—144
- Shab, N.S., Donald, A.G.* (Hrsg.) (1986): *Movement Disorders*, (New York, London: Plenum Medical Bookcompany)
- Stille, G., Lauener, H.* (1971): *Arzneimitt. Forsch.* (21) 252—255
- Van Praag, H.M., Dols, L.C., Schut, T.* (1975): *Compreh. Psychiat.* (16) 255—263
- Zuckermann, M.* (1984): *The Behavioral and Brain Sciences* (7) 413—471

Adresse des Autors:

Prof. Dr. med. Vadim S. Rotenberg
1st Medical Institute of the
Health Ministry of the USSR
Usievitcha Street 11—60
125319 Moscow, USSR

Autokinese und Hemisphärität — eine Pilot-Study mit Patienten der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige***

Günter Ammon, Ilse Burbiel*, Volker Peschke** (Berlin/München)

Die meisten der heute gebräuchlichen test-psychologischen Untersuchungsverfahren sind sprach- und verhaltensorientiert und erlauben damit keinen Zugang zum Unbewußten des Menschen. Als ein Schritt zur Lösung dieses Problems einer Direktbeobachtung des Unbewußten wird in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige der Autokinetische Lichttest (AKL) eingesetzt. Unter Autokinese ist das Phänomen der subjektiven Bewegungswahrnehmung eines fixen Lichtpunktes zu verstehen. Bereits 1959 hat Ammon im Zusammenhang mit Forschungen der Menninger Foundation auf die große Bedeutsamkeit des autokinetischen Phänomens für die Exploration des Nicht-Bewußten hingewiesen. Mit der Formulierung des Ich-Struktur-Modells 1976 waren die theoretischen Grundlagen für den Einsatz der Autokinese als Meßverfahren für humanstrukturelle Forschung und Diagnostik gegeben. Die zentrale Forschungshypothese dabei lautete, daß sich in der Autokinese selbst die Dynamik des Unbewußten zeigen könnte. Eine weitere Differenzierung der diagnostischen Verfahren nahm Ammon in den 80er Jahren vor, als er im Anschluß an das Internationale Symposium über das Unbewußte 1979 in Tbilisi (UdSSR) eine theoretische Verbindung herstellte zwischen den Funktionsweisen der beiden Hirnhemisphären und seinem humanstrukturellen Persönlichkeitsmodell. In der vorliegenden Pilot-Study mit 32 Patienten der Diagnosegruppen schizophrene Reaktion, depressive Reaktion und Borderline-Syndrom wurde die gemessene Hemisphärität (Lateral-eye-movement-Test) mit der Autokinese in Beziehung gesetzt. Die Hypothese wurde signifikant (1%-Niveau) bestätigt, daß Patienten mit rechter Hemisphärenpräferenz bedeutend mehr Autokinese zeigen als Patienten mit linker Hemisphärität. In der Autokinese zeigt sich daher vorwiegend das Potential rechts-hemisphärischer Aktivierung, während bei wenig Autokinese und Bewegungsstops auf ein stärkeres Wirksamwerden linkshemisphärischer Funktionsweisen geschlossen werden kann.

Das Nicht-Bewußte ist nach *Ammon* der dynamische Kern einer jeden Identitätsentwicklung und -veränderung. Es wird vor allem durch lebensgeschichtlich frühe gruppensozialenergetische Einflüsse in spezifischer Weise strukturiert. Es enthält das Potential entwicklungsfähiger Möglichkeiten.

Bei kranken Menschen ist der nicht-bewußte Persönlichkeitskern in der frühen Kindheit durch sozialenergetische Einflüsse nicht entwicklungsfördernder Art schwer verletzt worden. Diese Menschen führen unter dem Diktat dieser Verletzung ein unerfülltes, durch psychische und körperliche Leiden auf wenige Dimensionen eingegängtes Leben. Den Menschen von diesen Eingenungen zu befreien und ihm die Verwirklichung seiner im Nicht-Bewußten ruhenden mehrdimensionalen Potentialitäten zu ermöglichen, ist Anliegen unserer dynamisch-psychiatrischen Behandlung. Den Patienten in diesem Pro-

* Dipl.-Psych., Leiterin der Psychologisch-Diagnostischen Abteilung der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige München; Lehranalytikerin am Münchener Lehr- und Forschungsinstitut der DAP

** Dipl.-Psych., freier Mitarbeiter der Psychologisch-Diagnostischen Abteilung der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige; Mitarbeiter im Psychoanalytischen Kindergarten der DAP/DGG München

*** Vortrag gehalten auf dem 6. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/VIX, Internationales Symposium der DAP, 7.-12. März 1988 in der Zeit der

zeß der nachholenden Kreativierung des Nicht-Bewußten auch diagnostisch zu begleiten ist notwendig, um zu überprüfen, ob wir in seiner Behandlung auf dem richtigen Weg sind.

Aus dem bisher Ausgeführten wird deutlich, daß der Erforschung der Struktur und Dynamik des nicht-bewußten Persönlichkeitsbereichs des Menschen in seinen mannigfaltigen Erscheinungen ein besonderer Stellenwert in der Diagnostik und Forschung der Dynamischen Psychiatrie zukommt.

Das Nicht-Bewußte ist bis heute nicht direkt beobachtbar. In der Psychologie würde man es als ein umfassendes Konstrukt auffassen, das nur über seine Äußerungsweisen auf den verschiedenen beobachtbaren Ebenen der Persönlichkeit erschlossen werden kann. Eine besondere Bedeutung in dem Gesamtspektrum der von uns eingesetzten diagnostischen Verfahren und deren methodenintegrativer Verwendung kommt dabei dem von *Ammon* und Mitarbeitern entwickelten ISTA (Ich-Struktur-Test nach *Ammon*) mit der weiterreichenden Persönlichkeitsprofilforschung zu, weiterhin dem Androgynen Dimensions-Test nach *Ammon* (ADA), den EEG-Untersuchungen im Schlaf- und Traumlabor und dem Autokinetischen Lichttest/AKL).

Vielleicht, so sagt *Ammon*, werden wir in der Zukunft Methoden entwickeln, die eine direkte Messung des Nicht-Bewußten ermöglichen, die für uns heute noch gar nicht vorstellbar sind. Die von *Igenbergs* (1985) aus der *Kirlian*-Fotografie entwickelte Methode der Elektrographie geht zukunftsweisend in diese Richtung und wird in den nächsten Jahren auch von uns eingesetzt werden.

Im Gesamt aller bisher entwickelten diagnostischen Methoden, die bei unseren Patienten für Verlaufs- und Effizienzmessungen eingesetzt werden, hat der Autokinetische Lichttest auch einen, wie wir meinen, zukunftsweisenden Platz.

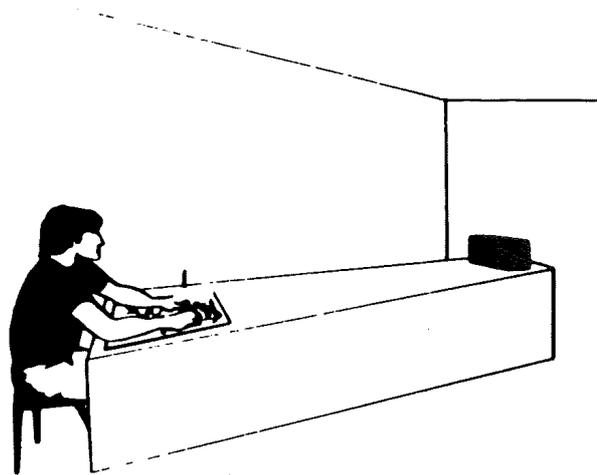
1982 formulierte *Ammon* in der Einleitung zu der zweiten Auflage von »Gruppendynamik der Aggression«, daß das bisher ungelöste Problem der Direktbeobachtung des Unbewußten und seiner Funktionen bei Berücksichtigung hirnhemisphärischer Strukturen und Prozesse einer Lösung nähergeführt werden könnte. Wir möchten daran anschließend das Anliegen der vorliegenden Untersuchungen wie folgt formulieren:

Auf der Grundlage des bisher erarbeiteten humanstrukturellen Verständnisses des Autokinetischen Lichttestes soll in der vorliegenden Arbeit in einer ersten empirischen Untersuchung geprüft werden, inwieweit sich eine Beziehung zwischen Autokinese und asymmetrischer Hemisphärenaktivität herstellen läßt. Der Autokinetische Lichttest soll dadurch in seiner Aussagekraft als Indikator nicht-bewußter Dynamik und Persönlichkeitsstruktur als Meßinstrument erweitert und differenziert werden. Zugleich wollen wir damit in einem ersten Schritt überprüfen, ob es einen empirischen Zugang zur Erforschung funktioneller Hemisphärenasymmetrien mit der Methodik des Autokinetischen Lichttests geben kann.

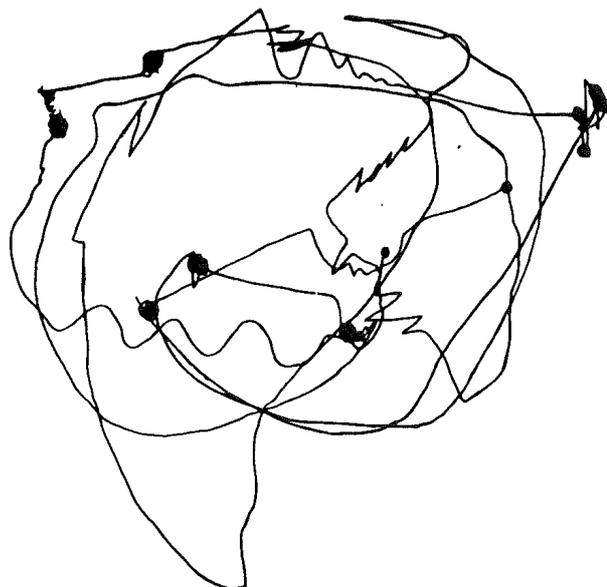
scher *Alexander von Humboldt* vor mehr als hundert Jahren entdeckten Phänomen des Sterneschwankens, d. h. der Beobachtung, daß bei Fixierung eines Sterns dieser vor den Augen des Beobachters zu wandern beginnt. Dieses Phänomen der subjektiven Bewegungswahrnehmung, der Autokinese, wurde in der Folgezeit in zahlreichen Untersuchungsreihen experimentell induziert, mit dem Ziel, ein theoretisches Verständnis der Autokinese zu entwickeln.

Der Untersuchungsteilnehmer sitzt in einem völlig abgedunkelten Raum, in einer Art utopischer Umwelt, in der plötzlich ein winziger Lichtpunkt erscheint, der sich vor den Augen des Beobachters zu bewegen beginnt.

Abb. 1: Untersuchungssituation im AKL

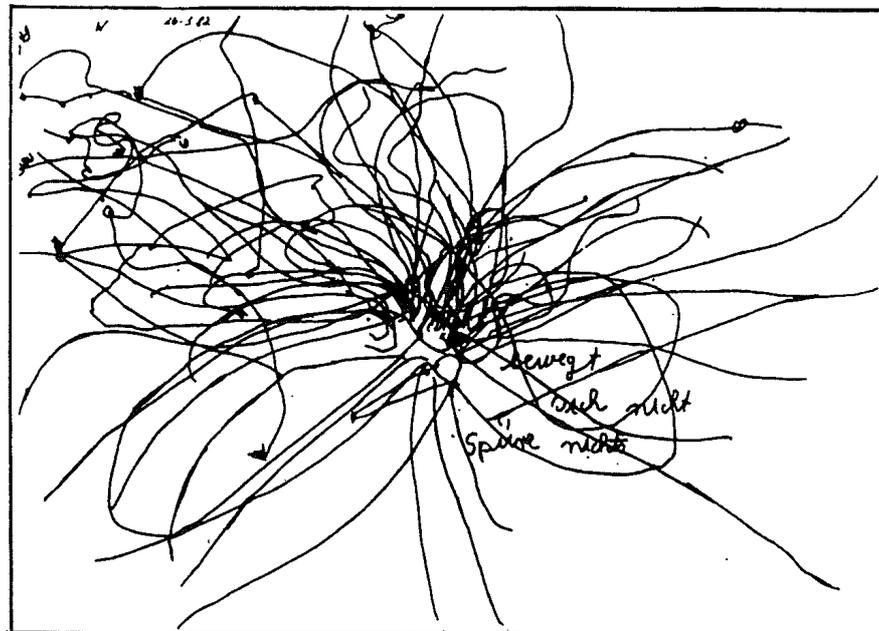


Versuchsanordnung

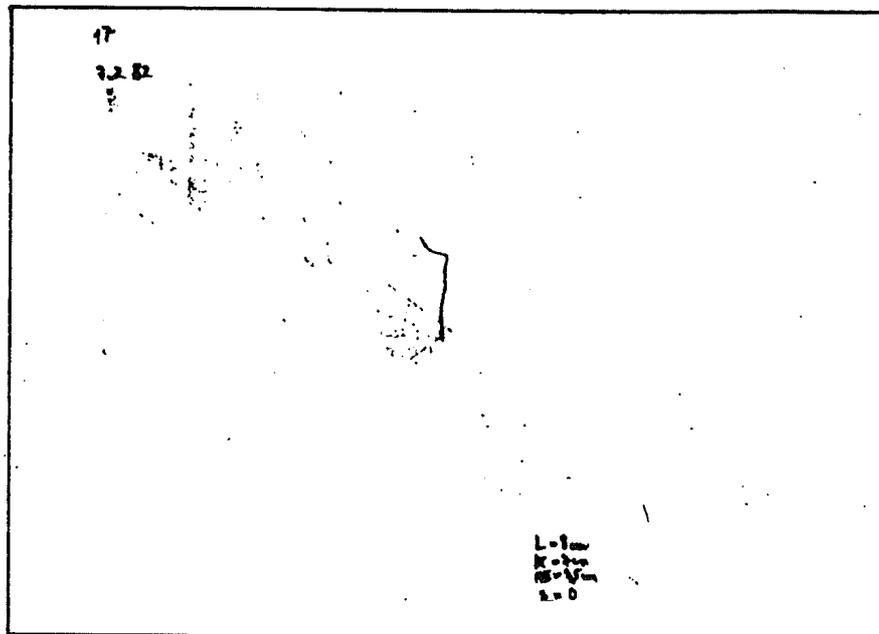


Der Lichtpunkt kann dabei weite Kreise, bizarre Kurven ziehen oder auch wieder anhalten, sich nur schrittweise langsam oder mit großem Tempo wie auf einer schwarzen Leinwand bewegen, oder aber er bleibt von Anfang an fixiert stehen. Art und Ausmaß der Bewegung ist für jeden Teilnehmer individuell unterschiedlich. Im allgemeinen wird die Bewegung des Punktes als bedeutsam erlebt, und der Beobachter nimmt eine Beziehung zu dem Punkt auf. Gefühle der Freude und Entspannung, aber auch der Angst, Trauer und Wut können die Bewegung des Punktes begleiten. Zeiterleben und Phantasien ändern sich.

Abb. 2: Autokinetische Bewegungsbilder



extrem viel Autokinese



Wir haben es mit einer Testsituation zu tun, in der es außer dem winzig kleinen, energetisch an der Wahrnehmungsschwelle liegenden Lichtpunkt keine weiteren äußeren Stimulationsquellen gibt. Die Reaktion auf den Lichtpunkt kommt ausschließlich aus dem Inneren des Beobachters und erfolgt unmittelbar bildhaft in Form einer Bewegungswahrnehmung, deren Dynamik nur geringer willkürlicher Steuerungsmöglichkeit unterliegt.

Das autokinetische Phänomen hat seit seiner Entdeckung zahlreiche Wissenschaftler aus den verschiedensten Forschungsdisziplinen dazu angeregt, nach den Ursachen und dem Wesen der Autokinese zu suchen. Die bisher vorliegenden Ansätze bleiben alle unbefriedigend: »Obwohl es (das Autokinetische Phänomen)«, so schreibt *Starker* (1972), »seit 1886 im Labor untersucht worden ist, bleibt das Autokinetische Phänomen den Forschern in gewisser Weise ein Rätsel.«

Mehr Aufschluß über das Phänomen der Autokinese geben uns die Arbeiten von *Albert C. Voth* (1947), *Harald M. Voth* und *Martin Mayman* (1965, 1966, 1968) die als erste die Bedeutung des Autokinetischen Lichttests als Meßinstrument in der Psychotherapieforschung erkannten und in einer über 30jährigen Forschungstätigkeit bedeutsame Zusammenhänge zwischen Persönlichkeit und Autokinese fanden.

Ammon (1959) hat bereits im Zusammenhang mit diesen Forschungen in der Menninger Foundation über den Ansatz von *Voth* et al. hinausgehend auf die große Bedeutsamkeit des Autokinetischen Phänomens für die Exploration des Nicht-Bewußten und der Ich-Funktion der Integrationsregulation hingewiesen und immer wieder auf den hohen prognostischen Wert für die Früherkennung von Krankheitspotentialen wie Psychosomatik, psychotischer Reaktion und Suizidalität aufmerksam gemacht.

Mit der Formulierung des Ich-Struktur-Modells in Zusammenhang mit dem Borderline-Phänomen 1976, das erstmals das Nicht-Bewußte als eine strukturierte gruppenspezifisch gewachsene Größe auffaßte, waren die theoretischen Grundlagen für eine humanstrukturelle Erforschung der Autokinese geschaffen (*Ammon* 1976, 1979).

Ist das Nicht-Bewußte vorwiegend konstruktiv gewachsen, sind die Humanfunktionen differenziert entwickelt und zu einem Gesamtsystem sich wechselseitig untereinander regulierender und sich gegenseitig ergänzender Humanfunktionen integriert. Gleichzeitig regulieren und integrieren sie neue sozial-energetische Einflüsse von außen.

Destruktive und defizitäre Entwicklung zeigt sich im Aufbau von starren Strukturen in Teilbereichen bzw. nur rudimentär entwickelten Strukturen. Ihre Regulations- und Integrationskraft ist gestört bzw. nicht ausreichend entwickelt, und somit ist der synergistische Fluß von Sozialenergie zwischen dem primären Biologisch-Körperlichen, dem zentralen Nicht-Bewußten und dem sekundären Verhaltensbereich des Menschen, d. h. also zwischen Humanstruktur insgesamt und Gruppe gestört.

Forschungshypothese, daß sich in der Autokinese selbst die Dynamik des nicht-bewußten Systems des Menschen zeigt, wobei die Qualität der Dynamik davon abhängt, wie das nichtbewußte System strukturiert ist, d. h. ob es vorwiegend konstruktiv, destruktiv oder defizitär organisiert und reguliert ist.

Wir sehen, daß in der Autokinese immer zwei sich wechselseitig bedingende Faktoren zum Ausdruck kommen: einmal das Ausmaß an Dynamik und zum anderen die Art der Regulation der Dynamik. Beides zusammen ergibt dann die spezifische Bewegungswahrnehmung, die im übrigen, wie unsere Untersuchungen zeigten, über längere Zeit stabil bleibt.

Humanstrukturologisch läßt sich dieser Zusammenhang allgemein folgendermaßen verstehen:

1. Das Ausmaß an Dynamik in der Bewegung des Lichtpunktes ist unmittelbarer Ausdruck einer mehr oder weniger konstruktiv, destruktiv und defizitär entwickelten nicht-bewußten Struktur des Beobachters. Das Nicht-Bewußte ist wenig dynamisiert bei einer vorwiegend defizitär entwickelten Struktur, es ist stark dynamisiert bei einer vorwiegend konstruktiven, aber auch destruktiven Struktur.

Die Regulation der Dynamik einer konstruktiven Struktur zeigt sich in einer lebendigen und bildhaft gestalteten Bewegtheit des Lichtpunktes im Mittelbereich zwischen sehr viel und sehr wenig Autokinese bei einer gleichzeitig ausgewogenen Anzahl von Haltepunkten.

3. Bei einer vorwiegend destruktiv ausgeprägten Humanstruktur zeigt sich eine schwache Regulation der Dynamik in schnellen, überschießenden, aber wenig gestalteten, d. h. gerichteten Bewegungswahrnehmungen mit relativ wenig Haltepunkten. In unseren vorangegangenen Untersuchungen konnten wir dieses Phänomen vor allem bei den präpsychotischen Patienten feststellen, die nach innen zum Bereich der Gefühle und Phantasien weit geöffnet sind bei einer gleichzeitigen starren Abgrenzung nach außen (vgl. Ammon et al. 1983).
4. Ist eine verinnerlichte destruktive Dynamik und Struktur zu starr reguliert, äußert sich dies phänomenologisch in einer geringen und langsamen, wenig Raum einnehmenden und wenig gestalteten Punktbeziehung. Diese Patienten spüren sich wenig wegen ihrer starren Abgrenzung nach innen zum Bereich der Gefühle und Phantasien des Nicht-Bewußten hin. Sie sind in ihrer geistig-psychischen Gerichtetheit verstärkt nach außen orientiert.
5. Eine vorwiegend defizitär ausgeprägte Struktur und Dynamik mit geringer Regulationskraft zeigt sich ebenso in extrem wenig Autokinese auf eingegengtem Raum.

Wir konnten in unseren Untersuchungen aufzeigen, daß Patienten mit extrem wenig Autokinese hohe defizitäre Werte auf den ISTA-Skalen der Aggression, Angst und Narzißmus bei einer gleichzeitigen massiven Abgrenzungsstörung nach innen zeigten. Aufgrund klinischer Einschätzung wurden sie vorrangig den narzißtisch depressiv reagierenden Patienten zugeordnet

chomatik zeigt sich auch auf der Ebene der autokinetischen Wahrnehmung. *H. M. Voth* (1976) berichtet von einer Untersuchung an 31 psychiatrischen Patienten, die nach Jahren an Krebs erkrankten, daß diese Patienten im vorangegangenen Autokinetischen Lichttest signifikant weniger Autokinese gegenüber einer Kontrollgruppe hatten. Wenig-Beweger sind auch Patienten mit einer höheren Suizidgefährdung (*Voth et al.* 1969).

In den 80er Jahren hat *Ammon* im Anschluß an das Internationale Symposium über das Unbewußte 1979 in Tbilisi (UdSSR) auf der Grundlage der modernen Hirnhemisphärenforschung, wie sie von Wissenschaftlern wie z. B. *Sperry, Gazzaniga, Eccles, Zenkov, Rotenberg, Luria* u. a. geleistet wurde, eine theoretische Verbindung zwischen den Funktionsweisen der beiden Hirnhemisphären und seinem humanstrukturologischen Persönlichkeitsmodell hergestellt (*Ammon* 1982). Die zentrale These lautet, daß der zentrale nicht-bewußte Bereich des Menschen mit seinen regulierenden, dynamisierenden und integrierenden seelisch-geistigen Funktionen vorwiegend der rechten Hirnhemisphäre zugeordnet werden kann. Die bewußten Funktionen des Verhaltens und der Fertigkeiten, die den Kontakt zur äußeren Realität herstellen, entsprechen vorwiegend der Funktionsweise der linken Hirnhemisphäre.

»Der rechten Hirnhemisphäre und deren Besonderheiten ordne ich die bildhaften und nonverbalen Denkvorgänge, die Phantasie, schöpferische Prozesse, die Angst und eigentlich alle von mir im zentralen Ich angesiedelten Ich-Funktionen zu. Die rechte Hirnhemisphäre ist Sitz der nicht-bewußten, nonverbalen Vorgänge, die wir als Unbewußtes bezeichnen können. . . . Es spricht hingegen alles dafür, daß Verbalisation, Handeln, technisches Verständnis, Logik, Rationalität und Bewußtsein vorwiegend der linken Hirnhemisphäre zuzuordnen sind.« (*Ammon* 1982)

In dem synergistisch regulierten Zusammenwirken beider Hirnhemisphären zeigt sich entsprechend des flexiblen Zusammenspiels von zentralen und sekundären psychisch-geistigen Funktionen konstruktiv-kreative Identität.

Aus Untersuchungen an gesunden Menschen wissen wir (*Zenkov* 1978), daß die rechte Hemisphäre vorwiegend für die synthetische Verarbeitung von nicht-verbalen Informationen — seien sie optischer, motorischer, akustischer Art — von Bedeutung zu sein scheint, während die linke Hemisphäre vorherrschend die Funktion und Organisation von verbalen Informationen übernimmt.

Der Autokinetische Lichttest als nonverbale Wahrnehmungsaufgabe induziert — so leiten wir ab — eine vorwiegend rechtshemisphärische Aktivität, die sich in der Bewegungswahrnehmung äußert, während bei einer Nicht-Bewegung des Lichtpunktes sich keine rechtshemisphärische Aktivität mehr zeigt. Wir leiten daraus ab, daß z. B. Haltepunkte als Indikator für eine vorwiegend linkshemisphärische Informationsverarbeitung angesehen werden könnten.

Ausgehend von diesen theoretischen Überlegungen unter Einbeziehung der

obachtungen können wir als ein erweitertes Verständnis der Autokinese folgende Thesen postulieren, die unserer empirischen Untersuchung zugrundeliegen:

1. Die Regulationskraft des Rechtshemisphärischen, d. h. des zentralen nicht-bewußten Persönlichkeitskerns zeigt sich in der Autokinese auf dem gesamten Spektrum von »Nicht-Bewegung« bis »Maximaler Bewegung«.
2. Störungen des Synergismus können sich entweder in einer Überbetonung rechtshemisphärischer Aktivität bei gleichzeitig zu geringer Regulationskraft der rechtshemisphärischen Funktionen zeigen, wie wir dies klinisch bei den präpsychotischen Strukturen beobachten können. Diese eher rechtshemisphärisch orientierten Patienten werden in der autokinetischen Testsituation eher mit viel Bewegung und wenig Stillstand der Bewegung, d. h. Haltepunkten reagieren.
3. Störungen des Synergismus können sich aber auch in einer Überbetonung linkshemisphärischer Aktivität zeigen bei einer gleichzeitigen Abspaltung rechtshemisphärischer Funktionsweise, d. h. überstarker Abgrenzung zum Bereich der nicht-bewußten Gefühle, Phantasien und ganzheitlichen Denk- und Wahrnehmungsvorgängen. Bei diesen eher linkshemisphärisch orientierten Patienten würden wir eher eine geringe Bewegung im Autokinetischen Lichttest bei gleichzeitig relativ viel Haltepunkten erwarten. In der »Nicht-Bewegung« zeigt sich gewissermaßen die vorwiegend linkshemisphärische Informationsverarbeitung dieser Untersuchungsteilnehmer.
 Als weitere Differenzierung unserer Fragestellung über den Zusammenhang zwischen Autokinese und funktioneller Hemisphärenasymmetrie möchten wir die von *Zenkov* (1985 a) aufgestellte These eines psychophysiologischen links-nach-rechts Raumvektors einbeziehen, wie er in bildnerischen Darstellungen zum Ausdruck kommt. *Zenkov* konnte diesen Vektor in neolithischen Felszeichnungen als bedeutsame Neuerung nachweisen und mit dem Beginn der Hemisphärendifferenzierung in Beziehung setzen. In der europäischen Malerei und in der Ikonenmalerei konnte der links-nach-rechts Bewegungsvektor ebenfalls nachgewiesen werden (*Schapiro* 1969; *Zhegin* 1970; *Zenkov* 1985). Mit Bezug auf *Ammons* (1982) humanstrukturologisches Hirnhemisphärenmodell faßt *Zenkov* die produktive Arbeit des Malers bzw. Zeichners als Übersetzungsprozeß des dynamisch aus der nicht-bewußten rechten Hemisphäre fließenden intuitiven Bildmaterials in die logisch-diskret arbeitende linke Hemisphäre auf, wodurch das Bild bzw. die Zeichnung bewußter Gestaltung unterworfen sind. Die Bewegung vom linken zum rechten Bildhalbfeld entspricht dabei unter der Bedingung der Raum-Inversion (Umkehrung, vgl. auch *Rothschild* 1982) dem entgegengesetzten schöpferischen Prozeß, der ganzheitlich gesehen von einer mehr rechtshemisphärischen zu einer mehr linkshemisphärischen Aktivität übergeht.
4. Mehr rechtshemisphärisch aktive Patienten zeichnen die Bewegungswahr-

ger rechtshemisphärischer Aktivität und damit stärkerer linkshemisphärischer Orientierung mehr in das rechte Halbfeld.

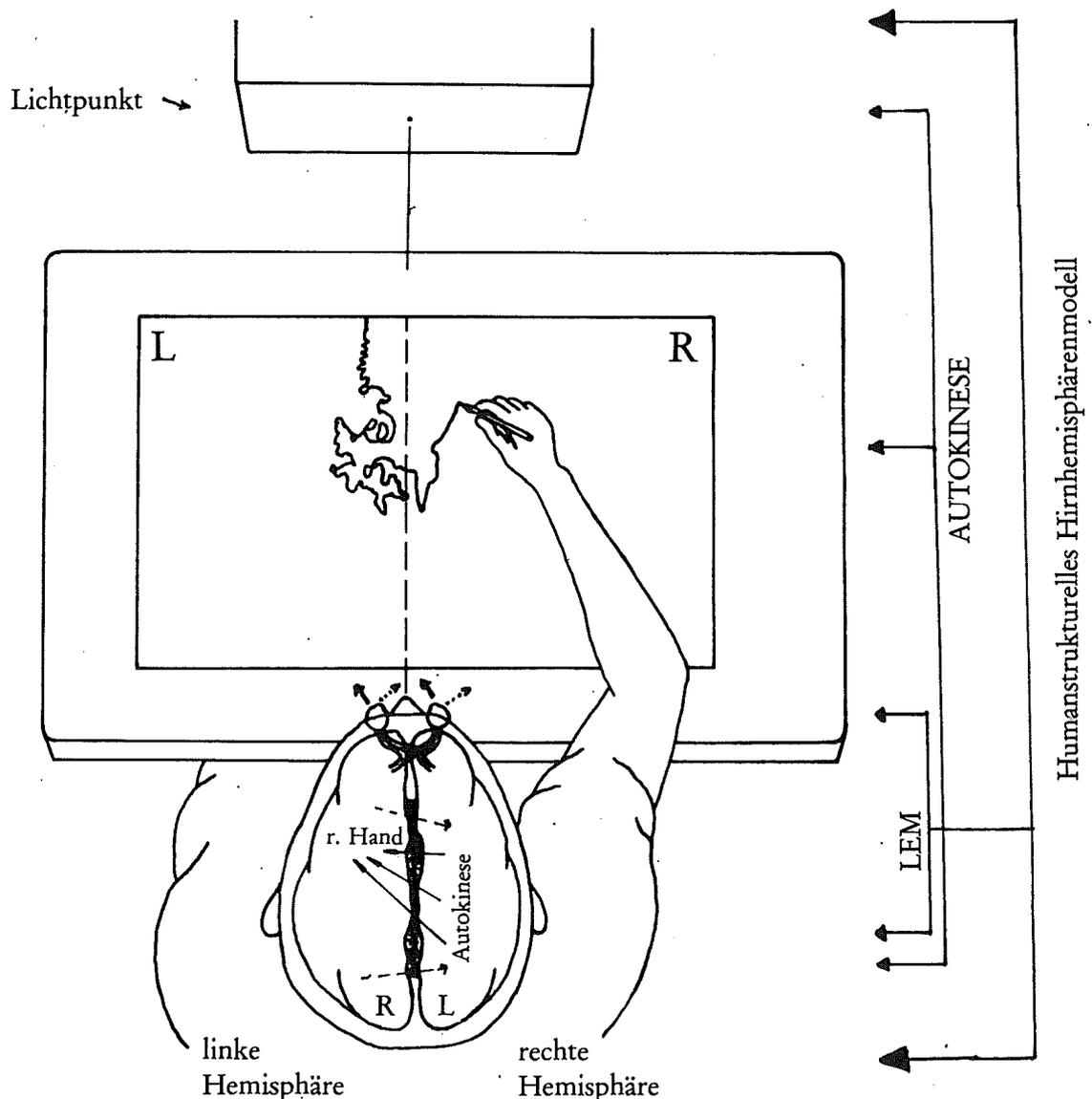
Zur Erfassung eher rechts- oder linkshemisphärischer Modi der Informationsverarbeitung haben wir für die vorliegende Untersuchung ein Erhebungsinstrument gewählt, dessen Anwendung wenig aufwendig war. Es ist der sog. LEM-Test (Lateral-Eye-Movement-Test), der in der von uns verwendeten Form von *Schulter* und seinen Mitarbeitern *Neubauer* und *Ebner* (1986, 1982) angewendet wurde. Er dient uns in der vorliegenden Untersuchung als unabhängige Variable zur Überprüfung des vermuteten Zusammenhangs zwischen Hemisphärizität der Probanden und der Art ihrer Bewegungswahrnehmung im Autokinetischen Lichttest. Die von uns verwendete Form der LEM-Untersuchung besteht aus 20 Fragen, die vom Aufgabentyp her eine bestimmte Hemisphäre ansprechen, d. h. die entweder eine verbal-analytische (linkshemisphärische) bzw. räumlich-visuelle, holistische (rechts-hemisphärische) Verarbeitungsweise erfordern. Gibt man einem Probanden diese Fragen zur Beantwortung in einer »face-to-face-Situation« vor (d. h. der Fragesteller sitzt in einem Abstand von ca. 1,5 Meter dem Probanden gegenüber), so wird in der Regel kurz nach Beendigung der Fragestellung der Blickkontakt abgebrochen: die befragte Person zeigt während des Nachdenkens und vor der Beantwortung der Frage Augen- und Kopfbewegungen nach links und rechts. Dieses von *Teitelbaum* (1954) und *Day* (1964, 1967) erstmals berichtete Phänomen seitlicher Augenbewegungen (lateral eye movements, abgekürzt LEM) — das Assoziationen zu den »rapid eye movements« des Traumschlafs weckt — ist individuell verschieden, in der Tendenz aber für ein und dieselbe Person weitgehend konstant. Entsprechend der individuellen Präferenz der Augenbewegungen in die rechte oder in die linke Richtung werden die Probanden auf Vorschlag von *Duke* (1968) als »rightmover« bzw. »left-mover« bezeichnet. Personen, die keine deutliche Präferenz der Augenbewegungen in eine bestimmte Richtung zeigen, werden nach *Ehrlichman & Weinberger* (1978) als »bidirectionals« bezeichnet.

Bogen et al. (1972) führten basierend auf *Bakan* (1969), der die oben beschriebene Augenbewegungstendenz mit Unterschieden der Hemisphärenaktivierung begründete, das Konstrukt der »Hemisphärizität« ein, d. h. »... eine Tendenz für eine Person, sich mehr auf eine Hemisphäre zu verlassen als auf die andere«. In einer EEG-Validierungsstudie konnte *Neubauer* (1986) das Konzept der Hemisphärizität unterstützen. Hemisphärizität kann nur in einer zwischenmenschlichen Situation (wie oben beschrieben) beobachtet werden, nicht in einer Situation, in der die Aufgaben durch Lautsprecher oder über Video vorgegeben werden (vgl. *Gur, Gur & Harris*, 1975; *Hiscock* 1977 a). In solch einer aufgabenorientierten Versuchsanordnung zeigen die Probanden verstärkt Augenbewegungen jeweils kontralateral zu der durch die spezifischen Fragestellungen stärker aktivierten Hemisphäre: bei linkshemisphärischen Fragen Augenbewegungen nach rechts, bei rechtshemisphäri-

um konnte durch verschiedene Untersuchungen mit evozierten Potentialen (Shevrin et al. 1980) und durch EEG-Messungen nachgewiesen werden (Newlin et al. 1982).

In der vorliegenden Untersuchung setzen wir die gemessene Hemisphärizität der Patienten, d. h. die Bevorzugung der rechten Hemisphäre bei »left-movern« und die Bevorzugung der linken Hemisphäre bei »right-movern« in Beziehung zur Autokinetischen Bewegungswahrnehmung (Abb. 3). Viel-Beweger vermuten wir in der Gruppe der left-mover, Wenig-Beweger in der Gruppe der right-mover.

Abb. 3: Zusammenhang von LEM-Test, Autokinetischem Lichttest und humanstrukturellem Hirnhemisphärenmodell (Abb. in Anlehnung an Sperry, R.W. 1970)



In weiteren Untersuchungen konnten interessante Zusammenhänge zwischen der Richtung der Augenbewegung und Persönlichkeitsvariablen, Denk- und Wahrnehmungsmodi festgestellt werden. Wichtige Ergebnisse hierzu ha-

suchungen zeigen, daß die Art der Augenbewegungen, wie sie durch den LEM-Test erfaßt wird, nicht nur in Beziehung zu hemisphärenspezifischen neurophysiologischen Informationsverarbeitungsprozessen steht, sondern auch — und dies entspricht ganz dem holistischen Verständnis der Humanstrukturologie — in Verbindung zu psychisch-geistigen Funktionsweisen.

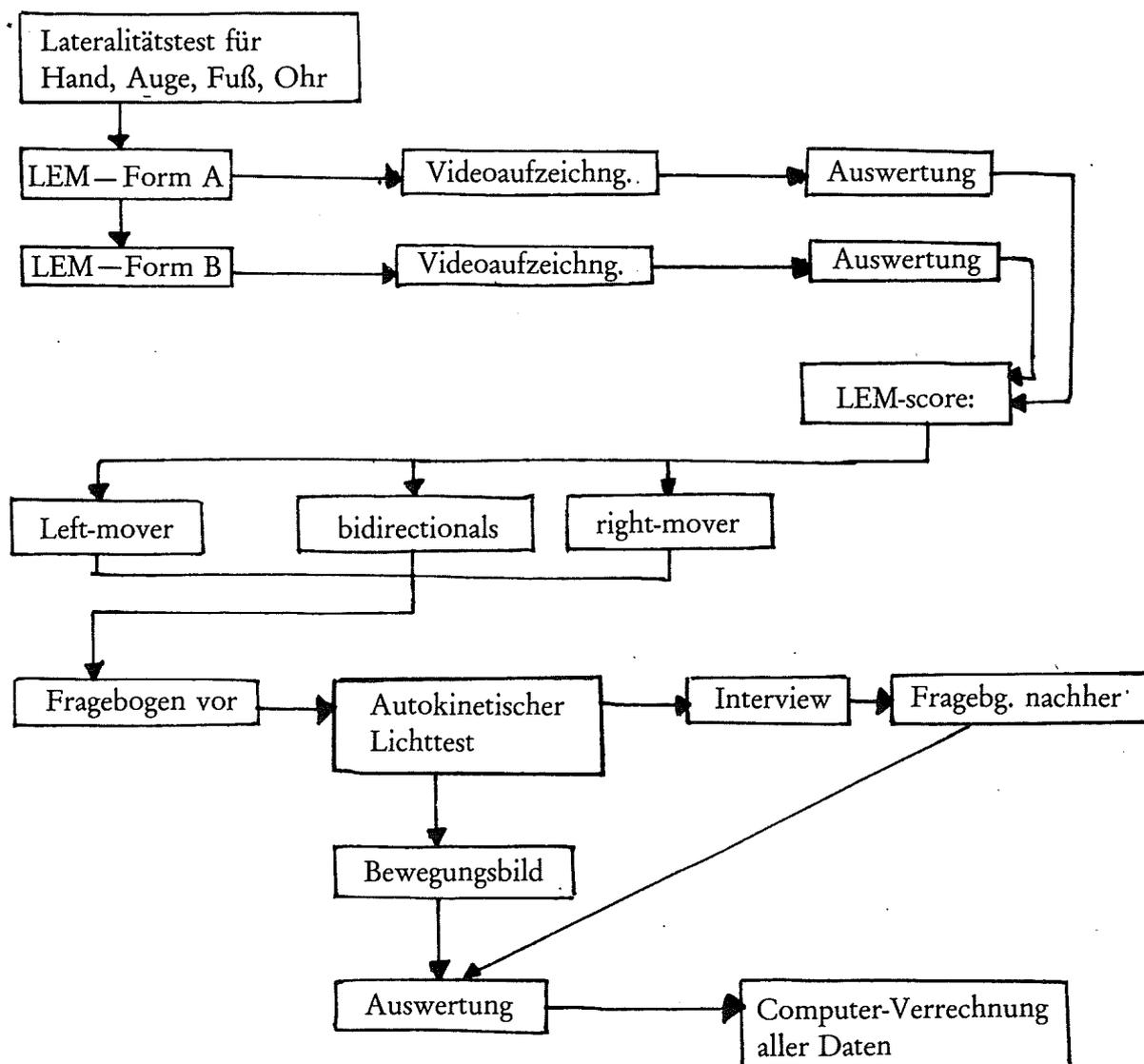
Zusammenfassend können wir hypostasieren, daß left-mover mehr die Tendenz haben, geistig-psychisch mit den Ereignissen und Dingen der Innen- und Außenwelt eher rechtshemisphärisch umzugehen und right-mover eher linkshemisphärisch.

Mit dieser funktionellen Betonung der einen oder anderen Hirnhemisphäre ist aber noch nichts über Gesundheit und Kranksein ausgesagt. Kranksein bedeutet eine Dysregulation und Desintegration in der Zusammenarbeit rechts- und linkshemisphärischer Funktionen. Die Borderline-Erkrankten hat *Ammon* beschrieben als vorwiegend linkshemisphärisch strukturierte Menschen, die in ihrem Verhalten und ihren Fähigkeiten von der Tiefe des zentralen Ich, d. h. von der rechtshemisphärischen Verwurzelung abgetrennt sind. Dieses Abspaltungsphänomen läßt sich auch mit einer anderen Dynamik und unterschiedlichen Entwicklung der sekundären Verhaltens-Funktionen bei depressiv strukturierten Patienten finden, deren Ich-Abgrenzung nach innen zu der Welt der Phantasie und Gefühle oft destruktiv starr entwickelt ist. Bei schizophren strukturierten Menschen können wir dagegen betont rechtshemisphärische Modi der Wahrnehmung, des Denkens und Erlebens beobachten, bei einer gleichzeitig mangelnden Strukturiertheit und Regulationsfähigkeit des linkshemisphärischen Bereichs. Diese Annahme wird durch verschiedene Berichte in der Literatur unterstützt. So fand *Flor-Henry* (1976) in einer empirischen Untersuchung an 114 schizophren reagierenden und depressiven Patienten, daß die schizophren reagierenden Patienten linkshemisphärisch dysfunktional reagierten, die depressiven Patienten dagegen vorwiegend in der rechten Hemisphäre dysfunktionale Reaktionen zeigten. Über eine starke Dysfunktion der linken Hemisphäre bei schizophren reagierenden Patienten berichten auch *Gur* (1978) und *Mintz et al.* (1982), was mit der klinischen Beobachtung und dem strukturellen Verständnis der schizophrenen Reaktion bei *Ammon* (1979) übereinstimmt, wonach sich differentialdiagnostisch schizophren reagierende Patienten von Borderline-Patienten durch die nur rudimentäre Verfügbarkeit und Brüchigkeit ihres sekundären Verhaltens-Ichs unterscheiden. Geht man von diesen Überlegungen aus, drängt sich die Frage auf, ob sich die oben beschriebene rechts- bzw. linkshemisphärische Betonung psychisch-geistiger Funktionsmodi bei Patienten der verschiedenen Diagnosegruppen auch in den Ergebnissen des LEM-Tests niederschlägt. Legt man das Konzept des gestörten Synergismus zwischen rechts- und linkshemisphärischen Funktionen bei kranken Menschen zugrunde, so lassen sich folgende Hypothesen formulieren: Patienten, die verstärkt linkshemisphärisch in ihrem Erleben und Verhalten reagieren und zum rechtshemisphärischen Bereich

pressiv Erkrankte) werden beim LEM-Test vorwiegend in der Gruppe der R-Mover zu finden sein, Patienten mit einer verstärkt rechtshemisphärischen Aktivität geistig-psychischer Funktionen bei einem gleichzeitigen Defizit linkshemisphärischer Operationen (schizophren strukturierte Patienten) in der Gruppe der L-Mover.

Zur Überprüfung des Zusammenhangs zwischen der Autokinese und der lateralen Augenbewegung einerseits und der lateralen Augenbewegung und Diagnosegruppen andererseits, untersuchten wir zusammen mit einer Patientengruppe, die unter Leitung von 2 Dipl. Psychologen und 2 Praktikantinnen

Abb. 2 A: Untersuchungsdesign



die Untersuchungen im Sinne einer milieuthérapeutischen Projektarbeit begleiteten, eine Stichprobe von insgesamt 32, davon 8 männlichen und 24 weiblichen Patienten der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaipe mit den Diagnosegruppen: Narzisstische Depression (6 Patienten), Borderline-Erkrankte (19) und schizophrenstrukturierte Patienten (7). Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 31 Jahre.

fung der Präferenz für die Lateralität von Hand, Auge, Fuß und Ohr nach *Corren, Porac* u. *Duncan* (1979). Der anschließende LEM-Test wurde für alle Pbn in einer standardisierten Interviewsituation in zwei parallelisierten Formen A und B durchgeführt, die Augenbewegungen mit Video aufgezeichnet. Zwei geschulte Auswerter werteten unabhängig voneinander die Videos aus, mit dem Ziel, die Patienten den 3 LEM-Gruppen R-Mover, L-Mover, Bidirectionals zuzuordnen. In einer 2. Untersuchungsphase nach ca. 2 Wochen führten wir den AKL in Standardform durch, d.h. mit einem begleitenden Fragebogen über die Befindlichkeit vor, während und nach dem AKL und einem 15-minütigen freien Interview zum Erleben während des AKL.

Neben der klinischen Diagnose wurden für die Verrechnung und Hypothesenüberprüfung folgende Indikatorvariablen und Indices verwendet (vgl. Tab. 1):

LEM erfaßt die Quoten der Rechtsbewegungen. Als LM (Left Mover) gelten Patienten mit einem Quotienten von 0—33 %, als BD (Bidirectionals) mit einem Quotienten von 34—66 % und als RM (Right Mover) solche mit einem Quotienten von 67—100 %. Beim AKL werden für die einzelnen Quadranten bzw. Halbfelder der Bewegungsbilder die Länge der Bewegung (L), die Haltepunkte (H), die Spannweite (S) und ein K-Index berechnet, der die AKL-Variablen in Relation zueinander setzt und einen Globalwert für die Art der Autokinese darstellen soll.

Im Sinne einer Hypotheseninduzierung sollen in die Ergebnisdarstellung auch Variablen anderer Indikatorenkomplexe einbezogen werden, sofern sie für den Gesamtzusammenhang der Fragestellung von Interesse sind.

Für die statistische Verarbeitung der Daten wurden sowohl parametrische wie non-parametrische Verfahren verwendet. Zur Analyse der Merkmalsunterschiede wurden für die parametrischen, unabhängigen Merkmale die Varianzanalyse bzw. der t-Test verwendet, für die abhängigen der t-Test für abhängige Merkmale. Bei den nichtparametrischen Daten wurde die Rangvarianzanalyse nach *Kruskal-Wallis* bzw. der U-Test von *Mann/Whitney* für die Rangdaten und der Chi-Quadrat-Test für die nominalskalierten Daten eingesetzt. Wir möchten an dieser Stelle Herrn Prof. *Pelka* für die EDV-Verrechnung der Daten danken.

Ergebnisse und Diskussionen

In einem ersten Auswertungsschritt unternahmen wir eine Überprüfung der Realität der LEM-Testformen A und B. Die Paralleltest-Korrelation war zufriedenstellend gut (1% Signifikanz-Niveau) so daß aufgrund der ausreichend hohen stabilen LEM-Tendenz unserer Patienten in den beiden Testvarianten, für die folgende Datenauswertung nur die Werte einer Form, der Variante B, weiterverrechnet werden. *Neubauer* (1986) konnte im übrigen auf dem 5% Signifikanzniveau nachweisen, daß die LEM-Tendenz der beiden Fragensets auch

Tab. 1: Liste der Indikatorvariablen und -indices der Untersuchung

Erhebungsinstrument	Indikatorvariable	Indices
LEM-Form A	LEM-score A	$\text{LEM} = \frac{R_A}{R_A + L_A}$
LEM-Form B	LEM-score B	$\text{LEM} = \frac{R_B}{R_B + L_B}$
AKL	Gesamtlänge L ($L_1 + L_2 + L_3 + L_4$)	L-score: $L_{R/L} = \frac{L_{1+2}}{L_{1+2} + L_{3+4}}$
	Spannweite S	
	Haltepunkte H	$\text{K-score} = \sqrt{\frac{L \times S}{H + 1}}$

Erläuterungen:

R = Anzahl der Augenrechtsbewegungen

L = Anzahl der Augenlinksbewegungen

L_{1-4} = Autokinese — Länge in den Quadranten des Bewegungsbildes

1	3
2	4

Die Darstellung und Diskussion der Ergebnisse soll sich im wesentlichen an den der Untersuchung zugrundeliegenden Hypothesen orientieren:

H_1 : Schizophrenstrukturierte Patienten lassen sich der Gruppe der L-Mover im LEM-Test, Borderline- und narzißtisch depressiv strukturierte Patienten der Gruppe der R-Mover zuordnen.

H_2 : Die L-Mover im LEM-Test zeigen im AKL-Bewegungsbild signifikant höhere Werte in den Variablen L und in dem Gesamtindex K als die R-Mover.

H_3 : L-Mover zeigen signifikant mehr Bewegung im linken Halbfeld des Bewe-

Abb. 4: Unterschiede zwischen Left- und Right-Movern in der Autokinetischen Bewegungswahrnehmung (Hypothese 2)

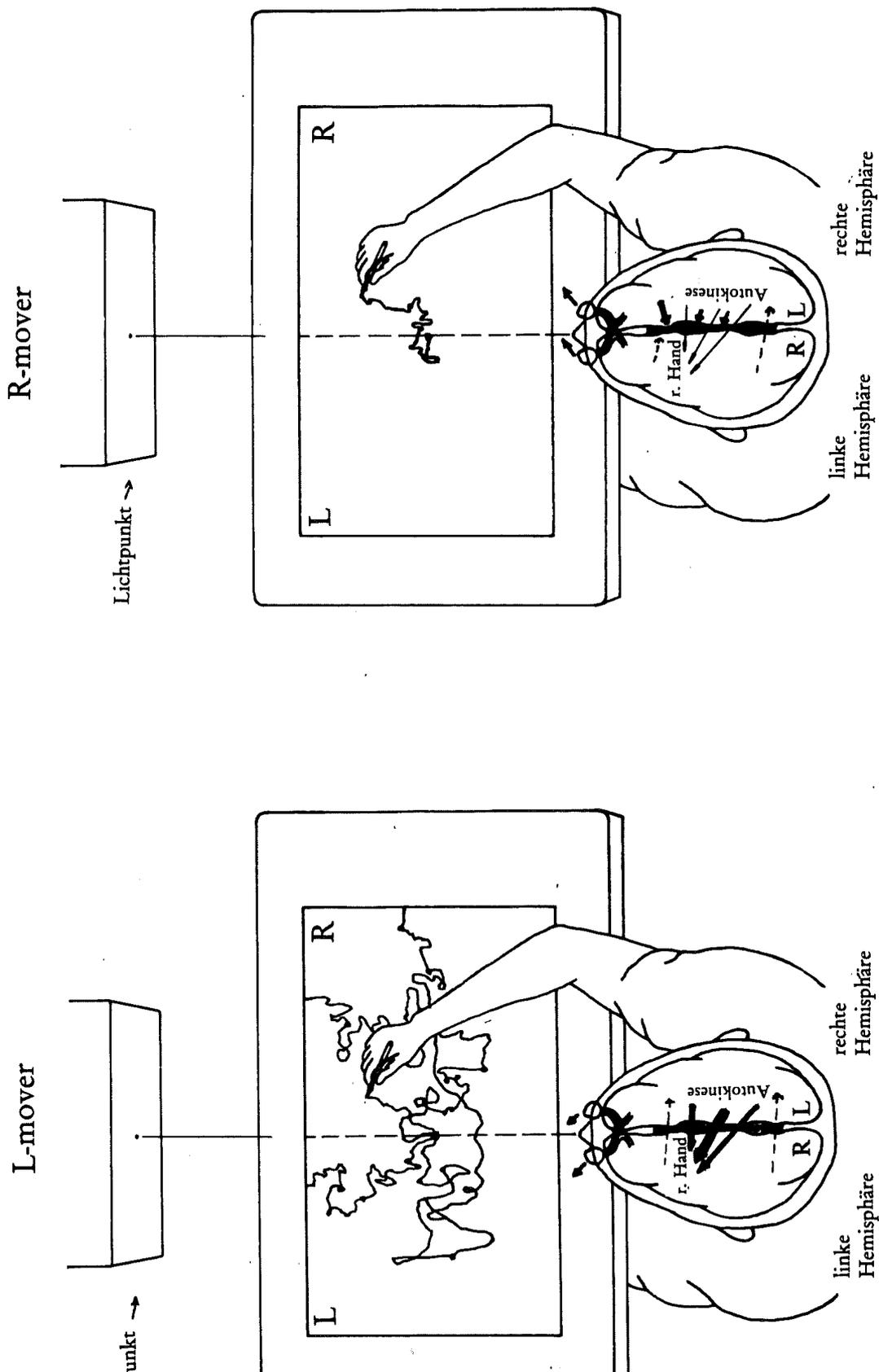
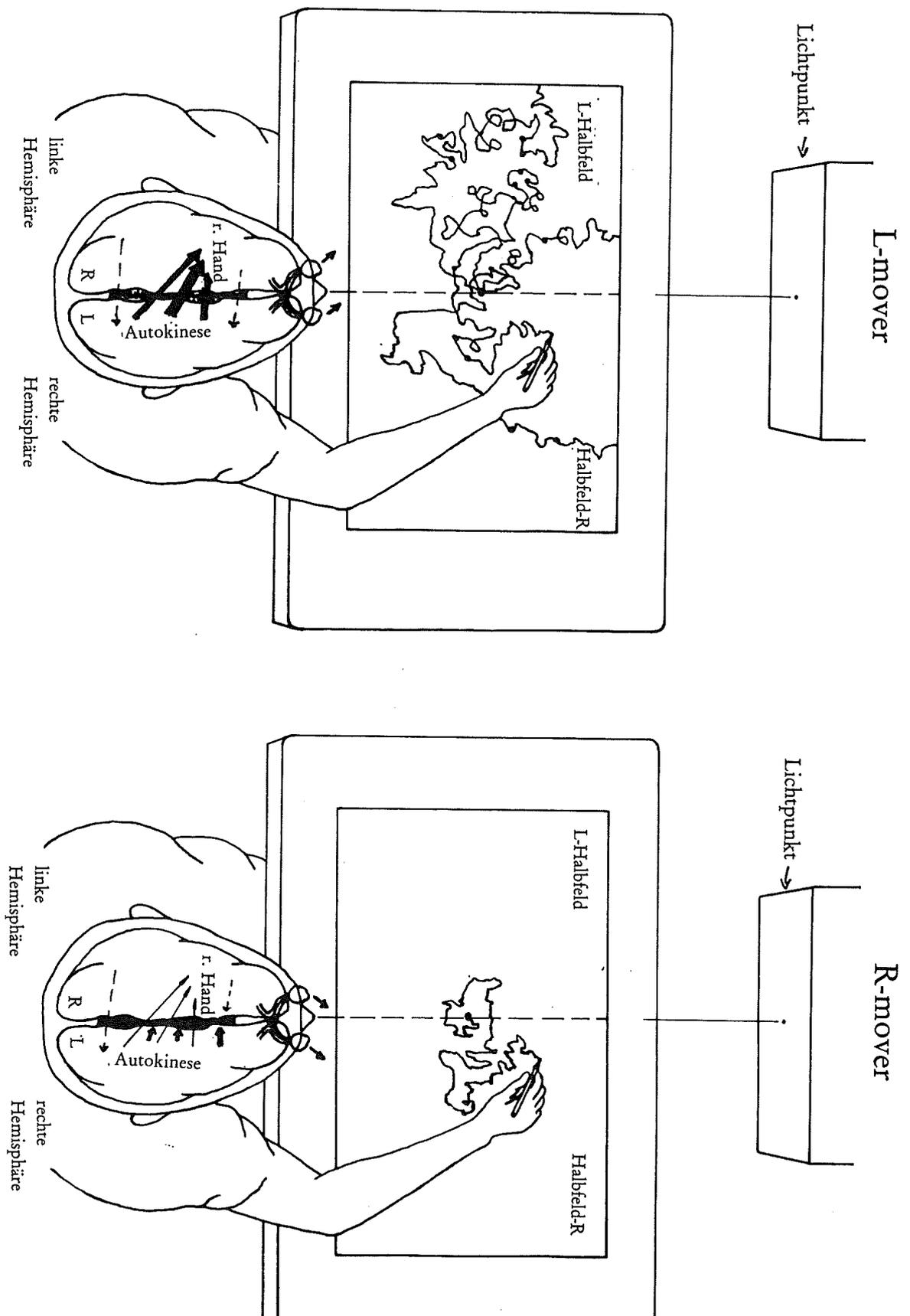


Abb. 5: Unterschiede zwischen Left- und Right-Movern in der Autokinetischen Bewegungswahrnehmung im rechten und linken Halbfeld (Hypothese 3)



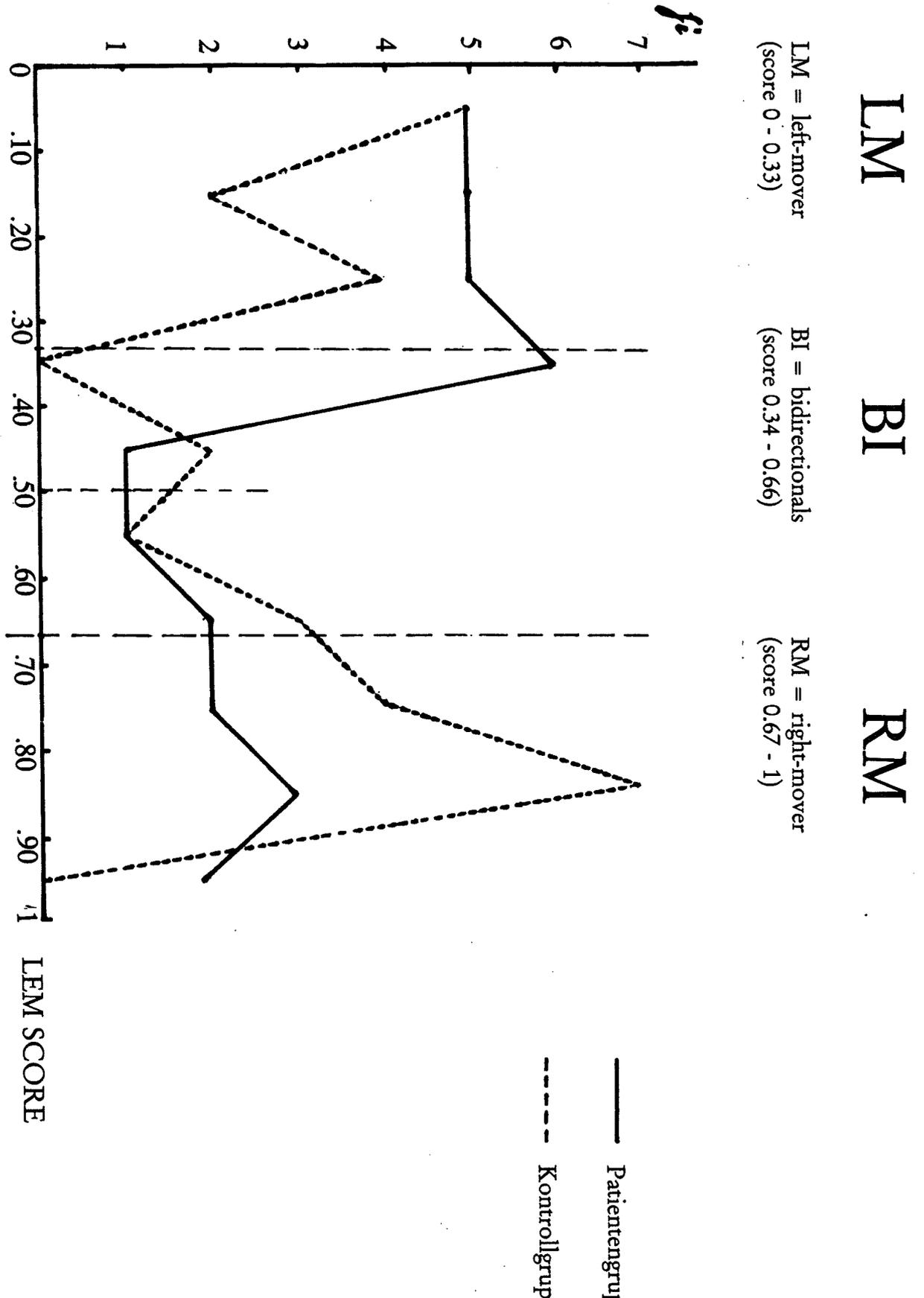
Unsere 32 Patienten verteilen sich auf die 3 definierten LEM-Gruppen im Verhältnis 47% Left-Mover, 25% Right-Mover und 28% Bidirectionals. Vergleicht man nun die Verteilung der LEM-Scores unserer Pbn mit der einer Kontrollgruppe von $n = 28$ Studenten der Universität Graz (*Neubauer 1986*), (Abb. 6) so beobachten wir in unserer Patientengruppe eine tendenziell stärkere Besetzung in der Gruppe der LM im Vergleich zu den RM (nahezu doppelte Pbn-Zahl), wohingegen in der Kontrollgruppe sich die Anzahl der RM und LM nahezu gleich verteilen: Diese LM-Tendenz in unserer Stichprobe zeigt sich noch deutlicher, wenn wir die Gruppe der Bidirectionals entsprechend ihrem LEM-Score-Werten den RM und den LM zurechnen. Dann verteilen sich die Patienten im Verhältnis von 22:10 auf die LM bzw. RM, in der Kontrollgruppe verteilen sich die Bidirectionals im gleichen Verhältnis auf die beiden Gruppen (14:14). Dieser Vergleich zwischen Patienten und Kontrollgruppe darf allerdings nur als eine Tendenz gewertet werden, da eine Signifikanzprüfung nicht möglich war, weil uns die Einzeldaten der Kontrollgruppe fehlten. Außerdem ist die Stichprobenzahl sehr klein. Dennoch halten wir das tendenzielle Überwiegen der rechtshemisphärischen Präferenz bei unseren Patienten im Vergleich zur Kontrollgruppe für interessant — dies sollte mit einer größeren und repräsentativen Stichprobe geklärt werden.

Unsere 1. Hypothese, daß schizophren strukturierte Patienten sich im LEM-Test signifikant zu den Gruppen der narzißtisch-depressiven und Borderline-Patienten unterscheiden und zwar in der Weise, daß die schizophren reagierenden Patienten stärker rechtshemisphärisch und die beiden anderen Gruppen mehr linkshemisphärisch beim LEM reagieren, konnte nicht bestätigt werden. Eine varianzanalytische Überprüfung erbrachte keine signifikanten Unterschiede.

Prozentual zeigt sich auch in allen 3 LEM-Gruppen eine ähnliche Relation der 3 Diagnosegruppen zueinander.

Soweit uns bekannt ist, wurde der LEM-Test bisher noch nicht mit psychiatrischen Patienten im Sinne von differenzierenden Fragestellungen angewandt, daher fehlen entsprechende Vergleichsuntersuchungen. Der LEM-Test allein scheint kein ausreichendes Instrument für die Differenzierung zwischen humanstrukturell formulierten diagnostischen Gruppen zu sein. Wir halten es auch für sehr fraglich, ob der LEM-Test auch bei größeren Stichproben den Anspruch der Differenzierung zwischen Diagnosegruppen einlöst, seien sie humanstrukturell oder phänomenologisch verstanden. Der LEM-Test ist ein eindimensionales Meßinstrument im Grenzbereich zwischen neuropsychologischen und neurophysiologischen Meßebenen. In der üblicherweise ausgewerteten Form mißt er die Erstaktivierung der einen oder anderen Hemisphäre. Demgegenüber steht der als krank diagnostizierte Mensch mit einer mehrdimensionalen Vielfalt an Erlebens- und Verhaltensweisen, wobei sich die Diagnose aus der Gesamtheit des eingesetzten Spektrums aus diagnostischen Methoden — von der klinischen Beobachtung bis hin zu spezifischen Testver-

Abb. 6: LEM-Score Verteilungskurve für n=32 Patienten u. Kontrollgruppe n = 28 Studenten)



nostische Zuordnung zu der einen oder anderen Krankheitsgruppe vor allem einen der Orientierung und Verständigung dienenden Wert, wie *Ammon* 1986 in seinem Buch »Der mehrdimensionale Mensch« formuliert.

Nun kommen wir zu der zentralen Hypothese der vorliegenden Untersuchung, daß Patienten mit rechtshemisphärischer Präferenz (Left-Mover) im AKL-Bild gemessen an den Variablen Gesamtlänge (L) und Autokinese — Index (K) (gebildet aus Wurzel $L \times S/H + 1$ —) bedeutend mehr autokinetische Bewegungswahrnehmung haben als Patienten mit linkshemisphärischer Präferenz (Right-Mover).

Wie Tabelle 2 zeigt, unterscheiden sich die Left-Mover hochsignifikant auf dem 1%-Signifikanz-Niveau mit einer \bar{X} -Länge von 268 cm von den Right-Movern mit einer \bar{X} -Länge von 89 cm. Für die Hauptvariable Autokinese-Länge ist damit unsere Hypothese bestätigt worden: Left-Mover mit rechter Hemisphärität im LEM-Test zeigen bedeutsam mehr Bewegung in der Autokinese als Right-Mover mit linker Hemisphärität.

Für den AKL-Gesamtscore K konnten wir eine Tendenz in Richtung der formulierten Hypothese finden (Signifikanz-Niveau 10%, vgl. Tab. 2). Dieses Ergebnis führen wir darauf zurück, daß in dem K-Wert die Anzahl der Haltepunkte in den Nenner der K-Formel mit eingeht. In den vorangegangenen Untersuchungen mit dem AKL konnten wir feststellen, daß die »Haltepunkte« in unserer Art der Aufzeichnung der Bewegungswahrnehmung nur eine begrenzte Reliabilität haben. Die Meßgenauigkeit ist gering, insbesondere bei den »Wenig-Bewegern«, bei denen eine klare Differenzierung zwischen einer sehr langsam und zögernd wahrgenommenen Punktbeziehung und Bewegungsstops schwer möglich ist. Wir beabsichtigen daher für zukünftige Untersuchungen unsere Meßmethodik zu verbessern, um eine genauere Registrierung der Haltepunkte bzw. Bewegungsstops zu ermöglichen. Gedacht ist an ein Aufzeichnungsgerät, das zusätzlich die zeitliche Dimension der Autokinese mit einbezieht, dergestalt, daß wir als zusätzliche Variablen die Geschwindigkeit der Bewegung und die zeitliche Dauer der Bewegungsstops untersuchen können. Wir nehmen an, daß bei einer Verbesserung der Meßgenauigkeit der Bewegungsstops, d.h. der Haltepunkte mit der zusätzlichen Einbeziehung der zeitlichen Dimension, sich der Trendbefund beim Autokinese-Index K eindeutiger in Richtung unserer Hypothese bestätigen lassen wird.

Die Bestätigung unserer zentralen Haupthypothese unterstützt

1. unsere oben formulierte Theorie der Autokinese als Ausdruck vorwiegend rechtshemisphärischer, im zentralen Humanstrukturbereich strukturierter und regulierter Dynamik des Nichtbewußten.
2. können wir davon ausgehen, daß der autokinetische Lichttest in Verbindung mit dem LEM-Test oder anderen Verfahren zur Untersuchung von Hemisphärenasymmetrien zu einer geeigneten Meßmethodik der Hirnhemisphären-Forschung entwickelt werden kann.

Diese beiden Schlußfolgerungen, die wir eingangs als übergreifendes Anliegen

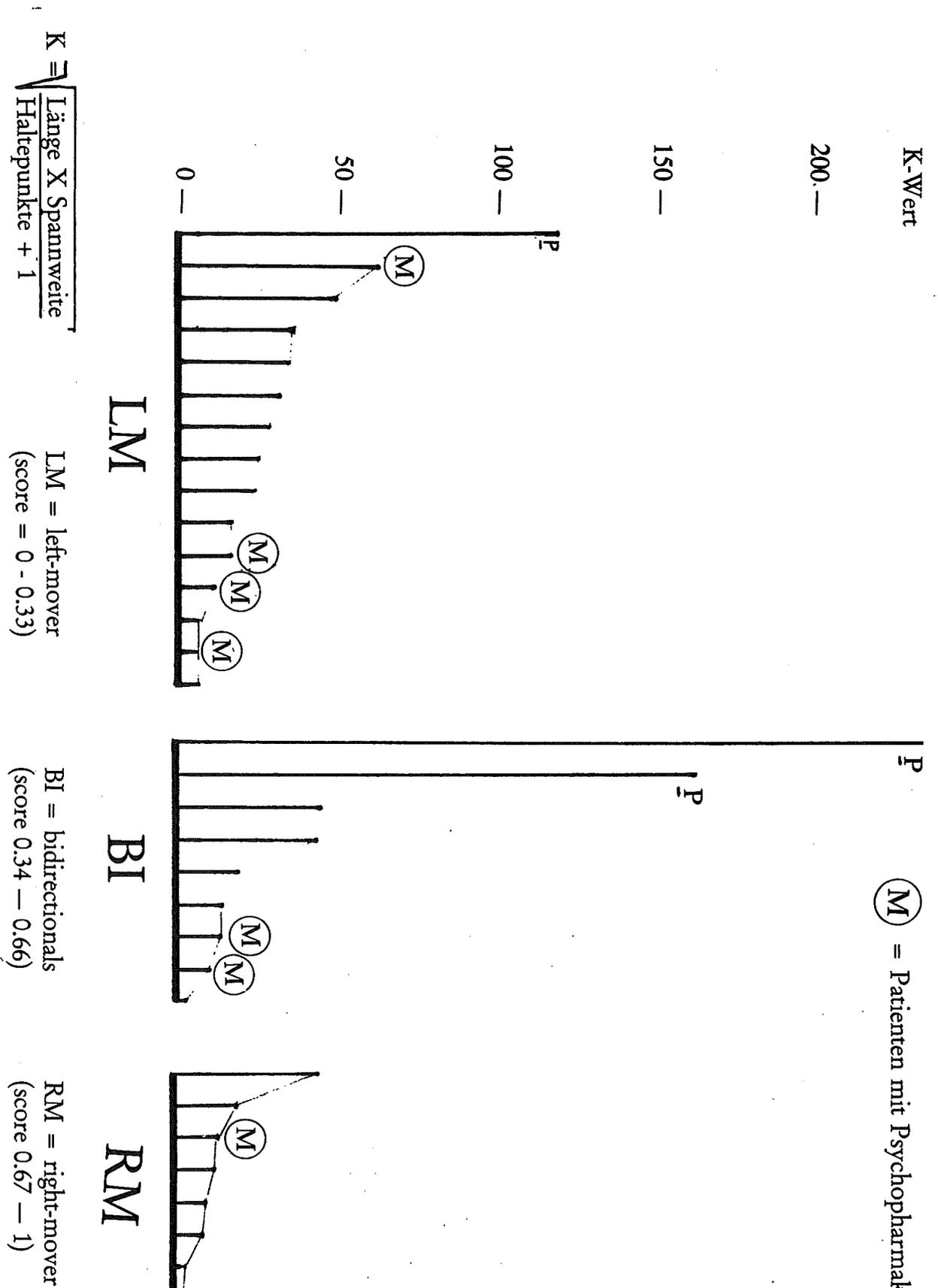
Tab. 2: Zusammenstellung der Mittelwertunterschiede zwischen Left- und Right-Movern bei AKL-Parametern und ISTA-Werten

AKL- Variable \ LEM- Score	\bar{X} Left-Mover	\bar{X} Right-Mover	Signif.-Niveau (%)
AKL-Ges.- Länge L	268,20	89,88	1%
AKL-Ges.- Haltepunkte H	16,93	9,38	10%
AKL-Ges.- Quotient K	30,29	13,95	10%
AKL-Halbfeld- Score R/L	51,80	22,02	5%
ISTA- Werte \ LEM- Score			
AGGRESSION konstruktiv	10,07	7,63	10%
defizitär	5,73	8,13	5%

Für den Bereich der Meßmethodik kann gesagt werden, daß durch die bedeutsame Beziehung zwischen LEM-Tendenz und Autokinese der Autokinetische Lichttest differenziert und als Meßinstrument verfeinert wird. Die hohe Konkordanz beider Verfahren ist vermutlich dadurch gegeben, daß sowohl der Autokinetische-Lichttest als auch der LEM-Test auf einer korrespondierenden neuropsychologischen und neurophysiologischen Meßebeane ansetzt. Dies ist insofern von Bedeutung, als bisherige Verfahren, die wir mit der Autokinese in bedeutsame Beziehung setzen konnten, wie vor allem der ISTA, auf einer anderen Meßebeane liegen. Mit dem LEM-Test, so können wir nun sagen, wird der Autokinetische Lichttest in die Dimension der Hemisphärizität erweitert und gewinnt dadurch auch in Verbindung mit anderen Methoden an differentialdiagnostischer Aussagemöglichkeit mit therapeutischen Konsequenzen für die Behandlung des einzelnen Patienten. Die Bestätigung unserer Haupthypothese unterstützt die eingangs formulierte theoretische Erweiterung unseres humanstrukturellen Verständnisses der Autokinese. Haben wir bislang in den vorangegangenen Versuchen die Dynamik der autokinetischen Bewegungswahrnehmung als Ausdruck der Dynamik des Nichtbewußten verstanden, wobei die Dynamik des Nichtbewußten wiederum im Zusammenhang mit der spezifischen Struktur des Unbewußten in seiner konstruktiven, destruktiven und defizitären Zusammensetzung gesehen wird, so können wir nun das immer mit Struktur und Dynamik verbundene Regulations- und Integrationsgeschehen in Verbindung mit der Dimension der Hemisphärizität differenzierter untersuchen und verstehen.

In vorangegangenen Untersuchungen wurden über die AKL-Parameter von *Voth* hinausgehend neue graphische Parameter wie Richtungswechsel, viel — wenig Raum, volles — leeres Bild entwickelt, die auch statistisch einen stärkeren Zusammenhang zu den Ich-Funktionen der Aggression, Abgrenzung und Angst aufwiesen (vgl. *Ammon et al.* 1983). Die zusätzlichen Parameter dienen insbesondere auch dazu, die Regulation der Dynamik des Nichtbewußten zu untersuchen. Darüber hinausgehend können wir nun unter Einbeziehung der Dimension der Hemisphärizität eines Menschen, verstanden als bevorzugte Erstaktivierung einer bestimmten Hemisphäre, mit Hilfe des Autokinetischen Lichttests Aussagen erwarten über den Synergismus zwischen der (überwiegend rechtshemisphärisch angesiedelten) zentralen Humanstruktur und der (überwiegend linkshemisphärisch angesiedelten) sekundären Humanstruktur des zur Realität hin orientierten Verhaltensbereichs. In diesem Sinne gibt das Ergebnis unserer Haupthypothese zulässige Hinweise dafür, daß, wie wir im theoretischen Teil des Referates formulierten, in der autokinetischen Bewegungswahrnehmung nicht nur das Potential der rechtshemisphärischen Aktivierung in Erscheinung tritt, sondern auch die synergistische Beteiligung der linkshemisphärischen Aktivierung, verstanden als Ausdruck der Mitbeteiligung der sekundären Humanfunktionen. Dies insofern, als über die Wenig-Bewegung bis hin zu Bewegungsstops des Lichtpunktes, d.h. die reduzierte Akti-

Abb. 7: Wirkung von Psychopharmaka auf die autokinetische Bewegungswahrnehmung (AKL-Gesamt-index K verteilt in LEM-Gruppen) in der Patientenstichprobe N = 32



sphärischer Funktionsweisen geschlossen werden kann.

Von zentraler Bedeutung für das Verständnis dieser Zusammenhänge ist dabei immer, ob und in welchem Ausmaß und wie die sekundären Humanfunktionen des Verhaltens-Ichs mit den zentralen Humanfunktionen, d.h. der Identität eines Menschen, integriert sind. Über diese, für die Therapie sehr wichtigen Fragen, kann erst die zukünftige Forschung unter Einbeziehung anderer Untersuchungsverfahren Auskunft geben. Ein weiteres Ergebnis, das wir hier anführen möchten, zeigt die Auswirkung von Psychopharmaka auf die autokinetische Bewegungswahrnehmung (Abb. 7).

Ein statistischer Vergleich von sieben Patienten der Stichprobe, die im Untersuchungszeitraum leichte bis mittlere Dosen von Psychopharmaka bekommen haben, mit der übrigen Patientengruppe ergab signifikant (1% für den K-Wert — Niveau), daß diese Patienten (in der Abb. mit M gekennzeichnet) deutlich weniger autokinetische Punktbewegungen wahrnehmen konnten. Hier ersetzt das Medikament zeitweise die brüchig gewordene Abgrenzungsfunktion nach innen, wodurch die autokinetische Bewegungswahrnehmung blockiert wird. Zieht man in Betracht, daß 4 L-mover und nur 1 R-mover Psychopharmaka bekommen hatten und diese Patienten normalerweise mehr bis viel mehr Autokinese gezeigt hätten, so erhärtet dieses Ergebnis noch zusätzlich die Bestätigung unserer zentralen Hypothese. Die in Abb. 7 mit einem P gekennzeichneten Patienten haben viel Bewegung ohne Haltepunkte, was aufgrund vorangegangener Untersuchungen als Hinweis auf eine präpsychotische Struktur gelten kann.

Wir kommen nun zu unserer dritten Hypothese, daß Left-Mover mehr Autokinese im linken Halbfeld der AKL-Graphik zeigen, während Right-Mover mehr autokinetische Bewegung in das rechte Halbfeld zeichnen.

Der Sinn dieser Hypothese, die wir in Anlehnung an *Zenkov's* Untersuchungen neolithischer Felszeichnungen aufgestellt haben, liegt darin, daß mit dem Aspekt der visuellen Halbfelder und ihrer Beziehung zur jeweils gegenüberliegenden Hemisphäre eine weitere Interpretationsmöglichkeit eingeführt wird. Gegenüber der begrenzten Theorie der Lateral-eye-movements bezieht *Zenkov* in sein Verständnis der funktionalen Hirnhemisphärenasymmetrie nicht nur neuropsychologische und neurophysiologische Forschungsergebnisse mit ein, sondern auch sozial- und kulturhistorische Forschungen, Forschungsergebnisse der Bio-, Ethno- und Linguosemantik bis hin zu geisteswissenschaftlichen Untersuchungen über die Widerspiegelung der Semiotik des Raumes in Mythen und spirituellen Überlieferungen.

Eine Bestätigung der Halbfeld-Hypothese in unserer Untersuchung würde nicht nur die Beziehung zwischen LEM-Tendenz, Hemisphärenaktivierung und Autokinetischer Bewegungswahrnehmung zusätzlich unterstützen, sondern uns auch diese weiteren Denkdimensionen näherbringen. Diese Hypothese haben wir mit dem AKL-Hauptparameter Autokinese — Länge überprüft, indem wir einen Längenwertquotienten $\frac{\text{Länge links}}{\text{Länge links} + \text{Länge rechts}}$

diese Hypothese für die Right-Mover auf dem 5%-Signifikanz-Niveau bestätigt wird, für die Left-Mover aber nicht bestätigt wurde. Die Bildung des Halbfeldquotienten wurde nach dem gleichen Verfahren vorgenommen, wie die Errechnung des Quotienten für die Richtung der Augenbewegung im LEM-Test. Beim Halbfeldquotienten entspricht ein Wert über 50 der linken Seite, ein Wert unter 50 der rechten Seite. Prozentual ausgedrückt bedeutet dies, daß die Right-Mover im Mittelwert zu 80% im rechten Halbfeld zeichnen, zu 22% im linken Halbfeld. Die Left-Mover zeichnen dagegen jeweils zu ca. 50% in beiden Halbfeldern. Da die Hypothese nur für die Right-Mover unterstützt wurde, können wir das Ergebnis insgesamt nur als eine, immerhin interessante, Trendbestätigung interpretieren.

Zusammenfassung und Ausblick

Die meisten der heute gebräuchlichen Test-psychologischen und -psychiatrischen Untersuchungsverfahren sind sprach- und verhaltensorientiert und benutzen damit einen vorwiegend linkshemisphärischen Zugang zum Menschen — die »Sprache des Unbewußten« bleibt dabei weitgehend unberücksichtigt. Der AKL ist ein Verfahren für einen nichtsprachlichen überwiegend rechtshemisphärischen Zugang zum kranken Menschen. Dies bestätigen die Ergebnisse der eben vorgestellten Studie in einem weiteren Aspekt, die im folgenden noch einmal zusammengefaßt werden sollen:

1. Der von uns postulierte Zusammenhang zwischen Autokinese und Hemisphärität konnte bestätigt werden.

Viel autokinetische Bewegungswahrnehmung kann direkt als Ausdruck nicht-bewußter, vorwiegend rechtshemisphärischer Dynamik gewertet werden, in wenig autokinetischer Bewegungswahrnehmung äußert sich indirekt das Wirksamwerden mehr linkshemisphärischer Aktivität. Aufgrund dieses Ergebnisses könnte man die weiterführende Hypothese aufstellen, daß die Tendenz nicht nur eine Erstaktivierung einer bevorzugten Hirnhemisphäre ist, sondern darüber hinaus auch eine generelle Tendenz rechts-bzw. linkshemisphärischer Informationsverarbeitung des Menschen.

Dies entspricht auch den Ergebnissen anderer empirischer Untersuchungen, die die »Hemisphärität« mit rechts- bzw. linkshemisphärischen geistig-psychischen Persönlichkeitsvariablen wie Kreativität, Hypnotisierbarkeit, Wahrnehmungsstil usw. in Verbindung bringen. Es muß jedoch für alle Ergebnisse dieser Studie gesagt werden, daß sie in weiteren Untersuchungen mit einer größeren Stichprobe auf ihre Verlässlichkeit hin überprüft werden müssen.

2. Die Grundlage für das Verständnis dieses Zusammenhangs zwischen Autokinese und Hirnhemisphärität bildet die ganzheitliche humanstrukturo-

Hirnaktivität mit Funktionsweisen geistig-psychischer Prozesse der zentralen und sekundären Humanfunktionen in Beziehung setzt.

3. Damit wird die von *Ammon* (1959, 1983) formulierte Hypothese zwischen Autokinese und Unbewußtem, seiner Regulation und Dynamik als Ausdruck der zentralen Humanstruktur auch in dieser Untersuchung unter Einbeziehung der links-rechts-hemisphärischen Dimensionen des Menschen empirisch unterstützt.
4. Es hat sich gezeigt, daß der AKL sich als neue Methode zur Hirnhemisphärenforschung in Kombination mit bereits entwickelten Verfahren eignet. Hierbei denken wir vor allem an EEG-Ableitungen während der Autokinese, einmal um das Ergebnis dieser Studie zu überprüfen, zum anderen, um prozeßhafte Vorgänge zwischen und innerhalb der Hirnhemisphäre während der Autokinese zu erfassen. Weiterhin ist daran gedacht, den AKL mit dem *Sperry*-Halbseitentest, mit EEG-Untersuchungen im Schlaf- und Traumlabor und mit der Elektrographie nach *Igenbergs*, zu verknüpfen um methodenintegrativ weitere Möglichkeiten zur Untersuchung des Nicht-Bewußten, seiner Dynamik und Energieregulation, zu erschließen.
5. Die vorliegende Untersuchung, wie auch bisherige und weitere Untersuchungen dienen dazu, den Autokinetischen Lichttest als diagnostisches Instrument im Rahmen der dynamisch-psychiatrischen Behandlungsmethodik zu validieren und seinen spezifischen Aussagenbereich im Spektrum der angewandten diagnostischen Methoden zu differenzieren. Dies erhöht seinen Wert im routinemäßigen Einsatz in der Praxis der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik, wo er regelhaft im Sinne eines dritten Objektes in einzel- und gruppenpsychotherapeutischen Gesprächen genutzt und bei Fallkonferenzen mit herangezogen wird. Wie so oft in der Arbeit mit dem Autokinetischen Lichttest, konnten wir auch in dieser Untersuchung wieder feststellen, daß für viele Patienten der AKL unmittelbar als Therapeutikum wirkt. Patienten, die voller Unruhe und Getriebenheit waren, mit ihren Gefühlen und Gedanken in der Vergangenheit haftend, konnten durch die fast meditative Situation entspannen und loslassen. Fast alle kamen nach den 10 Minuten als Veränderte aus dem Untersuchungsraum, persönlich betroffen und mit Fragen an sich selbst und die sie erwartende Gruppe. In den Gruppengesprächen im Anschluß an den Test wurde von den Patienten der Wunsch geäußert, den Autokinetischen Lichttest auch in Verbindung mit Musik im Sinne einer Meditation oder »autokinetischen Entspannung« in Zukunft durchführen zu können.

Autokinetics and Hemisphericity — a Pilot-Study with Patients of the Dynamic-Psychiatric Clinic Mengerschwaige

Günter Ammon, Ilse Burbiel, Volker Peschke (Berlin/Munich)

Most of today's psychological test-methods in use are verbal or behavioral oriented and therefore don't allow any access to the unconsciousness of man. To find a solution for this problem in the Dynamic-Psychiatric Clinic Mengerschwaige there have been developed and applied other diagnostical methods: ISTA (Ego-Structure-Test according to *Ammon*), ADA (Androgynity-Dimension-Test according to *Ammon*), EEG-researches in the sleep and dream laboratory and AKL (Autokinetic Light Test).

In this paper the authors have examined in a first empirical research, if there is a relationship between autokinetic movement and asymmetrical activity of brain hemispheres. By this the AKL shall be widened and differentiated as an indicator and measuring instrument of non-conscious dynamics and personality structure. At the same time it should be examined in a first step if there is possible an empirical approach to the research of functional asymmetries of hemispheres by the method of AKL.

Based on modern research on brain hemispheres, as it was developed by scientists as *Sperry, Gazzanika, Eccles, Zenkov, Rotenberg, Luria et al., Ammon* established a theoretical relationship between the functioning of the two brain hemispheres and his model of human-structural personality. The central thesis is, that the core of the unconsciousness of man with its regulative, dynamic and integrative psycho-mental functions is primarily related to the right brain hemisphere.

»According to my concept, to the right hemisphere and its characteristics are related the plastic and nonverbal ways of thinking, phantasy, creative processes, anxiety and all the Ego-functions which are integrated into the core of the Ego. The right hemisphere is the place of the non-conscious and non-verbal activities which we call the unconsciousness. (. . .) Everything seems to indicate that verbalisation, action, technical understanding, logic, rationality and consciousness are related mainly to the left hemisphere.« (*Ammon 1982*)

In the synergistic regulated cooperation of both brain hemispheres there is demonstrated constructive-creative identity according to the combination of central and secondary psycho-mental functions. Psychic illness is based fundamentally on a disturbance of this synergism. Schizophrenic patients, for example, have got access to the right brain hemisphere while the access to the left hemisphere is blocked. In the case of borderline or depressive patients it is reverse.

Such asymmetries of hemispheres can be proved by the AKL. The AKL is a test-situation in which the patient is sitting in a totally darkened room where he has to stare for ten minutes at a tiny fixed light spot. Generally the spot begins to move in front of the eyes of the observer drawing wide circles, spirals,

who induces the movement, although the light spot is fixed objectively. This movement is perceived by every participant in a different manner and is accompanied by extraordinary feelings of joy or anxiety, grief and aggression. The quality of autokinetic movement is related to the structure and dynamics of unconscious elements of the personality of the participants. Patients with a mainly deficitary Ego-structure show small, slow and narrow movements while persons with lots of autokinetic movements show constructive or destructive personality structures.

With reference to research on brain hemispheres the AKL as a nonverbal form of perception induces a mainly right-hemispheric activity which expresses itself in the perception of a movement while — in the case of no movement of the light spot — there is no right hemispheric activity. By that the authors conclude, that stops should be interpreted as indicators for mainly lefthemispheric information processing.

The research results published in this article confirm these hypotheses. They are also supported by research results according to the LEM-Test (Lateral-Eye-Movement-Test) developed by *Schulter, Neubauer* and *Ebner* (1984, 1986). This consists in 20 questions which have to be answered by the patient in a face to face situation. While thinking and before answering the question the interviewed person generally shows head and eye movements to the right and to the left. According to their individual preference the probationers are called »right-movers« or »left-movers«. This is related to the main activity of the opposite brain hemisphere. With other words the group of those persons which show lots of movements in the AKL and are mainly right-hemispherical activated belongs to the »left-movers«, while the left-hemispherical persons with little movements belong to the group of the »right-movers«.

The above described research results are still not representative because of the small number of probationers; therefore other investigation has to follow. The AKL has got a great diagnostical and therapeutical meaning for the development of an individual therapeutical treatment program. It gives important indications on the question whether the treatment should be mainly non-verbal and plastic or if the work has to be more structuring and lefthemispherical oriented.

Literatur

- Ammon, Günter* (1959): Theoretical Aspects of Milieu Therapy. (Topeka/Kansas, USA: The Menninger School of Psychiatry and Berlin, 1977; Pinel Publikationen)
- (1976): Das Borderline-Syndrom — ein neues Krankheitsbild. In: *Dyn. Psychiat.* (9) 317—348
 - (1979): Entwurf eines Dynamisch-Psychiatrischen Ich-Struktur-Konzeptes. In: *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie*. Bd. 1. *Ammon, Günter* (Hrsg.) (München: Ernst Reinhardt)
 - (1982): Hirnstrukturen, Unbewußtes und Ich-Strukturologie. In: *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie*. Bd. 2. *Ammon, Günter* (Hrsg.) (München: Ernst Reinhardt)

- (1986): Der Mehrdimensionale Mensch. Zur ganzheitlichen Schau von Mensch und Wissenschaft. (München: Pinel Verlag)
- Ammon, G.; Burbiel, I.; Finke, G.; Wagner, H.* (1982): Ergebnisse Dynamisch-Psychiatrischer Forschung. In: a.a.O.
- Ammon, G.; Burbiel, I.; Stuck, U.* (1983): Der Autokinetische Lichttest in der Humanstrukturologischen Forschung. In: *Dyn. Psychiat.* (16) 63—109
- Bakan, P.* (1969): Hypnotizability, laterality of eye movements and functional brain asymmetry. In: *Perceptual and Motor Skills* (28) 927—932
- Bogen, J.E.; DeZure, R.; Tenhouten, W.D.; Marsh, J.F.* (1972): The other side of the brain IV: The A/P ratio. In: *Bull. LA Neurol. Society* (37) 49—61
- Coren, S.; Porac, C.; Duncan, P.* (1979): A behaviorally validated self-report inventory to assess four types of lateral preference. In: *J. Clin. Neuropsychol.* (1) 55—64
- Day, M.E.* (1964): An eye movement phenomenon relating to attention, thought and anxiety. In: *Perceptual and Motor Skills* (19) 443—446
- (1967): An eye movement indicator of type and level of anxiety: Some clinical observations. In: *Journal of Clinical Psychology* (23) 438—444
- (1967): An eye movement indicator of individual differences in the physiological organization of attentional process and anxiety. In: *J. Psychol.* (66) 51—62
- Duke, J.* (1968): Lateral eye movement behaviour. In: *J. General Psychol.* (78) 189—195
- Ebner, U.* (1982): Zur Diagnose interindividueller Unterschiede in der cerebralen Dominanz. Inauguraldissertation an der Karl-Franzens-Universität in Graz.
- Ehrlichmann, H.; Weinberger, A.* (1978): Lateral eye movements and hemispheric asymmetry: A critical review. In: *Psychol. Bulletin* (85) 1080—1101
- Flor-Henry, P.* (1976): Lateralized temporal-limbic dysfunction and psychopathology. In: *Ann NY Acad Sci* 280, 777—795
- Gur, R.E.; Gur, R.C.; Harris, L.J.* (1975): Cerebral activation, as measured by subject's lateral eye movements, is influenced by experimenter location. In: *Neuropsychologia* (13) 35—44
- Gur, R.E.* (1978): Left hemisphere dysfunction and left hemisphere overactivation in schizophrenia. In: *Journal of Abnormal Psychology* (87/2) 226—238
- Hiscock, M.* (1977): Effects of examiner's location and subject's anxiety on gaze laterality. In: *Neuropsychologia* (15) 409—416
- Igenbergs, E.P.* (1985): Die Kraft des Denkens — Zur Methode der Elektrographie. In: *Dyn. Psychiat.* (18) 402—432
- Mintz, M.; Tomer, R.; Myslobodsky, M.S.* (1982): Neuroleptic-induced lateral asymmetry of visual evoked potentials in schizophrenia. In: *Biological Psychiatry* (17) 815—828
- Neubauer, A.* (1986): Laterale Augenbewegungen als Indikator für individuelle Hemisphärenpräferenz: Eine EEG-Validierungsstudie. Inauguraldissertation an der Karl-Franzens-Universität in Graz
- Newlin, D.B.; Rohrbaugh, J.W.; Varner, J.L.* (1982): Lateral eye movement tendency related to alpha asymmetry. In: *Psychophysiology* (19) 338
- Rothschild, F. S.* (1982): Unbewußtes und Identität — Vermittlung des Psychischen durch das Zentralnervensystem. In: *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie*. Bd. 2. *Ammon, Günter* (Hrsg.) (München: Ernst Reinhardt)
- (1982 a): Fehler in der Schlaf- und Wachregulation bei der Schizophrenie. In: ebenda
- Shevrin, H.; Smokler, I.; Kooi, A.* (1980): An empirical link between lateral eye movements and lateralized event-related brain potentials. In: *Biological Psychiatry* (15) 691—697
- Schapiro, M.* (1969): On some Problems in the Semiotics of Visual Art: Field and Vehicle in Image-Signs. In: *Semiotica*. (1) 225—242
- Schulter, G.* (1984): Differentiellpsychologische Perspektiven der Lateralitätsforschung. In: *Zeitschrift für Diff. und Diagn. Psychologie* (5,1) 59—82
- Sperry, R.W.* (1970): Perception in the absence of the neo-cortical commissures. In: *A.S.S. for research in nervous and mental diseases*, 48, 123—138
- Starker, S.* (1972): Autokinesis and attention distribution. In: *Perceptual and Motor Skills*, (34) 743—749
- Teitelbaum, H.A.* (1954): Spontaneous rhythmic ocular movement. Their possible relationship to mental activity. In: *Neurology* (4) 350—354
- Voth, A.C.* (1947): An Experimental Study of Patients Through the Autokinetic Phenomenon. In: *Amer. J. Psychiat.* (103) 793—805
- Voth, H.M.* (1978): Cancer and Personality. In: *Perceptual and Motor Skills* (42) 1131—1137

- chiat. (8) 366—380
- (1966): The Psychotherapy Process and Its Relation to Ego-Closeness — Ego-Distance Part 1. In: J. Nerv. Ment. Dis. (143) 324—337
 - (1968): The Psychotherapy Process and Its Relation to Ego-Closeness — Ego-Distance Part 2. In: J. Nerv. Ment. Dis. (147) 308—315
- Zenkov, L.R.* (1978): Einige Aspekte der semiotischen Struktur und der funktionalen Organisation des rechtshemisphärischen Denkens (in russischer Sprache). In: The Unconscious: Nature, Functions, Methods of Study. Bd. 1 (Tbilisi: Metsniereba Publ. House)
- (1985): Semiotics of Space in Neolithic Art and Genesis of Functional Brain Asymmetry. In: Dyn. Psychiat. (18) 382—396
 - (1985 a): Unconscious and Consciousness in a scope of the Interhemispheric Relations. In: The Unconscious: Nature, Functions, Methods of Study (Tbilisi: Metsniereba Publishers), vol. IV (in russ.)
- Zhegin, L.F.* (1970): The language of the painting (The Conventionality of Ancient Art) (Moscow: »Iskusstvo«) (in russ.)

Anschriften der Autoren

Dr. med. Günter Ammon
Meierottostr. 1
1000 Berlin 15

Dipl. Psych. Ilse Burbiel
Karl-Theodor-Str. 73
8000 München 40

Dipl. Psych. Volker Peschke
Erhardstr. 11
8000 München 5

Milderung der Nebenwirkung von (Psycho-) Pharmaka durch Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie

Die Bedeutung des Ganzkörper-Energiestatus und seiner Dynamik für das gesundheitliche Schicksal des Menschen**

Manfred von Ardenne (Dresden)*

Das Anliegen des Autors ist es, die Bedeutung von Energie und Energiemangel für den menschlichen Organismus darzustellen. Unter den Ursachen für die Verschlechterung des Energiestatus, wie toxische Belastung, stressorische Einflüsse, Belastung durch Krankheit, Bewegungsarmut und Lebensalter, hebt er insbesondere die Bedeutung im Krankheitsfall und die Belastung durch toxische Nebenwirkungen von Psychopharmaka hervor und deren Milderung durch Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie.

In umfangreichen Untersuchungen mit 3 Gruppen von Pharmaka: Psychotherapeutika, Kanzerostatika und Pharmaka, die er unter dem energetischen Gesichtspunkt als »Energievorgriff« zusammenfaßt, kommt er zu Ergebnissen, die einerseits belegen, daß durch die Verschlechterung des Energiestatus erst Nebenwirkungen verursacht werden und andererseits die sekundären und tertiären Auswirkungen z. B. auf Blutbild und die Entgiftungsorgane Leber und Niere bedingen. Die Bedeutung dieser Forschung liegt in dem ganzheitlichen Ansatz, den von Ardenne in seinem Konzept vertritt, indem er den energetischen Aspekt in seiner Bedeutung für Gesundheit und Krankheit des Menschen vertritt.

Jeder Vorgang im Gehirn, in allen Organen, Systemen, Geweben, Zellen und Zellorganellen des menschlichen Organismus verbraucht Energie. *Energiemangel* als »ganzheitliche Erscheinung« kann oder muß in den genannten sechs Bereichen zu Funktionsstörungen oder Funktionsausfällen führen. Die Verschlechterung des Energiestatus kann sehr verschiedene Ursachen haben, wie z. B. toxische Belastungen, stressorische Einflüsse der verschiedensten (auch psychischen) Art, Belastungen durch Krankheiten, Bewegungsarmut und hohes Lebensalter. Eine Senkung des Energiestatus kann, wie wir aus seit 1964 betriebenen Forschungen lernten, zu psychischen Destabilisationen, zu Depressionen sowie zu vorübergehenden Irritationen, z. B. bei schnellen Anstiegen der Körpertemperatur (Hyperthermie) führen und die Funktion der viel Energie benötigenden Entgiftungsorgane Leber und Niere schwächen. Außerdem kann die Verschlechterung des Energiestatus zusammen mit toxischen Belastungen eine kritische Verschlechterung des Blutbildes bewirken.

In Krankheitsfällen, wo über längere Zeiten, möglicherweise sogar auf Lebenszeit, Pharmaka mit toxischen Komponenten gegeben werden müssen (z. B. Psychopharmaka zur Stabilisierung), ist die periodische Prüfung des

* Prof. Dr. h.c. mult., Forschungsinstitut Manfred v. Ardenne, Dresden

** Vortrag gehalten auf dem 6. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry

Blutbildes vorgeschrieben. Es geht dabei um die Antwort auf die Frage, ob schon eine Änderung des Blutbildes eingetreten ist und Organschädigungen sich ankündigen. Es muß daher ein sehr bedeutender Fortschritt darin gesehen werden, daß mindestens ein Teil dieser kritischen Nebenwirkungen durch eine im bestimmten Zeitabstand wiederholte Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie gemildert oder beseitigt werden kann. Dieser Tatbestand sollte von Patienten, Ärzten, aber auch von der Pharmakaindustrie mit großer Aufmerksamkeit zur Kenntnis genommen und zur Grundlage für eigenes Handeln im Dienste der Patienten werden. Viele Bedenken beim Einsatz von Pharmaka können auf diese Weise behoben und die Grenzen ihres Einsatzes erweitert werden. Bei der Chemotherapie des Krebses ist schon mit großem Erfolg damit begonnen worden, die den Patienten stark belastenden Nebenwirkungen der Kanzerostatika (Senkung von Lebensqualität und körpereigener zellulärer Abwehr) durch etwa gleichzeitige Behandlung mit der Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie zu mildern. Aber darin kann nur ein Anfang der Durchsetzung dieses Prinzips in einem sehr speziellen Bereich gesehen werden.

Ein vereinfachtes *Schema zu den Nebenwirkungen von Pharmaka und ihrer Bekämpfung durch ganzheitliche Maßnahmen gegen die primären Ursachen* bringt Abb. 1.

Als Maßnahme steht im Vordergrund die für Monate bis Jahre anhaltende Erhöhung des Energiestatus (der Leistungsreserven) durch den Prozeß »Sauerstoff-Mehrschritt-Immunistimulation« Variante GK 4-IV. Eine Zusammenfassung der Wirkungen dieses Prozesses bringt Abb. 2.

Der Gewinn an körperlichen Leistungsreserven (Energiestatus) beträgt im Mittel zwischen 17% (gut konditionierte Probanden) und 29% mit einer Streuung zwischen etwa 5% und 94%. Spirometrische Ergebnisse zur Verbesserung der Ruhe- O_2 -Aufnahme in verschiedenen Altersbereichen sind in Abb. 3 zusammengestellt.

Die anhaltende Erhöhung des Energiestatus durch Varianten der O_2 -Mehrschritt-Therapie ist an der Verbesserung von etwa 15 physiologischen Kenngrößen nachgewiesen worden. Es gibt wenige Therapien in der Geschichte der Medizin, wo der Beweis ihrer positiven Wirkung durch Messung vieler Größen einfacher gewesen ist. Die klinischen Auswirkungen wurden an über 100 000 Behandlungen in etwa 400 europäischen Zentren von Ärzten und Patienten beobachtet.

Wenn die Bundesärztekammer in Bonn noch vor wenigen Monaten eine offizielle Erklärung abgab, die O_2 -Mehrschritt-Therapie sei »ohne Wirkung«, so ist dies ein mit der wissenschaftlichen Wahrheit im Widerspruch stehender Vorgang, welcher für sehr viele Patienten eine Therapie diskreditiert, die sehr oft lebenswichtig, lebensrettend und lebensverlängernd sein kann.

Besonders eindrucksvolle Befunde ergaben sich bei der *Bekämpfung der toxischen Nebenwirkungen von Pharmaka am Beispiel hochdosiert gegebener Kanzerostatika*. Hier verschwanden innerhalb weniger Tage nach Beginn des 36 h-18

erscheinungen, wie Verschlechterung des Blutbildes, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Kreislaufstörungen, und die Lebensqualität renormalisierte sich in der Regel wieder. Aufgrund von über das Fernsehen gegebenen Informationen erhielten wir hierzu 12 000 Briefe von Patienten und Ärzten und konnten in sehr vielen Fällen helfen.

Bei *Psychopharmaka* liegen erst wenige Erfahrungen mit Gabe über mehr als 10 Jahre vor (z. B. mit Leponex oder Lithiumkarbonat). *Immer wieder wurde bei Dosierung an der unteren Grenze ein deutlicher Stabilisierungseffekt nach der Behandlung beobachtet. Zahlreiche Berichte gelangten zu uns über das Verschwinden depressiver Zustände nach therapeutischer Erhöhung des Energiestatus.* Die Ergebnisse waren so eindrucksvoll, daß sie mir den Mut gaben, an dieser Stelle schon heute darüber zu sprechen. Dieser Bericht soll nur eine Anregung zur weiteren Forschung sein auf einem fruchtbaren Felde, wo der Lösungsweg nicht mehr die Bekämpfung der Symptome, sondern die ganzheitliche Beseitigung der primären Ursache »Energienmangel« ist.

In den vielen Fällen, wo Pharmaka mit Nebenwirkungen über Jahre oder sogar auf Lebenszeit gegeben werden müssen, ist es aus praktischen und finanziellen Gründen kaum vermeidbar, daß der Patient die regelmäßig zu *wiederholende Behandlung (beraten durch seinen Arzt) im eigenen Heim* vornimmt. Die technischen und methodischen Voraussetzungen hierfür sind durch die Entwicklung bzw. Produktion von O_2 -Selektoren (Hauni-Werke Hamburg-Bergedorf), welche den Sauerstoff aus der Luft mit unserer Therapie angepaßter Flußrate gewinnen, geschaffen worden sowie durch Gestaltung des *Standard 3 h- O_2 -Mehrschritt-Kurzprozesses GK 3—I*, dessen Programmierung in Abb. 4 angegeben ist.

Wie Abb. 5 zeigt, *nehmen die Leistungsreserven des Menschen mit fortschreitendem Lebensalter schnell ab.* Das bedeutet, daß die Schädlichkeit der Pharmaka-Nebenwirkungen im hohen Alter zunehmen muß. Dieser kritischen Tendenz kann gerade in dieser späten Lebensphase durch die Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie besonders wirksam begegnet werden, weil sie hier eine *doppelte Wirkung* hat: Sie erhöht nicht nur die in dieser Phase gefährlich abgesunkene Leistungsreserve mit hohem prozentualen Gewinn, sondern schafft erst hierdurch gemäß unserer Abbildung die Voraussetzung zur Durchführung eines regelmäßigen, die Energielage weiter verbessernden Bewegungstrainings im hohen Alter. *Dieser Circulus vitiosus begründet die Aussicht auf eine Verlängerung des menschlichen Lebens um 1 1/2 Jahrzehnte!*

Sideeffect diminution of (psycho-) pharmaca through O_2 -multistep-therapy

Manfred von Ardenne (Dresden)

The author describes the importance of energetic status and energetic defi-

Abb. 1

Vereinfachtes Schema zur Bekämpfung der Nebenwirkungen von Pharmaka

Pharmakon	mit toxischer Nebenwirkung	mit toxischer Nebenwirkung	mit Energie-vorgriff
auer der Gabe	langzeitige Gabe schwach dosiert	langzeitige Gabe, hoch dosiert	kurzzeitig
Beispiel	Psychotherapeutika z. B. Leponex, Lithiumkarbonat	Kancerostatika z. B. Cyclophosphamid, Metotrexat usw.	Sympathikomimetika z. B. Alupent
Primäre Ursachen der Nebenwirkungen	Schwache Senkung des Energiestatus (Leistungsreserve des Organismus)	Schwächung der Leukoopoese	Erzeugung einer Energieschuld durch Vorgriff
Sekundäre Auswirkungen	Schwächung der Entgiftungsfunktion Psychische Destabilisation	Spezifische Schädigungen (Organe, Systeme)	Zeitweilige Herabsetzung des Energiestatus nach Wirkphase
Tertiäre Auswirkungen	Off Verschlechterung des Blutbildes nach vieljähriger Einnahme	Starke Senkung des Energiestatus	Evtl. Herz-Kreislaufstörungen nach Wirkphase
Bekämpfung der Nebenwirkungen durch Maßnahmen gegen die primären Ursachen	Schädigung von Leber und Niere	Starke Senkung der körpereigenen unspezifischen Abwehr	<u>O₂-Mehrschritt-Therapie GK4-IV</u> Steigerung der Energiebildung
	<u>O₂-Mehrschritt-Immunistimulation GK4-IV</u> (Anhaltende Steigerung des Energiestatus und Stimulierung der zellulären Abwehr) und regelmäßiges Bewegungstraining	Kritische Abnahme der Lebensqualität: (Erbrechen, Appetitlosigkeit, Kreislaufstörungen) bei Krebstherapie	
	<u>O₂-Mehrschritt-Immunistimulation GK4-IV</u> (Anhaltende Steigerung des Energiestatus und Stimulierung der zellulären Abwehr) und regelmäßiges Bewegungstraining	Starke Verschlechterung des Blutbildes (z. B. Leukopenie bis 1500 Leu/lmm ³)	

Abb 2

Die zwei Grundarten des Effektes der Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie

Art der Probanden	Gruppe I (37 Personen) Patienten mit durch Krankheit und/oder Alter herabgesetzter Ruhe-O ₂ -Aufnahme (Ausgangs-Ruhe-d _{O₂} ≤ 1,25 metabolische Einheiten)				Gruppe II (19/31 Personen) Probanden oder Patienten mit gegenüber dem Alters-Erwartungswert erhöhter Ruhe-O ₂ -Aufnahme (Ausgangs-Ruhe-d _{O₂} > 1,25 metabolische Einheiten) ¹					
	Ruhe-O ₂ -Aufnahme ²	Ruhe-CO ₂ -Abgabe ²	Ruhe-AZV ²	Maximale O ₂ -Aufnahme ³	Ruhe-O ₂ -Aufnahme ²	Ruhe-CO ₂ -Abgabe ²	Ruhe-AZV ²	Maximale O ₂ -Aufnahme ³	Maximale Ausdauerleistungsfähigkeit ⁴	Körperliche Leistungsfähigkeit ⁵
Therapie-Effekte (anhaltend)	Starker Anstieg	Starker Anstieg	Starker Anstieg	Starker Anstieg	kein Anstieg oder leichter Abfall	kein Anstieg oder leichter Abfall	kein Anstieg oder leichter Abfall	Starker Anstieg	Anstieg	Starker Anstieg
Mittelwert Effekte in % Bereich	+ 19	+ 25	+ 23	(+ 27)	- 3	- 1	- 1	+ 28	+ 9,1	+ 17
Literatur	M.v. Ardenne Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie, 4. Aufl., Thieme Stuttgart 1987 250		250		250		297/373		P. E. Nowacki, 6 Doppel-Blindstudie 297	
	O ₂ MT-Effekt I Anhaltende Erhöhung der Ruhe-O ₂ -Aufnahme ⁵			O ₂ MT-Effekt II Anhaltende Erhöhung der Leistungsreserven			O ₂ MT-Effekt II Anhaltende Erhöhung der Leistungsreserven			

Nr. 382
O₂-Mehrschritt
Forschung

M.v. Ardenne
Jnst.

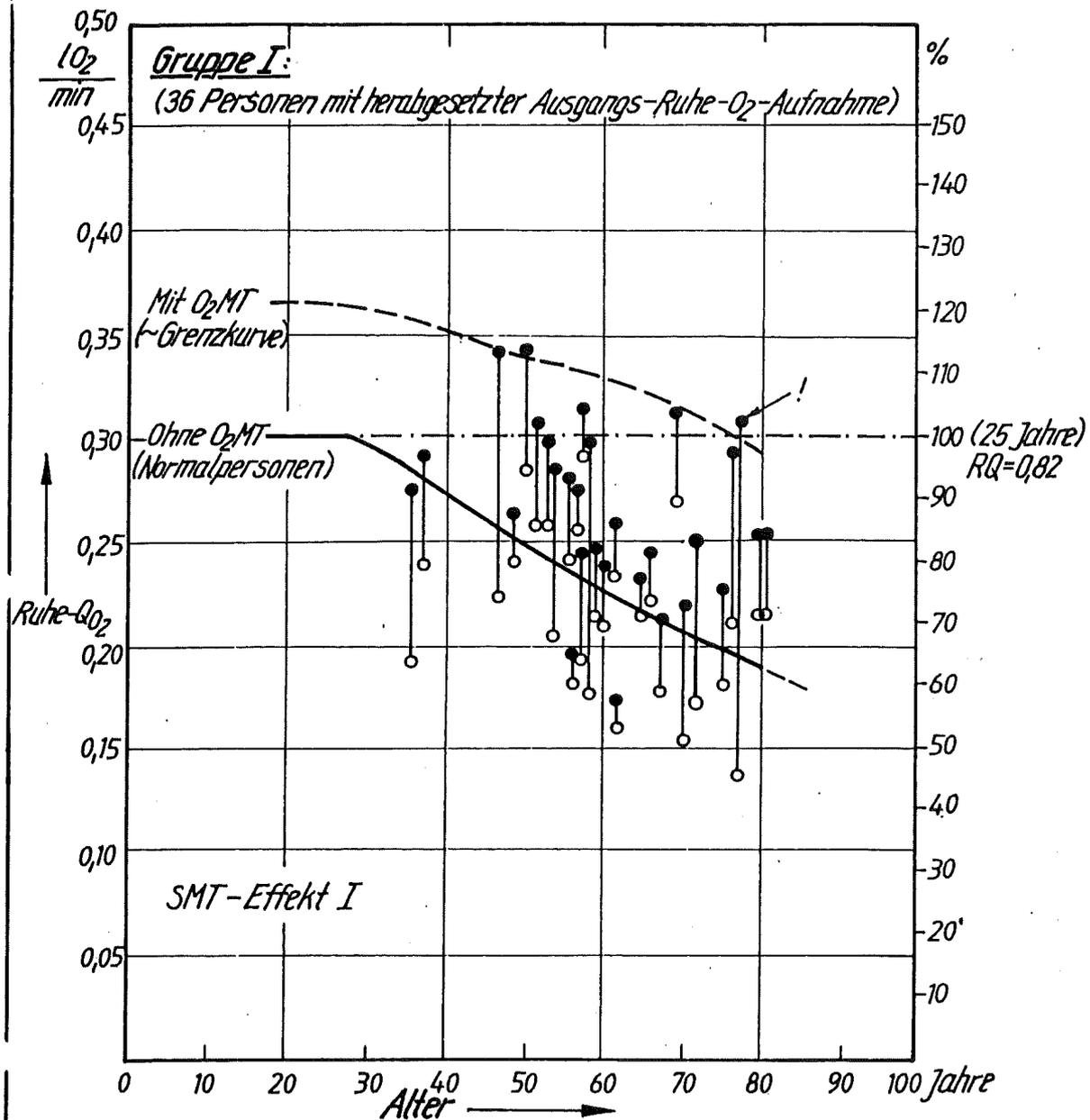
1 Früher oft als Therapieversager irrtümlich eingestuft!
2 Spirometrische Messung mit der Hellige - Oxycon 4 - Anlage unter Vermeidung Hyperventilation
3 Spirometrische Messung mit der Hellige - Oxycon 4 - Anlage. Auf submaximalen Stufen Ökonomisierung Reduktion O₂ für gleiche Belastungslute.
4 Ergometrische Messung PWC₁₅₀. 14 Tage nach zwei 15 min O₂-Mehrschritt-Schnellprozessen GK2-1
5 Für Monate bis Jahre. Je nach Lebensweise
6 Nowacki, P. E. in Mellerowicz, H., J.-W. Franz (Hrsg.), „Standardisierung, Kalibrierung und Methodik in der Ergometrie“, Perimed-fachbuch-Verlags-Gesellschaft, Erlangen 1983, 3. 259 (Freizeit- und Erholungssportler. Messung 4 Tage nach einem Schnellprozess GK2-1)
Auf die Übereinstimmung der Effekte I - Messungen von D. Nolle, W. Schmitzer, A. Hendrik mit unseren hier zusammengefaßten Ergebnissen sei hingewiesen.

Every metabolic process in the brain as well as in every other organ system, tissue, cell and cellorgan consumes energy.

Deficiency of energy causes disturbance and eventually collapse. There are many different reasons for energetic decrease, for example toxic influence, emotional stress, diseases, lack of physical exercise and aging.

In order to document the diminution of toxic sideeffect of psychopharmaca

Abb. 3

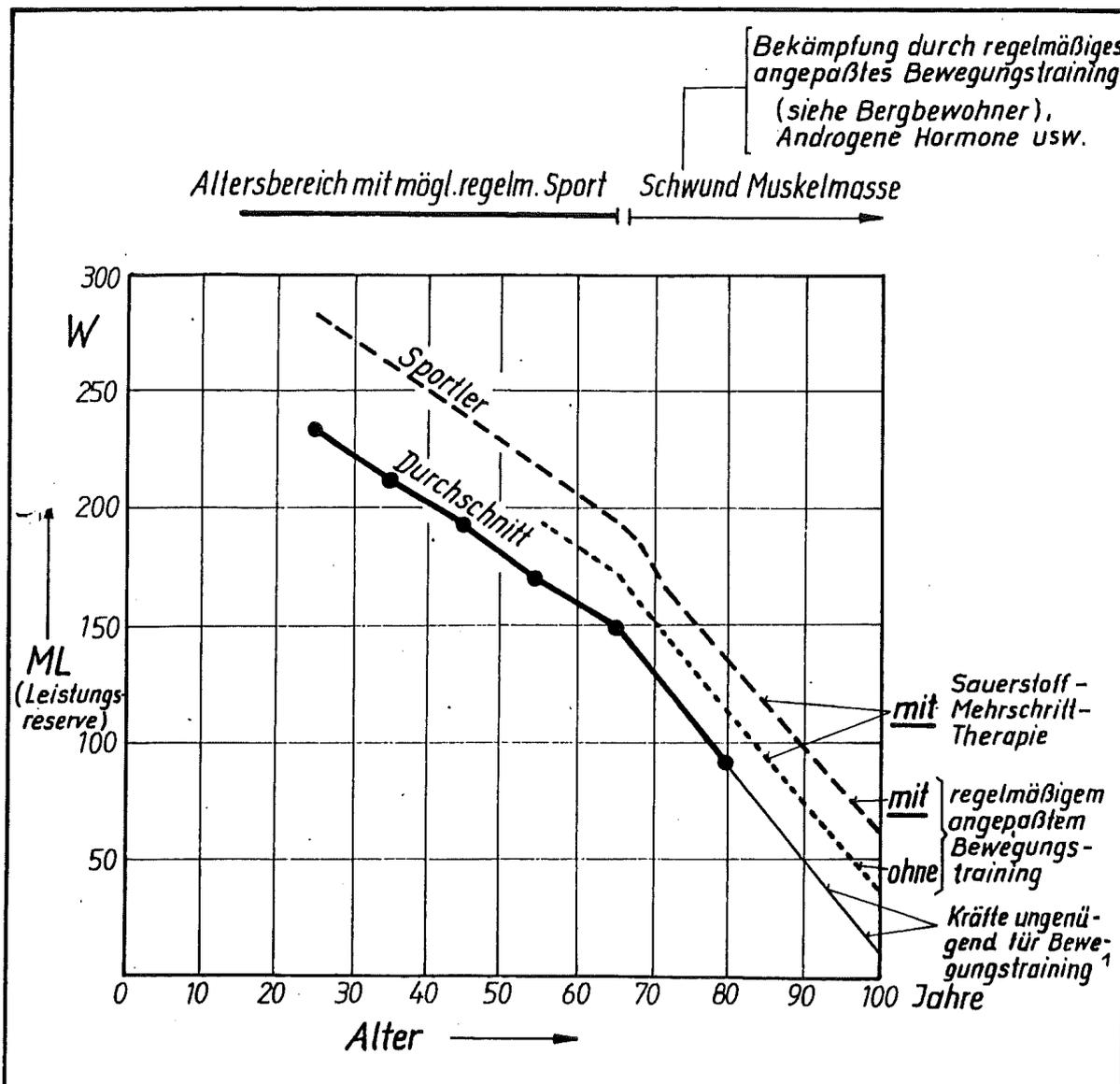


<p>Inst. M. v. Ardenne</p>	<p><u>Die Abhängigkeit der Ruhe-O₂-Aufnahme Q_{O₂} vom Lebensalter für Normalpersonen ohne und mit permanenter Hochhaltung des O₂-Status durch O₂-Mehrschritt-Therapie-(Kurven).</u> Einzelergebnisse vor (○) und nach (●) O₂MT¹. Eintragung des momentanen Ruhe-Q_{O₂} als diagnostische Kennzahl für den O₂- bzw. Energie-Status.</p>	<p>Nr. 392 O₂-Mehrschritt-Forschung</p>
--------------------------------	---	--

¹ Bei Vorliegen mehrerer Messungen für das gleiche Alter ist hier im Interesse besserer Übersichtlichkeit jeweils nur ein

Abb. 5

Das energetische Schicksal des Menschen und seine Beeinflussung



<p>Inst. M.v.Ardenne</p>	<p>Die durchschnittliche Abhängigkeit der mechanischen Leistungsreserve ML vom Lebensalter für männliche Normalpersonen und ihre günstige Beeinflussung durch Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie sowie der Kondition angepaßtes regelmäßiges Bewegungstraining. Richtwerte</p>	<p>Nr. 382 O_2-Mehrschritt-Forschung</p>
------------------------------	---	---

¹ In diesem Altersbereich liefert die O_2 MT durch Wiederermöglichung von Bewegungstraining zwei Beiträge zu Aussicht auf Verlängerung des

longterm indications of psychopharmaca such as Leponex, Lithium carbonate. In these investigations *von Ardenne* finds that sideeffects such as decrease of activity on the weakening of the leucopoetic system are the result of the decrease of energy through toxic pharmaca. Whereas loss of detoxication functions and psychic destabilisations are found to be secondary effects. Damage of liver and kidney and decrease of unspecific immun defense are described as tertiary effects.

With his concept of energy *von Ardenne's* holistic approach is important not only for man and his diseases but also for man and his quality of live and aging.

Literatur

- von Ardenne, M.* (1987): Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie (Stuttgart: Georg Thieme)
- von Ardenne, M.* (1981): Measurement and Removal of Certain Stress Effects. Synergism, Physical Exercise, and Oxygen Multistep Therapy. In: Stress (2) 25—35
- von Ardenne, M.* (1988, im Druck): Das energetische Schicksal des Menschen und seine günstige Beeinflussung durch Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie. In: Z. Altersforsch. (43)
- von Ardenne, M.; Reitnauer P.G.* (1986): Vergleich der leukopoetischen Wirkung von Neytumorin R, Neythymun R und 2-Cyanethylharnstoff. In: Pharmazie (41), 263—265.
- von Ardenne, M.* (1988): Wo hilft Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie. (Gütersloh: Bertelsmann)
- von Ardenne, M.; Klemm, W.* (1988, im Druck): Messungen über die anhaltende Steigerung der Ruhe-O₂Aufnahme, der CO₂-Abgabe, des Atemzeitvolumens und der Leistungsreserven nach Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie. In: Zeitschr. f. klin. Med. (43).

Adresse des Autors:

Prof. Dr. h. c. mult: Manfred v. Ardenne
 Zeppelinstr. 7
 8051 Dresden — Weisser Hirsch, DDR

Die Balancierung des Möglichen und Unmöglichen im psychiatrischen Denken und Tun**

Karl Peter Kisker (Hannover)*

Den Balanceakt zwischen Möglichem und Unmöglichem im psychiatrischen Denken und Tun geht man ein, wenn man sich nicht zufriedengeben will mit dem, was im behandlungsmethodischen Feld der Psychiatrie arriviert ist und anerkannt, sondern weiterfragt und sich direkt mit dem Patienten auseinandersetzt und ihn zu verstehen sucht. Dieser Akt des Verstehenwollens kann für beide — den Behandelten und den Behandelnden — ein sehr schmerzhafter sein, da in einer lebendigen menschlichen Beziehung kein »anästhesierendes Instrumentarium« dazwischen steht.

Es geht dem Autor um das Geschehen an der Grenze zwischen zugänglichem und unzugänglichem Sinn, zwischen Möglichem und Unmöglichem in der Patient-Therapeut-Dyade und zwar nicht verstanden als Grenze zwischen Patient und Therapeut, sondern als Grenze, die durch beide hindurchgeht, als Grenze in der Begegnung und im Austausch der Verstehens- und Erlebenswelten von Therapeut und Patient. An dieser gemeinsamen Grenze ist es dann immer wieder und im Kern der Schmerz in seinen vielen Weisen, der »teilbar« ist und der Arbeit und Linderung bedarf.

Zuvor: erlassen Sie mir die Umständlichkeit, von psychiatrischen und/oder psychotherapeutischem Denken und Tun zu sprechen. Ich kenne hier weder »und« noch »oder«. Der Psychiater ist substantiell Psychotherapeut oder keiner; er ist potentiell, d.h. immer dann, wenn es Sache und Situation gebieten, auch Biotherapeut und aktiviert als solcher sein allgemein-medizinisches, sein neuro-und intern-medizinisches Hintergrund-Wissen.

Manche machen es sich leicht, Psychotherapie als eine Art styling des Psychiaters zu vollziehen. Die Psychotherapie-Krawatte gehört ja gewissermaßen zum Sonntagsstaat des Psychiaters, der auf sich hält, zumal wenn er in Lindau und Lübeck oder auf Langeoog mitflaniert. Es geht hier indessen nicht um Psychotherapie als Dekor; es geht um eine riskante Haltung, um einen Akt der Balance, wie ich hier zu zeigen hoffe.

Den Psychiater so einzurichten, daß sein Denken, Planen und Forschen, sein Tun, Leiden und Lassen, seinen ideellen, gewissermaßen anthropometrischen Ort aus seinem Psychotherapeut-Sein bezieht, führt indessen in Einseitigkeiten und weg von der ärztlichen Alltäglichkeit, wenn und solange »Psychotherapie« instrumentell begriffen wird: als gängiges Kunststück im Repertoire des Szenarios der Psychiatrie, als Gelernt-ist-gelernt-Pfeil aus dem Köcher der fünfzig oder einhundertfünfzig Psychotherapie-Techniken, welche vom kühlen Assoziieren bis zum heiß-urigen Schrei, von der operanten Dres-

* Prof. Dr. med. Dr. phil., Arzt für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapie, Leiter der Abteilung Klinische Psychiatrie der Medizinischen Hochschule Hannover

** Vortrag gehalten auf dem 6. Weltkongress der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XIX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 7. bis 11. März 1999 in der Leibniz-Medizinischen Universität Hannover, Hannover, Thüringen

sur bis zum gekonnten kognitiv-emotiven Stop im Marketing sind.

Worum geht es hier eigentlich? Es geht darum, daß der, der sich zu dem Geschehen, zu der Arbeit Wandlung, als welche Psychotherapie ist, was sie ist, anschickt — und das gilt zunächst für den Psychiater, denn entzöge er sich dieser Bereitschaft, stünde er arm da — sein technisches know how, sein analytisches, tiefenpsychologisches, verhaltenstherapeutisches oder wie immer organisiertes Handwerk mitsamt seinen Leit-Theorien so anwendet, daß er sich beider — der Mache und ihrer Modelle — begibt. Wir wissen um dies Paradoxon aus der Psychotherapie-Evaluation, soweit sie ehrlich ist: »Erfolg« wird nicht denen zuteil, welche die Handriemen bestimmter technischer Rituale anstrengen oder neunmalklug Indikationen für's fokale, langfädige oder konfrontativ-düpiierende Vorgehen bemühen, sondern offenbar jenen, welche ihr Selbst und d.h. sich selbst in diese Arbeit einsetzen, sei es auf eine naive, geschenkte Weise wie bei den untrainiert erfolgreichen Hausfrauen und Studenten, sei es durch eine mühsame und mit mancherlei Beschämungen erreichte Einklammerung des »Technischen« beim Arrivierten.

Verstehen Sie mich bitte so: ich plädiere hier nicht für eine »neue Einfachheit« und eine Befehdung des Technischen um *Finzens* kurze Formeln zu bemühen. Eher geht es um eine neue Kompliziertheit, aus welcher eine Einfachheit zweiten Grades hervorgehen könnte. Das Handwerkliche der Psychoanalyse, der Verhaltens-, der Rollen-, der Ratio-Therapie etc., es sollte mit all seinen Kniffen, auch mit seinen differential-indikativen Einsatzplänen geübt und gekonnt sein, bevor es — in actu — aufgehoben wird. Wohinein gehoben? An diesem Punkt ist Wachsamkeit gegenüber kurzen Schlüssen ins Esoterische geboten. Psychotherapie-Forschung, soweit sie undoktrinär ist, verweist hier auf einen personellen Therapeut-Faktor, genauer: auf ein bilaterales, zwischen Patient und Therapeut gelingendes Beziehungs-Spiel. Freilich, ein Spiel mit tieferer, nämlich Gefühle entkümmernde Einsichten fördernder Bedeutung, ein Spiel nicht ohne Regeln übrigens, wie zumal den vielerlei Spontis und Frei-Stilisten im Psycho-Boom dieser Zeit, die hinter dem Plakat »Post-moderne«¹ ihre Halt- und Bodenlosigkeit verbirgt, zu sagen ist.

Hier stoße ich nun, spät erst, doch, wie mir scheint, am gebotenen Ort, auf die Psychoanalyse. Auf sie nicht als System, Schule, Zunft, schon gar nicht auf die Kleinstaaterei ihrer nationalen, regionalen »Vereinigungen«, »Gesellschaften« und sofort. Ich hebe hier vielmehr das hervor, was *Freud* und einige wenige seiner eigenartigen Fortbildner als Achse psychotherapeutischer Arbeit erfahren haben: das bipersonale Geschehen der Übertragung. Der Begriff muß, wie Troja IX, nach mancherlei innerschulischen Brandlegungen und unnützen Aufhäufungen von Theorie-Abfällen ausgegraben und als eine höchst eigentümliche Verkehrsweise zwischen zwei Menschen begriffen werden, die miteinander ein solches Bindungs-Bündnis eingehen, daß Beziehungen und Lösungen, Übereignungen und Veränderungen, Entfremdungen und Vereini-

gungen, Bekämpfungen und Befriedungen so etwas bewirken wie Umbildung, Wandlung oder wie immer das Produkt dieser Dyaden-Arbeit formuliert werden mag. Kein Zweifel, daß triebtheoretische Konzepte nicht zureichen, dies zeitlich, existentiell usw. durchaus regelungsbedürftige und regelungsfähige Geschehen zu begreifen, es sei denn, »Trieb« werde so geweitet gesehen, daß er alles, was Sprache ist, mitumfaßt, und das klingt ja nicht erst bei *Lacan* an, sondern schon bei *Freud*, wenn er sich, wie zumal in seinen Briefen, aus Animalismen-Schemata entläßt und die Sache, um die es hier geht, schlicht und menschlich beschreibt. Ich verweile hier nicht weiter bei dem konstruktiv-rekonstruktiven Wechselgeschehen der Übertragung, verweise für die Filigran-Arbeit etwa auf *Balint* und *Lorenzer*, bemerke allerdings, daß der Akteur jeglichen psychotherapeutischen Verfahrens letztlich auf diese beidseitige Unterpfändung in Höchtspersönliches stößt, wenn er — sich und anderen offen — Rechnung legt über Erfolg oder Scheitern. Wenn ich auf diese Beziehungs-Sache, die keine ist und deformiert wird, wenn sie in die Sprache von »Objekt«-Beziehung gepreßt wird, gleichwohl aus der psychoanalytischen Ecke her zugegangen bin, so hat das gottlob höchst irrationale Gründe, die ich in meiner wiederum höchstpersönlichen, imaginären Beziehung zu *Freud* finde. Es verschlüge nichts, denselben Weg aus der verhaltenstherapeutischen oder der transaktionalen Ecke einzuschlagen, wobei dann allerdings einige Risiken der Unterkühlung oder Überhitzung auszutarieren sein würden.

Warum soviel Umstände mit der Psychotherapie für den Balanceakt des Psychiaters in seinem Denken und Tun? Haben ihn, den Psychiater, nicht gerade die Kaskaden neuen biotechnischen Wissens und Könnens der vergangenen drei Jahrzehnte zu einem rational kalkulierenden Applikateur neurochemischer, psychophysiologischer und neurophysiologischer Verfahren gemacht. Ist es für seine Patienten und für ihn nicht ergiebiger, unaufwendiger, wenn er sich selbst als Beihelfer und Adjuvans dessen versteht, was die rührige, reif gewordene klinische Forschung ihm vorschreibt: den Vollzug durchevaluierter Bio-, Psycho- und Soziomethoden unter strikter Berücksichtigung aller prognostischen Prädikatoren und Vulnerabilitäts-Kriterien im genetisch markierten, epidemiologisch vermessenen Fall: ein petit point, auf den Stickrahmen unserer Interkontinental-Diagnostik gespannt.

Endlich fassen auch wir psychiatrischen Eckensteher und Spätkommer die Tastatur des Genoms an, vorderhand noch im Einfinger-System Entitäten ortend wie Huntingtons Chorea oder Alzheimers Disease. Irgendwann einmal werden wir elegant und mit allen übrigen Neuen auch die feiner gesponnenen schizophrenen oder melancholischen und die härter gesottenen charakteropathischen Störungen mitsamt den psychologischen traits, deren Abkömmlinge sie sind, herunterbuchstabieren und ein Marker-Tabellarium in der Hand haben: endlich nicht mehr die Klassenletzten in Sachen Klassifikation.

Wir werden endlich von den unbeholfenen Tänzen unseres Verstehens auf dem glittrigen Parkett der schummrigen hermeneutischen dancing hall ab-

gestützte Cogitationes, Gladiatoren der Eindeutigkeit, und dies gar auf einem Terrain, das sich dem nicht-penetrierenden Blick bislang so obskur, so mythisch, so wirr darbot wie das Gewimmel der abseitig-verrückten Probanden, welche dies Chaos produzierten, es eben mit sich brachte. Dieser Ab-und Gegenwelt luziferisch beikommen und sie hoch-biotechnologisch ins Licht endgültigen Wissens zu stellen, das sollte dann doch den Senatoren der Societas Maximalian Plancki oder den Sachwaltern der übrigen law and order der Wissenschaften verwaltenden Gremien ein Kopfnicken wert sein.

Indessen: den Berichtigungen des Menschenlebens, das in einer Weise, die nun einmal den Psychiatern übermacht ist, verunglückt, sind und bleiben, soweit sichtbar, Grenzen gesetzt, was die Folgerichtigkeit ihrer Machbarkeit angeht. Das gilt schon für die Menschen-Natur. Dem Menschen als Natur kann mit den zwar rational eingesetzten, essentiell aber natürlichen Verfahren – und zu ihnen gehören nicht nur die physiko-chemischen Therapien sondern auch die den Patienten als *natura naturans*¹ erreichenden psychologischen und die ihn in seiner zweiten, gesellschaftlichen Natur umbettenden sozialen Veranstaltungen – ihm kann also mit unseren Stoff-, Strom-, Benimm-, Encounter- und Monetar-Strategien allenfalls begrenzt beigehtolfen werden.

Verdurchschnittlichte Outcome-Raten an Schizophrenen, affektiv, neurotisch, persönlichkeitsmäßig oder geriatrisch Gestörten zeigen in unserer therapeutisch doch so gewitzigten Zeit ähnliche therapieprognostische Proportionen wie vor drei Jahrzehnten: wir erleichtern und verkürzen die akuten Krisen, begleiten begütigend die residualen Minor-Verfassungen, was zusammen zwei Drittel der psychiatrischen Hausaufgaben ausmacht, und verschieben das letzte Drittel der unabänderlich Chronischen, der durch die lange Zeit Erkrankten, kunstvoll durch die Labyrinth der post- und parapsychiatrischen Dienste.

Hier, im natur-heilkundlichen Raum, hantieren mit dem uns Machbaren und Möglichen. Wir reagieren damit zugleich auf das, was uns an den Patienten als deren Möglichkeit erscheint, für sie leidvoll-ungünstige und/oder für uns unangemessen-unbequeme Züge ihres Lebens zu ändern. Wir machen da mit ihnen die Kleinkunst des Möglichen und dies auf einer Art Markt. Ich meine damit nicht den »Psycho-Markt«, der von sich reden macht, seit es in Mode gekommen ist, die Miserabilitäten des alltäglichen Eigen- und Beziehungslebens als *petite folie* zur Schau zu stellen. Es geht hier vielmehr um den durchaus nicht »freien« Markt, auf welchem die genormten Waren der Natur-Therapeutika von uns professionellen Verkäufern den Patienten-Kunden angeboten, ja dann aufgedrungen werden, wenn diese nicht eigenen Willens in unsere Warenhäuser kommen, vielmehr dazu von Angehörigen oder exekutiven Agenturen dazu genötigt werden. Den limitierten Mehrwert an zurück- oder hinzugewonnener seelischer Gesundheit oder sozialen Wohlverhaltens schreiben wir uns dann gut und stellen unseren Arbeitsaufwand den Solidar-

versicherungen in Rechnung. Aber: wie weit verdankt dieser bescheidene Mehrwert sich unserem naturheilkundlichen Tun, wie weit der autochthonen Kraft des Patienten zur Rekonstruktion seiner selbst, wie weit schließlich dem menschlichen Treiben mit Patienten, Therapeuten, entlasteten Angehörigen und sofort, das unser »Milieu«, wenn es gut geht, auf naiv-unprofessionelle Weise beleben kann, ohne je in Interaktions- oder ähnlichen Skalen auffangbar und damit wieder unseren Natur-Verfahren zugeschlagen werden zu können?

Soweit also die Skizze unseres naturbezogenen therapeutischen Trainingsfeldes. Sie könnte nun durch jemanden, für den geoffenbarte Theo-Kosmogonie verpflichtend ist, überwölbt oder unterbaut werden durch einen Aufriß des Hineingerissenseins in psychiatrisches Kranksein und des Herausgezogenwerdens aus ihm: Kreatürliches am Patienten käme in den Blick; zu begegnen wäre ihm mit einem kerygmatischen Verständnis von Schuldverstrickung und Heilsgeschehen, das sich nicht — wozu viele sakrophobe Pastoren von heute neigen — mit Psychologischem verheddert oder gar mit ihm psychotherapeutische Mimikry macht. Aus der naturbezogenen Erfahrung des Psychiaters in die Region der Erlösung vorzudringen suchte vor einigen *Siirala*: ein Wagnis, mit dem er ziemlich allein blieb. Der natürlichen Erfahrung tut sich hier Unmögliches weil Absurdes auf. Da dies Unmögliche indessen Gesundes wie Krankes in gleicher Weise umfängt, vielleicht sogar Krankes verheißender und der Erlösung näher stellt, ist es hier nicht weiter anzusehen.

Soweit nun das Mögliche in den psychiatrisch zugestellten Menschenproblemen, zunächst vom Natürlichen her gesehen, dann, mit einem eher scheuen Blick aufs Kreatürliche zu. Was kann es nun noch auf sich haben mit dem Unmöglichem? Gewiß es läßt sich psychiatrisch leben, wenn das Machbare im klugen Kalkül getan und das Unabänderliche als noch forschungswürdige und aufklärungsfähige Denaturierung eingefordert wird. Mein Respekt gegenüber den professionellen confrères, die ihr Werk so verstehen, war und blieb immer mit einem gewissen Neid versetzt: Sie ersparen sich eine Plage, die mich zusätzlich zu den Härten und der Gratifikationsarmut unseres Alltags umtreibt wie eine Chimäre. Das begann bei mir mit dem Anrennen gegen jenes Axiom der Unverständlichkeit, der Sinn-Entsetztheit aller psychopathologischen Kernphänomene, das von *Kurt Schneider*, meinem Lehrer, in die entschiedenste Position gesetzt worden war. Die Suche nach Sinn im Unsinn-Arsenal der Psychopathologie führte mich zur Psychoanalyse, nicht in sie hinein, zu den Texten Freuds, dieses Sinn-Meisters, der allerdings nie die großen Regionen endgültig verloren oder unzugänglichen Sinnes unterschlug, und das trug wahrscheinlich dazu bei, daß der große Aufklärer sein eigenes Tun als »unmögliches Beruf« sah. Es scheint mir ein Gebot epigonaler Selbst-Bescheidung, *Freuds* Skepsis zu übernehmen.

Das Unmöglichè, von dem hier gesprochen wird, ist wie ein Schmerz an der Grenze von Sinn und Unsinn. Diese Grenze hat wenig zu tun mit der aufgesetzten zwischen gesund und krank. Eher trennt sie zwischen dem Beholfenen

zwischen dem potentiellen Behandler und dem Behandelbaren sondern durch beide hindurch. Vom Mitmenschen schlechthin sollte und wird sich jener Behandler dadurch unterscheiden, daß er im höheren Maß und weiträumiger zum Akt der Be-Sinnung abgeschatteter Regionen in sich selbst und in anderen bereit und in der Lage ist. Im weiteren Akt der Behandlung aber, die in ihren entscheidenden Schritten als Geschehen der Übertragung vollzogen wird, geht es um die wechselseitige Über-Eignung von Besinntem und Unbesinntem. Das heißt zugleich: um den am Unmöglichen jeweils teilbaren Schmerz. Daß Begriffe wie Katharsis, Egoifizierung u.a. nicht hinreichen, um dies mutuelle Vikarieren, diese verschränkte Stell-Vertretung im therapeutischen Dialog zu fassen, hat *Freud* selbst früher oder später erkannt. Gleichwohl tat er sich und tun sich viele Analytiker bis heute schwer, von einer schwerfälligen physikalisierten Sprache abzulassen, wenn sie die Gefühle auf den Begriff bringen wollen, um deren Entbindung es in der Therapie-Arbeit geht. (*Habermas* hat das naturalistische Selbstmißverständnis der Psychoanalyse elegant entblößt und sie zugleich wieder aus der emanzipativen Ecke her in Fortschritts-Dienste nehmen wollen: Kleidertausch mit denselben entfremdeten Effekten.)

Wir sagten: Gefühls-Arbeit, wie u.a. an der Grenze von Sinn und Unsinn geleistet, erscheint u.a. in unendlichen Modi des Zerlebens von Schmerz. Wie die Weisen seiner Ablenkung und Verfestigung beim Neurotischen, seiner Zersplitterung und Entwirklichung beim Psychotischen aussehen, ist hier nicht weiter zu beschreiben, wird wohl auch nie systemfähig. Wie es geht und ausgeht mit dem Suchen, das kein Recherchieren, eher eine Recherche ist, wie *Proust* sie — durchaus elegisch und schmerzlich — auf der Grenzlinie zwischen einem Sohn und seiner Mutter vollzieht, wie das Finden ausgeht, das Verabsäumen, Verlieren und Entbehren, das entscheidet sich im Kasus, im Fall, der, ob es nun zu seinem therapeutischen Beigang kommt oder auch nicht, immer ein Fallen von der Geburt in den Tod ist.

Wie gesagt, psychiatrisch Mögliches und Vernünftiges läßt sich durchaus tun ohne seine hier versuchte Gegen-Waage zum Unmöglichen. Ich brauche eine solche Balancierung. Sie wird auch nahegelegt durch Phänomene existentieller Sicht ins Klare und Offene, wie sie uns — eher gelegentlich und auch außerhalb aller therapeutischen Bewandnisse — bei Tiefkranken begegnen können. Aus ihnen hat die sogenannte Antipsychiatrie — am wenigstens noch der frühe *Laing* — einen Kausal-Hammer geschmiedet, mit dem sie dann ziemlich alle hermeneutischen Bilder stürmte, die in dieser Sinn-Galerie hätten besichtigt werden können.

Mag sein, daß dieser Versuch eines Exodus aus dem Möglichen nichts weiter ist als ein, nämlich mein — wie sagt es sich doch heute? — coping mit den Vertracktheiten, als meine individuelle Bearbeitung der Lastseite psychiatrischen Tuns. Ist dem so, gehen meine Überlegungen vielleicht als ein Anstoß für Sie alle durch, sich auf eine Ihnen gemäße Weise zu entlasten. Wenn und soweit zwischen dem Patienten und uns kein anästhesierendes Instrumentarium

entsteht nicht erst in den äußersten Situationen, wenn ein Patient sich in unseren vier Wänden tötet oder wir ihn dort niederringen — in jedem Falle eines Remediums.

Balancing between Possible and Impossible in Psychiatric Thinking and Work

Karl-Peter Kisker (Hannover)

The author understands a psychiatrist always also as a psychotherapist which is often seen as a contrast. If a psychiatrist uses the psychotherapy only as an instrument — which means he uses it as one of the many psychotherapeutic techniques quasi as a trick —, it brings him away from his daily task and he loses himself in one-sidedness. The successful psychiatrist is a person who gets personally involved in the therapy — no matter what direction —, who engages himself for the patients and who knows that human qualities have a higher meaning and greater importance than technical know how. This does not mean — and here the author wants to be not misunderstood — a new »simplicity« and not taking notice of technical know how. Therapeutic skill is important and has to be used well; a very good training is necessary, but then one should be able later on to forget it in the direct contact and relationship with the patient.

At this point the author comes back to psychoanalysis and to the axis in therapeutic work, to the bipersonal happening in transference. This special kind of relationship between two persons who give themselves into such an attachment-alliance with each other will cause change and transformation. Who ever works psychotherapeutically will be confronted with transference and its specific dynamic, if he is open to his own work and gives himself account of his doing.

Here the question could arise why so much fuss about psychoanalysis and psychotherapeutic action? Would it not be easier to look rather for explanations as a psychiatrist instead of wanting to understand? Or classifying patients, giving them a label of their illness? Approval of science and administration would be sure.

But to understand man in his being and to help him in his sorrow and pain is only limited possible with these various usual psychiatric strategies. Of course one could be satisfied with it and leave the rest to further research. But if one is not satisfied with the possibilities in the therapeutic field of psychiatry the question about sense and »nonsense« in psychopathology arises. The impossible leads beyond the possible in areas withdrawn from rational comprehension. The way of treatment in which the process of transference is essential leads into unknown areas. This means releasing feelings; this, too, means participation in pain which arises, especially in the region between de-

The act of balancing between the possible and the impossible in psychiatric thinking and acting is tried, when one is not satisfied with that what is accepted in the various methods of treatment in the field of psychiatry, but goes on asking, confronting oneself with the patient and trying to understand him. This act of attempt to understand can be painful for both — the treated and the treater —, as in a living human relationship there exists no »anaesthetizing instrument«. Thus the question to sense — last not least the question of sense in life — becomes a painful experience for the doctor, too.

Literatur beim Verfasser

Adresse des Autors:
Prof. Dr. Dr. Karl Peter Kisker
Medizinische Hochschule Hannover
Konstanty-Gutschow-Str. 8
3000 Hannover

Systemzugang im Prozeß der Rehabilitation Kranker und Behinderter**

Modest M. Kabanov (Leningrad)*

Der Autor beschreibt den Prozess der Rehabilitation Kranker und Behinderter auf der Basis der Entwicklung des Systemzugangs in den Wissenschaften. Mit einem so verstandenen Konzept der Rehabilitation ist ein spezieller methodologischer Zugang zum Zwecke der Entwicklung eines »neuen Paradigmas in der modernen Heilkunde« intendiert.

Unter Bezugnahme auf verschiedene Vertreter dieses Denkens — z.B. L. von Bertalanffy, M. Messarowitsch, A. Rapaport, P.K. Anochin sowie einige sowjetische Philosophen, Psychologen und Psychiater — formuliert er einen Ansatz, in dem sich systemtheoretische Voraussetzungen und dialektische Denkweise von Ganzheit und detaillierter Betrachtung verbinden. Subsysteme, zu der klinisch-biologische, sozialpsychologische, ethische, juristische und andere gehören, werden innerhalb des Gesamt-Rehabilitationssystems als Ganzheit in ihrer wechselseitigen Bezogenheit, als ein »dynamisches System der untereinander verbundenen Komponenten« verstanden.

Unter Ausnutzung und Anwendung der Systemidee geht es dem Autor um eine »Ökologisierung der Medizin«. Der Rehabilitation komme dabei eine integrative Funktion im System medizinischer Erkenntnis bei der Erforschung des Zusammenhangs »Kranker Mensch-Umwelt« zu. Ziel ist nicht nur die Wiederherstellung der beschädigten Gesundheit, sondern ebenso die Wiederherstellung des persönlichen und des sozialen Status der Kranken und Behinderten.

Dabei geht es nicht nur um die Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit des Kranken oder um eine Anpassung an die bestehende Umwelt oder Gesellschaft, sondern es geht um die Reintegration der Persönlichkeit, wobei der Mensch — als Organismus und als Persönlichkeit — und das ihn umgebende biologische und soziale Milieu gleichermaßen zu Teilnehmern der Interaktion werden.

Rehabilitation stellt somit eine andere Herangehensweise an den kranken Menschen dar. Aus diesem Verständnis lassen sich Ziele und Aufgaben in der Vorbeugung und in der Therapie ableiten, mit denen das partielle Herangehen an den leidenden Menschen überwunden werden kann.

Die Entwicklung des Systemzuges in der Wissenschaft in den letzten Jahrzehnten ist mit den Namen von *L. von Bertalanffy*, *M. Messarowitsch*, *A. Rapaport*, *P.K. Anochin* verbunden. In der UdSSR begannen einige Philosophen, Psychologen und Psychiater (*B.F. Lomov*, *P.P. Volkov*, *P.S. Grave* u.a.) Ideen des Systemzuges besonders aktiv zu entwickeln. Es existieren viele Deutungen des Begriffes »System«. Wir halten am Verständnis von *P.K. Anochin* fest, der im Jahr 1971 ein »System« als einen Komplex ausgewählter Komponenten bezeichnet hat, in der die wechselseitigen Wirkungen und Beziehungen auf die Erzielung des angestrebten Nutzens gerichtet sind.

Dieser Definition entsprechend betrachten wir Rehabilitation als ein dynamisches System der miteinander verbundenen Komponenten (medizinische, psychologische, soziale), dessen einheitliches Endziel die Wiederherstellung bzw. Erhaltung nicht nur der beschädigten Gesundheit, sondern auch des per-

* Professor, Dr. med., Direktor des Psychoneurologischen Instituts W.M. Bechterew, Leningrad (UdSSR)

** Vortrag gehalten auf dem 6. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XIX. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse

sönlichen und des sozialen Status der Kranken oder der Behinderten ist. Dieses Endziel ist ein gesonderter systemgestaltender Faktor.

Rehabilitation von Kranken und von Behinderten soll jedoch nicht nur als ein Endziel, sondern auch als ein seine neurophysiologischen, psychologischen und sozialen Parameter beinhaltender Prozeß, sowie als eine Methode des Herangehens an den kranken Menschen betrachtet werden.

Zusammenfassend ist diese Methode als eine Einheit der biologischen und psychologischen »stufenweise« auszuführenden Maßnahmen und Wirkungen zu kennzeichnen, welche auf verschiedene Seiten der Lebensgestaltung und Tätigkeit des Patienten und seine Persönlichkeit mittelbar gerichtet sind.

Rehabilitationsforschung soll, wo Rehabilitation als Prozeß und als System verstanden wird, sowohl eine makroskopische als auch eine mikroskopische Betrachtungsweise einschließen: die Betrachtung des »Rehabilitationssystems« als Ganzheit und die detaillierte Betrachtung von Subsystemen, zu welchen klinisch-biologische, sozial-psychologische, ethische, sozial-ökonomische, juristische und eine Reihe anderer Aspekte gehören. Das »Hauptelement« des klinisch-biologischen Subsystems kann durch solche Begriffe wie »Homöostase«, »Adaption«, »Kompensation« ausgedrückt werden.

»Umgang mit anderen«, »Beziehungen«, »Zusammenwirken« sind Bestandteile des sozial-psychologischen Subsystems. Der ethische Aspekt ist im Rehabilitationssystem auf dem Prinzip der Partnerschaft des Arztes und des Patienten zu begründen. Der sozial-ökonomische Aspekt ist mit den entsprechenden Aufwandskosten, mit der Rentabilität der durchzuführenden Maßnahmen, der juristische mit der Ausarbeitung der entsprechenden Rechtsnormen gegeben. Die Verbindung aller dieser Subsysteme, ihre Harmonie, müssen — in Übereinstimmung mit *P.K. Anochin* — eine »innere operationelle Architektur« darstellen.

Eine enge Verbindung der in unserem Institut ausgearbeiteten theoretisch-methodologischen Leitsätze des Rehabilitationskonzeptes mit dem Konzept der Sozialpsychiatrie scheint auf der Hand zu liegen. Rehabilitation als System der Auffassungen (Konzept) ist ein besonderes »Methodologieinstrument« für die Entwicklung eines neuen Paradigmas der modernen Heilkunde, aber doch kein angewandter Teil der Sozialpsychiatrie, wie einige Forscher glaubten, z.B. *D.E. Melechov* u.a.

Eine Entgegensetzung der klinischen und der sozialen Psychiatrie ist vom Gesichtspunkt der hier dargestellten Auffassungen aus nicht berechtigt. Wir stimmen mit der Auffassung von *N. Bell* und *I. Spiegel* (1966) überein, welche, anhand der Analyse der Entwicklung des Sozialpsychiatriekonzeptes innerhalb der letzten 50 Jahre zu dem Schluß kamen: »außer der Nützlichkeit als Bezeichnung für eine bestimmte Art der Vorbereitung zur Forschung im Gebiete der sich durchkreuzenden Disziplinen und als ein Forschungsverfahren scheint der Begriff »Sozialpsychiatrie« keinen logischen Sinn zu haben«. Obengenannte Autoren schlugen vor, diesen Begriff auf die Unterscheidung

»biologische« Gebiete interessierenden Psychiater zu beschränken.

Man kann sich damit einverstanden erklären, daß der Begriff »Sozialpsychiatrie« als nicht besonders logisch anzusehen ist, da die menschliche Psyche und deren Pathologie direkt oder indirekt »sozial« sind. Aber wenn man diesen Begriff im Sinne einer Kennzeichnung der »Ausbildungsart« der Psychiater und der »Forschungsverfahren« gebraucht, kann das Einwände hervorrufen.

Die stetig anwachsende Bedeutsamkeit der sozialen Aspekte in der Medizin überhaupt, und speziell in der Psychiatrie, wird seit 1964 durch Aktivierung der Tätigkeit der internationalen und nationalen Vereinigungen der Sozialpsychiater bestätigt. Auch die Gründung einer Weltvereinigung der psychosozialen Rehabilitation im vorigen Jahr spricht für eine wachsende Bedeutung dieser Aspekte in der Medizinwissenschaft und im Gesundheitswesen, für ein Eindringen der Sozialpsychiatrieideen — speziell durch das Rehabilitationskonzept — in die allgemeine medizinische Praxis. In der UdSSR werden Schritte für die Gründung der Sektion für Sozialpsychiatrie bei der wissenschaftlichen Gesellschaft der Nervenärzte und Psychiater unternommen. Diese Sektion soll ihre Arbeit mit entsprechenden internationalen Vereinigungen immer mehr aktivieren. Ich hoffe, daß diese Zusammenarbeit ihre weitere Fortsetzung finden wird.

Es ist an der Zeit, dem organ-zentrierten Zugang in der Psychiatrie — und nicht nur hier — einen anderen, nämlich den evolutions-ökologischen Systemzugang (den Populationszugang) entgegenzustellen, ohne dabei die Bedeutung der Wertorientierung zu vergessen, d.h. ohne zu vergessen, daß es für Menschen sehr wichtig ist, nicht nur ihr Leben durch die Jahre, sondern die Jahre durch das Leben zu ergänzen.

Bei der Betrachtung der miteinander zusammenhängenden Konzepte der Sozialpsychiatrie und der Rehabilitation wird das stetig wachsende Interesse an einer neu sich entwickelnden »menschkundigen« Wissenschaft — einer Ökologie des Menschen — verständlich. Allerdings haben wir hier nicht die Zeit, dies ausführlicher zu besprechen. Man muß nur sagen, daß — ebenso wie in der »Ökologie des Menschen« — hinsichtlich der Rehabilitation der Kranken und Behinderten verschiedene Meinungen über den Gegenstand und dessen Erforschung bestehen. Die wesentlichsten unter ihnen sind:

1. Rehabilitation sei ein Bestandteil der vorhandenen wissenschaftlichen Medizinindisziplinen: der Medizinpsychologie, der Sozialhygiene, der somatischen Medizin. Ihr Gegenstand sei die Integration der Kranken in die Gesellschaft oder (falls Rehabilitation als Bestandteil der somatischen Medizin betrachtet wird) die Wiederherstellung der gestörten Körperleistungen. Dabei korrelieren beide nicht immer miteinander, d.h. es wird die Wiederherstellung der Funktionen hervorgehoben, aber das Problem der Reintegration der Persönlichkeit des Kranken in die Gesellschaft wird nicht in Betracht gezogen bzw. ignoriert.

2. Rehabilitation sei eine der sich entwickelnden medizinischen Teilwissen-

schaften einschließt und sich mit den Fragen der Integration des kranken Menschen in die Umgebung beschäftigt (es wird hier das mikroskopische Milieu betont).

3. Rehabilitation stelle eine selbständige Wissenschaftsdisziplin (eine zwi-schendisziplinäre Wissenschaft, ein Gebiet der wissenschaftlichen und der praktischen Tätigkeit) im Rahmen der humanitären Wissenschaften dar, wo medizinische, psychologische, soziale, u.a. Kenntnisse in einem Komplex vereinigt sind.

4. Rehabilitation sei keine selbständige Wissenschaftsdisziplin in dem traditionellen Sinne. Sie stelle ein Konzept dar, wo sie eine integrative Funktion im System der medizinischen Kenntnisse habe, sie spiele auch die Rolle der allgemeinwissenschaftlichen Methodologie der Erforschung des Zusammenhangs »Kranker Mensch — Umgebung«.

Die letztere Auffassung scheint uns die richtigere, weil die Aufgabe der Wiederherstellung oder Erhaltung des persönlichen und des sozialen Status des kranken Menschen in Absehung von der Umgebung nicht gelöst werden kann, insbesondere, wenn es sich um eine soziale Umgebung handelt.

Rehabilitation ist ein besonderer »Sichtwinkel«, eine besondere Sichtweise des Kranken in jeder Hinsicht: in der Diagnostik, in der Vorbeugung (in der Prophylaxe), in der Behandlung, in der Wiederherstellung seiner Leistungen und in der Resozialisierung. Solch ein Zugang entspricht der Vorstellung über die Rehabilitation im eigentlichen Sinne.

Rehabilitation ist mit der Humanökologie durch die Gemeinsamkeit der methodologischen Funktionen, durch die Ausnutzung der Systemideen verbunden. Dabei ist der Begriff der »Ökologie des Menschen« ein viel weiterer Begriff als der der Rehabilitation, er schließt einige Aspekte des letzteren in sich ein. Ihrerseits besitzt die Rehabilitation Besonderheiten: das sind spezielle sozial-medizinische Aufgaben, welche sie sich stellt.

Die ökologische Einstellung (der ökologische Zugang) — anders ausgedrückt: die Ökologisierung der Medizin — ist also in dem Rehabilitationskonzept besonders deutlich ausgeprägt.

Rehabilitation, sofern sie als Methode des Herangehens an den kranken Menschen betrachtet wird, stellt eine Arena der »Systemfähigkeiten« dar, in der der Mensch als Organismus und als Persönlichkeit, der an sich »ein offenes System« ist, und das ihn umgebende soziale und biologische Milieu oder die soziale und biologische Umwelt zu Teilnehmern an der Interaktion oder um es genauer zu sagen, an dem Zusammenwirken, werden (*Kabanov* 1974). Die Vereinigung von einem medizinischen, einem psychologischen und einem sozialen Modell in einem Rehabilitationssystemkonzept entspricht einer methodologischen Einstellung, die dazu beiträgt, das partielle Herangehen an den leidenden Menschen — z.B. im biologischen oder sozialen Verständnis — zu vermeiden, und das trägt zu einem richtigen Verständnis von Zielen und Aufgaben in der Vorbeugung und in der Therapie bei.

langt, die denen des Rehabilitationskonzepts verwandt sind. Eigentlich sind diese konzeptionellen Voraussetzungen bzw. ist dieser Systemzugang der Sozialpsychiatrie immanent, z.B. das Partnerschaftsprinzip.

Aus diesem Grunde schien es uns statthaft, hier in München, auf dem den aktuellen Fragen der Dynamischen Psychiatrie gewidmeten internationalen Kongreß, kurz über unser Verhältnis des Rehabilitationssystemkonzepts zu berichten.

Unsere Auffassung ist in unserem fast gleichzeitig in Moskau und in Leipzig (1980—1981) erschienenen Buch »Klinische und soziale Aspekte der Rehabilitation psychisch Kranker« ausführlich dargelegt.

Im Jahr 1988 sollen zwei Bände des Handbuches für Psychiatrie von einem Kollektiv der Psychiater aus den sozialistischen Ländern erscheinen.

In einem von mir und Prof. Klaus Weise von der Leipziger Universität gemeinsam geschriebenen Kapitel können dort Einzelheiten über unser Konzept des Rehabilitationssystemzugangs nachgelesen werden.

Wir hoffen auf das Verständnis und eine freundliche Kritik unserer Auffassung seitens der Psychiater aus anderen Ländern.

System approach in the process of rehabilitation of ill and disabled persons

M.M. Kabanov (Leningrad)

Development of the system approach to scientific research in the recent decades has been associated to the names of *L. von Bartalanffy*, *M. Messarovitsch*, *A. Rapaport* and *P.K. Anochin*. In the USSR, the ideas of system approach was developed particularly by *B.F. Lomov*, *P.P. Wolkov*, *P.S. Grave* and others. There are various different meanings of the term »system«. The author prefers the definition by *P.K. Anochin*, who, in 1971, applied this term to a set of selected components, of which interactions and interrelations acquire their reciprocal assistance obtaining the focused result.

According to this definition rehabilitation is considered as a dynamic system of interrelated components (medical, psychological, social ones) aimed at a single purpose of restitution of not only the disturbed health alone but also of personal and social status of the patient or disabled person.

Research work on rehabilitation, seen as a process and as a system, should include both, macroscopic and microscopic considerations, the rehabilitation system as a whole and the detailed consideration of one of its subsystems, the latter should comprise clinical-biological, social-psychological, ethical, social-economical, legal and other aspects.

The integration of all these subsystems should produce, according to *Anochin*, the »inner operational architecture«.

Although a close connection between the theoretical-methodological funda-

evident, rehabilitation is not just an applied part of social psychiatry. Also an opposing view of clinical and social psychiatry is not correct since human mentality and its pathology is directly or indirectly »social«. Rehabilitation as a system of views is a special »methodological instrument« for the development of a new paradigm in modern medicine.

There is a steadily growing significance of social aspects in medicine, particularly in psychiatry. With reference to considerations of interrelated concepts of social psychiatry and rehabilitation the growing interest to another new and developing science dealing with human nature — an ecology of human being — becomes comprehensible. There are different views on the subject of such a concept of rehabilitation:

1. Rehabilitation is a component in the existing scientific medical disciplines. Its subject is the integration into community or the restitution of the disturbing functioning.
2. Rehabilitation is a forthcoming medical partial discipline, that comprises aspects of other sciences and deals with the problems of integration of the ill person into the environment.
3. Rehabilitation is an autonomous scientific discipline within the framework of humanistic sciences with an interdisciplinary function, thus uniting medical, psychological and social findings. The purpose being also the integration into community.
4. Rehabilitation is not an autonomous scientific discipline in the traditional sense. It is a concept with an integrative function in the system of medical findings and serves as a general scientific methodology for research within the patient-environment-system.

The author considers the latter viewpoint as more correct, since the task of restitution of the personal and social status of the ill person cannot be solved regardless of the environment, mainly the social one.

The relationship between rehabilitation and human ecology are represented by the common nature of the methodological functions, utilizing the systemic ideas in both. The ecological approach — or the ecologization of medicine is especially obvious in the concept of rehabilitation.

When viewed as a method of approach to the ill person rehabilitation represents an »arena of systemic activities« in which man as an organism and as a personality — an open system — and the surrounding social and biological milieu becomes participants in the interaction (*Kabanov 1974*).

The uniting of a medical, psychological and a social model within a systemic concept of rehabilitation refers to a methodological understanding that may help to overcome the partial approach to the ill person and thus contributes to the right understanding of aims and tasks in prophylaxis and in therapy.

Because of the common interests of the concept of rehabilitation and the system approach of social psychiatry the authors felt to be permitted to introduce this concept of rehabilitation at the 6. World Congress of Dynamic Psy-

Social Aspects of Rehabilitation of Psychic Ill Persons« which was published in Moskow and in Leipzig in 1980 and 1981, almost at the same time.

Literatur beim Verfasser

Adresse des Autors:
Professor Dr. med. M.M. Kabanov
Psychoneurologisches Institut W.M. Bechterew,
Bechterewa 3, 193019 Leningrad, UdSSR

Biosemiotische Analyse der Verwandtschaft zwischen Parapsychologie und Physik**

Friedrich S. Rothschild (Jerusalem)*

Rothschild hat mit der Biosemiotik eine Wissenschaftsdisziplin geschaffen, die die geisteswissenschaftliche Methodik der Zeichenwissenschaft auf einen naturwissenschaftlichen Gegenstandsbe-
reich anwendet. Mit der vorliegenden Arbeit unterzieht Rothschild auch Ergebnisse der Physik und der Parapsychologie, sowie deren Verhältnis einer biosemiotischen Analyse.

Alle psychophysischen Lebensäußerungen versteht der Autor als Zeichen, als materielle Ausdrucksformen einer immateriellen, kreativen Potenz, die zu Beginn des Universums Energie und Materie entstehen ließ: Gott. Die Evolution des Kosmos bis hin zur Evolution des Seele und Geist besitzenden Menschen versteht Rothschild als einen Sinn tragenden und vermittelnden Zeichenprozeß, dessen Grundrelationen nicht Kausalität, sondern Ausdruck und Kommunikation sind. Die anorganische Materie als die ursprünglichste Schöpfung versteht er bereits als Ausdruck eines Kommunikationsprozesses. Daher läßt sich die biosemiotische Analyse auch auf physikalische Tatsachen anwenden. Das Anliegen des Autors ist es, Hypothesen aufzustellen, die die Verschiedenheit von menschlichem Geist und toter Materie überbrücken, um die empirisch belegten und zum Teil selbst erfahrenen parapsychologischen Phänomene vor allem der Psychokinese — die Bewegung und Gestaltveränderung nicht körpereigener Materie durch psychische Intentionen — verstehen zu können. Phänomene wie das Verdrehen und Zerbrechen von Löffeln durch bewußte und sogar nicht bewußte psychische Einwirkungen eines Mediums können nach Rothschild nur in eine umfassende Theorie der Natur integriert werden, wenn man von der Annahme ausgeht, daß auch die anorganische Materie aus einem seelisch-geistigen Prinzip hervorgegangen ist. Da die sogenannte »tote Materie« auf psychisch-geistige Intentionen reagiert, muß ihr eine virtuelle psychische Potenz innewohnen.

Rothschild's Konzept der Evolution als innere Anpassung an Gott leitet auch seine biosemiotische Analyse physikalischer Phänomene. Ziel aller Evolution ist die Anpassung an die Einheit Gottes, die in der schöpferischen Gestaltung von Sinneinheiten nachvollzogen wird. Von daher werden Besonderheiten der Struktur der Materie verständlich, die Physiker wie Harald Fritzsch, Oskar Höfling und Pedro Waloschek als nicht selbstverständliche Tatsache hervorgehoben haben, wie z.B. die exakt gleiche elektrische Ladung der Protonen und Elektronen, die sich in ihren sonstigen physikalischen Eigenschaften stark voneinander unterscheiden.

Rothschild's Interesse an der Parapsychologie gilt nicht isolierten sensationellen Phänomenen, sondern erwächst aus einem monistischen Wissenschaftsverständnis, das der Einheit allen Seins mit der Einheit des Erkennens begegnen will.

Der Titel meines Vortrags fügt sich nicht unmittelbar in das Thema dieses Kongresses über Schizophrenie und Psychosomatik, und ich hatte deshalb Bedenken, mich an ihm zu beteiligen. Vor zwei Jahren etwa habe ich ein Buch »Die Evolution als innere Anpassung an Gott« (Rothschild 1986) veröffentlicht, in dem ich auf Grund meiner Hirnforschungen eine Methode der Analyse der psychophysischen Relation, die Biosemiotik entwickelt habe, in der die Evolution von Leben, Seele und Geist bis zu der Innerlichkeit des Menschen in einer Ergänzung der Theorie Darwins als Ausdruck einer inneren Anpassung unter Führung durch eine transzendente Subjektivität dargestellt wird.

* Professor em. Hebrew University, Dr. med., Ehrenpräsident des Israelischen Zweiges der WADP

** Vortrag gehalten auf dem 6. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/VII, Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse

In dem Buch fehlt eine biosemiotische Analyse der anorganischen Materie, obwohl ich in ihm auf diese Möglichkeit hinweise und sie auf Grund meiner Erfahrungen in der Parapsychologie und insbesondere der Psychokinese (Bewegung und Gestaltveränderung nicht körpereigener Materie durch psychische Intentionen) als die elementarste Form eines Kommunikationssystems bezeichnete.

Das mit den kausalforschenden Methoden der Naturwissenschaften unlösbare Problem, wie aus anorganischer Materie Leben hervorgehen konnte, das diese Materie zunächst als Zellen organisiert und aus diesen Zellen dann den vielfältigen Reichtum hochentwickelter Pflanzen, Tiere und den Menschen aufbaut, wird durch die Biosemiotik zwar nicht kausal erklärt, aber sinnvoll verständlich, wie der Charakter eines Menschen aus seiner Handschrift oder auch aus seiner Physiognomie.

Die kausal forschende Naturwissenschaft kann nicht erklären, wie aus den biochemischen und elektrophysiologischen Prozessen in den Strukturen des Gehirns Erleben und Verhalten hervorgerufen werden können, während die Biosemiotik zwischen der Anatomie und Entwicklung des Zentralnervensystems und der Entwicklung der seelischen Innerlichkeit bei Tieren und der seelisch-geistigen des Menschen einen verständlichen Zusammenhang aufzuzeigen vermag.

Ich werde nun mit denselben geisteswissenschaftlichen Methoden, mit denen ich in dem Buch über die Evolution an die von den Naturwissenschaften gefundenen Tatsachen herangegangen bin, auch die Ergebnisse der Physik und der Parapsychologie zu verstehen suchen. Ich werde mich dabei besonders um das Verhältnis zwischen Parapsychologie und Physik bemühen, wie es oft durch Intentionen parapsychologischer Medien zustandekommt. Ich werde meine Untersuchungen mit einigen persönlichen Erfahrungen aus dem Bereich der Parapsychologie beginnen, die ich zum Teil schon in einer früheren Veröffentlichung als Grundlage für theoretische Erwägungen herangezogen habe, weil ich mich für ihr tatsächliches Vorkommen persönlich verbürgen kann, und dann zu Ergebnissen der modernen physikalischen Forschung übergehen, die für unser Thema wichtig sind.

Nachdem ich in der nationalsozialistischen Epoche meine Stellung als Assistenzarzt an einem psychiatrischen Krankenhaus der Stadt Frankfurt am Main verloren hatte, lebte ich bei meinen Eltern in Gießen und arbeitete an dem Manuskript meines ersten Buches über die Symbolik des Hirnbaus. Wegen Verhandlungen zur Veröffentlichung dieses Manuskriptes mit einem Verleger und mit noch anderen Plänen reiste ich nach Berlin mit einem Programm, für das 8 Tage vorgesehen waren. Obwohl meine Pläne nur zum Teil erledigt waren, spürte ich am dritten Tag einen mir unerklärlichen Impuls, sofort nach Hause zu fahren, und fand dort meine Eltern beide mit Fieber infolge einer akuten Grippe im Bett liegen. Da ich damals das einzige ihrer Kinder war, das mit ihnen zusammen wohnte, hatte meine Mutter wohl den Wunsch, daß ich nach

Ein in der Literatur in spiritistischen Kreisen bekanntes Medium aus England war bereit, sich in einer Sitzung der Jerusalemer parapsychologischen Gruppe in Trance zu versetzen. Nur die Vorsitzende der Sitzung kannte das Medium. Als das Medium die Augen schloß und den Kopf zurücklegte, kam mir plötzlich die Idee eines Versuches, sie durch meine Intentionen zu stören. Kaum hatte ich den Gedanken gefaßt, als sie sich auch schon aufrecht setzte, die Augen öffnete und sagte: »Man stört mich« und mit der ausgestreckten Hand auf mich zeigte. Das Medium hatte meinen momentanen, rein innerlichen Impuls extrasensorisch wahrgenommen.

Janet in Frankreich und *Vasiliev* in Russland haben solche telepathischen Suggestionen mit Frauen, die gewohnt waren, von ihnen hypnotisiert zu werden, auf große Entfernungen durchgeführt wie von Sewastopol nach Leningrad, d.h. etwa 1700 km Luftlinie. Es ist ganz ausgeschlossen, daß von dem Gehirn des Hypnotiseurs ausgehende elektromagnetische Wellen solche Wirkungen auf diese Entfernung hätten ausüben können. Man hat auch die zu hypnotisierenden Versuchspersonen in einen Faraday-Käfig gesetzt, der durch ein dichtes Drahtnetz keine elektromagnetischen Wellen durchläßt, und die Versuche verliefen ebenso erfolgreich wie ohne den Käfig.

Ein interessantes Ergebnis hatten Versuche über Psychometrie mit einer medial begabten Frau aus Haifa. Dabei wurden kleine Gegenstände, die für den Besitzer von Bedeutung waren, in Watte und kleine Schachteln mit einem Umschlagpapier verpackt, und das Medium hatte die Aufgabe, den Gegenstand und seine Bedeutung für den Besitzer zu beschreiben. Ich hatte einen in Israel ungewöhnlichen Gegenstand, das bronzene deutsche Sportabzeichen, das ich während meiner Studentenzeit 1921 erhalten hatte, eingepackt, und das Medium lieferte auch eine gute Beschreibung. Von 21 Aussagen waren 19 zutreffend, und was nicht zutreffend war, hatte noch für die Theorie dieser Phänomene besonderes Interesse. Einige Monate später hatten wir wieder eine Sitzung mit diesem Medium. Ich verpackte nun wieder denselben Gegenstand, weil sie das ja nicht erwarten würde, und wollte sehen, wie sie darauf reagiert. Es waren etwa 8 Schachteln für den Versuch vorbereitet worden, die vor dem Medium auf dem Tisch lagen. Das Medium arbeitete mit großem Erfolg. Als noch zwei Päckchen auf dem Tisch waren, ergriff sie das eine, von dem ich glaubte, daß es das von mir vorbereitete war. Sie sagte auch sofort unter Lachen: »Aha, Sie wollten mich hineinlegen, Sie haben wieder das Sportabzeichen eingepackt.« Aber als sie das Päckchen öffnete, war ein anderer Gegenstand darin. Sie war genau so erstaunt wie ich. Das Sportabzeichen war in dem anderen. Die beiden Päckchen waren ähnlich, und das Medium hatte meinen Irrtum telepathisch übernommen und nicht durch Hellsehen den Inhalt erraten.

Unmittelbar eindrucksvoller als telepathische und hellseherische Leistungen sind psychokinetische Phänomene, die psychische Beeinflussung nicht körpereigener Materie. Ich war bei einer der ersten Vorstellungen von *Uri Geller* in

worden, und von vielen Wissenschaftlern untersucht worden, so daß an der Echtheit der von ihm vorgeführten Phänomene grundsätzlich kein Zweifel bestehen kann. Es gibt schon eine ganze Reihe von Büchern über ihn, zuletzt ein Buch von ihm selbst und von *Guy Lyon Playfair* mit dem Titel: »The Geller Effect«, von dem es auch eine Ausgabe in deutscher Sprache gibt (*Geller, Playfair* 1987).

Die psychokinetischen Fähigkeiten von *Geller* hatten eine überraschende Wirkung, als sie in der Television in vielen Ländern einem weiteren Publikum zur Schau gestellt wurden. Ich kann Ihnen ein Beispiel dieser Wirkung von mir selbst berichten. Nachdem ich einen Film in der Television mit *Uri Geller* gesehen hatte, in dem er auch Uhren verstellt hatte, fand ich, daß meine Uhr eine um 9 Minuten verspätete Zeit angab. So etwas war bei meiner Uhr weder vorher oder nachher nie vorgekommen. Mein Unbewußtes mußte unter dem Eindruck der Vorführungen *Gellers* angeregt worden sein, eine solche Wirkung bei meiner eigenen Uhr hervorzubringen, ohne daß ich bewußt eine solche Arbeit gespürt hätte.

Das, was mit meiner Uhr geschehen war, ist nun nicht so ungewöhnlich, wie es jemandem erscheinen mag, der die Literatur über Parapsychologie nicht kennt. Prof. *Bender* (1977), der in Freiburg ein Institut geleitet hat, das die Phänomene der Parapsychologie eingehend erforscht hat, schreibt, daß in Hunderten von Fällen über ähnliche Erscheinungen bei Personen berichtet wurde, die einen Film von *Geller* angesehen hatten. Bei einer Familie in Würzburg seien 46 Teile des Silberbestecks zum Teil unter den Augen der herbeigerufenen Landespolizei deformiert worden. Wahrscheinlich war ein 14 jähriges Mädchen in dieser Familie der unmittelbare Auslöser des spontanen psychokinetischen Phänomens.

Ich will Ihnen nicht weiter Beispiele bringen, in denen die wissenschaftlich anerkannten Gesetze der Physik bei parapsychologischen Prozessen aufgehoben erscheinen. Ich will Ihnen nur noch ein eigenes Erlebnis erzählen. Unter Leitung eines Freundes von mir, Dr. *Berendt* (vgl. hierzu *Berendt* 1983, 1986), machen wir in den letzten Jahren parapsychologische Versuche mit einem medial begabten jungen Mann, *Rony Markus*. Er verbog einen Yale-Schlüssel, den ich ihm gegeben hatte, um etwa 45 Grad durch psychokinetische Wirkung. Ich legte den Schlüssel auf einen kleinen Tisch neben mir, und wir wandten uns weiteren Versuchen zu, die an einem Tisch etwa 2 Meter entfernt stattfanden. Als ich eine Viertelstunde später zufällig wieder auf den Schlüssel blickte, war er um 90 Grad verbogen und eine halbe Stunde später war der Schlüssel in 2 Teile zerfallen, während wir mit ganz anderen Dingen beschäftigt waren. Man nennt solche ohne bewußte psychische Einwirkung sich ereignende Vorfälle mit körperlichen Gegenständen »Spuk«. In der Literatur werden viele solcher Vorkommnisse berichtet.

Die unbewußte psychische Potenz, die ausgehend von dem Medium die mit Intentionen eingeleiteten parapsychologischen Phänomene hervorgebracht

men, daß Spukphänomene auch ohne den bewußten Willen aus dem Unbewußten nach den Annahmen in der Literatur besonders durch Mädchen in der Pubertätszeit auftreten können.

Nun haben von *Plato* her Idealisten unter den Philosophen schon immer die Ansicht vertreten, daß die Materie des Kosmos aus einem immateriellen, seelisch-geistigen Prinzip hervorgegangen sei und geformt werde. Ich habe diese Auffassung schon bei meiner Analyse der Struktur des Gehirns vertreten, und die Phänomene der Parapsychologie legen es nahe, diese Annahme auch für die anorganische Materie in Betracht zu ziehen. Alle Tatsachen und Gesetze, die in der Physik beschrieben werden, können auch als Ausdruck eines psychischen Prinzips gedeutet werden.

Ich habe vor etwa 20 Jahren einmal einen solchen Versuch der Darstellung der Physik begonnen, ihn aber nicht zu Ende geführt, weil er für das herrschende, kausale Denken in den Naturwissenschaften unangebracht und wertlos erscheinen mußte. Inzwischen sind aber eine ganze Reihe von Büchern von Physikern und Biologen erschienen, die Gott als schöpferischen Ursprung voraussetzen und von denen ich einige in meinem Vortrag auf dem 4. Weltkongreß der Dynamischen Psychiatrie genannt habe. Alle solche Forschungen sind ja für eine praktische Anwendung der Ergebnisse wertlos, weil sie der technischen Machterweiterung des Menschen nicht dienen können; sie können aber eine Bedeutung für die Weltanschauung haben und auf diese Weise die ethischen, sozialen und politischen Entscheidungen der Menschen beeinflussen.

Aber ehe ich auf eine Anwendung biosemiotischen Denkens in bezug auf die Physik der anorganischen Materie übergehe, will ich noch erwähnen, daß sich bei einem Besuch von Dr. *Ammon* und Frau *Berger* in Jerusalem die Möglichkeit ergab, sie bei Versuchen von Dr. *Berendt* und mir mit dem Medium Rony Markus zu beteiligen. Es wurden telepathische und psychokinetische Leistungen vorgeführt, so daß sich die beiden Gäste von der Wirklichkeit dieser ungewöhnlichen Phänomene überzeugen konnten. Ich füge hier diese Bemerkung über die Anwesenheit von Dr. *Ammon* bei diesen Versuchen ein, weil es früher üblich war, die Tatsächlichkeit parapsychologischer Phänomene in Frage zu stellen, indem man sie als Schwindel und Tricks der Medien und als Täuschung und unvollkommene Wahrnehmung der Beobachter zu erklären versuchte. Es ist ja für einen mit dem Wissen von den Tatsachen und Gesetzen der Naturwissenschaften vertrauten Menschen schwer, Phänomene der Parapsychologie wie etwa die Psychokinese anzuerkennen, weil sie diesen Tatsachen und Gesetzen zu widersprechen scheinen. Um diese Phänomene in einer umfassenderen Theorie von der Natur einzuordnen, müssen wir die uns gewohnten kausalen Erklärungen bei Seite lassen und uns auf das Verstehen und Deuten einstellen, mit denen wir die Äußerungen unserer Mitmenschen aufnehmen. Das Verhältnis zwischen Leib, Seele und Geist, wie wir es in Ausdruck und Kommunikation im alltäglichen Umgang mit den Menschen erle-

nomene dienen, Intentionen auszudrücken und sich mitzuteilen, müssen im Ursprung dieser Phänomene wirksam sein, auch wenn die Innerlichkeit, die Seele bzw. der Geist, die sich hier äußern, unbewußt bleiben.

Wie ich in dem vorhin erwähnten Buch und in früheren Aufsätzen ausführlicher erläuterte, können wir diese dem Kosmos seit seiner Schöpfung inwohnende Potenz als transzendente Subjektivität bezeichnen. Wenn die sogenannte »tote Materie« auf die Intentionen eines Mediums reagiert, dann muß ihr eine virtuelle psychische Potenz innewohnen. Damit wird aber von uns verlangt, aus Tatsachen und Theorien der Physik solch ein Vorkommen verständlich zu machen. Wir müssen die geisteswissenschaftliche Methode, die wir zum Verständnis der parapsychologischen Phänomene herangezogen haben, auch den Tatsachen der Physik gegenüber benutzen und das kausale Denken zurückstellen, wenn dieses auch für die experimentelle Forschung und die technische Anwendung der Ergebnisse der Physik wesentlich ist. Ich werde also über die Physik als eine vom Standpunkt der Biosemiotik aus betrachtete Zeichenwissenschaft sprechen.

Die Evolution des Kosmos ist ein schöpferischer Prozeß, der von seinem Beginn an Sinn zum Ausdruck bringt. Die Sonne, ihr Licht und ihre Wärme, die Erde mit den Formen und Farben ihrer Gesteine und Berge, ihrer Meere, Flüsse und Wolken, sind Ergebnisse sinnausdrückender Intentionen, wenn auch die Kommunikation dieser anorganischen Prozesse mit Lebensprozessen und ihre Reflexion durch Erlebnisprozesse dazukommen müssen, um diesen Sinn verstehenden Geschöpfen erscheinen zu lassen. Was uns zu diesen Gedanken veranlaßt, ist vor allem die Tatsache, daß wir die Welt des Anorganischen mit unseren Sinnesorganen und unserem Nervensystem als sinnliche Erscheinungen von oft gewaltiger Eindruckskraft und Schönheit erleben. Die Welt muß sich in einer Weise mitteilen, die so interpretiert werden kann, sie muß irgendwie entsprechende Eigenschaften besitzen. Solche Werterlebnisse sind keine Illusionen. Wir projizieren sie nicht in die Erscheinungen hinein. Daß wir diese Welt auch physikalisch-chemisch mit einer besonderen Objektivität durch unser noetisches System interpretieren können, gibt uns nur neue, besonders umfangreiche und genaue Einblicke in Gesetzmäßigkeiten dieser Welt. Diese wissenschaftliche Analyse offenbart uns die Realität dieser Welt nicht besser als unsere Sinne, sie zeigt sie uns nur in einem anderen Modus der Intentionalität.

An sich wird von vielen Wissenschaftlern und Philosophen die Ansicht vertreten, daß die lebenden Organismen sich aus Voraussetzungen entwickelt haben, die schon in der organischen sogenannten leblosen Natur vorhanden waren. Wir setzen deshalb an den Ursprung des Kosmos ein Prinzip, das Sinn erzeugt, verwandt unserer eigenen Subjektivität mit ihrer Bestimmung von Sinn und Wert in unserem Erleben. Man kann zwar biosemiotisch forschen, ohne diese metaphysische, ja im Grunde theologische Voraussetzung in dieser Weise zu formulieren. Aber wenn man den anorganischen Kosmos in die Untersuchun-

ner Überprüfung der möglichen Antworten erscheint diese auch in den monotheistischen Religionen als Glaube und Mythos niedergelegte Auffassung als die wirklichkeitsnächste und wahrscheinlichste. Man könnte den Platonismus dieser metaphysischen Voraussetzung stärker betonen, aber wir müssen hier nicht über metaphysische Nuancen diskutieren. Biosemiotik läßt sich als Methode und Wissenschaft von diesen metaphysischen Voraussetzungen ablösen. Besonders wenn man die parapsychologischen Erfahrungen mit in das Ausgangsmaterial hineinnimmt, kann man die biosemiotische Deutung rein von der phänomenologischen und transzendental-phänomenologischen Analyse her aufbauen. Es scheint mir aber kein Vorzug für unsere Darstellung, wenn wir die Beziehung zu der Frage nach dem Ursprung aus den Augen verlieren. Wir nehmen also an, daß der Kosmos in Gang gesetzt wurde und erhalten wird, weil ein diesem Kosmos transzendentes, geistiges Prinzip ihn als einen sinnaufnehmenden und sinnausdrückenden Organismus geschaffen hat. Mit dieser Fähigkeit zur Kommunikation schreiben wir dem Kosmos eine transzendente Subjektivität analog derjenigen zu, die auch die Lebewesen und den Menschen konstituieren.

Von diesen Voraussetzungen aus müßten sich in der anorganischen Welt ein oder mehrere noch ursprünglichere Systeme als die organismischen bestimmen lassen, deren Struktur und deren Sinn in den von uns analysierten organismischen Systemen in analogen Formen reflektiert werden. Die Struktur dieser organismischen Systeme muß sich aus diesen vorangehenden Zeichenprozessen ableiten lassen, bzw. wir müssen in den organismischen Systemen Anleitungen besitzen, wie wir die physikalischen Systeme zu interpretieren haben. Die kosmischen und atomaren Prozesse der physikalischen Welt sind oft unanschaulich und der direkten Beobachtung nicht zugänglich und sind nur in den Theorien und mathematischen Symbolen der Physik gegeben. Wir dürfen jedoch die Tatsachen, Theorien und mathematischen Symbole der Physik als Strukturen ansehen, die zu der ursprünglichen physikalischen Realität analog sind; im Durchgang durch die Transformation in intraorganismischen Zeichensystemen und in dem noetischen System sind sie in ihren wesentlichen Relationen bewahrt worden. Die durch den Erfolg der Technik des Menschen bewiesene Analogie der noetischen Gebilde der physikalischen Wissenschaft zu der realen Materie des Kosmos entspricht dieser biosemiotischen Annahme. Wir benutzen also das Material der Physik, um nach seinem Sinn zu forschen. Diese Ausdehnung der Semiotik auf die Physik hat in unserem Zusammenhang zunächst einmal die Aufgabe, den theoretischen Rahmen zu liefern, in dem auch die sogenannten paranormalen Phänomene der Parapsychologie wie z.B. die Psychokineses ihren normalen, d.h. natürlichen Platz finden.

Wenn wir ein intraorganismisches Zeichensystem untersuchen, ist die erste Aufgabe, den Modus der Intentionalität zu bestimmen, der in der Struktur des Systems zum Ausdruck kommt. Von diesem Modus ist der erlebte Aspekt der Welt und die Art des Umganges mit diesem Aspekt abhängig, der von dem be-

der Intentionalität besitzen aber alle intraorganismischen Zeichensysteme eine Form der Kommunikation, in der ihre Intentionalität nur virtuell gegeben ist, weil sie nicht zu Erlebnissen führt, sondern nur den Aufbau des Systems und seine Disposition zu Erlebnissen bestimmt. Pflanzen kommunizieren immer in dieser Form und auch Tiere und Menschen in traumlosen Schlafzuständen. Ich habe sie die Bildstufe der Kommunikation genannt. *Charles S. Peirce* hat in seinen grundlegenden Arbeiten zur Semiotik drei Formen von Zeichen unterschieden: Bilder, Signale und Symbole. Bei Bildern ist der Interpretant und das Objekt des Zeichens in dem Zeichen selbst gegeben; die triadische Relation des Zeichenprozesses ist, wie *Peirce* (1965) sagt, zu einer monadischen degeneriert. Wenn in einer Bilderschrift das schematische Bild eines Hauses ein Haus bedeutet, dann muß die mit dem Zeichen verbundene Intention nicht ihre Erfüllung suchen. Die intentionale Brücke von dem Interpretanten über das Zeichen zu dem bezeichneten Objekt oder der Bedeutung des Zeichens muß nicht gespannt werden, weil der Sinn des Zeichens schon in dem Zeichen selbst verwirklicht ist. Obwohl auf der Bildstufe der intraorganismischen Systeme die Intentionalität des Zeichenprozesses nicht verinnerlicht wird, ist sie trotzdem in der Kommunikation zwischen Innen- und Außensystem durch die zwischen ihnen vermittelnden Zeichen ausgedrückt.

Auch die Prozesse der anorganischen Natur können wir nur als Zeichen auf der Bildstufe analysieren. Organismische Einheiten entwickeln sich als echte Individuen, bei denen die einzelnen Mitglieder einer Klasse grundsätzlich voneinander verschieden sind. Zwei Atome des gleichen Elements in demselben Quantenzustand sind dagegen der physikalischen Theorie nach ununterscheidbar. Bei der Vernichtung eines Atoms stirbt kein individuiertes Wesen, wie etwa ein Bakterium als Beispiel einer lebenden, wenn auch nicht erlebenden Zelle, bei der durch die Kommunikation zwischen Innen- und Außensystem individuiertes Leben realisiert wird und das Ende dieser Kommunikation Tod bedeutet. Dieser Unterschied zwischen lebenden und leblosen materiellen Einheiten wird durch einen weiteren Vergleich beleuchtet. Die äußere Schicht der Haut und die Haare des Menschen bestehen aus abgestorbenen verhornten Zellen, während der Mensch selbst weiter lebt. Ein Ganzes kann also leben, während Teile von ihm, die einen Ausdruck dieses Lebens darstellen, leblos sind. Die nicht-organismische Materie des Kosmos hat denselben Status wie diese verhornte, leblose Außenschicht der Epidermis. Sie macht aber keine lebendige Phase durch wie eine Epidermiszelle, sondern sie nimmt schon im Prozess ihrer Entstehung als Äußerung einer allgemeinen, nicht zeitlich und räumlich bestimmten Subjektivität den Charakter des Leblosen an. Nur wenn dieser primordiale Prozeß der Mitteilung von Sinn in der Erschaffung der Materie in der Bildung der Zeichensysteme der Organismen reflektiert wird, tritt Leben und Subjektivität auch in dem materiellen Kosmos auf.

Um diesen ursprünglichsten Mitteilungs- und Ausdrucksprozeß von Sinn in der Konstitution des anorganischen Kosmos analysieren zu können, müssen

lischen System herrscht. Nur dann haben wir die Möglichkeit, die Analogien aufzuzeigen, die die organismischen Systeme mit diesem, ihnen vorausgehenden System verbinden. Aus dem besonderen Modus der Intentionalität des physikalischen Systems muß hervorgehen, weshalb uns die physikalischen Phänomene trotz unserer Annahme von der Analogie dieses Systems zu den organismischen Systemen als tot erscheinen.

Das Sterben der Organismen ist ein wissenschaftlich unverstandenes Problem wie ihr Leben. Biosemiotisch gesehen ist Leben ein Kommunikationsprozeß. Ist der Prozeß beendet, dann verläßt das Leben den Träger des Prozesses, und ist dieser Träger der Leib eines Organismus, dann stirbt dieser Organismus. Aber jede aktive Kommunikation hat ihre Erfüllung und auch ihr Ende im Ausdruck, in der Äußerung. Ist deshalb dieses natürliche Ende dem Tode gleichzusetzen? Tatsächlich entsteht der Tod auf diese Weise, und der Kosmos als geäußelter Sinn wäre tot, wenn nicht jede Äußerung sofort wieder als Mitteilung neu verinnerlicht würde, um von neuem als Sinn für eine Äußerung zu dienen. Der anorganische Kosmos erscheint uns tot, weil er uns nur mit seiner materialisierten Außenseite und noch nicht einmal als Ausdrucksprozeß begegnet. Aber dieser Aspekt entspricht nur einer Phase in einem rhythmischen Prozeß von Sinnaufnahme und Sinnausdruck, von Verinnerlichung und Äußerung, den wir im Falle des kosmischen Systems nur deshalb nicht wie bei einem organismischen verfolgen können, weil die materialisierten Einheiten des kosmischen keine individuierten Innensysteme besitzen. Dieser Mangel eines Innensystems unterscheidet das kosmische von den organismischen Systemen.

Um ein Beispiel einer solchen biosemiotischen Analyse in der Physik zu geben, nehme ich zwei Tatsachen, die den Physikern Fragen stellen, die sie nicht beantworten können. Ich zitiere deshalb zunächst *Harald Fritzsch* (1981) aus seinem Buch »Quarks, Urstoff unserer Welt«: »Es ist in der Tat bemerkenswert, daß die elektrischen Ladungen des Protons und des Elektrons gleich sind, abgesehen vom Vorzeichen. Ansonsten sind die Elektronen und Nukleonen in ihren physikalischen Eigenschaften sehr verschieden, was man bereits an der Verschiedenheit ihrer Masse erkennt. Trotzdem muß es zwischen Elektronen und Protonen etwas Gemeinsames geben, was die Gleichheit der elektrischen Ladung und das entgegengesetzte Vorzeichen der Ladung in beiden Fällen bewirkt.

Die Physiker haben natürlich nach diesem gemeinsamen Etwas geforscht — bislang ohne Ergebnis. Es scheint so, als ob es zwischen Elektronen und Protonen nichts Gemeinsames gäbe, aus dem man auf die Ladungsquantifizierung schließen könnte. Obwohl die Elementarteilchenphysiker heute bereits viel über die Eigenschaften und die Struktur der Elektronen und Protonen herausgefunden haben, hat man bis heute nicht verstanden, warum die elektrische Ladung in quantifizierter Form existiert.«

Zwei andere Physiker *Oskar Höfling* und *Pedro Waloschek* (1984) schreiben

des: »Der Kern des Wasserstoffatoms, das Proton hat exakt die gleiche elektrische Ladung wie das eine um es herumschwirrende Elektron. Solange man die Atome als elementar d.h. als nicht weiter zergliederbar betrachten konnte, wie es wohl bis ins 19. Jahrhundert der Fall war, stellte sich die Frage nach einer elektrischen Ladung der Atome als Ganzes gar nicht. Jetzt, wo wir wissen, daß jedes Atom aus einem Kern und einigen Elektronen besteht, ist diese Tatsache der elektrischen Neutralität ganzer Atome zwar verständlich, aber doch nicht selbstverständlich. Wenn wir aus Scherben wieder ganze Tassen ohne Scherben und Fugen machen könnten, würden wir doch sehr darüber staunen, daß wir immer komplette Tassen erhalten und daß auch nie das geringste Krümelchen fehlt.

Nachdem wir die Atome in ihre kleinsten Komponenten, in Quarks und Elektronen, zerlegt haben, staunen wir darüber, daß wir bei der Zusammensetzung dieser Urteilchen am Ende exakt neutrale Atome erhalten. Es hat schließlich — im Rahmen unseres Standardmodells — niemand den Quarks und den Leptonen vorgeschrieben, ihre elektrischen Ladungen immer genau aufeinander abzustimmen. Und doch bleibt nie auch nur der geringste Bruchteil einer elektrischen Ladung zu viel oder zu wenig übrig.

Freilich waren es die Physiker selbst, die den unsichtbaren Quarks gewisse Ladungen zugeordnet haben. Und sie haben diese Ladungen so gewählt, daß die Atome auch exakt neutral sein können. Jetzt, da wir die Struktur der Materie bis zu einem gewissen Punkt verstanden haben, stellt sich aber doch die Frage nach dem Warum dieser exakt verteilten Ladung. Wenn wir die Quarks und die Leptonen als elementar und unabhängig von einander betrachten, dann muß es ein übergeordnetes Gesetz geben, welches sicher stellt, daß die elektrischen Ladungen nach einem genau vorherbestimmten Schema verteilt werden.«

Nach der biosemiotischen Auffassung können die reinen Naturwissenschaftler dieses Gesetz nicht finden, weil es sich aus der inneren Anpassung und als eine Leistung der transzendentalen Subjektivität ergibt, wie ich es in meinem Buch über die Evolution dargestellt habe. Die Innere Anpassung erscheint in Ausdrucks- bzw. Kommunikationsprozessen; d.h. sie ist grundsätzlich psychophysischer Natur und erstrebt die Anpassung an die Einheit Gottes in der schöpferischen Entstehung und Gestaltung von Sinneinheiten.

Daß wir berechtigt sind, auch im Bereich der Physik der anorganischen Materie Zeichen einer inneren Anpassung festzustellen, möchte ich noch an einem Beispiel erörtern, das den kausal denkenden Physikern rätselhaft erscheint. Warum ist es bisher nicht mit Sicherheit gelungen, magnetische Monopole zu finden, während bei elektrischen Ladungen Protonen und Elektronen sich voneinander ablösen lassen?

Ich zitiere wieder das Problem aus der neueren Darstellung der Physik von Höfling und Waloschek (1984): »Schon Dirac hatte in den 20er Jahren die Frage nach der Existenz freier magnetischer Ladungen, sog. Monopole, gestellt.

und magnetischen Kräften. Die freie magnetische Ladung hätte nach *Dirac* einen Wert, der aus anderen Naturkonstanten leicht zu errechnen ist.« Aber diese magnetischen Monopole hat man trotz der Symmetrie zwischen elektrischen und magnetischen Kräften nicht gefunden, weil die magnetische Bipolarität auf einer Gedächtnisleistung der transzendentalen Subjektivität beruht, die die Bipolarität der Elektrizität als ihre Grundlage nimmt, aber sich bei dieser Gedächtnisleistung um die Freiheit der elektrischen Pole nicht kümmert. Von der transzendentalen Subjektivität produzierte magnetische Doppelpole müssen nicht alle Eigenschaften der als Ursprung dienenden elektrischen Doppelpole enthalten, obwohl die transzendente Subjektivität bei jeder neuen Produktion der elektrischen Ladung die ursprüngliche Freiheit der elektrischen Pole wieder vermittelt. Der nur kausal denkende Physiker kennt nicht diese analog einer Gedächtnisfunktion verlaufende Vermittlung der transzendentalen Subjektivität und deshalb sein Staunen über die Asymmetrie von Elektrizität und Magnetismus.

Diese biosemiotische Analyse physikalischer Tatsachen läßt sich grundsätzlich auf alle Ergebnisse der Physik anwenden, weil die anorganische Materie als die ursprünglichste Schöpfung auch schon Ausdruck eines Kommunikationsprozesses ist. Ich will hier aber doch noch auf ein Kapitel der Physik der Elementarteilchen, auf die Theorie der Quarks kurz eingehen, weil sich dabei interessante Aspekte ergeben. Drei Quarks bilden die Nukleonen, d.h. die Protonen und Neutronen, aus denen die Kerne der Atome bestehen. Bei dem geringen Gewicht der Elektronen begründen die Nukleonen die Masse der Materie in dem uns bekannten Kosmos. Zerschmettert man diese Atomkerne durch fast auf Lichtgeschwindigkeit beschleunigte Elektronen oder Protonen, dann entstehen eine große Zahl von Elementarteilchen, die fast immer nur eine ganz kurze Zeit, millionste Teile einer Sekunde und noch kürzer existieren, um sich in Energie aufzulösen. Meist bestehen diese Teilchen aus zwei Quarks oder einem Quark und einem Antiquark. Während die Protonen mit ihren 3 Quarks nach physikalischen Berechnungen eine Lebenszeit haben wie der Kosmos im ganzen, wird diese Beständigkeit durch den Verlust eines Quarks aufgehoben.

Diese Tatsache hat in mir eine Assoziation geweckt, die ich Ihnen mitteilen möchte. Unser Gehirn, das für die Funktion unseres Ichs die Grundlage abgibt, besteht ebenfalls aus drei Teilen, den beiden Hemisphären und dem Kleinhirn. Da dieses Gehirn die ganze von uns erlebte Welterscheinung vermittelt, fragte ich mich, ob zwischen der Dreiteiligkeit des Gehirns und der Dreiteiligkeit der Quarks der Protonen, die ja die Grundlage der uns bekannten materiellen Welt bilden, eine Analogie besteht. Wegen des von uns vorausgesetzten Ursprungs beider aus der transzendentalen Subjektivität könnte ja die Annahme einer Analogie berechtigt sein. Ist die normale Funktion des Gehirns gestört, wie etwa bei Psychosen, oder verändert, wie beim Träumen während des Schlafens oder bei anderen ungewöhnlichen Bedingungen wie z.B. ei-

chen Kleinhirns, dann treten abnorm gestaltete Erlebnisse auf. Kann man diese Abnormitäten mit der der Protonen vergleichen, wenn die Norm der Dreiteiligkeit der Quarks bei ihnen aufgehoben wird? Da die Materie metaphysischen und kosmologischen Annahmen nach im Gefolge eines schöpferischen Aktes entstanden ist, und das Erlebnis der Welterscheinung durch Vermittlung des menschlichen Gehirns in den drei Phasen ihrer Bildung analoge Züge zeigen, scheint mir eine solche Annahme nicht unberechtigt. Bei beiden Prozessen ist ja die Rolle der transzendentalen Subjektivität wesentlich. Gewiß ist das ein Gedanke, der noch eingehenderen Begründungen bedarf. Aber die Tatsache der psychokinetisch zerbrochenen und verdrehten Löffel besteht, und von daher ergibt sich die Berechtigung von Hypothesen, die die Verschiedenheit von menschlichem Geist und toter Materie zu überbrücken versuchen.

Außerdem fügt sich hier gut die moderne Theorie der Physiker ein, nach der alle physikalischen Phänomene aus einem nur als Wahrscheinlichkeit berechenbaren Urgrund hervorgehen, der sich je nach den von den Forschern gestellten Bedingungen sowohl als in Wellen sich ausbreitender Energie, als auch in ortsgebundenen Teilchen äußern kann. Diese Annahme eines solchen nicht kausal bestimmbaren Urgrundes können wir aber sehr gut als eine Wirkung der transzendentalen Subjektivität ansehen und damit alle Tatsachen in der Physik als eine Ausdrucksweise dieser Subjektivität deuten.

Biosemiotic Analysis of the Relation between Parapsychology and Physics

Friedrich S. Rothschild (Jerusalem)

With his biosemiotics *Rothschild* has created a scientific discipline, which employs the humanistic methodology of semiotics on a natural science's scope of objects. In his work on hand *Rothschild* submits the findings of physics and parapsychology as well as their relation among each other to a biosemiotic analysis.

Rothschild understands all psychological manifestations of life by signs, by material forms of expression of an immaterial creative potency, which in the beginning of universe let energy and matter come into being: God. Cosmos' evolution up to the evolution of man endowed with spirit and soul is in *Rothschild's* understanding a sign-process, conveying and mediating sense, the basic relations of which are not causality but expression and communication.

With his inquiry on parapsychological and in particular on psychokinetic phenomena — psychokinetics being defined as a moving and changing-shape of body-external matter by psychic intentions — he begins a biosemiotic analysis of inorganic matter, which in his view is the most elementary form of a communicating-system.

Whereas causal-researching methods in natural sciences are faced with the

miotics this evolutionary process can be understood quite sensible, just like someone's character by his physiognomy or handwriting.

Rothschild reports on his personal experiences of telepathic mental transmission, behavioural influencing and extra-sensory perception. The amazing effect of *Uri Geller's* psychokinetic abilities *Rothschild* experienced himself after having seen a film in which *Geller* had put watches wrong — his own, usually reliable watch was nine minutes slow.

In parapsychologic experiments under the leadership of Dr. *Berendt* with medial talented *Rony Markus* he saw a key fall into two pieces even without the medium's intentional influence but by his mere presence, after having been buckled before.

All these phenomena can only be integrated in a comprehensive theory of nature presuming that inorganic matter came from and was shaped through an immaterial spiritual-mental principle. Here as well he presumes intentions willing to express and mediate themselves — despite the manifesting inward-looking nature remains unconscious.

This potency inherent in the cosmos since its creation *Rothschild* names transcendent subjectivity. Since the so-called 'dead matter' reacts to a medium's intentions, there must be a virtual psychic potency inherent in it. The task of biosemiotics, considering physics as a symbol-science, is to make us understand it. *Rothschild* considers everything being in existence as the result of sensible intention, a view to which he was led to by the tremendous impressive beauty of the inorganic world, as we perceive it through our sense organs and our nervous system. On cosmos' origin he puts a spiritual principle changing it, which has created the world as an organism perceiving and expressing sense.

In his concept of an hierarchic reflection of a lower system within a higher developed one the physical systems can be interpreted according to the organic system.

All interorganic sign-systems — where inward and outward system communicate via mediating signals — have a way of communication, which *Rothschild* calls, following *Peirce*, the stage of image in communication: plants, but also animals and human beings in dreamless state, communicate in that manner. Analogous to that the processes in the inorganic nature are analysed as signs on the stage of image: interpreter and the object, the sign refers to, coincide with the sign itself (just like in image-script the scheme of a house represents a house).

To illustrate this, *Rothschild* compares inorganic matter to dead horny cells of the human epidermis and hair, which are lifeless manifestations of an entire living organism. Unlike the epidermis however the inorganic matter is lifeless since its genesis as a manifestation of a general, neither spatially nor temporally defined subjectivity. It is at the very moment when this original process of communication and expression of sense in the genesis of matter is reflected in

ter.

Rothschild's concept of the evolution as inward adaptation to God now comes into his biosemiotic analysis of physical phenomena. Inward adaptation happens between a sender and a receiver of communication via processes, which imparts sense to be understood. They aim at the adaptation to God's unity, which should be reflected in creative shaping of meaning-carrying units.

From this, following the author, exceptional structural qualities of matter can be understood, which physicians like *Harald Fritzsich*, *Oskar Höfling* and *Pedro Waloschek* have pointed out as remarkable and absolutely not self-evident facts, like the exactly similar electric charge of protons and electrons, which differ very much in their other physical qualities.

In his final paragraph *Rothschild* turns to an aspect of the elementary particle physics, which describes the cohesive strength of the nuclear constituents. In the quantumphysics it is assumed that these nuclear constituents consist of three elementary units, called quax.

With this tripartite form of the nucleus as foundation of the material world *Rothschild* associates the anatomic tripartite form of the brain, which is, as we know, the unifying organ of our experienced view of the world. He postulates an analogy, which entitles to the forming of hypothesis on the origin of both structures in the transcendent subjectivity, their genesis in the wake of a creative act.

At last these thoughts look for a way to bridge the contrasting nature of human spirit and dead matter with finding and describing a common source.

Literatur

- Bender, H.* (1977): Telepathie, Hellsehen und Psychokinese. (München: Piper) 4. Aufl.
Berendt, H. (1986): Jenseits des Möglichen? Metallbiegen durch seelische Kraft. Herder Bücherei, Band 1225
 — (1983): Telepathie und Hellsehen. Was wissen wir darüber? Herder Bücherei, Band 1022
Fritzsich, H. (1981): Quarks Urstoff unserer Welt (München-Zürich: Piper)
Geller, U., Playfair, G.L. (1987): The Geller Effect (London: Grafton Books)
Höfling, O., Waloschek, P. (1984): Die Welt der kleinsten Teilchen. Vorstoß zur Struktur der Materie. (Reinbek: Rowohlt)
Peirce, C. (1965): Die Festigung der Überzeugung und andere Schriften. Hrsg. E. Walther, (Baden-Baden: Agis)
Rothschild, F.S. (1986a): Die Evolution als innere Anpassung an Gott. (Bonn: Bouvier Verlag Herbert Grundmann)
 — (1986 b): Der Ursprung der Androgynität und Mehrdimensionalität des Menschen in der Evolution. In: *Dyn. Psychiat.* (19) 105–120

Adresse des Autors:

Prof. Dr. med. Friedrich S. Rothschild
 Physician's Home (Maon Harofe)
 D.N. Harei Jehuda
 90820 Moza Illit
 Israel

Collectivism, Social Energy and Mental Health**

Jai B.P. Sinha (Patna)*

Der Autor geht von der in Indien vorherrschenden kollektivistischen Lebensweise aus, die den Einzelnen in seiner Persönlichkeitsentwicklung wesentlich prägt. Ein Charakteristikum ist der hohe Grad an sozialer Unterstützung und gegenseitiger Achtung, was zum Ziel hat, das Mitglied der Gemeinschaft vor psychischer Krankheit zu bewahren. Ein hohes Maß an Sozialenergie (nach Ammon) wird ausgetauscht aufgrund des starken Gemeinschaftssinnes und Zugehörigkeitsgefühls zur Gruppe. Dem Verständnis von Kollektivismus wird die Lebensweise des Individualismus gegenübergestellt, die geprägt ist — gerade in westlichen Ländern — von einem Streben nach Unabhängigkeit, Leistung, Wohlstand und Genuß sowie nach Herrschaft des Menschen über die Natur.

In der indischen Familie besteht bis in das Erwachsenenalter hinein ein festes Band zwischen Eltern und Kindern. Die Familie und andere ihr nahestehende Gruppen dienen als Schutzraum gegen Stress und Spannungen. Die Gegenleistung dafür ist Respekt, Gehorsam und Unterordnung. Außerhalb dieser Gruppen jedoch sind die Beziehungen charakterisiert durch Mißtrauen und Feindseligkeit, was bis zu Diskriminierung und Ausbeutung von Minderheiten und Schwächeren in der Gesellschaft führen kann.

Diese Kluft zwischen der Herkunftsgruppe und anderen sozialen Gruppen begründet der Autor u.a. mit streng hierarchischen Regeln, Konflikten zwischen verschiedenen Kasten und unterschiedlichen Religionsauffassungen innerhalb der traditionellen indischen Gesellschaft. Das Ergebnis sind Spannungen und Konflikte, die sich schädlich auf die psychische Gesundheit auswirken, insbesondere dann, wenn es um die Loslösung vom Elternhaus geht.

Der Autor sieht in den Prinzipien und der Praxis der Dynamischen Psychiatrie, insbesondere in ihrem Verständnis von Gruppe, eine Lösung: Die Art des Umgangs und des Zusammenlebens und -arbeitens in Gruppen innerhalb der Dynamischen Psychiatrie ist für Sinha ein Modell, das kollektives Ethos und Identitätsentwicklung jedes Einzelnen auch in der indischen Gesellschaft integrieren kann.

1. *Collectivism versus Individualism*

The western countries (such as the U.S.A., Canada, and those in Northern and Western Europe) and those who follow their tradition (such as Australia and New Zealand) value individualism. They are the ones which are developed, called modern, and have shaped the course of development in science, technology and even mental health. Most of the current theories, paradigms and research methodology reflect their world view. However, by the end of the century, they are going to constitute only about 30 percent of world's population.

The remaining 70 percent are likely to be located in those countries which disapprove individualistic values (*Bell 1987*), and have started resenting the im-

* Professor of Social Psychology, A.N.S. Institute of Social Studies, Patna/Bihar, India, Vice President of the World Association for Dynamic Psychiatry WADP and President of its Indian Branch

** Vortrag gehalten auf dem 6. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP und XIX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse

position of western models and paradigms on them. *Roland* (1984), for example, observed how the Indian paradigm pertaining to inner psychological structures differs from » . . . a normality-pathology model that all too often subtly or openly imperialistically imposes a western psychoanalytic psychology, where all the norms of mental health are implicitly western, and deviations in individuals in non-western societies are implicitly regarded as pathological or inferior, which, of course, supports the old Western notion of superiority«.

These countries value collectivism (*Hofstede* 1980). Collectivism is characterized by »unquestioned attachment to ingroups, distrust of outgroups, the perception that ingroup norms are universally valid (a form of ethnocentrism), automatic obedience of ingroup authorities, willingness to fight and die for the ingroup, distrust and unwilling cooperation with outgroups, . . . concern about the actions and decisions of ingroup members, sharing of material and non-material resources with ingroup members, concern about self-presentation to others, belief in the correspondence of outcome of self and ingroup, and feeling of involvement in and contribution to the lives of ingroup members« (*Triandis* 1987). In sum, the individualistic values signify that an individual is an autonomous atom with bounded body in contrast to the collectivistic view of individual as an embedded entity where the self is socio-centric rather than ego-centric.

Individualism has been found associated with independence from parental authority, concern with time and planning, willingness to defer gratification, belief in determinism, mastery of man over nature, high need for achievement, etc. Naturally, it has been found related to affluence (*Adelman, Morris* 1967; *Cobb* 1976; *Hofstede* 1980). But it is also related to social pathology (*Cobb* 1976; *Naroll* 1983).

Once a person is detached from the group, he is likely to miss the social support he was experiencing. Instead he may suffer from alienation. The low level of social support apparently predisposes him to mental illness (*Sarason, Sarason, Lindner* 1983), while high levels of social support seem to protect his mental health (*Gottlieb* 1983). This is the reason why individualism is often associated with high rates of crime, suicide, divorce, child abuse, etc. (*Naroll* 1983). Probably, in the individualistic societies, an individual thinks of his own pleasure, interest, goals and gains which he must maximize even at the cost of others. As a result, the well-being of the system as a whole suffers. Collectivism, on the contrary, serves as shock absorber of the stress and strains of life and hence protects the ingroup members from getting mentally sick.

2. *Collectivism in India*

Indian culture is found to be collectivistic (*Hofstede* 1980; *Sinha, Verma*

mildly disordered persons are tolerated or even accepted as normal in the Indian society. A review of literature (*Prabhu* 1980) revealed »a high social tolerance for conditions like simple schizophrenia, . . . behaviour problems of children, addiction, sexual perversion and personality disorders are also rarely identified as deviant in the Indian set up«. One of the reasons, according to a psychoanalytically oriented psychotherapist (*Kakar* 1982), is the built-in therapeutic mechanisms in the Indian society which take care of mental sickness without labelling the patient as such. *Kakar* observed: »I was. . . repeatedly struck by the overwhelming role that the 'therapeutic' occupies in Indian culture and society, the sheer number of healers and the variety of their healing offers being only one manifestation of this traditional Indian preoccupation. . . . Indian society is organized around the primacy of the therapeutic in the sense that Indians seem to emphasize protection and caring in their social relations more than the values of performance or equality« (*Kakar* 1982).

3. Inner Psychic Structures and Social Energy

Naturally Indians experience greater social energy within their ingroups. Social energy is defined as »an energy that man receives through all that is significant to him especially from human beings most important to him (*Ammon* 1982), the mother, of course, is the most important. The natural psychological symbiosis with the mother represents the most important factor in the child's personality development with respect of his sexuality, creativity, demarcation of his ego-functions, and the identity formation« (*Ammon, Rock* 1979). Right from the childhood social energy sustains man in his search for his self in his social context.

In contrast to the conceptualization of 'self' in the Western country, the 'self' in the Indian system has two aspects: *familial* and *transcendental*. The traditional Indian person has varying degrees of integration of the familial and transcendental self. The latter assumes spiritual orientation. This self may be directed to salvation, as the religio-philosophical texts state, or it may not. It does, however, tend to take Indians away from over-indulgence in sensuous things and orients them towards peace of mind which means freedom from worries — the worries of maintaining good health and having the basic amenities of life. It also means good health and well-being of family members. Thus spiritual self is very much connected to the familial self which is sustained by the collectivism in the Indian culture (*Sinha* 1982).

The Indian society is steeply hierarchical with elaborate rules regarding one's rights and duties (*Kakar* 1978; *Kothari* 1970). Furthermore, the social structures are permeated with affective reciprocity and strong mutual caring in an emotional atmosphere where »ego boundaries are much more open to others' space around oneself; that is, the person is much less self-contained than

there is strong expectations of reciprocity« (*Roland 1984*).

It is in this affective and vertically structured system of relationship that an Indian child grows up. He is nurtured by the whole family and thereby he develops a familial self which he carries wherever he goes. This self evolves around »we«, »us«, and »our« rather than »I«, »me«, or »mine«. *Roland (1984)* quotes *Bissel's* observation that the Indian children as early as two-and-half were found to be more sensitive to relationship within the group and to each other. *Kakar (1978)* traced the process involved in the development of the ego-structure of the Indian child. The child enjoys unlimited indulgence of his mother for the first five years of his life. There is little emphasis on toilet training. Weaning is unduly delayed. He is rarely allowed to cry, for there is always somebody of the family to pick him up if he is wet, or hungry, or uncomfortable. As a result, he develops an undifferentiated ego and often becomes a »little tyrant«. But as soon as he reaches the age of five or six, there is sudden and strong crackdown for observing appropriate social behaviours. This change in child rearing practice forces him to develop a passive stance to the adults. There is always a large number of adults surrounding him. They take care of him but also foster excessive dependency in him.

»Hindu social organization accentuates the continued existence of the child in the adult and elaborates the care taking functions of society to protect and provide for the security of its individual members. We might also view traditional Indian society as a therapeutic model of social organization in that it attempts to alleviate *dukkha* (anxiety and suffering) by addressing itself to deep needs for connection and relationship to other human beings in an enduring and trustworthy fashion and for ongoing mentorship, guidance, and help in getting through life and integrating current experience with whatever has gone before and with an anticipated future« (*Kakar 1978*).

Naturally, there is free flow of social energy within the extended family or familial ingroups which support an Indian and protect him from the stress and strain of life. In return, however, they demand respect, loyalty, obedience, and submission to the superiors within the ingroups. Hence such ingroups are characterized by *vertical solidarity*.

4. *The Ingroup-Outgroup Interface*

While the vertical solidarity helps the ingroup members maintain high level of psychological well-being, it creates a number of problems at the society level. The Indian society is called collectivistic because of the presence of a relatively smaller number of primordial ingroups exerting pervasive influence over the major domains of people's life. Such primordial ingroups are based on the similarity in language, religion, caste, and ethnic background. Most of them are ascribed in nature. In any collectivistic group the members trust,

same token, they mistrust, compete for scarce resources, fight and exploit those who are outsiders. Quite often the affectivity of vertical solidarity within a group is matched with the hostility in inter-group relationships. The social energy is bounded by the ingroup boundaries.

The groups within the traditional Indian society were closed, localized, and stabilized with low spatial mobility, tangential interactions with outsiders, limited economic activities, and well established hierarchy. The ingroups provided safe sanctuaries of social support and conflict free life. However, development efforts, exposure to a larger number of groups, mass media, and the need to compete for scarce national resources have created a flux where ingroups interpenetrate, strangers have to live and work together, rub shoulders for an edge over each other for opportunities and gains, and step over each other in order to get ahead. The old and secured milieu of the familial ingroups has turned chaotic with the presence of strangers with unknown intentions.

Hence the society as a whole experiences more conflict than cooperation and more of mistrust than trust. There are caste conflicts, religious riots, tension and discrimination against weaker sections and minority groups causing in them a sense of uncertainty and insecurity. The people tend to withdraw ever further into smaller and primordial ingroups which seem to be more dependable. The greater the pressure to transact with the strangers, the stronger the need to seek shelter into the familial ingroups which generate greater tension into the inter-group relationships. In sum, the familial ingroups, which were the source of psychological well-being, have turned, under the changed circumstances, into a source of tension and conflict which are obviously detrimental to mental health.

5. Dynamic Psychiatry as the Growth Centres

The familial ingroups are dysfunctional in the pluralistic culture with a turbulent environment. Family is still a very important ingroup for the identification process of a child. If the family relationships suffer from serious deficiency or the politics of family (*Laing 1971*) are played at the cost of the child or the family maintains its integrity by preventing the growth of identity in a child, the child later on shows basic disturbance of the central unconscious core of personality manifesting in aggression, anxiety, and destructive and deficient narcissism. The family must provide sufficient amount of social energy through warmth, understanding, openness, and trust so that the child may develop strong identity with constructive impulses, holistic and humanitarian perspective on life.

Views may differ regarding the indicators of healthy behaviour. *Ammon (1987)* would like a healthy person to develop his *own* stand-point, demarcate himself, to decide about his *own* future, be able to make *own* contacts, and

tivistic culture, a healthy person must get integrated into the various interlocking groups, must share, cooperate, and maintain relationships in a constructive fashion so that a balance between his own needs and aspirations and the group demands may be realized. In both views, however, the person must *grow in* the family; but thereafter must *outgrow* the family.

What is being suggested is that the fixation of a person in familial ingroups may be dysfunctional, but the familial ethos may be quite functional to the ingroups in which the person lives and works. This familial ethos is what *Ammon* (1987) calls therapeutic community or team. The principles and practices of dynamic psychiatry provide a blueprint for realizing the therapeutic ethos in intra-group as well as inter-group relationships. Dynamic Psychiatry takes a holistic and groupdynamic view of man. It shows tolerance for other's views, needs, and life styles. It approaches man with warmth, understanding, openness, and trust, It takes an integrative view and thereby aims at realizing unity within diversities.

What it recommends as the healing methods may be readily extended to day to day transactions of seemingly healthy persons belonging to different interest groups and aspiring to realize different styles of life. It is this relevance of Dynamic Psychiatry to a collectivistic culture that needs to be explored. Probably, the dynamic psychiatric groups, communities, and networks may serve as the appropriate substitutes of the family for adults in a collectivistic culture.

Kollektivistische Lebensweise, Sozialenergie und psychische Gesundheit

Jai B.P. Sinha (Patna)

In seiner Arbeit stellt *Sinha* der kollektivistischen Lebensweise in Indien eine individualistische gegenüber, wie sie in westlichen Ländern hauptsächlich vertreten wird.

Er vertritt die Auffassung, daß der Mensch in Indien eingebettet ist in ein soziales Geflecht, in dem ein hohes Maß an sozialer Unterstützung den Einzelnen vor psychischer Krankheit, Streß und Spannungen schützt. Die starke Zugehörigkeit zu seiner Herkunftsfamilie ist aber gleichzeitig verbunden mit einem Mißtrauen allen anderen Gruppen gegenüber, die außerhalb stehen. Eine Überbewertung der eigenen Gruppennormen, Gehorsam gegenüber Autoritäten innerhalb seiner Gruppe und die Bereitschaft, für seine Gruppe zu kämpfen und zu sterben, sind wesentliche Kennzeichen einer solchen kollektivistischen Lebensweise (nach *Triandis* 1987).

Ist das Selbst im Kollektivismus sozio-zentrisch orientiert, so ist es im Individualismus ego-zentriert ausgeprägt.

Kennzeichen einer individualistischen Lebensweise sind u.a. Autonomiestreben, Glaube an Determinismus, Herrschaft des Menschen über die Natur,

thologischen Erscheinungen im gesellschaftlichen System führt: Kriminalität, Suizidalität, Ehescheidungen, Kindesmißhandlungen sind die Folgen. Verläßt der Einzelne seine Herkunftsgruppe, wird er den Rückhalt und die Sicherheit verlieren und anfällig werden für psychische Erkrankungen.

Es herrscht in Indien eine größere soziale Toleranz gegenüber psychisch anfälligen Menschen als in der westlichen Kultur. Nach *Kakar* (1982), einem indischen Psychoanalytiker, liegt der Grund dafür »in einem eingebauten therapeutischen Mechanismus« in der indischen Gesellschaft, die sich um psychisch Kranke kümmert, ohne sie zu diskriminieren.

Für *Sinha* ist die Sozialenergie (nach *Ammon* 1982) stärker an die eigene Gruppe gebunden als außerhalb dieser. Er zitiert *Ammon* (1982): Sozialenergie ist eine Energie, die der Mensch erhält durch alles, was ihm bedeutsam ist, besonders durch die frühe Primärgruppe. Die natürliche Symbiosebeziehung mit der Mutter stellt den wichtigsten Faktor für die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes dar, insbesondere die Entwicklung seiner Sexualität, Kreativität und Ich-Abgrenzung. Sozialenergie stärkt den Menschen in seiner Suche nach Identität (Selbst) innerhalb seines sozialen Kontextes.

Das »Selbst« besitzt für den indischen Menschen zwei Aspekte: einen transzendentalen und einen familienbezogenen. Das transzendente Selbst bewahrt den Inder vor übermäßigem Genuß und ermöglicht ihm einen friedvollen Geisteszustand. Das familienbezogene Selbst ist geprägt von einem starken Bedürfnis nach dauerhafter Bindung und festen Beziehungen, in denen der Einzelne Rat und Hilfe bekommt. Das Kind wird in einer warmen emotionalen Atmosphäre von der gesamten Familie aufgezogen und erhält unbegrenzte Fürsorge. Ab sechs Jahren werden plötzlich Verhaltensweisen und strenge soziale Regeln von ihm abverlangt. Das Kind wird gezwungen, eine passive Haltung gegenüber den Erwachsenen einzunehmen, und wird in starker Abhängigkeit von ihnen erzogen. Zwar erhält das Kind jegliche emotionale Unterstützung, damit es vor Belastungen und Spannungen bewahrt wird, jedoch um den Preis von Anpassung, Gehorsam und Unterordnung innerhalb der Familie.

Es besteht innerhalb dieser Herkunftsgruppen ein starker Zusammenhalt und gegenseitiges Vertrauen und es herrschen feste soziale Regeln, eine strenge Hierarchie und starre Gruppengrenzen. Die Mitglieder stehen anderen sozialen Gruppen mit Mißtrauen, Feindseligkeit und Rivalität gegenüber. Diese Kluft kann gesellschaftlich erklärt werden aufgrund der großen Unterschiede zwischen den einzelnen Kasten und Religionsauffassungen, die in Indien bestehen.

Die Familie, die bisher das psychische Wohlergehen ihrer Mitglieder gewährleistetete, hat sich unter den veränderten gesellschaftlichen Bedingungen gewandelt in einen Ort mit Konflikten und Spannungen, welche sich schädlich auf die psychische Gesundheit der einzelnen auswirken.

Im letzten Teil seiner Arbeit geht der Autor auf die Bedeutung der Fami-

ter einem großen emotionalen Defizit leiden, oder solche, die eine Familienpolitik betreiben, die auf Kosten der Entwicklung des Kindes ihre Integration aufrechterhalten (nach *Laing* 1971), werden dem Kind schwere Störungen im zentralen unbewußten Kern seiner Persönlichkeit zufügen und seine Identitätsentwicklung verhindern. Daher ist es die Aufgabe der Familie, genügend Sozialenergie durch Wärme, Verständnis, Offenheit und Vertrauen zu geben.

Unter einer gesunden Entwicklung versteht *Ammon* (1987) u.a. die Entwicklung eines eigenen Standpunkts und einer eigenen Zukunft, eigene Beziehungen zu haben und Gruppen zu finden, die die eigene konstruktive Entwicklung fördern. Gesunde Entwicklung in einer kollektivistischen Kultur beinhaltet das Integriertsein in verschiedenen ineinandergreifenden Gruppen, die geprägt sind durch einen starken Zusammenhalt und durch das Aufrechterhalten konstruktiver Beziehungen untereinander, um ein Gleichgewicht zu schaffen zwischen den Bedürfnissen des Einzelnen und denen der Gruppe.

Gemeinsam ist beiden Ansichten, daß der Einzelne sich innerhalb der Familiengruppen entwickelt und sich später aus ihr löst.

Ein gesunder Familienethos wäre für *Sinha* das, was *Ammon* unter einer therapeutischen Gemeinschaft oder einem therapeutischen Team versteht. *Ammons* Gruppenverständnis beinhaltet sowohl die zwischenmenschlichen Beziehung innerhalb einer Gruppe als auch die Achtung und Toleranz unterschiedlicher Ansichten, Bedürfnisse und Lebensstile von Mitgliedern anderer Gruppen. Diese integrative Sichtweise könnte — so *Sinha* — auf eine kollektivistische Gesellschaft angewendet werden; die Lebens- und Arbeitsgruppen, Gemeinschaften und Netzwerke im Rahmen der Dynamischen Psychiatrie könnten einen angemessenen Ersatz für die Familie in Indien darstellen.

Literature:

- Adelman, I., Morris, C.T.* (1967): Society, Politics, and Economic Development. (Baltimore: John Hopkins Press)
- Ammon, G.* (1982): Announcement of the 1st World Congress of World Association for Dynamic Psychiatry, Berlin.
- (1987): Schizophrenie — ein ganzheitliches Geschehen. In: *Dyn. Psychiat.* (20) 1—18.
- Ammon, G., Rock, W.* (1979): On the unconscious structuring and group dependent development of personality. In: *Dyn. Psychiat.* (12) 390—394.
- Bell, D.* (1987): The World and the United States in 2013. In: *Daedalus* (16) 1—31.
- Cobb, S.* (1976): Social support as a moderator of life stress. In: *Psychosomatic Medicine* (38) 300-314.
- Gottlieb, B.H.* (1983): Social support as a focus for integrative research in psychology. In: *American Psychologist* (38) 278—287.
- Hofstede, G.* (1980): Culture's Consequences. (Beverly Hills: Sage)
- Hui, C.H.* (1984): Individualism-collectivism: Theory, measurement, and its relation to reward allocation. Doctoral Dissertation, Department of Psychology, University of Illinois at Champaign-Urbana, U.S.A.
- Kakar, S.* (1978): The Inner World: A Psycho-analytic study of Childhood and Society in India. (New York: Oxford University Press)
- (1982): Shamans, Mystics, and Doctors. (New Delhi: Oxford University Press)

- Laing, R.D.* (1971): *The Politics of the Family and Other Essays*. (New York: Vintage Books)
- Naroll, R.* (1983): *The Moral Order*. (Beverly Hills: Sage)
- Prabhu, G.C.* (1980): *Deviance and Pthology*. In: *Pareek, U.* (ed.): *A Survey of Research in Psychology, 1971—76*. ICSSR. Publication. (Bombay: Popular Prakashan)
- Roland, A.* (1984): *The self in India and America*. In: *Kavolis, V.* (ed.): *Designs of Selfhood*. (New Jersey: Associated University Press)
- Sarason, I.G., Sarson, B.R., Lindner, K.C.* (1983): *Assessed and experimentally provided social support*. Technical Report. Seattle, Department of Psychology, University of Washington.
- Sinha, J.B.P.* (1982): *The Hindu identity*. In: *Dyn. Psychiat.* (15) 148—160.
- Sinha, J.B.P., Verma, Jyoti* (1987): *Structure of collectivism*. In: *Kagiticibasi, C.* (ed.): *Growth and Process in Cross-Cultural Psychology*. (Lisse, The Netherlands: Swets & Zeitlinger)
- Triandis, H.C.* (1987): *Self-ingroup relationships as determinants of socio behaviour*. Mimeographed, University of Illinois at Urbana-Champaign, U.S.A.
- Triandis, H.C.* et al. (1987): *The measurement of the ethic aspects of individualism and collectivism across cultures*. In: *Australian Journal of Psychology* (38) 257—267.

Author's adress:

Prof. Dr. phil. Jai B.P. Sinha
A.N.S. Institute of Social Studies
Patna — 800 001
Bihar, India

Der Ausbruch der Schizophrenie. Ein Geschehen in Erleben, in Verhalten und interpersoneller Dynamik**

Béla Buda (Budapest)*

Der Autor geht der Frage nach dem 'Ausbruch' der schizophrenen Erkrankung nach und versucht aus seiner alltäglichen Praxiserfahrung heraus, eine 'Analyse des Anfangs' herauszuarbeiten. Er stellt dabei fest, daß es in der klassischen Schizophrenielehre eigentlich keine klaren Vorstellungen über die Initialphase der Erkrankung gibt bzw. dieser wenig Bedeutung zugewiesen wird. Er stellt dem seine eigene Erfahrung gegenüber, daß Schizophrenie niemals plötzlich entsteht, daß anamnestisch immer prodromale Zeichen und prämorbid Persönlichkeitsveränderungen erkennbar sind. In der Umgebung des Erkrankten folgen meist Kompensationsversuche oder Dissimulierung, Desinteresse oder Unaufmerksamkeit oder Selbsttäuschung beim Betroffenen selbst. Unter diesen Bedingungen erscheint der Krankheitsausbruch dann als plötzlich. Darüberhinaus entlastet die Vorstellung einer akuten Erkrankung die Umgebung von Verantwortlichkeit und Schuldgefühlen bzw. legt eine biologische Ätiologie nahe. Der Akutzustand des Kranken führt zur Etikettierung und macht oft eine Anamnese unmöglich oder erklärt sie für unwichtig. Der Autor stellt diesem Denken den Ansatz psychoanalytisch orientierter Psychiater, der Stress- und Kommunikationstheoretiker sowie der Life-Event-Forschung entgegen und schließt sich der Position Ammons an, der nicht mehr von »Schizophrenie« spricht, sondern der »schizophrenen Reaktion«. Er betont den dynamischen Aspekt im Krankheitsverlauf bzw. unter den Entstehungsbedingungen und betont die große existentielle Angst, die Furcht vor dem Verlust des eigenen Selbstes, die tiefen Verlassenheitsängste und die zwischenmenschliche Desorientierung des Kranken. Symptome und die Krankheitsmanifestation werden nicht mehr primär, sondern sekundär als Verarbeitung des 'schizophrenen Grunderlebens' und 'Lebensstils' gesehen. Buda weist auf Ammons Konzept des 'Loch im Ich' hin, welches mit Symptomen gefüllt wird und die defizitäre Entwicklung des archaisch Ich-Kranken. Er bestätigt Ammons Konzept des Symbiose-Komplexes, eines pathologischen Beziehungsmusters, das in kritischen Lebenssituationen und bei Verlust symbiotischer Partnerbeziehungen aufgrund des Wegfalls von Hilfs-Ich-Funktionen anderer Menschen oder umgebender Gruppen zum sogenannten Ausbruch der schizophrenen Reaktion führen kann. Der Autor kommt zur Schlußfolgerung, daß das Symptom-Bild nicht den Stand der Krankheit widerspiegelt, sondern prozeßhaft die interpersonelle Dynamik der Lebenssituation des Patienten. Er plädiert mit Ammon für den präventiven Ausbau von 'sozialen Netzwerken', die vorbeugende Arbeit durch Familienbeobachtungen und den Einsatz von Ich-Struktur-Tests, um so die Zahl sogenannter akut Schizophren-Erkrankter zu reduzieren.

Der Beginn der schizophrenen Erkrankung ist ein interessantes Problem für jeden, der das Rätsel des Irreseins, der chronisch krankhaften Verhaltensänderung und des existenziellen Rückzuges, die mit der Schizophrenie verbunden sind, verstehen möchte. Wenn die Krankheit einen lebensgeschichtlichen Sinn hat, ist anzunehmen, daß das Erscheinen, die Manifestierung der Krankheit mit spezifischen Lebenssituationen, Stresssituationen, Konfliktformen zusammenhängt. Wenn man die Krankheit als biologische Störung auffasst, kann die Analyse der auslösenden Faktoren, Umweltbelastungen, Vulnerabilitätsmo-

* Dr. med., Leiter der Psychotherapeutischen Abteilung des National Institute for Nervous and Mental Diseases, Vize-Präsident der Ungarischen Psychiatrischen Gesellschaft, 1. Vize-Präsident der WADP, Chairman des Ungarischen Zweiges der WADP (Budapest)

** Vortrag gehalten auf dem 6. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP und XIX. Internationalem Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse

mente usw. den Anfang der Erkrankung aufdecken. Es ist so kein Wunder, daß es eine umfangreiche Literatur über den Beginn der Schizophrenie gibt.

Auf der anderen Seite ist es charakteristisch, daß es trotzdem an einer klaren Vorstellung über die Initialphase der Erkrankung mangelt, und daß die Erkenntnisse über die beginnende Entfaltung der Krankheit in der Schizophrenie keinen Stellenwert haben.

Die klinische Erfahrung läßt vermuten, daß die Schizophrenie wahrscheinlich niemals plötzlich entsteht, wenn sie auch wegen der Unerwartetheit und der alarmierenden Symptome oft als akut oder hyperakut bezeichnet werden kann. Anamnestisch und heteroanamnestisch findet man immer prodromale Zeichen, prämorbid Persönlichkeitsveränderungen und psychische Vorgänge, die zur Erkrankung gehören (Arieti 1968, 1979). Man findet bei dem Kranken immer Kompensationsversuche und Dissimulierung, Unaufmerksamkeit und Desinteresse oder Selbsttäuschung bei den Angehörigen, die alle zusammen dazu beitragen, daß die Krankheit unerwarteterweise akut erscheint.

Dies ist sehr häufig der Fall und darum geschieht es, daß man bezüglich des Beginns der Schizophrenie oft über Ausbruch spricht, wie im allgemeinen von dem Beginn körperlicher Erkrankungen die Rede ist. Der Begriff »Ausbruch« impliziert einen Gleichgewichtsverlust, einen auffälligen Auftritt von Symptomen, eine rasche Dekompensierung. Die Erkrankung muß wahr- und ernstgenommen und diagnostiziert werden, dazu dient ein akuter Anfang vorzüglich. Ist eine Krankheit diagnostiziert, entsteht eine Situation, die — gemäß dem Konzept der medizinischen Soziologie (Wolinsky 1980, Morgan, Calnan, Menning 1985) — die Kontinuität der sozialen Existenz unterbricht und verändert.

Im Falle der organischen Erkrankungen gelangt der Kranke in einen neuen sozialen Status und übernimmt eine neue Rolle, die sog. Krankenrolle, die dann seine Interaktionen mit der Umgebung regelt. Im Falle von psychischen Erkrankungen ist die Lage anders, der Kranke ist meist nicht fähig, sich den Normen der Krankenrolle anzupassen — diese Rolle wird dem Kranken eher aufgezwungen. In Zeiten, in denen der Status der psychisch Kranken noch deutlich mit einem Stigma verbunden war, war eine Art von Kollusion (im Sinne von Willi 1975) zwischen den Angehörigen, Freunden und Bekannten des Kranken üblich, man vermied soweit wie möglich jemanden als geisteskrank, irre, gestört usw. zu bezeichnen. Man vermied dadurch eine Reihe von Konflikten, peinlichen Auseinandersetzungen, schmerzhaften Erlebnissen, wie z.B. Hilflosigkeit, Angst, Schuldgefühle, Bedrohtheit usw., die durch die Konfrontation mit dem Kranken hervorgerufen werden könnten. Sind die Symptome schon unleugbar und unübersehbar, ist der Konflikt bereits unvermeidbar, und es ist leichter für alle Beteiligten, die Ereignisse zu erklären, über einen »Ausbruch« zu sprechen, und den Eindruck einer »wahren« Krankheit dadurch zu gewinnen.

Auch die Psychiatrie hat früher in dieser Kollusion immer mitgespielt. Ein

orientierten Krankheitstheorie. Solche Ausdrücke, die in der Schizophrenielehre der Anstaltspsychiatrie geläufig sind, wie z.B. Schub, Wahnstimmung, Hemmung, Stupor, Katatonie, Zwang, Delir, Querimpulse usw., verraten das zugrundeliegende biologische Krankheitsmodell, die Vorstellung eines hirnor- ganisch bedingten akuten Krankheitsprozesses. Beginnt die Krankheit mit Selbstmordversuch oder mit Straftat, neigt man zur Annahme einer »momentanen Geistesstörung«, wie *Esquirol* den Begriff geprägt hatte. Die Idee einer akuten Erkrankung entlastet die Umgebung von Verantwortlichkeit und legitimiert die aufgezwungene Krankenrolle und die Etikettierung (*Scheff* 1973) der betroffenen Person.

Die Etikettierung dient dann zur weiteren Legitimierung, dadurch ist die Zwangseinweisung bzw. die Zwangsbehandlung des Kranken motiviert. Ein akuter Erregungs- oder Störungszustand macht eine Anamnese oft unwichtig oder unmöglich, die Heteroanamnese dagegen betont meist die Plötzlichkeit und Unerwartetheit der Erkrankung und verstärkt das Bild eines Ausbruches.

Die überwiegende Mehrheit der Schizophrenen gelangte früher auf diese Weise ins Krankenhaus. Später hat sich die Lage etwas geändert, ungefähr 40% der schizophrenen Patienten wurden in einem akuten Zustand und mit positiven Symptomen in Behandlung genommen, während weitere 40% negative Symptome, wie z.B. Autismus, auffällige Regression oder Infantilismus, Abflachung oder Verarmung der Emotionen, Verlust von sozialen Fähigkeiten usw. aufwiesen. In ungefähr 10–15% konnte man keine klare Vorstellungen über den Beginn der Krankheit bekommen, entweder wurde der Kranke mit anderer Diagnose behandelt oder hatte eine andere Art von Etikettierung, wie z.B. eine Person mit abweichendem Verhalten (*Ciompi, Müller* 1976).

Bei negativen Symptomen ist es deutlich, daß man von einem Ausbruch kaum reden darf, diese Patienten leben im allgemeinen isoliert oder ganz zurückgezogen und ihr soziales Verhalten ist schon lange defizient gewesen, nur der Mangel an ihren sozialen Leistungen und Rollenerwartungen ist noch nicht aufgefallen. Auch bei positiven Symptomen sind Zeichen vorläufig vorhandener Psychopathologie nachweisbar, wenn man die Patienten später, in einem verbesserten Zustand, oder Kontaktpersonen über die Ereignisse vor der Periode der Behandlung befragt.

Das haben nicht nur psychoanalytisch orientierte Psychiater und Schizophrenieforscher wie z.B. *Searles* (1974), sondern auch Anhänger des phänomenologischen Ansatzes und der Streßtheorie getan, die z.B. in der sog. »life event«-Forschung zum Ausdruck kommt (z.B. *Dohrenwend, Egri*, 1981). Besonders hat *Conrad* (1958) sehr treffend die Erlebnisse der Schizophrenen unmittelbar vor dem Ausbruch der Krankheit bzw. vor dem Zusammenbruch der Fähigkeit, eine konventionelle Verhaltensfassade aufrechtzuerhalten, beschrieben. Seine Beobachtungen über das Vorhandensein einer existenziellen Beängstigung und Furcht, die er »Trema« nennt, und später einer nachfolgenden Phase der krankhaften und wahnartigen Deutung der Erlebnisinhalte vor dem

Schizophrenie beschäftigen, nachvollziehen. Diese nachfolgende Phase, die er »Apophanie« nennt, gehört schon der manifesten Psychose an. Das Verhalten ist in dieser prämorbidem Periode introvertiert und eingeengt, der Kontakt mit anderen Menschen ist abgebrochen und kann kaum noch als normal eingestuft werden, obwohl der Kranke nur noch mit Mühe die Normen der Konvention einhalten kann.

Hier zeigt sich deutlich, wie unzureichend unsere Erkenntnisse über den Prozeß der schizophrenen Krankheitsgenese sind. Auf der Basis klinischer Erfahrung ist plausibel, daß viele Verhaltensformen und symptomatische Manifestationen, die diagnostische Anhaltspunkte für die Psychiater bilden, nicht primär zum Krankheitsprozeß, sondern eher zur Verarbeitung der schizophrenen Grunderlebnisse und der Lebenssituationen gehören, d.h. sekundär sind und eine Art von Reaktionsbildung darstellen.

Diese Auffassung vertritt auch *Ammon*, der statt von »Schizophrenie« meist die Bezeichnung »schizophren reagierender Mensch« benutzt (*Ammon* 1979, 1980, 1987). Auch er weist auf die existenzielle Angst der Person, auf die Furcht vor Verlust des Selbstes, auf das Verlassenheitsgefühl und auf die zwischenmenschliche Desorientierung des Kranken hin. Das unterentwickelte, inadäquate Ich wird — seiner Schizophrenielehre nach — durch die Symptome verstärkt, irgendwie, wenn auch auf krankhafte Weise, beschränkt funktionsfähig gemacht. Wie er plastisch beschreibt, wird »das Loch im Ich« mit Symptomen ausgefüllt. Sekundärsymptome, die auch die klassische Psychiatrie als nicht obligate Anteile des Grundstörungsprozesses betrachtet hat, können bis dahin reichen, daß das Verhalten und die Kommunikation des Kranken ganz im Dienst der Kontaktabwehr, der Realitätsverleugnung und der Aufbau einer Wahnwelt stehen. Das hat schon die sog. Palo Alto-Schule der Kommunikationstheorie (z.B. *Jackson* 1968) betont; dies haben bei chronisch Schizophrenen *Braginsky* und seine Mitarbeiter (*Braginsky, B.M., Braginsky, D.D., Ring* 1969) entdeckt.

Die entscheidenden Ereignisse der Erkrankung schreiten im allgemeinen im interpersonellen Bereich fort. Das psychoanalytische Herangehen an das Problem der Schizophrenie führt die Entstehung der Erkrankung auf ein pathologisches Familienmilieu und einen krankhaften Sozialisierungsprozess zurück. Die Wurzeln der Pathologie werden je nach Auffassung und Autoren anderswo vermutet, wahrscheinlich spielen alle Faktoren, die die Fachliteratur erwähnt, zusammen oder konstellativ eine Rolle. Besonders wird die Folge einer prägenitalen Traumatisierung der Ich-Entwicklung hervorgehoben, der Mechanismus der Schädigung und das weitere Schicksal der Ich-Störung werden durch verschiedene Verfasser (wie z.B. *Klein, Mahler, Winnicott, Kernberg, Kohut* usw.) anders beschrieben.

Ammons Theorie der archaischen Ich-Krankheiten weist auf die defizitäre Entwicklung des Ichs hin. Die Theorie ist systemhaft aufgebaut, setzt die Schizophrenie ins Spektrum der anderen Ich-Krankheiten hinein und stützt sich

wonnen mit psychologischer Präventionsarbeit in psychoanalytischen Kindergärten. *Ammon* hebt die Rolle des Symbiosekomplexes in der Genese der Schizophrenie hervor. Solange das symbiotische Beziehungsmuster mit der Primärgruppe, mit der Mutter oder mit einem Mutterersatz fortbesteht, ist die Persönlichkeit — wenn auch in beschränktem Maße — funktionsfähig. Während der Kindheit verläuft die Dynamik des symbiotischen Bündnisses relativ reibungslos, aber von der Adoleszenz an entstehen Spannungen in der symbiotischen Beziehung. *Ammon* faßt seine Erfahrungen über die interpersonelle Seite des Ausbruches der Schizophrenie mit den folgenden Worten zusammen:

»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 wenig übrig gebliebenen Bezugspersonen die extreme Forderung des Kranken nicht mehr erfüllen können.« (*Ammon* 1987)

Die Beobachtung ist fein und wichtig, man erfährt ebenso in der klinischen Arbeit wie auch in der Therapie mit schizophrenen Reagierenden, z.B. in der Familien- und Gruppentherapie, wie stark die symbiotisch-narzißtischen Bedürfnisse der Kranken sind. Unter den erwähnten extremen Forderungen steckt die Absicht der Wiederherstellung des früheren kompensierten symbiotischen Zustandes und dieselbe Tendenz manifestiert sich auch in der Übertragung, die diese Patienten entwickeln. Nach meinen Beobachtungen gibt es auch eine andere Seite dieser Lage, die schizophrene Persönlichkeit versucht immer wieder in ihrem prämorbidem Stand, den gesellschaftlichen Rollenvorschriften gerecht zu werden, aber das gelingt ihr nur selten und mühsam und wird oft frustriert und traumatisiert (*Kraus* 1982). Besonders die Versuche, gleichrangige Kontakte herzustellen und aufrechtzuerhalten — z.B. in Form von Freundschaften und Arbeitsbeziehungen in Organisationen, wie z.B. der Schule oder den auch durch *Ammon* erwähnten Arbeitsplatz — scheitern sehr häufig. Der Ausbruch der schizophrenen Reaktion geschieht dann, wenn auch die symbiotischen Beziehungen ihren schützenden und befriedigenden Effekt nicht mehr erfüllen können, und das Ich mit der Erfolglosigkeit bisheriger Verhaltensstrategien konfrontiert wird. Diese Erlebnisse häufen sich in den Wochen oder Monaten vor dem Ausbruch der Symptome.

Die Forscher der Lebensereignisse und umweltlichen Stressoren beschreiben solche Einflüsse als soziale und interpersonelle Anforderungen gegenüber den Kranken, die den sog. Normalen keine Schwierigkeiten bereiten, während

rung führen. Es gibt in der Literatur zahlreiche Schilderungen über diese existentielle Situation. *Laing* z.B. betont die Bedeutung eines falschen Selbstes, das der schizophren reagierenden Person während ihrer familiären Sozialisierung auferlegt worden ist. Es ist dieses Selbst, das unfähig zum Funktionieren und auch gleichzeitig zur Frustrationstoleranz ist (*Laing* 1960). *Benedetti* spricht ebenso von einer falschen und mangelhaften Identität (*Benedetti* 1983). *Stierlins* Delegationskonzept erläutert denselben Prozess, hebt aber auch die familiendynamische Funktion dessen hervor (*Stierlin* 1978). Das Ich erlebt vor dem Ausbruch eine tiefste Krise, eine Vernichtungsangst, eine Zukunftslosigkeit, und versucht, die Flucht nach vorne anzutreten. Es entfalten sich nicht nur charakteristische kognitive und affektive Störungen und die entsprechenden symptomatischen Manifestationen in Verhalten und in Erleben, d.h. man halluziniert, hat paranoide Wahnideen, zeigt katatone oder heboide Bewegungen usw., sondern der Kranke übertreibt sein Irresein, oft auffällig und rollenartig. Jeder von uns hat gewiss schon erfahren, daß schizophrene Schwerkranke für eine Weile dem kongruenten und einfühlsamen Helfen kommunikativ zugänglich sind und für eine Weile sich ganz »normal« verhalten können. Oft manifestieren Schwerkranke — wie das auch *Benedetti* oft erwähnt — einen erstaunlichen Grad von intellektueller Luzidität, während binnen kurzer Zeit eine tiefe Regression mit gefährlichen Symptomen und zerstörerischen Triebregungen zustandekommen kann.

Der Ausbruch der manifesten Krankheit wird oft durch nichtspezifische Auslösefaktoren begünstigt, z.B. durch Konflikte, Sorgen, Lebensaufgaben, wie eine Prüfung oder einen Arbeitswechsel, besonders häufig durch Schlaflosigkeit oder Drogenmißbrauch, manchmal durch Fieber oder durch andere körperliche Beschwerden. Man kann sagen, daß diese nichtspezifischen Umstände die Sozialenergie im Ich herabsetzen und verbrauchen können und dazu beitragen, daß die Person nicht genügend Kraft hat, die gewohnten Kompensationsmechanismen in Gang zu halten.

In der modernen Schizophrenieliteratur spricht man heutzutage viel über soziale Netzwerke und Systeme der Unterstützung für die Kranken als Faktoren, die den Ausbruch, den Schweregrad und den Verlauf der Krankheit bestimmen können. Es ist bekannt, daß die meisten Menschen, die später schizophren reagieren, mit spärlichen Kontakten und Beziehungen leben und isoliert sind nicht nur darum, weil sie sich zurückziehen, sondern auch weil sie oft real allein sind, ausgenommen natürlich vorhandene symbiotische Beziehungspartner.

Es kommt oft vor, daß die Erkrankungskrise sich verlangsamt und verzögert, es dem Kranken gelingt, für eine längere Zeit unauffällig zu bleiben. Wird die Umgebung auf sie aufmerksam, sind bereits Störungen und Symptome von bedeutender Stärke zu beobachten. Der Kranke wird dann ins Krankenhaus eingeliefert und seiner Identitätssymbole und -stützpunkte, wie es *Ammon* in seinem zitierten Aufsatz darstellt (*Ammon* 1987), beraubt — die

Spaltung, dem Identitätsverlust steht nichts mehr im Weg.

Der obige Gedankengang soll zeigen, daß das Symptombild der Schizophrenie bei ihrem Ausbruch nicht zuerst den Stand der Krankheit, sondern die Phase eines oft latent fortschreitenden Krankheitsprozesses widerspiegelt, die durch die interpersonelle Lebenssituation des Kranken bestimmt ist. Es ist kein Schicksal, daß die Schizophrenen nur in einem völlig desintegrierten Zustand, als schwergestörte Menschen in die Behandlung kommen und Patienten werden.

Die Dynamische Psychiatrie strebt an, durch frühzeitige Familienbeobachtungen, durch Anwendung des Ich-Struktur-Tests nach *Ammon* (ISTA) und durch eine lichte Zugänglichkeit für Patienten die Behandlung so früh wie möglich zu beginnen. Es ist nicht notwendig, daß die Schizophrenie nur durch die klassischen Merkmale diagnostiziert wird. Vielleicht ist es keine Übertreibung, wenn man feststellt, daß die Entwicklung der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung dadurch charakterisiert werden kann, daß immer weniger schizophren reagierende Patienten durch Zwangseinweisung und mit schweren Symptomen in Behandlung kommen.

The outburst of schizophrenia. An event in experience, behaviour and interpersonal dynamics

Béla Buda (Budapest)

The beginning of the schizophrenic disease is a main topic for everybody, who is interested in understanding the mystery of madness, of the chronic diseased change of behaviour, of the existential retreat combined with schizophrenia. If disease has a life-historical significance, it is important to look for specific lifesituations, stress conditions and conflicts. In literature there does not exist any definite idea about the beginning of the disease or answer to this. Clinical experience shows, that schizophrenia comes never unexpected — there are always signs and early symptoms. In the surroundings of the patient you often find compensation, dissimulation, unattentiveness, no interest or selfdeception — so the disease seems unexpected and acute.

In case of an organic disease the patient comes to a new status and role, the interaction with the social surroundings changes, whereas in case of psychic disease, it comes up to a kind of collusion with relatives and friends. A sudden outburst of the disease corresponds to a biologicistic orientated model of psychic disease and relieves others from feeling of guilt. The labeling helps for further legitimation, compulsory hospitalization and compulsive acts. This is the way schizophrenics enter the clinic. 40 percent of these patients come with positive symptoms, 40 percent with negative symptoms like autism, regression, infantility, loss of emotions and of social contacts. Concerning the rest of the schizophrenic patients a definite diagnosis cannot be made, the beginning of the disease lies in darkness. Studying the psychobiography of the patient may en-

find signs and symptoms of psychopathology, confirmed by the patient later on, when he feels in better condition.

Psychoanalytic orientated psychiatrists and scientists in schizophrenia like *Searles* or phenomenologists, supporters of the stress theory and the life-event-scientists agree with this opinion. Anyway it seems clear, that many symptoms and behaviour patterns do not belong primarily to the process of the disease, but moreover are reactive and belong to the way of processing of the schizophrenic reaction and the life situation.

This position is also shared by *Ammon*, who doesn't speak about »schizophrenia« but about »schizophrenic reaction«. He points out the existential anxiety of the patient, the fear of loss of the self, the fear of desolateness, the desorientation in the social interactions. The inadequately developed ego is filled with symptoms, which have the function of defensive contact, of denial of the reality and of the construction of delusions. The important events of the disease are developing in the interpersonal communication.

In the psychoanalytic approach the roots of the schizophrenia can be explored in a pathological milieu of the family and in a pathogenetic process of socialisation. The theory of *Ammon*, supported by therapeutical experience and experiences in the psychoanalytic kindergartens, points out the deficit in the development of the ego. He emphasizes the meaning of the symbiosis-complex and the importance of the supporting and surrounding group for these persons. In *Ammons* view these patients have a deep distrust and have been supported by small groups in the family or at the working place before the beginning of the disease. Other persons offer auxiliary ego-functions and fulfill wishes on dependency. Also the clinical work shows the symbiotic-narcissistic needs of these patients. Schizophrenic reaction appear, if these needs are no longer fulfilled and the person is confronted with new strategies of behaviour. *Laing* points out the meaning of the wrong self, *Benedetti* emphasizes the wrong and poor identity, *Stierlin* the family-dynamical aspects. The outburst is encouraged by conflicts, care and troubles, important tasks in the life, change of the working place and other borderline situations.

One of the main tasks of prevention is the construction of social networks and systems of support, stopping the outburst of schizophrenia. Most of later schizophrenically reacting patients live in isolation, mostly with only one symbiotic relation without other relations. In this field we could do a lot to prevent more sorrow and misfortune.

Literatur

- Ammon*, G. (Hrsg.) (1979): Handbuch der Dynamischen Psychiatrie, Bd. 1., (München: Ernst Reinhardt)
 — (1980): Dynamische Psychiatrie, erweiterte Neuauflage (München: Kindler)
 — (1987): Schizophrenie — ein ganzheitliches Geschehen. In *Dyn. Psychiat.* (20) 1—17

- rapy (22) 366—381
- Arieti, S.* (1979): From Schizophrenia to Creativity. In: *American Journal of Psychotherapy* (33) 490—505.
- Benedetti, G.* (1983): Schizophrenie: Ätiopathogenese und Therapie. In: *Psychiatria Fennica* (14) 35—48
- Böker, W., Brenner, H.D.* (Hrsg.), (1985): Bewältigung der Schizophrenie. Multidimensionale Konzepte, psychosoziale und kognitive Therapien, Angehörigenarbeit und autoprotektive Anstrengungen, (Bern, Stuttgart, Toronto: H. Huber
- Braginsky, B.M., Braginsky, D.D., Ring, K.* (1986): *Methods of Madness. The Mental Hospital as a Last Resort.* (New York: Holt, Rinehart and Winston)
- Ciampi, L., Müller, C.* (1976): *Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Eine katamnestische Langzeitstudie bis ins Senium.* (Berlin, Heidelberg, New York: Springer)
- Conrad, K.* (1958): *Die beginnende Schizophrenie,* (Stuttgart: Thieme)
- Dobrenwend, B.P., Egri, G.* (1981): Recent Stressful Life Events and Episodes of Schizophrenia. In: *Schizophrenia Bulletin*, (7) 12—23.
- Jackson, D.D.*, (Ed.), (1968): *Human Communication — Communication, family and marriage* (Vol. 1), *Therapy, communication, and change* (Vol. 2) (Palo Alto / Calif: Science and Behavior Books)
- Kraus, A.* (1982): Rollenkonzepte in der Psychiatrie. In: *Janzarik, W.* (Hrsg.): *Psychopathologische Konzepte der Gegenwart.* (Stuttgart: Enke)
- Laing, R.D.* (1960) *The Divided self. An Existential Study in Sanity and Madness.* (London: Tavistock Publications)
- Manschreck, T.C.* (1981): Current Concepts in Psychiatry: Schizophrenic Disorders. In: *The New England Journal of Medicine*, (17) 1628—1632
- Morgan, M., Calnan, M., Manning, N.* (1985): *Sociological Approaches to Health and Medicine.* (London: Crom Helm)
- Scheff, T.J.* (1973): *Das Etikett »Geisteskrankheit«. Soziale Interaktion und psychische Störung.* (Stuttgart: Fischer)
- Searles, H.F.* (1974): *Der psychoanalytische Beitrag zur Schizophrenieforschung.* (München: Kindler)
- Stierlin, H.* (1978): *Delegation und Familie. Beiträge zum Heidelberger familiendynamischen Konzept.* (Frankfurt: Suhrkamp)
- Willi, J.* (1975): *Die Zweierbeziehung. Spannungsursachen, Störungsmuster, Klärungsprozesse, Lösungsmodelle, Analyse des unbewußten Zusammenspiels in Partnerwahl und Paarkonflikt: Das Kollusions-Konzept.* (Hamburg: Rowohlt)
- Wolinsky, F.D.* (1980): *The Sociology of Health. Principles, Professions and Issues.* (Boston: Little, Brown and Co.)

Adresse des Autors

Dr. med. Béla Buda
Ostrom u. 6
1012 Budapest
Ungarn

Psychologische Untersuchungen zur Humanstrukturellen Tanztherapie**

Maria Berger (Berlin)*

In dieser Arbeit stellt Maria Berger die Ergebnisse ihrer Studie über den Humanstrukturellen Tanz vor, die sie im Rahmen ihrer Diplomarbeit in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige durchführte. Erste Ergebnisse der Pilot-Study, die auf der Auswertung von 3 Patienten beruhte, wurden auf dem 5. Weltkongreß der WADP im März 1987 vorgestellt und in Nr. 102/103 in dieser Zeitschrift veröffentlicht. Nun liegen erstmals die Ergebnisse auf der Basis von 10 untersuchten Patienten vor, die damit nun als repräsentativ für die gesamte untersuchte Gruppe gelten können. Als zusätzliche Untersuchungsverfahren wurde außerdem eine qualitative Auswertung der TAT-Erzählungen, sowie bei 6 Patienten eine qualitative und quantitative Video-Auswertung einbezogen, die die Ergebnisse insgesamt erhärteten. Die Autorin sieht die zunehmende Beachtung von Körperlichkeit und die Entwicklung von Körpertherapien nicht nur als ein gesellschaftliches Phänomen einer Wiederentdeckung des »vergessenen Körpers«, sondern auch als Konsequenz der Erkenntnis, daß Körper und Psyche untrennbar miteinander verbunden sind und in einer engen Wechselbeziehung stehen. In der Tanztherapie geht es darum, Gefühle spontan in Bewegung umzusetzen, einen Bezug zum eigenen Körper zu finden, kreative und neue Möglichkeiten bei sich zu entdecken. In der Tanztherapie ist der Tanz ein Ausdrucksmittel von Gefühlen, Zuständen und Bedürfnissen, mit einem Mitteilungsbedürfnis, das alle Menschen haben. Damit stellt die Tanztherapie gerade für diejenigen Patienten eine wichtige Bereicherung innerhalb der Therapie dar, die nur schwer Zugang zu ihren eigenen Gefühlen haben und die sich verbal schwer ausdrücken können. Die Autorin skizziert die unterschiedlichen Ansätze der Tanztherapie, die alle vom spontanen Bewegungsverhalten ausgehen, was in der amerikanischen Literatur als »basic dance« bezeichnet wird. Sie weist darauf hin, daß die verschiedenen Tanztherapierichtungen Gefahr laufen, eklektisch zu sein, da ihnen eine echte Integration in ein theoretisches Konzept fehlt und sie meist nicht in ein Behandlungskonzept der jeweiligen Institutionen integriert sind. Die Autorin, seit fünf Jahren Co-Therapeutin in der Humanstrukturellen Tanztherapie und selbst Tänzerin, beschreibt die Grundelemente des Humanstrukturellen Tanzes und seine Integration in das theoretische Konzept der Humanstrukturologie Günter Ammons, der den Humanstrukturellen Tanz vor sechs Jahren in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige entwickelt hat. Die Autorin gibt einen Überblick über die vorhandenen empirischen Untersuchungen, die zumeist am »effort/shape« Schema orientiert sind und von den beobachtbaren Bewegungselementen ausgehen. Sie kritisiert an ihnen, daß im allgemeinen der Gefühlsaspekt zu wenig berücksichtigt ist und die Patienten selbst nicht zu Wort kommen. Aufgrund ihrer eigenen Erfahrungen der therapeutischen Wirksamkeit des Humanstrukturellen Tanzes kommt sie zu folgender Fragestellung: Inwieweit verändert sich durch die Teilnahme an der Humanstrukturellen Tanztherapie a) die Körperlichkeit und der Bezug zum eigenen Körper, b) der Kontakt zur Gruppe, c) der Ausdruck von Gefühlen und d) die Verbalisationsfähigkeit von Gefühlen. Es werden Untersuchungsergebnisse von 10 Patienten, Teilnehmer an der Tanztherapie in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik vorgestellt, wobei 4 Patienten ausführlich beschrieben werden. Die Daten wurden gewonnen anhand eines focussierten Interviews mit ereignisangemessenem Leitfadens, des Thematischen Apperzeptionstests (TAT). Bei 6 Patienten wurde eine Videoauswertung der Tänze durchgeführt. Die Datenerhebung erfolgte unmittelbar nach dem ersten Tanz in der Tanzgruppe und wurde nach drei Monaten wiederholt. Die Auswertung der Daten orientierte sich an den 4 Bereichen der Fragestellung und wurde qualitativ durch Auflistung und Protokollierung, sowie quantitativ durch Einstufung auf einer 5-Punkte Skala durch eine Rating-Gruppe vorgenommen anhand genauer Operationalisierungen aller Items. Als wichtigste tenden-

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

** Vortrag gehalten auf dem 6. Weltkongreß der WADP und XIX. Internationalen Symposium

zielle Veränderungen konnte bei den Interviews festgestellt werden: 1. die Beziehung zur Körperlichkeit verbessert sich, der Körper wird generell weit weniger abgelehnt, einzelne Patienten entwickeln positive Körpergefühle, die körperliche Starrheit und Eingeengtheit einiger Patienten lockert sich; 2. Die Gruppe wird beim Tanz mehr wahrgenommen und bewußter gespürt, das Feedback durch die Gruppe wird für die einzelnen Patienten wichtiger und mehr als übereinstimmend mit den eigenen Gefühlen erlebt; 3. die Gefühle, vor allem Angst, Traurigkeit, Einsamkeit, Wut und Freude können tiefer erlebt und differenzierter sowohl verbal als auch nonverbal ausgedrückt werden; 4. Die Fähigkeit, Gefühle zu verbalisieren hat sich etwas verbessert, generell sprechen die Patienten im 2. Interview ausführlicher, differenzierter und offener über ihre Erlebnisse. Die Interviewergebnisse wurden durch die Ergebnisse des TAT und der Videoauswertung in einigen Bereichen bestätigt. Im TAT verbesserte sich insbesondere die Grundstimmung, es treten weniger suizidale und destruktive Inhalte in den Geschichten auf, die Umwelt wird freundlicher erlebt, der Kontakt zu anderen Menschen wird in einem freundlicheren Kontext geschildert, es ist mehr Wunsch und Suche nach Kontakt, Aggression wird mehr zugelassen und weniger gegen sich selbst gerichtet, die Personen werden plastischer, Beziehungen klarer beschrieben. Die Geschichten werden im allgemeinen länger, bei einigen Patienten trat in einigen Geschichten mehr Verbalität auf, die beim ersten TAT fast gänzlich fehlte. Im Video-Fremdrating konnten insbesondere Verbesserungen im Bereich Körperhaltung und Beweglichkeit, sowie Änderungen im Gefühlsbereich festgestellt werden. Entsprechend des therapeutischen Prozesses der einzelnen Patienten unterschied die Autorin zwei Gruppen: Die Gruppe der Eingeengten, die vor allem mehr Beweglichkeit und Freude entwickeln konnten und allmählich mehr Zugang zu ihren Gefühlen bekamen und die Gruppe derer, die zwar ein großes Bewegungsrepertoire zur Verfügung haben, aber ihre Gefühle nur schwer zeigen können. Diese Patienten konnten sich mehr mit ihren tiefer liegenden Gefühlen wie Wut, Traurigkeit und Einsamkeit der Gruppe zeigen. Diese Untersuchung ist ein Beitrag, die Bedeutung und Effizienz des Humanstrukturellen Tanzes aufzuzeigen.

Viele verschiedene Körpertherapieformen sind in den letzten Jahrzehnten entstanden. Dies ist ein Zeichen dafür, daß die Bedeutung der Körperlichkeit zunehmend Beachtung findet. In der Psychotherapie wurde bislang die Körperlichkeit weitgehend ausgeklammert. *Petra Klein (Klein, 1983, S. 11)* spricht hier vom »vergessenen Leib«. Interessanterweise nimmt *Freud* den körperlichen Ausdruck für seelische Vorgänge ernst, »statt sie als ein System bloßer Konventionen erklären zu wollen wie eine Semantik oder sie als bloß mechanischen Reflex zu behandeln, den die Verhaltenspsychologen aus irgendeiner Konditionierung ableiten«. (*zur Lippe, 1983/84, S. 148*) Er entwickelte auch eine Art Technik direkten Körperkontaktes, nämlich eine sog. Drucktechnik, die er aber später zugunsten der Technik des freien Assoziierens verwarf (*Freud/Breuer, 1895*). *Ferenczi (1921)* mit der Technik »Neokarthasis« und *Reich (1933)* mit der Vegetotherapie sahen den intensiven Zusammenhang von Psyche und Körper. Ihre Arbeiten konnten aber erst in den letzten Jahrzehnten in den Psychotherapiebereich miteinbezogen werden.

Die Wiederentdeckung des Körpers in den letzten Jahrzehnten kann man nicht nur als eine gesellschaftliche Entwicklung sehen, sondern sie beruht hauptsächlich auf der Erkenntnis, daß Körper und Psyche untrennbar miteinander verbunden sind und in enger Wechselbeziehung stehen (vgl. *Maslow, 1971; Lowen, 1958, Klein, 1983*). Gerade dieser Wechselbeziehung sollten in den sich entwickelnden Körpertherapien der letzten Jahrzehnte besonderes Augenmerk gegeben werden. »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

Es gibt inzwischen eine große Anzahl verschiedenster Körpertherapien wie das *Pesso-System* psychomotorischer Therapie (*Pesso*, 1973), die psychomotorische Therapie (*Kiphard*, 1975), *Alexander-Technik* (*Alexander*, 1971), Konzentrierte Bewegungstherapie (*Stolze*, 1977), Bioenergetik (*Lowen*, 1979), Eutonie (*Alexander*, 1978), Integrative Bewegungstherapie (*Petzold*, 1977), Sensory Awareness (*Brooks*, 1974), die Atemtherapie (*Middendorf*, 1977), Rhythmische Bewegungstherapie als Sonderform der Rhythmik (*Kirchmann*, 1979), Rolfing (*Rolf* 1958), Heileurhythmie (*Wilmar*, 1977), Lomi-Therapie (*Leeds*, 1977) und die Expression Corporelle (*Dropsy; Sheleen*, 1977) und andere mehr (vgl. *Klein*, 1983, S. 12).

Die Tanztherapie ist eine besondere Form von Körpertherapie. 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 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 (*Willke* 1978).

Die Tanztherapie wurde in den 40er Jahren in den USA entwickelt und mit großem Erfolg in psychiatrischen Kliniken, besonders bei schizophrenen Patienten angewandt. Alle Pioniere der Tanztherapie wie *Liljan Espenak*, *Marian Chace*, *Mary Whitehouse*, *Trudi Schoop* waren selbst Tänzer und haben sich erst im Laufe ihrer Arbeit um die theoretische Untermauerung ihres Ansatzes bemüht. Ausgangspunkt war die neue Entwicklung des Tanzes im Modern Dance, wo eine persönliche Entfaltung der Tänzer möglich war, der in Deutschland vor allem von *Mary Wigman* ausging, die wiederum Schülerin von *Rudolf von Laban* war. Diesen Tänzerinnen wurde immer mehr bewußt, welcher therapeutischen Effekt der Tanz für sie selbst hatte und wie wesentlich es sei, den Tanz auch für andere hilfreich einzusetzen (vgl. *Klein*, 1983, *Chai-klin*, 1975a). Die Tanztherapie konnte auch mit Erfolg bei behinderten Kindern und bei alten Menschen angewandt werden. Seit 1970 wurde die Tanztherapie auch in Deutschland eingeführt. Allerdings blieb sie im Behandlungsprogramm psychiatrischer Kliniken bis jetzt noch weitgehend unbeachtet.

In der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige entwickelte die Humanstrukturelle Tanztherapie vor ca. 6 Jahren Dr. *Günter Ammon* mit dem Ziel, neue Möglichkeiten zu schaffen für bisher schwer erreichbare Patienten, die sich oft verbal nicht ausdrücken konnten. Es zeigte sich bald, daß sich viele Patienten in der Tanztherapiegruppe ganz anders erleben konnten als in anderen Gruppen und auch von den Mitpatienten ganz anders verstanden werden konnten.

Diese Arbeit ist entstanden auf dem Hintergrund meiner fünfjährigen Er-

Dynamisch-Psychiatrischen Klinik. Während meiner Tätigkeit wurde mir deutlich, wie sehr sich die Patienten im Verlauf der Tanztherapie veränderten:

1. Entwicklung von Vertrauen und Selbstvertrauen in der Gruppe,
2. mehr Zugang zu unbewußten 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.

Da ich selbst in der Tanztherapie mittanzte, konnte ich auch bei mir feststellen, daß ich durch den körperlichen Ausdruck mehr Zugang zu meinen Gefühlen bekam, mich nach dem Tanz freier, kontaktfreudiger und selbstbewußter fühlte und mich im Ganzen mehr spürte. Ich stellte auch fest, daß ich oft nicht genug in Worten ausdrücken konnte, was ich im Tanz erfahren hatte. Nach diesen Erfahrungen und Überlegungen sollte Ziel meiner Untersuchung sein, nähere Aufschlüsse zu erhalten darüber, was für die Patienten in den Bereichen der Körperlichkeit, der Emotionalität im Kontakt zur Gruppe und im sprachlichen Ausdruck während der Tanztherapie passiert. Ich habe mich auf diese Bereiche konzentriert, da sie meiner Meinung nach wesentlich bei der Tanztherapie sind. Mein Interesse ist: wie kann man systematisch erfassen, was für die Patienten in der Tanztherapie passiert, wie beschreiben die Patienten selbst ihr Erleben in der Tanztherapie und welchen Stellenwert nehmen die gemachten Erfahrungen bei ihnen ein. Es ist auch mein Interesse festzustellen, in welchen Bereichen Veränderungstendenzen sichtbar werden und wie man das Geschehen in der Tanztherapie qualitativ einschätzen und systematisieren kann.

1. Theoretische Überlegungen

Allen Tanztherapierichtungen gemeinsam ist, daß sie von dem spontanen Bewegungsverhalten im Tanz ausgehen, was 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. Von den verschiedenen Tanztherapierichtungen seien folgende zu erwähnen: die tanztherapeutische Arbeitsweise nach *Marian Chace*,

action«, bei der durch Aktivierung des Körpers und besonders der pathologisch verspannten Regionen eine Bearbeitung von psychischen Konflikten vorbereitet wird; den Symbolismus — dies bedeutet, daß symbolische Bewegungen und Körperhaltungen einbezogen und bearbeitet werden. Des weiteren entwickelte sie den Begriff der kinästhetischen Empathie, d. h. der Therapeut reagiert auf die nonverbalen Mitteilungen, übernimmt sie mit seinem Körper und kann so die Gefühle des Patienten mitempfinden. Ein weiterer wesentlicher Punkt ist die »rhythmic group activity« bei ihr; sie erkannte die Bedeutung von Rhythmus. Rhythmus ist Grundvoraussetzung für Koordination. Das gemeinsame rhythmische Erleben in der Gruppe gibt das Gefühl von Solidarität und Zusammengehörigkeit. *Marian Chace* orientierte sich nicht an einer psychoanalytischen oder psychologischen Richtung, sondern arbeitet klientenzentriert.

Trudi Schoop legt Wert darauf, die gesunden Ausdrucksmöglichkeiten des Menschen wahrzunehmen. Der Therapeut soll auf seine Selbstwahrnehmung achten. Wichtig sind für sie die Kategorien: empathisches Verstehen, positive Wertschätzung und Echtheit. Auch sie orientierte sich nicht an einer psychoanalytischen oder psychologischen Richtung.

Liljan Espenak orientierte sich hauptsächlich an der Individualpsychologie *Alfred Adlers*. Ihr ist wesentlich, daß der Patient ein positives Selbstbild entwickelt, ein Gefühl für die eigene Stärke und Vitalität, wodurch die ursprünglich vorhandene Gemeinschaftsfähigkeit wieder hergestellt wird. Sie arbeitet viel mit retardierten und geistig behinderten Kindern.

Mary Whitehouse ist an der *Jungschen* Vorstellung orientiert. Ihr geht es darum, den Kontakt zwischen Ego und Selbst herzustellen; es sollen symbolische Ereignisse, Bilder und Träume dabei miteinbezogen werden. Sie hat als wichtige Arbeitstechnik die aktive Imagination eingesetzt. Dabei sollen unbewußte Vorstellungen ins Bewußtsein geholt werden, womit dann therapeutisch gearbeitet werden kann.

Penny Bernstein versucht, mehrere Richtungen zu integrieren; dabei geht sie von der psychoanalytischen Entwicklungslehre mit den körperlichen Entwicklungsstufen des Kindes aus. Ihr Grundverständnis ist durch *C.G. Jung* geprägt; so benutzt sie häufig Symbole für die Kommunikation mit den Patienten. In der tanztherapeutischen Vorgehensweise orientiert sie sich hauptsächlich an der Gestalttherapie. Dabei wird ein Problembereich herausgearbeitet und in den Mittelpunkt des Interesses gestellt. Die »unerledigte Situation«, der unverarbeitete Konflikt wird durch geeignete Bewegungserlebnisse ins Bewußtsein gehoben.

Elaine Siegel richtet sich in ihrer Arbeit nach den *Freudianischen* psychosexuellen Entwicklungsphasen. Sie geht mit dem Patienten in eine psychodynamische Symbiose ein und erlaubt dem Patienten, zum Punkt seiner Fixierung zu regredieren, um sich dann daraus phasenweise zu lösen (vgl. *Klein* 1983; *Bernstein* 1979).

eklektisch zu sein, da ihnen eine echte Integration in ein theoretisches Konzept fehlt. Ein weiteres Problem stellt dar, daß die Tanztherapiearbeit oft nicht in die jeweilige Institution und in deren Behandlungskonzept integriert ist.

Die Humanstrukturelle Tanztherapie hingegen, die *Günter Ammon* seit 1982 entwickelt hat, ist eingebettet in sein theoretisches Konzept der Humanstrukturologie. Die Humanstrukturologie basiert auf dem Konzept der Sozialenergie, einer Positivdefinition der nicht-bewußten Persönlichkeit und ihren Humanfunktionen und -Strukturen der Spektraltheorie mit dem ganzheitlichen Persönlichkeitsverständnis und seiner integrierten bzw. bei Krankheit desintegrierten Mehrdimensionalität, der Bedeutung von Gruppe und sozial-energetischer, gruppenspezifischer Felder (*Ammon* 1979a, 1979b, 1982a, 1982b, 1986a).

»Die Humanstrukturologie wurde entwickelt mit einem Verständnis eines ständigen prozeßhaften Wechselspiels von konstruktiv, destruktiv und defizitär beeinflusster und entwickelter Humanfunktionen primär biologischer, zentral nicht bewußter Funktionen von menschlichem Ausdruck und die Funktionen von Verhalten, Können, Denken, Arbeiten und Lieben« (*Ammon* 1986a). 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 Entwicklung der Humanfunktionen beruht auf dem sozialenergetischen Konzept *Ammons* (*Ammon* 1982a, 1986a).

Die Humanstrukturelle Tanztherapie ermöglicht jenseits der verbalen Sprache durch den integrierenden Selbstaussdruck des Tänzers ein Identitätswachstum und freieres Fließen des Synergismus zwischen Körpererleben, Fühlen und Denken. Der Tänzer kann im geschützten Raum der Gruppe sich selbst ausdrücken, sein Körper-Ich und seine Körpergrenzen 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 nonverbal 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* 1986c).

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,

- und die Gruppenmeditation, mit oder ohne Eingabe am Beginn und ohne Eingaben am Ende als meditativer Abschlußstanz der Gruppe.
- die Mitglieder der Gruppe geben dem einzelnen Tänzer nach dem Tanz ein Feedback.

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) (zur Humanstrukturellen Tanztherapie vgl. *Ammon* 1985, 1986a–f).

Nach dem Studium der Literatur ist bei den bisherigen Untersuchungen der Bereich der unbewußten Gefühlsebene zu wenig berücksichtigt. Es werden im wesentlichen Fallstudien geschildert. Die vorhandenen empirischen Arbeiten über die Tanztherapie kommen ausschließlich aus Amerika und sind verhältnismäßig wenig. Die meisten empirischen Arbeiten versuchen, möglichst objektiv zu sein und gehen daher von den beobachtbaren Bewegungsabläufen und vom Verhalten aus. Hauptsächlich wird dabei, auf das »Effort-Shape«-System zurückgegriffen, das Rudolf von *Laban* entwickelt hat und von *Irmgard Bartenieff* (1973) in die Tanztherapie eingeführt worden ist; wobei »Effort« das Maß und die Energie darstellt und »Shape« die Form der Bewegung im Raum; insgesamt werden die Schwere, der Fluß, die Zeit und der Raum berücksichtigt. Die innere Befindlichkeit des Tänzers wird dabei nicht berücksichtigt.

Untersuchungen in dieser Richtung machten *Kestenberg* (1965), *Leventhal* (1973), *Hargadine* (1974), *Trott* (1974), *Keen* (1971) und *Kalish* (1974).

Leventhal (1973) setzt prä- und post-Bewegungsuntersuchungen bei Kindern ein, sie stellt eine Positiv-Korrelation zwischen dem positiven Wachstum und den Sitzungen fest. *Hargadine* (1974) entwickelte eine Movement-Scope-Check-List, die sie in Bezug setzt zu einem Test über Self-Actualisation. Sie stellte keine Korrelation zwischen der Bewegung und der Self-Actualisation fest. *Trott* (1974) hingegen korreliert die Bewegungsabläufe mit Persönlichkeitszügen; sie stellte schwache Korrelation zwischen einzelnen Persönlichkeiten fest. Im ganzen bleibt sie jedoch undifferenziert und hat wenig Aussagekraft. *Ruttenberg*, *Kalish*, *Wenar & Wolf* (1974) entwickelten ein Verhaltensuntersuchungsinstrument, das die Bewegung mit einbezieht, für die Entwicklungsbeschreibung von autistischen und behinderten Kindern. *Kalish* (1974) entwickelte in Anlehnung an das Effort-Shape-System Bewegungsfragebogen. *Keen* (1971) machte Aufzeichnungen über die Veränderung bei den Patienten, die über 9 Monate an der Tanztherapie teilnahmen. Sie stellte dabei fest, daß von 74 Patienten nur 4 dabei waren, die nichts erreicht hatten. Außerdem stellte sie fest, daß eine Beziehung bestand zwischen der Anzahl der Sitzungen und Anzahl der Bereiche, in denen sich etwas verbesserte.

Als weitere Untersuchungen wären zu erwähnen: *Schmais* und *White* (1972)

(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. *Sandel, Johnson & Bruno* (1979) versuchen in zwei Tanzsitzungen, die Effektivität von Gruppenstrukturen für verschiedene Diagnosegruppen wie Schizophrenie, Characterdisorder und normale Gruppen durch Bewegungsspiele herauszufinden.

Untersuchungen im Gefühlsbereich sind kaum vorhanden, außer *André Lesté & John Rust* (1984), die mit dem Bielberger-Trait-Anxiety-Inventory 114 Studenten in vier Gruppen untersuchten im Hinblick auf Angstveränderung. Sie verglichen dazu je eine Tanz-, Sport-, Musik- und Mathematikgruppe. Sie erzielten das Ergebnis, daß keine signifikante Veränderung im Bereich Angst bei der Sport- und Musikgruppe sich einstellte, wohl aber bei der Tanzgruppe; die Angst verringerte sich. Auch in dieser Untersuchung kommen die Menschen selbst nicht zum Sprechen, sondern es werden nur die erzielten Zahlen verglichen.

Die Fragestellung meiner Untersuchung ist, inwieweit in einem bestimmten Beobachtungszeitraum der Zugang zu psychischem Erleben und die Äußerungsfähigkeit der Gefühle sich durch die Teilnahme an der Humanstrukturellen Tanztherapie verändert 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,
3. den Bezug zur Gruppe und
4. die Fähigkeit, Gefühle verbal auszudrücken, auch im Zusammenhang mit der verbalen Therapie, d. h. der formalen Gruppentherapie.

2. Methodisches Vorgehen

Die untersuchte Humanstrukturelle Tanztherapie-Gruppe umfaßt 30 Patienten, d. h. jeder zweite Patient der Klinik nimmt daran teil. Es sind alle Diagnose- 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 5 Jahren und wird von Dr. *Ammon* und mir geleitet. Untersucht wurde eine Auswahl von 10 Patienten aus dieser Gesamtgruppe, und zwar zweimal in einem Abstand von drei Monaten. Die erste Untersuchung fand nach dem ersten Tanz des Patienten in dieser Gruppe statt, wobei die Untersuchten unterschiedlich lange an der Gruppe teilgenommen haben können. Die Wiederholungsuntersuchung fand dann

Da das gefühlsmäßige Erleben während eines 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 zu benutzen. Zusätzlich wurde der projektive Persönlichkeitstest, der TAT, eingesetzt und bei 6 Patienten die Videoaufnahme hinzugezogen. Da es sich bei dem Interview um das Erkunden der subjektiven Erfahrungen zu einem umrissenen Ereignis, d. h. in diesem Fall dem Tanz, handelt, spricht man hier von einem fokussierten Interview mit ereignisangemessenem Leitfaden (*Merton/Kendall in Hopf/Weingarten, 1979*).

Die Interviews dauerten im Durchschnitt eine Dreiviertelstunde; als Struktur diente, wie bereits erwähnt, der Interviewleitfaden mit den vier oben erwähnten Themenkomplexen. Zu jedem Themenkomplex gab es eine Leitfrage, bei der der Patient den Raum hatte, so viel 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. Zusatzbereich 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 Gruppenbezug wurde vor allem nach dem Erleben der Gruppe und nach dem Kontakt zu den anderen Gruppenmitgliedern gefragt; im Bereich Gefühlserleben wurde in erster Linie nach den erlebten Gefühlen vor, während und nach dem Tanz gefragt, und nach Gefühlen, die beim Betrachten der Tänze von anderen entstanden. 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 schriftlich protokolliert; der andere Teil der Items wurde quantitativ ausgewertet. Dazu wurde jeweils eine 5-Punkte-Skala (*Bortz, 1979*) entwickelt, nach der die Aussagen aufgrund des Tonbandprotokolls von einer zwei Personen umfassenden Ratinggruppe eingestuft wurden. Ein Rating-Item zur Körperlichkeit war z. B. »Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper«, wobei die Skala 1 Ekel und Ablehnung des Körpers bedeuten sollte, Skala 3 lehnte Teile des Körpers ab, und Skala 5 bedeutete 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 Gefühlserleben 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 Gesprächsablauf eingestuft wurden. Als Ergän-

nahme zugrundegelegt, 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« (Vogel & Vogel 1970). Bei dem Test werden den Probanden 20 Bildertafeln vorgelegt, wobei er zu jeder Tafel eine 5-minütige 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* Sinn, wie der Testautor dies vorschlägt. Eine Verwendung des Test im Rahmen eigener Fragestellung ist allerdings möglich. Der Test wurde 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 und der Gefühlsebene ausgewählt.

Die Auswertung des TAT bestand wie beim Interview aus einem qualitativen Teil, der an den untersuchten vier Bereichen orientiert war, die mit Auflistung und Beschreibung festgehalten wurden, und aus einem quantitativen Ratingteil mit 38 Items. Die Items umfaßten das gefühlsmäßige Erleben, Zugang zu den eigenen Gefühlen, Identifikationsmöglichkeiten mit den Hauptpersonen sowie die Fähigkeit, Gefühle mitzuteilen und zu äußern. Des weiteren waren Ratings für das Erzählverhalten und die Ausgestaltung der Geschichte 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. Auch hier wurden für alle Items eindeutige Operationalisierungen festgelegt. Bei dem Item Grundstimmung des Helden z. B. bedeutete die Skala 1 sehr traurig, verzweifelt und Skala 5 glücklich, zufrieden. Bei Item Angsterleben bedeutete 5 sehr starke Angst, bedrohliche Situationen und 1 überhaupt kein Angstempfinden. Bei der Wahrnehmung von Körper und Beweglichkeit war Skala 1 Körperfeindlichkeit und keine Wahrnehmung des Körpers und 5 starkes, freundliches und lustvolles Erleben und intensive Schilderung von Körper und Beweglichkeit. Die Skala 3 bedeutete bei allen Items den mittleren Bereich. Der Test wurde einen Tag nach der Tanzgruppensitzung mit dem Patienten durchgeführt.

Für die Videoauswertung lagen die Tanzvideoaufnahmen von sechs Patienten vor. Die Videos wurden in die Auswertung mit einbezogen, da naturgemäß das Geschehen beim Tanz und die Bewegung selbst nur schwer verbal auszudrücken sind. Damit ergab sich die Gelegenheit, die Aussagen des Patienten, die Ergebnisse des TATs und die unbeeinflusste Beobachtung durch Dritte miteinander in Beziehung zu setzen. Da die Videoaufnahmen routinemäßig

Einfluß auf die Situation. Die Auswertung der Tänze orientierte sich ebenfalls an den vier Bereichen, die sowohl qualitativ durch Auflistung als auch quantitativ durch Ratings ausgewertet wurden. Im Bereich Körperlichkeit wurden Auflistungen bzw. Ratings im Hinblick auf Körperhaltung und Gesichtsausdruck, sowie verschiedener Items zur Beschreibung der Bewegung vorgenommen. Im Bereich Gefühlsausdruck waren die Items Spürbarkeit der Gefühle, Traurigkeit, Wut, Angst und Freude vorgesehen; im Bereich Kontakt zur Gruppe wurde der Kontakt des Tänzers zur Gruppe bzw. der Gruppe zum Tänzer eingeschätzt.

Die Tänze waren in der Reihenfolge zufällig gemischt. Dadurch sollten Verfälschungen vermieden werden, die aufgrund der Erwartungshaltung der Rater hätten auftreten können. Diese sollten vielmehr einschätzen, ob der gezeigte Tanz der erste oder der letzte des Patienten war.

3. Ergebnisse

Jeder Patient erlebt in der Tanzgruppe eine sehr persönliche Entwicklung. Aus Zeitgründen möchte ich für die nähere Beschreibung der Patienten exemplarisch vier herausgreifen, um dann wieder zu den Ergebnissen der 10 Patienten überzugehen.

Herr O. ist ein junger Mann von zwanzig Jahren, der sein technisches Studium abgebrochen hatte. Er hatte keine Körper- oder Tanztherapieerfahrung, bevor er in die Klinik kam. Zum Zeitpunkt des ersten Interviews weilte er zwei Wochen in der Klinik; er kam in klinische Behandlung wegen seiner Angstzustände und wegen Depersonalisierungszuständen, einer sexuellen Identitätsstörung. Er war unfähig allein zu leben und hörte schlecht, wodurch seine sprachliche Artikulation beeinträchtigt war. 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 hat eine offene, freundliche Kontaktaufnahme. Im ganzen wirkt er jedoch ängstlich, scheu und 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 wählt er moderne rhythmische Musik. Er konnte sich nur sehr stereotyp bewegen, bewegte sich immer auf derselben Stelle und in großem Abstand zur Gruppe. Sein Gesicht war die meiste Zeit von seinem Haar verdeckt, er wirkte sehr zurückhaltend und nahm keinen Kontakt zur Gruppe auf. Man konnte nur seine Eingengtheit spüren, obwohl er im ganzen nicht unfreundlich wirkte. Er selbst sagte zu seinem Tanz, es wäre »ein erhöhendes Gefühl gewesen, in der Mitte zu stehen«, er habe sich darüber gefreut, die Bewegungen kamen von selbst, viel Angst war aber dabei. Er habe die Augen geschlossen, um sich auf die Musik konzentrieren zu können. »Es

Ausdruck meines Selbst«. Er habe sich auch nicht speziell angezogen, er wisse auch gar nicht, wie er sich anziehen wolle.

Beim zweiten Tanz zeigte Herr O. viel mehr seinen Körper, er tanzte mit nacktem Oberkörper und Shorts. Er begann den Tanz sehr eindrucksvoll auf dem Boden. Danach konnte er sich den ganzen Raum in der Gruppe nehmen, er wirkte viel freier, schwungvoller, und man konnte Freude bei ihm spüren. Er hatte noch keinen direkten Blickkontakt, aber es war Kontakt zur Gruppe spürbar. Sein Gesicht war immer noch von seinem schulterlangen Haar teilweise verdeckt. Er selbst sagte in seinem Interview über seinen Tanz: »Am Boden, das war schön, das erdhaft Verbundene und dann diese Bewegungen. Erst waren sie ja ganz leicht und gegen den Boden gedrückt und dann mehr kraftvoll, die ich gar nicht gespürt habe, die Kraft . . . und dann war einfach die Musik schön. Und ich habe auch gut gespürt, wie mich die Musik trägt.« Er empfand seinen Körper als ein ureigenes Stück von ihm, kraftvoll und schön, einfach ein schönes Körpergefühl. Bei der Frage nach den Änderungen vom ersten zum zweiten Teil sagte er darüber: »Der erste Tanz war ziemlich eingengt, der heutige Tanz war völlig anders, mit viel Bewegung, als ob das Leben erwachte.«

Frau K. ist eine 30jährige Erzieherin, die vorher bereits ein Jahr in der ambulanten Tanzgruppe am Münchner Lehr- und Forschungsinstitut teilgenommen hatte. Sie kam in die Klinik wegen depressiver Zustände von Konfusion, Angst und Verzweiflung, schwersten Arbeits- und Berufsstörungen. Bei ihrem ersten Tanz wirkte sie überraschend konstruktiv, sie tanzte energiegeladen zu Trommeln, machte großzügige, bestimmte Bewegungen und konnte auf die einzelnen Gruppenmitglieder zutanzten. Sie hatte sich auch speziell für die Tanzgruppe gekleidet. Trotz der großen Bewegungsmöglichkeiten war ihr Gesichtsausdruck jedoch in sich gekehrt und abweisend, und sie drückte zunehmend Wut aus, brach den Tanz auch ab. Im Interview berichtete sie über ihren Tanz, daß sie Angst hatte »wie üblich«, daß der Tanz ganz an der Oberfläche von dem war, was sie zeigen wollte; sie befürchtete, nur herumzustehen, hatte Angst, ihre Kraft und Grenzen nicht zu spüren. Sie sagte: »Ich habe mich nicht getraut, wie es mir jetzt wirklich geht, zu zeigen, z. B. meine Traurigkeit. Ich traute mich nicht, weich zu tanzen, und ich kontrollierte mich.« Ihren Körper konnte sie zwischendurch nicht spüren, ihr Körper behinderte sie. Sie verspürte eine Tendenz, sich selbst zu verletzen.

Bei ihrem zweiten Tanz wählte sie meditative Musik; sie tanzte überwiegend knieend auf dem Boden. Sie tanzte relativ kurz und geschlossen. Es war eine große Traurigkeit spürbar. Sie wirkte im ganzen viel sympathischer. Sie trug dunkle Kleidung, mit der sie ihren Körper verbarg. Sie konnte jetzt ihre Traurigkeit zeigen, konnte aber nur schwer darüber sprechen, außer daß sie ein »Puddinggefühl« in den Beinen hatte. Andere Gruppenmitglieder aus der Tanzgruppe sagten zu ihr: »Du hast Schwierigkeiten, die Traurigkeit zu zeigen, und nicht das Burschikose, sondern eine andere Seite war zu sehen.«

gerarbeiter und seit insgesamt 9 Monaten in der Klinik. Er kam in die Klinik wegen Depressionen, wegen psychosomatischer Beschwerden und paranoiden Zügen. Außerdem war er schwerhörig, was ihn stark im Kontakt behinderte. Er zeigte ein sehr konkretes Denken und entwickelte eine autistische eigene Philosophie. Er neigte dazu, sich in gewählten und bedeutungsvollen Worten auszudrücken, hatte aber wenig Zugang zu seinen Gefühlen. Körperlich wirkte er sehr starr.

Er wählte für seinen ersten Tanz einen Wiener Walzer, den er wie in einem Ballhaus tanzte mit vorgeschriebenen Walzerschritten, mit einer aufrechten, aber starren Körperhaltung und einem angestregten Gesicht, da er ganz auf den Takt konzentriert war. Er war wütend über einen vorhergehenden Tänzer und wollte es ihm zeigen. Er selbst sagte zu seinem Tanz: »Es war eine gewisse Aufregung zu überwinden. Ich habe keine Angst empfunden, aber es hat eine gewisse Selbstüberwindung gekostet.« Er sagte weiter, er habe aus einem spontanen Gefühl heraus getanzt, er sei aber noch zu nüchtern veranlagt, um etwas Besonderes zu empfinden. Er habe aber seine Körperbewegung als harmonisch erlebt. »Es fällt mir im allgemeinen sehr schwer, meinen Körper zu erleben, ich akzeptiere die neurophysiologische Seite. Zu Körperempfindungen bin ich heute noch nicht in der Lage. Es wird mir in absehbarer Zeit auch sehr schwer fallen.« Er konnte es kaum fassen, bestätigende Worte von Ammon zu bekommen nach seinem Tanz.

Bei seinem zweiten Tanz wählte Herr Z. moderne Musik, die ihm ein Mitpatient geliehen hatte. Seine Körperbewegungen waren bereits viel freier und offener; er wirkte im ganzen beweglicher und von den Bewegungen her weicher. Er hatte sich extra sauber für den Tanz gekleidet: Er selbst sagte: »Nun, ich habe mich gefreut, daß ich tanzen kann. Sehen Sie, wenn ich tanze, versuche ich die Sache möglichst auszutanzen. Ich habe Wärme in meinem Körper gefühlt. Ich freue mich, daß sich etwas lockert. Meine Phantasien wurden durch die Musik inspiriert.« Er sagt beim Vergleich des ersten mit dem letzten Tanz: »Ich habe mich heute freier gefühlt als beim letzten Mal.«

Frau N. ist 20 Jahre alt, Studentin und seit zwei Wochen in der Klinik wegen schwerer Depressionen, Kontaktlosigkeit und Wahrnehmungsschwierigkeiten. Frau N. wirkte im Klinikmilieu wie ein verlassenes kleines Mädchen, sie wirkte desorientiert, war nachlässig gekleidet, hatte aber ein weiches Gesicht und einen weichen Körper und wirkte im ganzen unstrukturiert. Sie hatte bereits seit Kindheit Ballettunterricht erhalten. Bei ihrem ersten Tanz überraschte sie alle mit einer unglaublichen Körperbeherrschung und einem gekonnten tänzerischen Ausdruck. Sie tanzte mit großer Geschwindigkeit, konnte sich den ganzen Raum nehmen und herrlich springen und sich drehen und den Körper bewegen. Sie nahm aber keinen Kontakt zur Gruppe auf. Man hatte mehr den Eindruck, sie würde vor ihrer Angst davonrennen. Zu ihrem Tanz sagt sie selbst: »Ich war sehr aufgeregt, ich wollte mich überraschen lassen und wollte mich ein bißchen zeigen.« Die Musik war kräftiger als er-

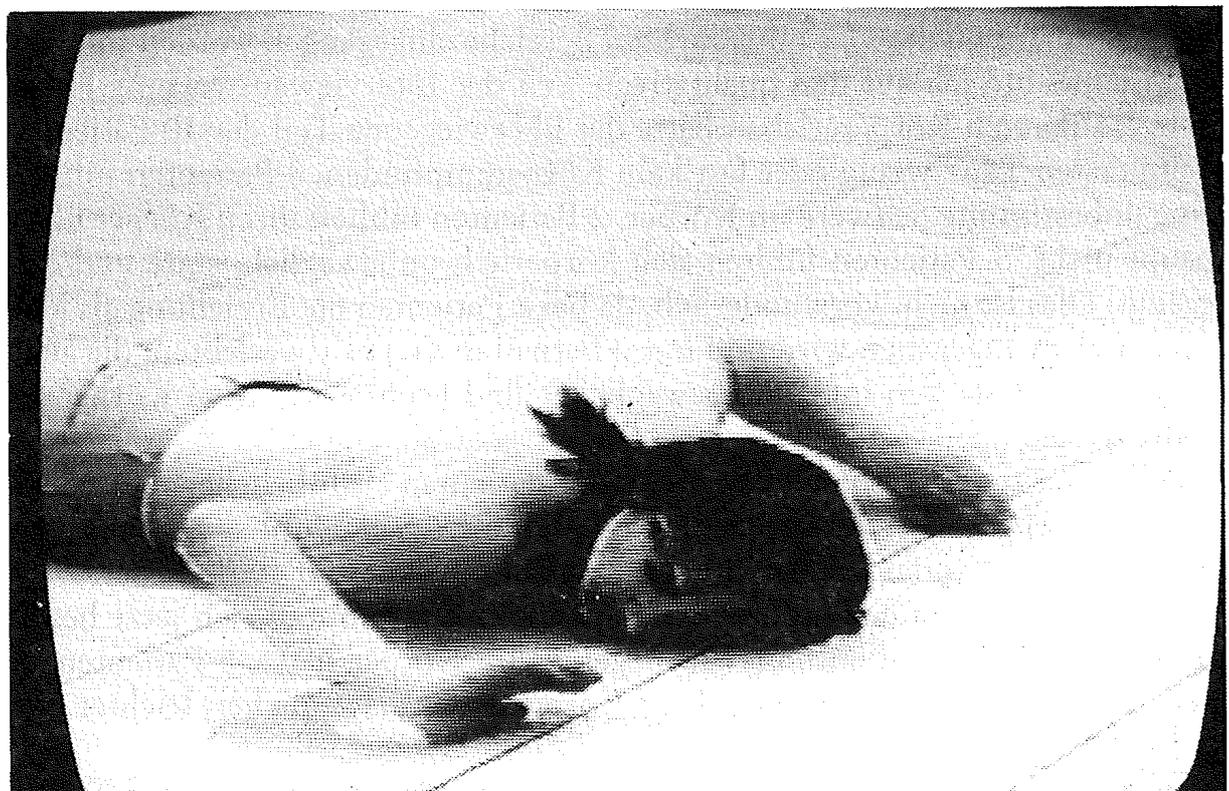
zen Kontakt mit der Gruppe gehabt. Es war aber sehr schön für sie. Es war ihr auch wichtig, in der Gruppe zu tanzen. Sie tanze aber oft ganz anders, dies wäre nicht die Art gewesen, wie sie tanzen möchte. Sie habe zu stark gewirbelt, sie fühle sich nicht ganz bei sich, brauche mehr Hilfe, um sich auszudrücken. Sie fühlte sich »nicht ganz drin« in ihrem Körper, nicht so ganz bei sich. Ihr Körpergefühl sei sehr wechselhaft, und sie fühle sich zu dick, mag nur ihren Oberkörper.

Bei ihrem zweiten Interview sagt Frau N. zu ihrem Tanz: »Ich war sehr versunken. Dies war mein erster Tanz, bei dem ich so bei mir war.« Sie habe kaum aufgeguckt, hatte kein Interesse an Augenkontakt, der sonst Kraft beim Tanzen gab. Aber das wollte sie nicht. »Ich war nur nicht so sicher wie sonst. Es war angenehm, in mich versunken zu sein. Am Anfang denke ich immer, ob ich da rein komme. Als die Musik da war, machte sie mit mir, was sie wollte. Dadurch, daß ich öfter getanzt habe, habe ich mich mehr getraut an Bewegungen. Es wurde mir gesagt, es ist viel Traurigkeit und Verzweiflung bei mir während des Tanzens. Ich weiß, daß ich das bin. Ich fühle mich aber auch leicht und versunken und auch, daß ich zwischendurch sogar gedacht habe, warum so rumwirbeln. Ich bin ganz langsam gegangen. Das war ein erschreckend anderes Gefühl. Einfach nur dahergehen, das ist kaum auszuhalten. Hier muß es weitergehen.« Im Vergleich der beiden Tänze äußert sie: »Ich bin mutiger geworden, habe mehr Zugang zu Gefühlen und sehe mehr Möglichkeiten für mich.«

Im Folgenden sollen die qualitativen und quantitativen Ergebnisse der Interview-, TAT- und Videoauswertungen für alle 10 Patienten dargestellt werden, wobei hier nur auf die wichtigsten Ergebnisse und Veränderungstendenzen innerhalb der vier untersuchten Bereiche eingegangen werden soll. Zunächst möchte ich auf den qualitativen Teil der Interviewauswertung eingehen. Im Bereich Körpererleben hatte der überwiegende Teil der 10 Patienten beim ersten Tanz wenig oder fast kein Körperempfinden. 3 Patienten fühlten eine unbestimmte Schwere im Körper, 2 Patienten fühlten ihren Körper überhaupt nicht. 5 Patienten fühlten sich körperlich unbeweglich, starr und eingeengt. Dies ist nicht verwunderlich, da bei 8 Patienten die Erziehung als körperfeindlich angegeben wird und nur 2 Patienten sie positiv erlebten, die auch angeben, daß sie sich im Tanz beweglicher und leichter in ihrem Körper gespürt haben.

Beim zweiten Tanz beschreiben fast alle Patienten ausführlicher und positiver ihr Körpergefühl außer 2 Patienten, deren Körpergefühl sich nach ihren Aussagen nicht verändert hat. 2 Patienten fühlten sich sehr stark besser, 2 Patienten, die sich im ersten Tanz gar nicht spürten, konnten sich jetzt besser fühlen, wobei ein Patient ein Wärmegefühl im Körper hatte. 5 Patienten sagen, daß sie beim zweiten Tanz ihren Körper freier, beweglicher, leichter und kraftvoller erlebten.

Im Kontakt zur Gruppe konnte festgestellt werden, daß beim ersten Tanz 8





geschlossenen Augen und hatten keinen Kontakt zu einzelnen Patienten in der Gruppe. Die Gruppenatmosphäre wurde aber insgesamt als freundlich erlebt außer von 2 Patienten.

Beim zweiten Interview erlebten sich zwei Patienten nach ihrem Tanz teilnehmender und interessierten sich für andere Tänze. 2 Patienten erleben die Gruppe als unterstützend und hatten Bezug zu einzelnen Gruppenmitgliedern, die für sie wichtig waren. 3 Patienten sagen bei dem ersten Tanz, daß ihre Wahrnehmung von sich mit dem Feedback nicht übereinstimmten, und 4 können sich nicht an das Feedback erinnern. 3 Patienten fühlten sich verstanden und konnten sich an das Feedback gut erinnern. Allen Patienten ist das Feedback wichtig, bis auf einen, dem es egal ist. 4 Patienten heben den Kontakt zum Gruppenleiter hervor. Eine Patientin sagt, daß sie sich nur geschützt fühlt, wenn der Gruppenleiter anwesend ist. Eine Patientin traut sich noch nicht, den Kontakt aufzunehmen, obwohl er ihr wichtig ist.

Beim zweiten Tanz wurde von fast allen Patienten die Gruppe differenzierter beschrieben. 4 Patienten sagen ganz deutlich, daß sie die Gruppe als warm erlebt hätten, sich gut, akzeptiert, wohligh und geborgen gefühlt haben. 2 Patienten haben die Gruppe als wichtig empfunden und fühlten sich durch den direkt aufgenommenen Kontakt zu einzelnen Gruppenmitgliedern sicher. Nur für 2 Patienten war die Gruppe nicht wesentlich, sie haben sich auf sich selbst oder auf die Musik konzentriert, davon war ein Patient, dem es zu diesem Zeitpunkt sehr schlecht ging, er hat die Gruppe gar nicht gespürt.

Das Feedback war für 9 Patienten sehr wichtig. Sie konnten sich an die freudigen Reaktionen und Kommentare erinnern. Nur 2 waren mißtrauisch gegenüber den Feedbackkommentaren. Insgesamt hat die Bedeutung des Kontaktes zu einzelnen Patienten zugenommen. Beim Tanzen wurde die Gruppe im Vergleich zum ersten Tanz mehr gespürt und wahrgenommen. Der Inhalt des Feedbacks stimmte im Vergleich zum ersten Tanz bei 8 Patienten mehr mit dem Eigenerleben überein.

Im Bereich des Gefühlserlebens sprechen 6 Patienten beim 1. Interview von ihrer Angst vor dem Tanz, wobei 2 Patienten sich sehr aggressiv fühlten, 2 Patienten fühlten sich sehr nervös und angespannt und fühlten eine gewisse Aufregung. 7 Patienten können über ihre Gefühle des Tanzes kaum sprechen, können nur darüber sprechen, was sie eigentlich ausdrücken wollten, haben sich ganz auf die Musik konzentriert. 3 Patienten können sich differenziert über ihre Gefühle wie ihre Angst während des Tanzes ausdrücken, 2 Patienten äußern, daß sie sich dabei auch traurig und verzweifelt fühlten, ratlos, klein und hilflos. Eine Patientin fühlte eine befreiende Erotik und Sehnsucht. Nach dem Tanz fühlten sich nur 2 Patienten wohler und erleichtert, 3 Patienten sind enttäuscht von sich selbst und fühlen sich nicht richtig befreit. Es würde noch mehr in ihnen stecken. 5 Patienten sprechen nicht über ihre Gefühle nach dem Tanz. Das Erleben bei anderen Tänzen wird wenig geschildert, außer von 3 Patienten, bei denen einer sich stark berührt fühlt, eine gro-

takt zu dem Tänzer hat.

Im zweiten Interview konnten 5 Patienten ausführlich über ihre Gefühle sprechen. Sie sprechen darüber, daß sie Sehnsucht spürten und Hoffnung, Dazugehörigkeit und Liebe zu den anderen Menschen, erotische Gefühle und Wärme, ein Patient fühlte Leben in sich erwachen. Ein anderer Patient sagt, er könne die Gefühle während des Tanzes nicht in Worte fassen, da sie so schön seien. Es waren Gefühle von Zuhausesein und Erleichtertsein. Sie sprechen auch über ihre große Angst, die sie während des Tanzes spürten; sie hätten noch nie so viel Angst gehabt. Ein Patient spürte zum ersten Mal in seinem Leben wirkliche Angst. Eine Patientin hatte Gefühle von großer Wut und Spott, 2 Patienten fühlten sich schüchtern und unsicher während des Tanzes. Nur 2 Patienten konnten überhaupt keine Gefühle ausdrücken. Es äußern sich 3 Patienten wesentlich differenzierter über die Tänze anderer als beim ersten Tanz.

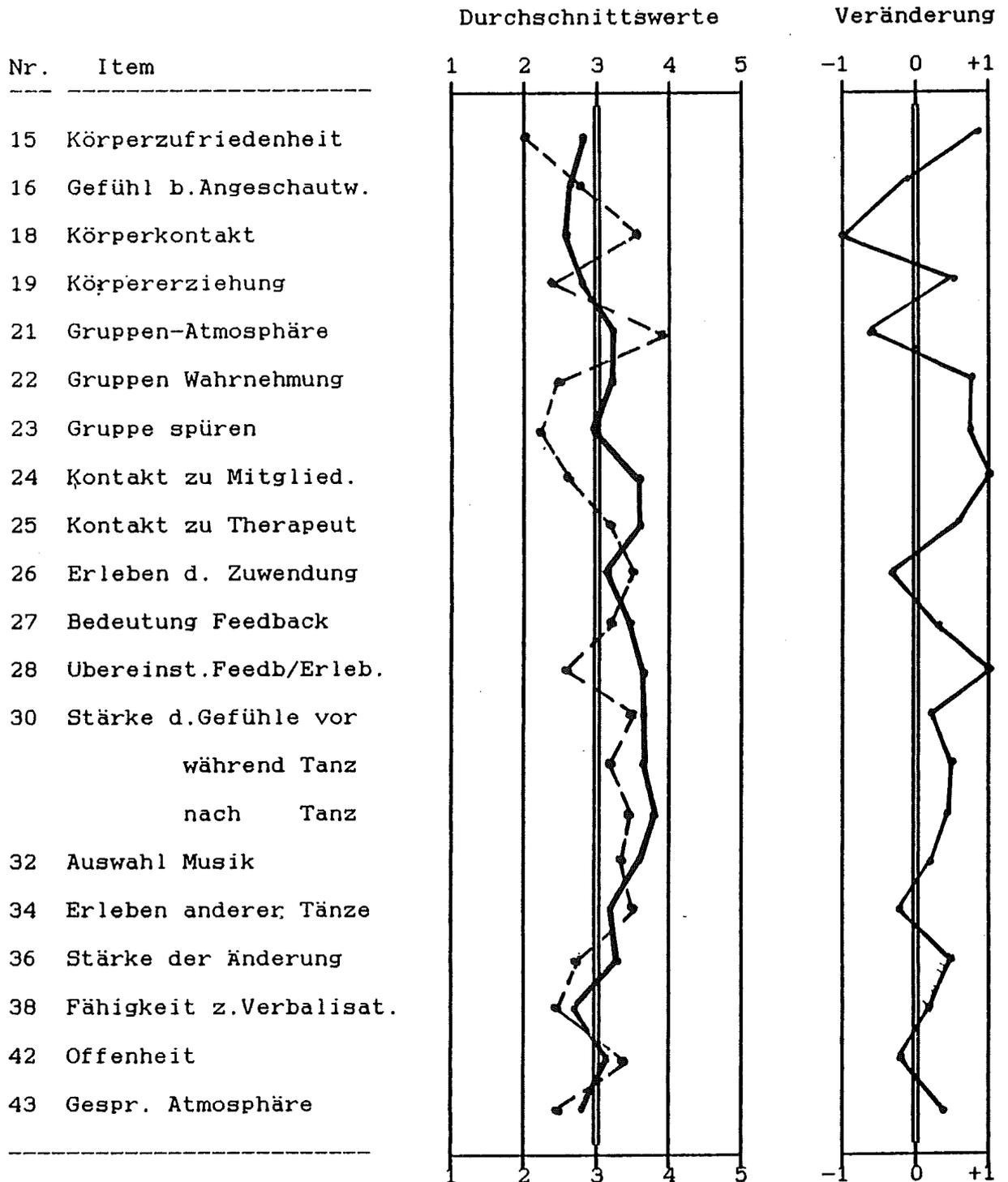
Zusammenfassend kann man sagen, daß entschieden mehr Patienten differenzierter und detaillierter über ihre Gefühle sprechen, über Gefühle von Liebe, Wärme, daß aber vor allem die Angst intensiver gespürt werden kann und auch aggressive Gefühle und Traurigkeit erlebt werden.

Zum Untersuchungsbereich sprachliche Ausdrucksfähigkeit ist zu sagen: 8 Patienten können kaum oder gar nicht über ihre Gefühle, über sich sprechen beim ersten Tanz. 2 Patienten erwähnten, daß sie über Gefühle und Standpunkte gut sprechen könnten, was aber vom Interview gerade bei diesen Patienten nicht bestätigt werden konnte. Bis auf einen Patienten äußern alle Befragten, daß sie ihre Gefühle in der Tanztherapie besser zeigen können als in anderen Gruppen und sie sich unmittelbarer darstellen können, aber wenig über ihre Gefühle sprechen können.

Nach wie vor haben alle Patienten beim zweiten Interview Schwierigkeiten, Gefühle zu verbalisieren. Beim zweiten Interview können aber generell die Patienten sich sprachlich differenzierter über ihre Gefühle äußern, was schon aus dem Interviewverlauf ersichtlich ist. Nur 4 Patienten äußern, daß sie weiterhin schwer ihre Gefühle sprachlich ausdrücken können, eine Patientin sagt, sie hat Schwierigkeiten, tiefere Gefühle zu beschreiben, ein Patient kann Gefühle schwer verbalisieren. 2 Patienten sind generell in Gruppen sehr still. Gerade weil sie so schwer über ihre Gefühle sprechen können, ist den meisten Patienten beim Vergleich mit den anderen Gruppen die Tanztherapie so wichtig. So äußern 9 Patienten, daß sie in der Tanzgruppe besser an ihre Gefühle herankommen. Gefühle können besser und spontaner zum Ausdruck gebracht werden, man könne den anderen weniger vormachen, man ist geschützter und wird weniger verletzt. Die Tanzgruppe ist echter. Auf die direkte Frage nach der Veränderung, die sie in der Tanztherapie erlebt haben, geben die Patienten besseres Körpergefühl, besseren Zugang zu Gefühlen und eine größere Kontaktfähigkeit an.

Dies erscheint als eine Bestätigung der Voruntersuchung, daß diese Bereiche

Themenbereiche in der Untersuchung herangezogen habe. 8 Patienten sprechen von deutlichen Verbesserungen in diesem Bereich, davon 6 Patienten im Körperbereich, 6 Patienten im Gefühlsbereich, und 4 Patienten sagen, daß sie jetzt mehr Kontakt haben können.



1. Interview: Gestrichelte Kurve / 2. Interview: Durchgezogene Kurve
(Durchschnittswerte von 9 Patienten)

Die Ratings der Interviews zeigen eine gute Übereinstimmung mit den qualitativen Auswertungen der Interviews (vgl. Abb. 1). Im Bereich der Körperlichkeit ist die Körperzufriedenheit entschieden gestiegen, bei den anderen Items zur Körperlichkeit finden tendenzielle Veränderungen statt. Die deutlichsten Veränderungen zeigen sich im Bereich des Kontaktes zur Gruppe, in dem sich bei fast allen Items deutliche Steigerungen ergeben, so vor allem im Wahrnehmen und Spüren der Gruppe, Kontakt zu einzelnen Mitgliedern der Gruppe und zum Leiter, Bedeutung der Feedbacks, und vor allem in der Übereinstimmung des Feedbacks mit dem eigenen Erleben, was darauf hinweist, daß Selbst- und Fremdwahrnehmung mehr übereinstimmen. In den Bereichen Gefühlserleben und sprachlicher Ausdruck ergeben sich bei allen Items tendenzielle positive Veränderungen. Allerdings stellt sich bei Item Gefühlserleben nach dem Tanz eine Abnahme des Wertes heraus. Dies läßt sich aufgrund der qualitativen Auswertung so interpretieren, daß die Patienten mehr Gefühle während des Tanzes erleben und damit die Wichtigkeit der Gefühle nach dem Tanz abnimmt.

Bei der TAT-Auswertung möchte ich zuerst auf die qualitative Auswertung der erzählten Geschichten eingehen.

Im 1. TAT nach dem 1. Tanz konnten 6 Patienten zu den einzelnen Bildern Geschichten erzählen, 4 Patienten erzählten sehr ausführliche, interessante und phantasievolle Geschichten. Ihr Erzählstil war flüssig. 2 Patienten erzählten kurze Geschichten, und davon erzählte einer eine Geschichte mit Einsamkeitsgefühlen, Schmerz und Trennung; ein weiterer Patient schweifte allerdings immer während der Geschichte zu seinem realen Leben in der Klinik ab. 4 Patienten beschränkten sich im wesentlichen auf die Beschreibung der Bildinhalte mit depressiver Grundstimmung. Ihr Erzählstil war stockend, zähflüssig und monoton. Im Vergleich des zweiten TAT mit dem ersten TAT lassen sich Veränderungstendenzen feststellen im Hinblick darauf, daß bei 8 Patienten die Personen in den Geschichten im allgemeinen gefühlsmäßig spürbarer werden und sie mehr Beziehung zueinander aufnehmen. Dabei verändern sich 4 Patienten stärker und 4 Patienten schwächer. Die Geschichten werden realitätsnäher, klarer und lassen mehr Beziehung zum Erzähler erkennen. Um dies deutlich zu machen, möchte ich als Beispiel zwei Geschichten eines Bildes aus dem ersten TAT und dem zweiten TAT vorstellen:

Geschichte zum ersten TAT: »zwei Schwestern wohnen zusammen in einem Haus, eine starke, die arbeiten geht, und eine schwache, kränkliche. Die beiden Schwestern werden älter, die eine wird härter, überarbeiteter, die andere immer kränklicher. Eines Tages steht die eine oben an der Treppe und sieht zu, wie die andere den Boden wischt. Sie würde ihr gerne helfen, stürzt aber die Treppe hinunter. Die starke Schwester nimmt sie auf und in den Arm, sieht, daß sie nahe am Sterben ist.«

Geschichte zum zweiten TAT: »Eine Mutter hat acht Kinder. Sie wohnen in einem großen Haus, und jeder hat sein eigenes Zimmer und seinen eigenen

vergessen, dem Kind einen Namen zu geben, weil so viel los war im Haus. Es gab kaum mehr Zimmer. So mußte das Kind unter das Dach; die anderen Kinder nahmen es gar nicht wahr. Dabei wurde es immer wunderlicher und verrückter; weil es kaum Kontakt hatte, konnte es auch gar nicht reden und hauste völlig isoliert unter dem Dach und lebte dort sein Leben. Es lief die Wände hoch oder stand tagelang auf dem Kopf. Der Mutter war das Kind aber doch sehr wichtig. Irgendwie hat sie es sogar am meisten geliebt. Die anderen Kinder wurden älter und gingen nach und nach aus dem Haus. Das letzte Kind wurde immer wunderlicher und hat schließlich gar nichts mehr gesagt. Da ist die Mutter zu ihm hochgegangen mit dem Vorsatz, sich jetzt ganz um das Kind zu kümmern. Doch sie bekommt keinen Kontakt zu ihr und vergißt sie fast. Eines Tages hört sie einen Schrei. Zum ersten Mal kommt die Tochter die Treppe herunter und redet verständlich. Die Mutter nimmt sie in den Arm und schaut ihr in die Augen . . .« Hier möchte ich die Geschichte beenden. Der Erzählstil änderte sich bei den 8 Patienten allerdings kaum. Ein Patient, der im ersten TAT noch kurze Geschichten erzählen konnte, kann beim zweiten TAT kaum oder nur andeutungsweise Geschichten erzählen; er charakterisiert nur kurz den Bildinhalt. Ein Patient konnte den Test bei der Wiederholungsuntersuchung nicht mehr durchführen, da er sich nicht auf die Bildtafeln konzentrieren konnte und aus dem Test ein therapeutisches Gespräch machte. Dies kann bei beiden Patienten mit einer vorübergehenden depressiven Phase während des Therapieprozesses erklärt werden.

Die Ratings des TATs zeigen ein uneinheitliches Bild (vgl. Abb. 2). Tendenziell kann aber gesagt werden, daß sich bei 6 Patienten von 10 Patienten die emotionale Grundstimmung des Helden stark verändert hatte. Bei den anderen 4 Patienten bleibt sie gleich. Die Einstellung des Helden zur Umwelt wurde bei 5 Patienten freundlicher, bei einem Patienten wurde sie unfreundlich, und bei 2 Patienten blieb sie gleich. Bei 3 Patienten zeigte sich eine Verbesserung im Körpererleben der Personen (die Körper wurden freundlicher geschildert). Die Verleugnung der Sexualität verringerte sich bei 6 Patienten. Veränderungstendenzen sind auch bei 6 Patienten im Bereich der Aggression erkennbar. Dabei sinkt bei 2 Personen die Aggression gegen sich selbst und es steigt gleichzeitig die destruktive Aggression nach außen. Bei 3 Patienten wird die Verleugnung der Angst geringer. Der Ausgang der Geschichten wird bei 3 Patienten freundlicher geschildert.

Bei der Videoauswertung (vgl. Abb. 3) kann nur auf die Tänze von 6 Patienten eingegangen werden, da die Tänze von 4 Patienten nicht aufgenommen wurden: Ich möchte hier nur die Ratings zu den Bereichen Körperlichkeit, Emotionalität und Bezug zur Gruppe diskutieren. Bei zwei Patienten verändern sich alle Ratings zu den Items Körperhaltung, Gesichtsausdruck, Bewegungsfluß und die Raumgestaltung positiv. Bei zwei Patienten bleiben diese Ratings gleich, und bei weiteren zwei Patienten verschlechtern sich die Ratingwerte tendenziell, wobei es sich bei dem einen Patienten beim ersten Tanz um einen überhöhten

PTT-Ratings	Recipient	Rating Item-Nr.		A	B	C	D	E	F	G	H	I	K
-	1. Ecl.Körrp	1.	2.	2,1 2,0	1,8 1,8	1,5 2,8	2,4 (2)	2,9 2,4	1,2 1,8	3,1 2,2	2,7 2,3	2,4 2,4	2,6 3,1
-	2. Kont.Un	+	+	2,0 2,6	1,6 1,4	2,5 2,3	1,3 (1)	1,8 1,7	1,7 1,7	2,4 2,7	1,8 1,7	2,0 2,0	2,0 2,6
-	3. Kon.Streb	-	+	1,9 2,3	1,6 1,3	2,5 2,3	1,8 (1)	2,6 2,0	2,0 1,8	3,2 3,1	1,9 1,9	2,1 1,9	2,3 2,4
-	4. Antrieb	-	+	1,9 2,9	2,3 1,7	3,5 3,7	2,1 (1)	2,3 2,6	2,0 2,3	3,4 3,4	2,1 1,9	2,0 1,9	3,1 3,1
+	5. Anival	+	-	3,0 2,4	3,0 2,5	2,7 3,5	2,8	2,4 3,1	3,0 3,0	3,5 3,5	2,3 2,9	2,4 2,6	3,2 2,9
-	6. Einst.Un	-	+	2,3 3,4	2,0 2,5	3,0 2,5	2,5	2,8 2,9	2,8 3,3	3,1 2,5	2,0 2,4	2,9 2,9	2,6 3,1
-	7. Erleb.Un	-	+	2,4 2,7	1,8 2,3	2,3 2,2	2,4	3,0 2,4	2,6 2,8	2,6 2,6	2,1 2,5	2,3 2,2	3,2 2,8
-	8. Gem.Fähig	-	+	2,7 2,4	1,7 2,0	2,8 2,3	2,1	2,1 2,2	2,3 2,6	2,9 2,6	1,9 2,0	2,2 2,0	2,2 2,6
-	9. Lernfähig	-	+	2,9 2,6	2,6 1,4	3,0 3,3	2,0	2,6 2,9	(3,5) (2)	3,2 3,6	2,3 2,3	2,7 2,0	3,0 2,9
+	10. Such.Syn	-	+	2,7 2,0	3,0 2,5	3,2 3,2	3,0	2,1 2,9	2,5 2,8	3,0 3,0	2,4 2,3	2,6 2,2	3,6 2,8
-	11. Streb.Aut	-	+	2,4 2,4	3,2 2,2	3,8 3,6	3,3	2,2 2,9	3,3 2,3	3,3 3,2	2,8 2,4	2,6 2,8	3,2 3,4
-	12. Konfl.Fäh	-	+	2,3 2,0	2,4 2,4	3,2 3,2	3,0	1,9 2,1	3,0 2,0	3,2 3,1	1,9 1,6	2,3 2,4	2,3 2,7
-	13. Gard.Stim	-	+	1,7 2,6	1,8 2,6	2,7 2,8	2,4 (2)	2,1 1,8	1,9 2,3	2,1 2,6	1,8 2,6	2,0 1,9	2,1 2,8
-	14. Ausg.opt.	-	+	3,0 2,6	(1) (1)	4,0 2,8	2,1 1,9	2,6 2,2	2,4 2,8	3,1 3,0	1,6 2,1	2,4 2,3	3,0 3,0
-	15. Ausg.Reif	-	+	3,3 3,0	3,8 1,8	3,0 2,8	2,1	3,1 2,9	2,3 3,3	3,3 3,1	2,7 2,4	2,8 2,1	2,8 3,0
-	16. en.Reife	-	+	3,0 2,6	3,2 2,5	3,3 3,3	2,8	3,0 2,8	3,0 2,5	2,8 2,8	2,8 2,2	2,8 2,6	2,9 2,9
-	17. Schuldgef	-	+	2,7 2,9	3,5 4,2	3,8 3,8	3,9	4,0 4,2	(3) (5)	3,9 4,1	3,3 3,0	3,0 2,9	3,1 3,1
-	18. destäg.An	-	+	2,0 1,6	2,6 2,0	2,3 3,5	2,0	1,9 1,9	(2) (3)	1,8 2,8	1,7 2,1	1,4 2,2	2,4 1,9
-	19. dest.Ag.Se	-	+	2,0 2,6	2,9 2,4	3,0 2,3	2,9 (1)	3,0 2,8	(3) (3)	2,7 2,7	2,9 2,4	3,2 3,6	2,2 2,7
-	20. Verl.Agr	-	+	3,0 2,9	3,3 4,3	2,8 2,6	4,0 (5)	3,4 3,3	(3) (3)	3,4 2,6	3,0 3,2	3,6 3,3	4,1 3,2
-	21. Angst erl	-	+	2,9 2,7	3,2 2,8	2,7 2,8	3,5	3,1 3,4	3,0 2,3	3,5 3,5	3,2 2,8	3,4 3,6	2,2 3,0
-	22. Verl.Ang	-	+	2,4 3,0	4,0 4,3	3,0 4,0	4,3 (5)	2,9 2,4	(3,5) (2,5)	2,7 2,5	3,0 2,4	3,1 3,1	3,6 3,1
-	23. Sex.Win	-	+	2,1 2,6	1,3 1,3	1,5 3,0	2,1	1,9 1,9	2,3 2,0	2,8 1,5	1,0 1,1	2,1 2,1	1,1 1,7
-	24. Verl.Sex	-	+	3,0 2,9	4,0 4,0	3,7 3,0	3,9 (4)	3,3 2,8	4,6 1,7	2,9 4,3	4,6 4,0	3,8 4,0	4,9 3,4
-	25. Suche Id	-	+	3,0 2,1	2,3 1,6	3,8 3,3	2,5 (1)	2,3 2,3	2,9 1,8	3,6 3,2	2,6 2,4	2,8 2,4	2,7 3,2
-	26. Identität	-	+	3,1 3,1	2,1 2,2	3,0 3,7	2,1	2,3 2,1	2,7 3,0	3,2 3,1	2,3 2,3	2,4 2,4	3,1 3,1
-	27. Erz.Stil	-	+	3,0 3,0	1,5 1,4	2,4 3,7	(1)	3,0 2,8	2,0 2,1	3,4 3,0	1,9 1,2	2,6 2,4	4,7 4,0
-	28. Orig.Krea	-	+	3,0 3,0	1,5 1,3	3,0 3,0	1,9 (1)	2,8 2,0	2,0 2,3	3,5 2,9	1,8 1,9	2,3 2,1	4,4 4,3
-	29. ganzh.Erf	-	+	3,7 3,6	2,5 1,3	2,8 3,0	2,1 (1)	2,9 2,3	2,6 2,4	9,9 3,3	2,3 2,0	2,9 2,1	4,4 4,2
-	30. Erz.Halt	-	+	3,0 3,0	2,5 1,3	2,8 3,2	2,4 (1)	3,3 3,2	2,0 2,3	3,2 2,6	2,7 2,7	2,6 2,4	4,2 3,6
-	31. Einf.Erz	-	+	3,1 3,6	2,8 1,4	3,2 3,7	3,0 (1)	3,1 2,4	2,1 3,1	3,3 3,3	3,2 2,2	3,1 2,6	3,7 3,4
-	32. Idf.Held	-	+	3,0 3,7	2,9 1,6	3,3 4,3	2,9 (1)	3,4 2,9	3,0 3,1	3,3 3,4	3,2 3,2	3,3 2,8	3,2 3,3
-	33. Symp.Held	-	+	3,6 3,9	3,3 2,0	4,0 3,0	3,8 (1,5)	3,4 3,2	3,2 3,4	3,3 3,0	3,3 2,5	3,6 3,4	3,9 3,4
-	34. Ausdr.Gef	-	+	3,6 3,0	2,6 1,4	2,3 3,5	2,0 (1)	2,8 2,7	2,4 2,2	3,3 3,1	2,6 2,2	2,6 2,1	3,6 3,1

ersten Tanz mit ebenfalls sehr hohen Werten.

Im Bereich Emotionalität zeigte sich, daß bei dem Item Aggression bei zwei Patienten, die im ersten Tanz Wut zeigen, diese beim zweiten Tanz in Traurigkeit übergang; bei einem Patienten waren statt Angst und Traurigkeit im ersten Tanz im zweiten Tanz hohe Werte beim Item Freude. Zwei Patienten konnten mehr Traurigkeit zeigen, und ein Patient auch mehr Wut.

Zu dem Bereich Kontakt zur Gruppe ist zu sagen, daß drei Patienten, die im ersten Tanz im Bereich Körperlichkeit sehr eingeeengt waren und wenig Kontakt zur Gruppe hatten, beim zweiten Tanz starken Kontakt zur Gruppe hatten und auch die Gruppe zu ihnen. Bei zwei Patienten wird der Kontakt zur Gruppe etwas geringer; sie können aber ihren Körper und ihre Gefühle mehr empfinden. Interessant ist, daß bei drei Patienten, die beim zweiten Tanz einen geringeren Ratingwert beim Item Freude haben und Stimmigkeit, der Kontakt von ihnen zur Gruppe mehr abnimmt als der Kontakt von der Gruppe zu ihnen.

Ich möchte nun zur Diskussion der Ergebnisse kommen. Beim Vergleich der beiden Untersuchungen, Interview und TAT mit Einbeziehung der Ratings der Videoauswertung kann festgestellt werden, daß eine recht gute Übereinstimmung zwischen den Interviewaussagen der Patienten und den Einschätzungen der Rater der Videos besteht. Bei allen Patienten lassen sich in den verschiedenen Bereichen tendenzielle Veränderungen feststellen, die man immer im Zusammenhang mit dem therapeutischen Prozeß interpretieren muß. Patienten, die im körperlichen Bereich sehr eingeeengt waren, konnten mehr Körperbezug und mehr Emotionalität entwickeln. Dies spiegelt sich auch im Ergebnis der TATs wider, bei dem die Grundstimmung freundlicher wird. Dieser Gruppe der körperlich Eingeeengten kann man die Gruppe derje-

Item/Patient	A		B		C		D		F		G	
	1.	2.	1.	2.	1.	2.	1.	2.	1.	2.	1.	2.
1. Körperlichkeit												
3. Körperhaltung	2,7	4,5	1,7	3,7	3,7	2,7	3,0	2,0	3,3	3,0	4,3	2,7
5. Gesichtsausdruck	2,3	3,3	1,3	2,7	3,0	2,3	3,3	2,7	3,3	2,7	3,0	2,0
7. Bewegungsmöglichkeit	1,3	3,0	1,3	2,3	4,3	1,7	2,3	2,7	2,7	2,3	4,0	2,7
8. Bewegungsfluß	1,3	3,7	1,0	2,3	4,0	3,0	3,3	2,0	3,3	2,3	4,0	3,3
9. Raum	1,3	3,7	1,3	2,3	4,0	1,3	2,3	2,3	3,0	3,0	4,0	3,0
10. Zeit	2,3	3,3	1,3	2,0	3,0	1,7	2,3	3,0	3,3	3,3	3,7	3,0
2. Kontakt zur Gruppe												
12. Kontakt zur Gruppe	1,7	3,0	1,7	2,3	3,7	1,0	3,7	2,3	3,0	2,7	2,7	1,7
13. Kontakt von Gruppe	1,7	2,7	1,5	3,0	4,0	1,7	4,0	3,3	3,3	2,0	3,0	2,0
3. Gefühlsausdruck												
16. Spürbarkeit	2,0	3,3	4,3	3,3	4,0	4,0	4,0	3,7	4,0	3,7	4,0	2,3
17. Aggression	1,7	1,7	2,0	2,0	4,7	3,0	1,7	2,7	1,7	2,0	3,0	2,0
18. Traurigkeit	1,7	2,7	4,0	2,3	2,3	4,0	2,0	2,7	2,0	3,0	2,7	2,7
19. Angst	3,0	2,7	4,3	3,7	3,0	3,3	3,0	3,3	3,7	3,7	3,0	3,0
20. Freude	1,7	3,0	1,0	2,3	2,3	1,0	3,7	3,0	3,3	2,7	2,7	1,7
22. Stimmigkeit	3,0	4,0	3,3	3,3	4,0	3,0	4,0	3,3	3,7	2,7	4,0	2,3
24. Veränderung	1,0	2,3	1,7	3,0	3,0	2,3	3,0	2,3	2,0	2,3	2,3	1,7

(Videos bei Pat. D, F und G waren in der Reihenfolge für die Rater vertauscht)

nigen Patienten gegenüberstellen, die zwar äußerlich eine große Bewegungsvielfalt zur Verfügung haben, aber ihre Gefühle sehr schwer zeigen können. Bei dieser Gruppe zeigt sich, daß sie bei der Zweituntersuchung mehr Zugang zu ihren Gefühlen entwickeln konnten, z. B. zu ihrer Traurigkeit, aber auch zu ihrer Aggression, zugleich wird Echtheit und Spürbarkeit stärker. Auch im TAT zeigen sich bei diesen Patienten Veränderungen bei der Aggression und bei der Traurigkeit.

Die TAT-Auswertungen erwiesen sich als relativ problematisch im Vergleich zu den Interviewauswertungen. Dies lag daran, daß der TAT ein verbaler Projektionstest ist, der für Patienten im neurotischen Formenkreis entwickelt wurde und auf die Aufdeckung der verdrängten Konflikte abzielt. Bei den Patienten, die in der Tanztherapie teilnehmen, handelt es sich dagegen um Menschen, die im Bereich der archaischen Ich-Krankheiten einzuordnen sind und große Schwierigkeiten im Verbalisieren ihrer Gefühle haben. Gerade aus diesem Grund entwickelte *Ammon* den Humanstrukturellen Tanz, damit sie auf der nonverbalen Ebene Zugang zu sich selbst bekommen können.

Die Aussagen der Patienten aus den Interviews, die direkt nach den Tänzen stattfanden, zeigten, daß die Patienten in der zweiten Interviewuntersuchung differenzierter und ausführlicher über ihre Gefühle sprechen können, daß sie mehr Kontakt und Vertrauen in die Gruppe haben, daß sie damit begonnen haben, sich mit ihrem Körper und ihren Bewegungsmöglichkeiten auseinanderzusetzen. Die Tanztherapie wird von den meisten Patienten mehr geschätzt als die verbale Therapie. Für viele bedeutet sie sogar die wichtigste Gruppe für ihre Entwicklung.

Bei den diskutierten Werten ist zu berücksichtigen, daß der Untersuchungszeitraum relativ kurz war, und zwar nur drei Monate, was für einen therapeutischen Prozeß bei schwerer kranken Menschen ein sehr kurzer Zeitraum im Verhältnis zur Gesamttherapiedauer ist. Es konnten aber in den vier Untersuchungsbereichen bereits wichtige Veränderungstendenzen nachgewiesen werden.

Diese Untersuchung sollte ein Beitrag sein, die Effektivität und die Bedeutung der Humanstrukturellen Tanztherapie aufzuzeigen.

Psychological Investigations on Humanstructural Dance

Maria Berger (Berlin)

In this paper *Maria Berger* describes the result of her comprehensive study of psychic expression of patients in the Humanstructural Dance. First results of the pilot study, based on the evaluation of three patients have been presented on the 5th world congress of the WADP in March 1987 and published in No. 102/103 in this journal. In this study the results are based on the investigation

group of 30 patients. Furthermore, a qualitative evaluation of the TAT and a qualitative and quantitative evaluation of video recordings have been added.

The author states that the growing attention to body-centered therapies is to be seen as a consequence of an holistic view of man. For *Trudi Schoop* the body is always a visible expression of man as a whole: »Whatever the inner self experiences comes to full realization in the body and whatever the body experiences influences the inner self (cf. *Schoop* 1981). Most body orientated therapies focus on exercises to improve the patient's body awareness, to reduce tensions, and to induce cathartic effects. Dance therapy is a special kind of body therapy. Dance is seen as a possibility for the expression of thoughts, feelings and needs through the body, with the human need for communication (cf. *Willke* 1978).

The author gives a brief survey over the different approaches of the pioneers of dance therapy: *Marian Chace* introduced the basic method of »kinesthetic empathy«, i.e. the empathical taking over and mirroring the patient's movements by the therapist, *Liljan Espenak* is influenced by the *Adlerian* individual psychology. *Mary Whitehouse* came from the *Jungian* school using the method of »active imagination« to work with the unconscious, *Penny Bernstein* focused on the different developmental levels using the gestalt approach, *Elaine Siegel* came from the *Freud* school, emphasizing the psychosexual levels of development and the individuation process. They all have been dancers themselves. They also have an understanding of dance which is called »basic dance« in the literature: The spontaneous transformation of the inner self into movement. In this process a relation should be found to one's own body; creative and unlive potentials should be awakened.

The author states that the different approaches tend to be eclectic, because they are not fully integrated in a theoretical conception of man and usually not integrated into a treatment conception of the hospital.

The Humanstructural Dance was developed by *Günter Ammon* in the last six years especially for the so-called »unreached« patients, that means patients who could not benefit from the verbal therapies, who remained not understood and unchanged in the center of their personality. The Humanstructural Dance is integrated in *Ammon's* theoretical conception of the Humanstructuralology, which is based on the fundamentals of social energy, group dynamics, the positive definition of the unconscious personality, the human structures and the 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. 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 feedback the group gives to the dan-

interplay takes place between the conscious and the unconscious, individual and group, female and male, healthy and ill. 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. Within a supporting group, the dancer experiences his body, expresses himself by means of the language of the body, establishes contact both with himself and the group. It has an enormous creative, integrating and healing effect not only for the dancer but also for the surrounding group (cf. *Ammon* 1986). For *Ammon*, therapy aims at the integration of different dimensions into the identity of man.

In her experience in Humanstructural Dance therapy since five years — as co-therapist and as active dancer — *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 nonverbal 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 of 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 included 30 patients, all diagnoses and ages were represented. 10 Patients were investigated. The main point of interest was to examine, if there is a change in the way of experiencing and expressing of the patient's feelings within an interval of three months. The author focused her investigation to four areas:

1. Experience of the body and the possibilities for self-actualization;
2. the approach to the group;
3. the approach to his own feelings before, during, and after the dance and the ability to express them;
4. the ability to verbalize feelings.

The main instrument was an open interview with a narrative part and guiding questions, the Thematic Apperception Test (TAT) with 10 selected pictures and rating of the videorecordings of the dances. The interviews took place immediately after the dance session, the TAT one day later. The situative context was taken into consideration. Each investigation was evaluated qualitatively and quantitatively with respect to the four areas of investigation. The patient's statements were classified by a rating group on predefined scales of 5 points from a tape protocol. For the interview 44 items were chosen such as

dance«, »ability to verbalize feelings«. For the TAT 34 items for each picture were chosen such as »perception of body and movement«, »attitude towards other people«, »basic mood«, »aggression towards other people«, »degree of speech in the stories«, »flow of speech«. For the evaluation of the video-tapes 25 items were chosen such as »posture«, »expression of the face«, »sadness«, »joy«, »anger«, »relationship to the group«.

Maria Berger describes four of the patients investigated in detail. For example a 20-year old woman, who came into hospital because of depression and feelings of isolation. At her first dance she moved very quick and took the whole space for her jumps and turns. Everybody was astonished but there was no contact to the group. In the interview she reported that she liked her dance, but she did not feel herself being in her body. In the second interview she reported that she felt herself very deeply. »I had a light feeling and I thought, why that jumping and running. I walked very slow. That was a terrible new feeling, very hard to bear. I am more confident now and I am more in touch with my feelings.«

The evaluation of the interviews proved the following results:

1. In the area of »body experience« most of the 10 patients had little or almost no approach to their own body. 3 patients had a feeling of heaviness, 2 patients did not feel the body, 5 patients felt themselves stiffly. Only 2 patients had a light, easy-going feeling, these two patients also reported, that there was a friendly attitude towards the body in their education in childhood. In the second interview 8 patients reported more detailed and more positive their feelings of the body. 5 patients reported that they could feel their body more freely, more easy-going and more powerful.
2. In the area »approach to the group« there were 8 patients who could not perceive the group at their first dance. Mostly they danced with closed eyes. 4 patients did not remember the feedback they got after the dance, 3 patients did not feel to be understood. In the second interview the group was described much more distinctively, they had much more contact to the other members. 8 patients experienced the feedback as more consistent with their own feelings.
3. In the area »approach to the feelings« 7 patients could hardly speak about their feelings during their dance. In the second interview 5 patients could speak very distinctively and detailed about their feelings. They reported feelings of longing, of hope, of sadness, of love, of warmth and of much fear. There is much more variety of feelings in the patient's reports.
4. In the area of »verbalization« 8 patients could not or almost not speak about their feelings in the first interview. In the second interview still all patients have difficulties to speak about the feelings, but generally, the patients could describe their feelings more distinctively. 9 patients reported that they have a better approach to their feelings in the dance therapy group, that there is a protective space to express the feelings.

The quantitative ratings supported these findings: The ratings in the area »bo-

very clear improvements in the area »approach to the group«: almost all of the ratings have risen, showing that there is more contact and a better understanding between the dancer and the group. In the other two areas there are some improvements, showing that there are more feelings rated during the dance, but less after the dance, indicating that the feelings during the dance are becoming more important.

The evaluation of the TAT showed following results: At the first TAT 4 patients could not tell stories to the pictures, they just described the picture showing a depressive mood, with a tenacious, monotonous speech. At the second TAT, 8 patients improved in a way that there was more relationship towards other people, the feelings of the people in the stories became clearer, with more emotional engagement. The stories changed to more reality, clarity.

As an example, the author demonstrates these findings by contrasting two stories told from the same person from the same picture. The quantitative evaluation of the TAT showed that for 6 patients the rating of »basic mood« improved towards more joy and more confidence, for the other 3 patients there was no change, there is a more friendly attitude of the 'hero' towards the surrounding people. 3 people showed an increase in the item »perception of body and movement«. For 6 patients there was some change to the items of aggression, showing a tendency towards more feelings of aggression, directed more to outside, less directed against themselves, 3 patients showed a decrease in the denial of anxiety.

The evaluation of the video rating proved the following changes: For 2 patients all items in the area of body and movement improved, for 2 patients there was no significant change, 2 patients were rated lower, from very high scores at the first dance, which have been very »constructive« dances, without an expression of their inner feelings. For 2 patients there was a change in the quality of emotions they expressed in their first dance: They were highly rated in anger at the first dance, which changed to the expression of sadness in their second dance. There also was more joy, sadness, and more anger at the other dances compared with the first dance. 2 patients had much more contact rated in their second dance than in their first dance, 2 patients who were rated lower in the degree of contact they showed towards the group were still highly rated in the attention and contact the group gave to them.

The author points out that these findings are to be discussed individually, according to the therapeutic process. The author describes two types of patients: those who proved to be stiffly and restricted in the area of body movement. These patients could develop a better approach to body and emotions. The TAT proved a tendency towards more joy and confidence. On the other hand there are patients who have a large repertoire in movements but are not able to show their feelings. Those patients proved to have a better approach to their inner feelings and to have more confidence to the group to show their sadness or anger, which became more visible. These changes could also be con-

To summarize the results the investigation has proven a good concordance between the results of the interviews and the video rating and a concordance in some aspects with the TAT. The TAT proved not to be very suitable for this kind of investigation, because the TAT still is a verbal test developed for neurotic patients and not for patients who have difficulties to verbalize.

In spite of the short interval of three months between the first and the second investigation, this study has proven changes for all patients in these four areas described above, which can be seen as an evidence for the importance and the therapeutic efficiency of the Humanstructural Dance therapy.

Literatur

- Alexander, F.M.* (1971): *The Resurrection of the Body*. (New York: University books)
- Alexander, G.* (1978): *Eutonie. Ein Weg der körperlichen Selbsterfahrung*. 3. Aufl. (München: Kösel)
- Ammon, G.* (Hrsg.) (1979a): *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie*, Bd. 1 (München: Ernst Reinhardt)
- (1979b): Entwurf eines Dynamisch-Psychiatrischen Ich-Struktur-Konzepts. Zur Integration von funktional-struktureller Ich-Psychologie, analytischer Gruppendynamik und Narzißmus-Theorie. In: a.a.O.
- (Hrsg.) (1982a): *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie*, Bd. 2 (München: Ernst Reinhardt)
- (1982b): Das sozialenergetische Prinzip in der Dynamischen Psychiatrie. In: a.a.O.
- (1985): Die Rolle des Körpers in der Psychoanalyse. In: *Petzold, H.* (Hrsg.): *Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven*. (Paderborn: Junfermann)
- (1986a): Der mehrdimensionale Mensch. Zur ganzheitlichen Schau von Mensch und Wissenschaft. (München: Pinel)
- (1986b): Der mehrdimensionale Mensch. In: a.a.O.
- (1986c): Humanstruktureller Tanz — Heilkunst und Selbsterfahrung. In: *Dynamische Psychiatrie*, 19, 317—342
- (1986d): Humanstruktureller Tanz — Selbsterfahrung, Meditation, Körpererleben, Therapie. In: *Krankengymnastik*, 38, 862—867
- (1986e): Tanz als Therapie — Humanstruktureller Tanz in Theorie und Praxis. In: *Magazin* 2000, 8, Nr. 64, 48—52
- (1986f): Interview mit Günter Ammon über Humanstrukturellen Tanz durch *Paul Kalkbrenner* im Tagungszentrum Paestum am 1.9.1986. In: *Dynamische Psychiatrie*, 19, 343—352
- Bartenieff, J.* (1973): *Effort/Shape: A tool in dance therapy*. ADTA Proceedings of the 7th Annual Conference, (Columbia, MD: American Dance Therapy Association)
- Bernstein, P.L.* (1979): *Eight Theoretical Approaches in Dance-Movement Therapy*. (Dubuque, Iowa: Kendall/Hunt)
- Bernstein, P.L.* (1981): *Theory and Methods in Dance-Movement Therapy* (3rd ed.) (Dubuque, Iowa: Kendall/Hunt)
- Bortz, J.* (1979): *Lehrbuch der Statistik. für Sozialwissenschaftler*. (Berlin/Heidelberg/New York: Springer)
- Brooks, Ch.* (1974): *Sensory Awareness: The Rediscovery of Experiencing*. (New York: Viking Press)
- Chaiklin, H.* (Hrsg.) (1975): *Marian Chace: Her Papers*. (Columbia, Maryland: American Dance Therapy Association)
- Chaiklin, S.* (1975a): *Dance Therapy*. In: *Aridi, S.* (Ed.): *American Handbook of Psychiatry* (2nd ed.), Vol. 5. (New York: Basic Books)
- Dropsy, J.; Sheleen, L.* (1977): *Maitrise. Corporelle und menschliche Beziehungen*. In: *Petzold, H.* (Hrsg.) (1977): *Psychotherapie und Körperdynamik*. 2. Aufl. (Paderborn: Junfermann)
- Duggan, D.* (1983): *Tanztherapie*. In: *Corsini, R.J.* (Hrsg.): *Handbuch der Psychotherapie*, Bd. 2. (Weinheim. Basel: Beltz)

- cal Approaches in Dance-Movement Therapy (Dubuque, Iowa: Kendall/Hunt)
- Ferenczi, S.* (1921): Weiterer Ausbau der 'aktiven Technik' in der Psychoanalyse. In: *Balint, M.* (Hrsg.) (1972): Schriften zur Psychoanalyse, Bd. 2, (Frankfurt: Suhrkamp)
- Freud, S.; Breuer, J.* (1885): Zur Psychotherapie der Hysterie. In: Studienausgabe Ergänzungsband, Schriften zur Behandlungstechnik (1975) (Frankfurt: Suhrkamp)
- Güvenc, R.O.* (1986): Alttürkische Musik und schamanische Heiltänze. Vortrag (mit Demonstration) gehalten auf dem 4. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XVII. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 14.—18. März 1986 in der Hochschule der Künste Berlin
- Hargadine, M.P.* (1974): Development and Criticism of a Measurement Instrument for Scope of Movement. In: American Dance Therapy Association (ADTA) (Hrsg.) Proceedings of the Eighth Annual Conference. (Columbia, Maryland: American Dance Therapy Association)
- Kalish, B.* (1974): Body Movement Scale for Atypical children. An Exploratory Study with a Normal Group. In: American Dance Therapy Association (ADTA) (Hrsg.): Proceedings of the Eighth Annual Conference. (Columbia, Maryland)
- Katz, R.* (1985): Num. Heilen in Ekstase. Interlaken
- Keen, H.* (1971): Dancing toward wholeness. In: American Dance Therapy Association (ADTA) (Hrsg.): Monograph No. 1 and Second Annual Proceedings (1967), (Columbia, M.D.: American Dance Therapy Association)
- Kestenberg, J.* (1965): The Role of Movement in Development: The Rhythms of Movement. In: Psychoanalytic Quarterly, XXIV, 1—36
- Kiphard, E.J.* (1975): Bewegung und Tanz als präventive und kurative Psychohygiene. In: Rhythmik in der Erziehung, 4
- Kirchmann, E.* (1979): Rhythmische Bewegungstherapie, integrative Bewegungstherapie und konzentrierte Bewegungstherapie — ein Methodenvergleich. Graduierungsarbeit, Fritz-Perls-Institut Düsseldorf 1978. In: Beihefte zur Integrativen Therapie 1979
- Klein, P.* (1983): Tanztherapie — eine einführende Betrachtung im Vergleich mit Konzentrativer und Integrativer Bewegungstherapie. (Sudenburg: Pro Janus)
- Leeds, A.* (1977): Lomi, ein ganzheitlicher Zugang zu Bewußtsein und persönlichem Wachstum. In: *Petzold, H.* (Hrsg.): Die neuen Körpertherapien. (Paderborn: Junfermann)
- Leventhal, M.B.* (1979): Research in Movement Therapy. . . adaption . . . definition . . . growth. In: American Dance Therapy Association (ADTA) (Hrsg.): Proceedings of the Eighth Annual Conference. Columbia, Maryland
- Lippe, R.* zur (1983/84): Am eigenen Leibe. Zur Ökonomie des Lebens, 3., überarb. Auflage. Frankfurt a.M.
- Lowen, A.* (1958): The Language of the Body. (New York: Collierbooks)
- (1979): Bio-Energetik, Therapie der Seele durch Arbeit mit dem Körper, (Hamburg/Reinbek: Rowohlt)
- Maslow, A.H.* (1971): The Farther Reaches of Human Nature. (New York: Viking Press)
- McCarthy, H.* (1973): Use of the Draw — a — Person Test to Evaluate a Dance Therapy Program. In: Journal of Music Therapy, Vol. X., Fall 141—155
- Merton, R.K.; Kendall, P.L.* (1979): Das fokussierte Interview. In: (Hrsg.) *Hopf, C.; Weingarten, E.:* Qualitative Sozialforschung. (Stuttgart: Klett Cotta)
- Middendorf, J.* (1977): Atem — und seine Bedeutung für die Entwicklung und das Heilsein des Menschen. In: *Petzold, H.* (Hrsg.): Die neuen Körpertherapien (Paderborn: Junfermann)
- Pesso, A.* (1973): Experience in Action: A Psychomotor Psychology. New York
- Petzold, H.* (Hrsg.) (1977): Die neuen Körpertherapien. (Paderborn: Junfermann)
- (1981): Psychotherapie & Körperdynamik: Verfahren psychophysischer Bewegungs- und Körpertherapie. 4. Aufl. (Paderborn: Junfermann)
- Rolf, J.P.* (1958): Structural Integration: Postural Release. In: The Journal of the Institute for the Comparative Study of History, Philosophy and the Sciences. Vol. I, No. 1, 1963
- Ruttenberg; Kalish; Werner & Wolf* (1974): A Description of the Behaviour Rating Instrument for Anniistic and other atypical children (BRIAAC). In: American Dance Therapy Association (ADTA) (Hrsg.): Proceedings of the Eighth Annual Conference. Columbia, Maryland
- Sandel, S.; Johnson, D.; Bruno, C.* (1979): Exploring the effect of structure in dance therapy sessions with three different populations. Presented at the American Dance Therapy Association's Annual Conference, Seattle, Washington
- Schmais, C.; White, E.Q.* (1972): Movement Analysis: A Must for Dance Therapists. In: American Dance Therapy Association (ADTA) (Hrsg.): Proceedings of the Sixth Annual Conference

Columbia, Maryland

- Schoop, T.* (1981): Komm und tanz mit mir: Ein Versuch, dem psychotischen Menschen durch die Elemente des Tanzes zu helfen. (Zürich: Musikhaus Pan)
- Stolze, H.* (1977): Konzentrative Bewegungstherapie. In: *Eicke D.* (Hrsg.): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts. Bd. 3, (Zürich/München: Kindler)
- Trott, M.L.* (1974): Expressive Movement Style And Personality Characteristic. In: American Dance Therapy Association (ADTA) (Hrsg.): Proceedings of the Eighth Annual Conference. Columbia, Maryland
- Vogel, L.H.; Vogel, L.J.* (1970): Projektive Verfahren und ihre Anwendung. Aus: Messen und Testen in der Psychologie. Spezielle psychodiagnostische Verfahren
- Willke, E.* (1978): Tanz: Erfahrung jenseits der Sprache. In: Psychologie Heute, Juli 1978, 15—21, 24—25
- (1985): Tanztherapie. Zur Verwendung des Mediums Tanz in der Psychotherapie. In: *Petzold, H.* (Hrsg.) (1985): Leiblichkeit. Philosophische, gesellschaftliche und therapeutische Perspektiven. (Paderborn: Junfermann)
- Wilmar, F.* (1977): Heileurhythmie. In: *Petzold, H.* (Hrsg.): Psychotherapie & Körperdynamik, 2. Aufl. (Paderborn: Junfermann)
- Whitehouse, M.S.* (1979): C.G. Jung and Dance Therapy: Two major principles. In: *Bernstein, P.L.*: Eight theoretical approaches in dance therapy. (Dubuque, Iowa: Kendall/Hunt)

Adresse der Autorin:

Maria Berger
Fasanenstr. 61
1000 Berlin 15

Systemerkrankungen als Überforderung von Psyche und Soma: Methodik der Analyse und vorliegende Befunde am Beispiel Krebs und Gefäßerkrankungen***

Rainer B. Pelka (Neubiberg)*, Ronald Grossarth-Maticsek (London)**

In überzeugender Weise legen die beiden Autoren auf der Grundlage von drei großen Patientenstichproben dar, daß bei Systemerkrankungen wie Krebs oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen psychosoziale Faktoren eine erhebliche Rolle sowohl für den Prozeß der Erkrankung wie auch für die zu fordernde psychosomatische Behandlung spielen. Bei Systemerkrankungen gilt in besonderem Maße, daß die bisherigen Ansätze einer organismisch orientierten Kausaltheorie weder für das theoretische Verständnis noch für eine der Erkrankung entsprechende Behandlungsmethodik ausreichen. Die Autoren fordern daher eine Revision des kausalen Krankheitsmodells und stellen ihm ein mehrdimensionales systemtheoretisches Krankheitsmodell gegenüber. In zwei neueren, jeweils 10-jährigen Studien über Krebs und Gefäßerkrankungen mit 1 400 bzw. 5 000 Patienten wurden die Hypothesen, daß psychische Faktoren ein wesentliches Erkrankungsrisiko bedeuten, hochsignifikant ($P < 0.001$) bestätigt. Die bekannten Risikofaktoren für Krebs und Herzinfarkt wirken bei Hinzukommen psychischer Überbelastung nicht nur additiv, sondern multiplikativ ($P < 0.001$). In zwei weiteren kleineren Studien konnte sehr bis hochsignifikant ($P < 0.001$ bis 0.01) bestätigt werden, daß eine begleitende psychotherapeutische Behandlung das Mortalitätsrisiko durch Krebs wie durch Gefäßerkrankungen deutlich verringern kann. Dieses Ergebnis gewinnt zusätzlich an Bedeutung angesichts der Tatsache, daß gerade diese Erkrankungen an der Spitze der Todesursachen in der Bevölkerung stehen.

1. Alternative Modelle der Genese und Therapie von Erkrankungen

1.1. Homöostatische Systeme

Zur Steuerung von Systemerkrankungen wie Tumor, Multiple Sklerose oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen dürften unbestreitbar die bisherigen Ansätze einer Kausaltherapie unzureichend sein. Denn sie haben nur symptomatischen Charakter, soweit sie nicht operativ eine echte Beseitigung der Störfaktoren bewirken können.

Mono- oder multikausale Modelle eignen sich bei relativ einfachen Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen wie der Genese und der Therapie von Infektionserkrankungen. Sie versagen, wenn es sich — wie bei den Systemerkrankungen — um Störungen in den noch komplizierteren Regelkreismodellen biologischer Systeme handelt. Dies führt aber zu grundsätzlich anderen Betrachtungsweisen der Genese und Therapie von Systemerkrankungen.

Krankheit wird beim Systemmodell als eine Situation im Organismus definiert, bei der das interne Regelsystem nicht mehr in der Lage ist, extern oder

* Prof. Dr. phil., Lehrstuhl für Angewandte Statistik an der Universität der Bundeswehr München

** Dr. rer. pol., Institute of Psychiatry, University of London

*** Vortrag gehalten auf dem 6. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP/XIX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse

intern bedingte Störungen (= Abweichungen vom Gleichgewicht) ausreichend (rasch) zu beheben, d.h. den Organismus wieder ins Gleichgewicht zu bringen. Daher kann bei Systemerkrankungen die Bedeutung von indirekten wie z.B. psychischen Störfaktoren viel größer und vor allem viel dauerhafter sein als die vieler direkter somatischer Krankheitsfaktoren.

Ein *Homöostatisches System* (= H.S.) im Organismus ist ein internes Regelsystem, das die Aufgabe hat, bei auftretenden Abweichungen des Ist-Zustandes vom Sollwert geeignete Maßnahmen zu treffen, um den Organismus wieder möglichst rasch ins Gleichgewicht zu bringen. Ein bekanntes Beispiel eines H.S. ist ein Thermostat-gesteuertes Heizungssystem, das über einen Meßfühler Temperaturabweichungen vom voreingestellten Sollwert registriert und daraufhin die Heizungspumpe veranlaßt, so lange aufzuheizen, bis die Solltemperatur wieder erreicht ist. Etwas komplizierter wird die Situation schon, wenn auch Abweichungen nach oben korrigiert werden müssen (Kühlmechanismus) oder gar neben der Temperatur auch relative Feuchtigkeit und Luftdruck zu steuern sind.

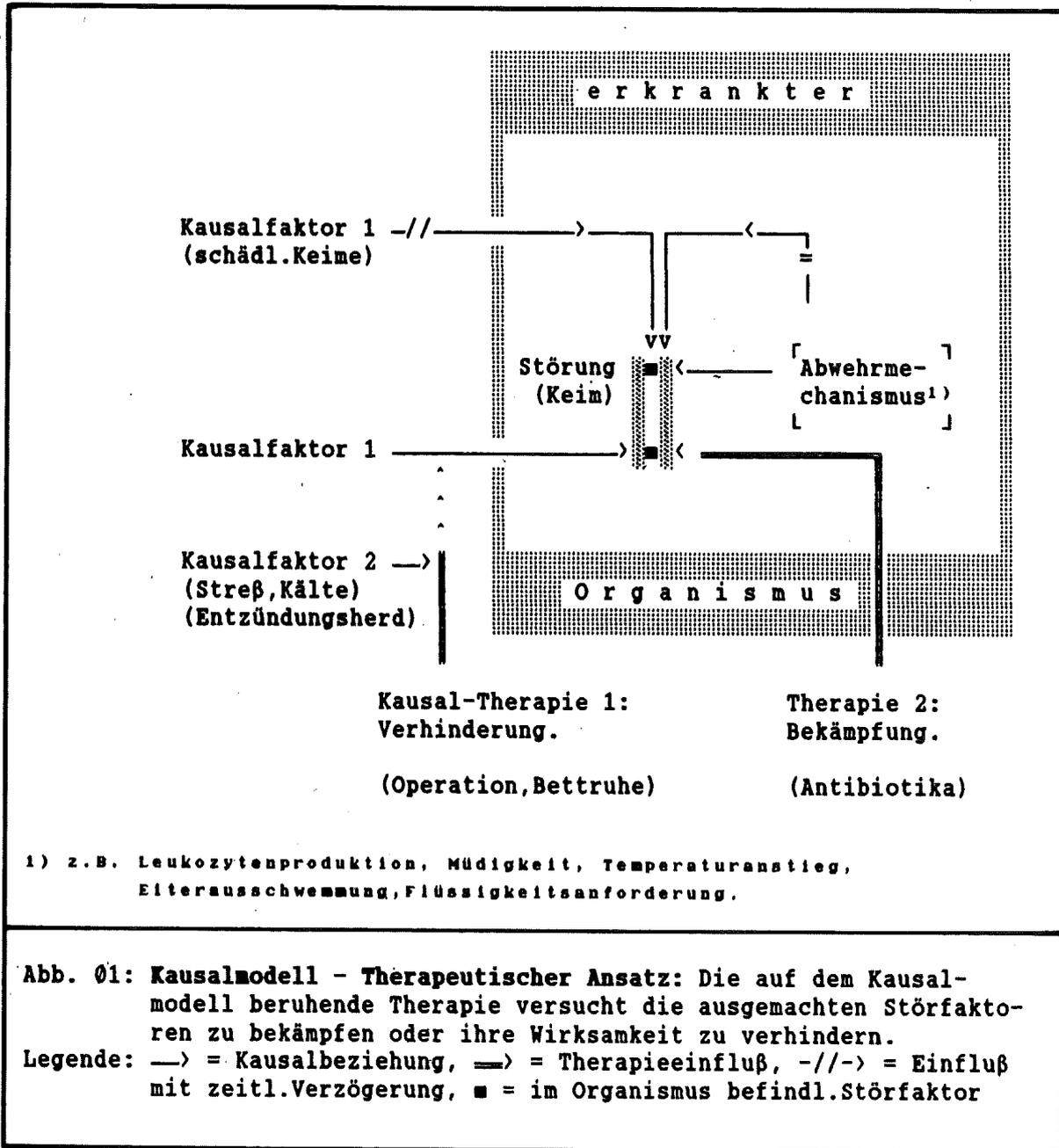
Das H.S. im Organismus ist natürlich sehr viel komplizierter, da hierbei eine Vielzahl von teilweise voneinander auch noch abhängiger Istwerte kontrolliert und bei Abweichungen vom Soll korrigiert werden muß. Konzentriert man sich auf die Betrachtungsweise dieser Regelsysteme im Organismus, muß man bei der Therapie von Systemerkrankungen primär mit der Stärkung bzw. Stabilisierung des H.S. beginnen. Erst in zweiter Linie bedarf es eines Schutzes vor den externen Störfaktoren. Soweit sie die Schwächung des H.S. verursachen, liegen sie in der Regel zeitlich weiter zurück. Als akuter Faktor sind sie höchstens Auslöser der Erkrankung.

Unter *Systemerkrankungen* verstehen wir im folgenden Erkrankungen, bei denen das System der regulierenden Reaktion des Organismus, das heißt des H.S. versagt. Des weiteren stellen wir die Hypothese auf, daß chronische Erkrankungen wie Krebs und Gefäßerkrankungen zu den Systemerkrankungen gehören. Dabei ist natürlich nicht ausgeschlossen, daß akute Phasen der Erkrankung durch akute Auslöser bedingt sein können. Die formale Beschreibung von Systemerkrankungen erfordert andere methodische Hilfsmittel als die »Kausalmodelle«, ebenso wie die erfolgreiche Behandlung ein anderes therapeutisches Vorgehen als nur Abwehr und Bekämpfung nahelegt.

1.2. Das Kausalmodell

Eine grobe Darstellung des Kausalmodells von Erkrankungen mit den beiden möglichen therapeutischen Ansätzen zeigt *Abb. 01*:

Störfaktoren, die in den Organismus eingedrungen sind, werden direkt bekämpft oder es wird wenigstens versucht, ihre schädigenden Auswirkungen zu reduzieren.



Die theoretische und praktische Brauchbarkeit dieses Modells vor allem in den wichtigen Bereichen der Infektionserkrankungen und im Bereich der Chirurgie lenkte von der Tatsache ab, daß auch diesem therapeutischen Vorgehen Regelkreismodelle zugrundeliegen.

Der eine Regelkreis liegt im Innern des Organismus und veranlaßt über die Rückmeldung des Bekämpfungserfolges die Initiierung von weiteren Aktivitäten.

Der zweite Regelkreis wird durch die ärztliche Betreuung geschlossen: Der Arzt prüft den Erfolg der Interaktion von Medikament und körpereigener Abwehr und setzt dann gezielt ergänzende oder alternative Therapien ein.

Der Nachteil konventioneller Betrachtungsweisen liegt darin, daß wegen der Konzentration auf mögliche Kausalbeziehungen vom Arzt nicht so sehr

dessen Ergebnis. Der Arzt registriert sehr wohl den Erfolg oder Mißerfolg der Körperabwehr — ggf. schon unterstützt durch seine Therapie. Aber er deutet die Ergebnisse vor allem in Bezug auf seine Therapie. Der Regelkreis bzw. die Regelkreise im Organismus werden von ihm als feste Größe angesehen, sofern er nicht aus seiner klinischen Erfahrung heraus diesen Regelkreis zu beeinflussen versucht (z.B. Verordnung von Bettruhe, um das evt. geschwächte H.S. von vermeidbaren Aufgaben zu entlasten).

1.3. Das System-Modell

Ohne die Kenntnis der wechselseitigen, systemtheoretischen Abhängigkeiten sowie der inter- und intraindividuellen Varianz kann das Regelsystem im Organismus nicht oder nur intuitiv in quasi »synergistischer Weise« zur Kooperation gebracht werden. Erst bei Verwendung des Systemmodells lassen sich zwei Möglichkeiten systematisch nutzen (s. Abb. 02):

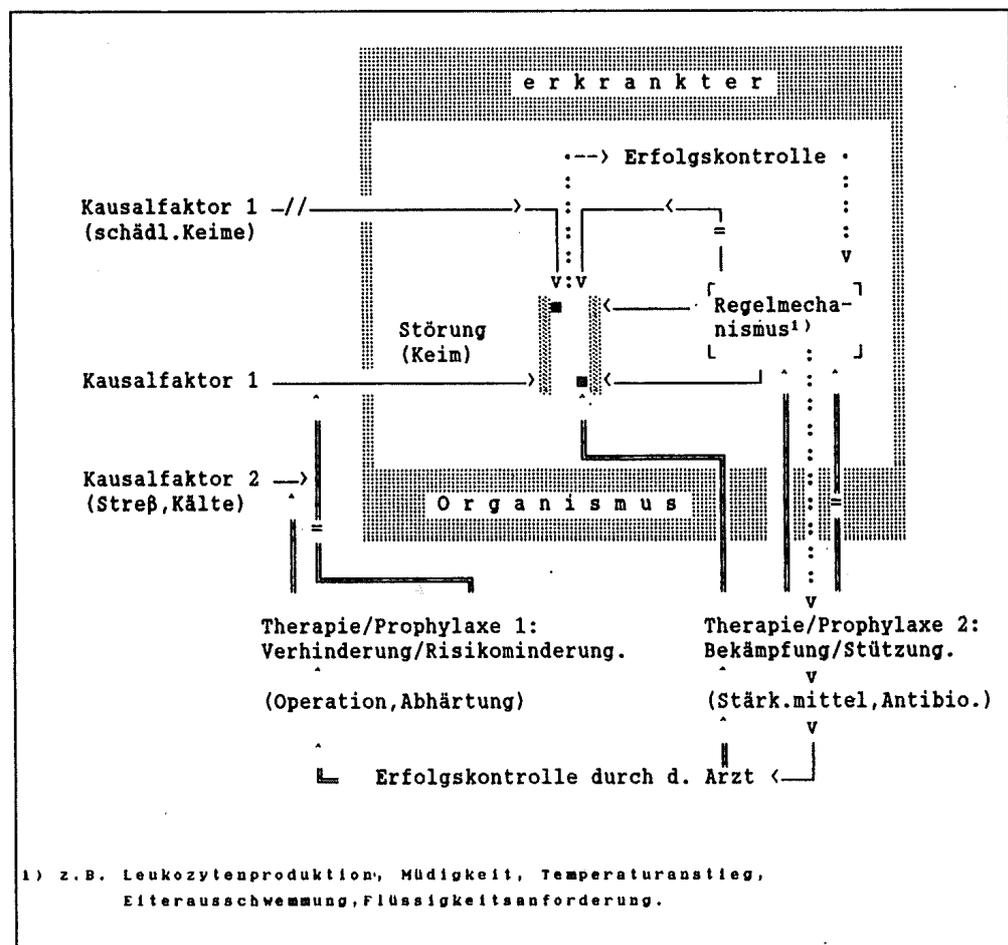


Abb. 02: Diagnostischer und therapeutischer Prozeß im Systemmodell: Der tatsächlich wirksame Regelprozeß im Organismus wird vom Arzt (teilweise) registriert und bewußt in die therapeutischen und prophylaktischen Aktivitäten einbezogen.

Legende: wie in Abb. 01 (.....) = Rückkopplung

Der unmittelbare *Einfluß der Therapie auf das Regelsystem* wird überprüft, d.h. der Einfluß auf die Fähigkeit des H.S., mit den durch die Störfaktoren bewirkten Erkrankungen («wesentliche Ungleichgewichtssituationen») fertigzuwerden.

Die Möglichkeiten der *Prophylaxe zur Stärkung des Regelsystems* und/oder zur Verhinderung der kumulativen noxischen Wirkungen von Störfaktoren können nun systematisch eingebunden werden.

Die erweiterten Einflußmöglichkeiten der Therapie und Prophylaxe sind aber natürlich erst biometrisch abzusichern. Als gesichertes Wissen können sie gelten, sobald die Regelprozesse in Feld- und Experimentalstudien unter systematisch variierten Bedingungen kontrolliert wurden.

2. Konsequenzen aus der system-theoretischen Betrachtungsweise

Regelkreismodelle in Verbindung mit bekannten und neueren multivariaten statistischen Verfahren bieten einen ersten Ansatz für anwendungsrelevante Analysen. Therapeutisch gewinnen systemstabilisierende Methoden wie z.B. die Psychotherapie an Bedeutung. Die Einzelheiten eines solchen Vorgehens würden den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Hier sei nur auf die aus einem solchen Konzept unmittelbar folgenden praktischen und theoretischen Konsequenzen hingewiesen.

2.1. Praktische Konsequenzen aus dem Systemmodell

Die systemtheoretische Betrachtungsweise ändert nichts grundsätzlich an der bisherigen Diagnostik und Therapie, bringt aber die möglichen Einflußfaktoren eines guten oder nicht mehr so guten Funktionierens des H.S. in das Blickfeld. Drei Schwerpunktverschiebungen gewinnen sofort an praktischer Bedeutung:

Die Anamnese/Diagnose bezieht *regulationsbeeinflussende Faktoren* (stärker) ein.

Beispiel: Ungesunde Lebensweise, übermäßige Stressfaktoren, vom »Normalen« sehr stark abweichende Lebenssituationen sollten bei der Anamnese stärker berücksichtigt werden.

Die *kumulative Wirkung* von externen Störfaktoren als Mitursache von Regulationsstörungen muß u.U. ebenso berücksichtigt werden wie die *nichtadditive* (z.B. *multiplikative*) *Interaktion* mehrerer Störfaktoren.

Beispiel: Fortgesetzte Belastungen durch z.B. mangelhafte Nahrungsverarbeitung infolge zu geringer Bewegung schwächt das Kreislaufsystem (Verengung der Blutgefäße) mehr als gelegentliche »unangemessene« Nahrungsaufnahme. Durch die Schwächung des H.S. kann eine kleine externe Störung wie

als eine erhebliche Kreislaufüberbelastung bei voll funktionsfähigem Blutkreislauf.

Wo die Bekämpfung/Verhinderung bestimmter externer Störfaktoren nicht ausreichend möglich ist, kann der Arzt statt dessen versuchen, die *Systemregulative zu stärken*.

Beispiel: Eine gezielte Psychotherapie kann bewirken, daß der Patient lernt, objektiv nicht änderbaren Stress subjektiv positiver, d.h. als geringer zu erleben und daher leichter zu verarbeiten. Der Stressfaktor als gewichtiger Schwächungsfaktor des H.S. verliert an Bedeutung.

Wie immer im Zusammenhang mit der Diagnose und Therapie besteht bei zusätzlicher Berücksichtigung dieser weiteren Merkmale die Gefahr, daß der Komplex erfaßter Daten für den »klinischen Therapeuten« noch unübersichtlicher und damit wenig nützlich wird. Unabdingbar ist daher die Reduktion der Daten an anderer Stelle, wobei für das Procedere natürlich noch erhebliche Forschungsarbeit zu leisten ist. Es gibt aber schon jetzt genügend praktische Beispiele, wo die Diagnose eine entsprechende Erweiterung der Merkmale ohne Nachteile verträgt.

2.2. *Forschungskonsequenzen aus der Verwendung des System-Modells*

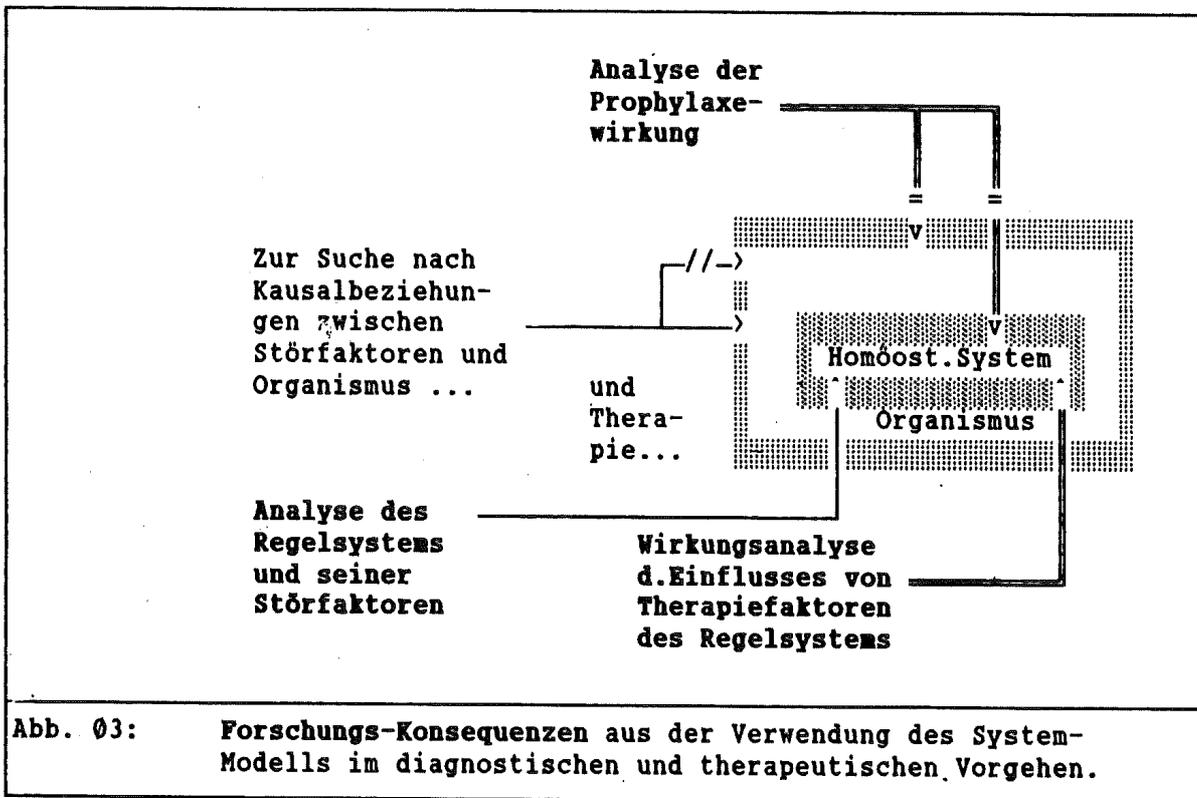
Auch die Forschung erhält unmittelbar Anregungen zu Akzentverschiebungen bei Verwendung dieses umfassenderen Ansatzes. Sie liegen — knapp formuliert — in der Analyse des Regelsystems und seiner Störfaktoren, ferner in der Aufdeckung möglicher Therapiefaktoren des H.S. und schließlich quasi als Kombination von beidem in der Wirkungsanalyse der Prophylaxe (s. *Abb. 03*). Im einzelnen bedingt dies folgende neue Akzente:

Statt der Aufdeckung weiterer möglicher Kausalfaktoren organismischer Störungen Entwicklung detaillierter *Modelle der Regelkreismechanismen* und ihrer möglichen Störfaktoren. Bedeutung erhalten in diesem Zusammenhang psychische Faktoren, die nach heutiger Kenntnis interne Regelprozesse z.T. wesentlich steuern, und zwar u.a. über die Schnittstellen Hormonsystem und Hypothalamus.

Beispiel: Phänomene wie »Angst«, »Depression«, »Getriebensein« oder »Hyperaktivität« könnten als Dysregulatoren, also als Störfaktoren des/der Regelsysteme nachgewiesen werden. Ihnen müßte dann die gleiche diagnostische Aufmerksamkeit zuteil werden wie externen Störgrößen (Keime etc.)

Zusätzlich zu den bisherigen sind therapeutische Ansätze zu prüfen, die das Funktionieren der Regelprozesse von außen systematisch in günstiger Weise beeinflussen können.

Beispiel: Wenn erkennbar würde, auf welchem Wege beispielsweise psychische Dauerbelastungen somatische Veränderungen wie Schwächung der Abwehrbereitschaft bewirken, dann könnte durch eine gezielte Psychotherapie



rapie, Psychotherapie, autogenes Training, Stoffwechselaktivierung verlören dann den Geruch des »alternativen«, exzentrischen Vorgehens, würden vielmehr als eine von mehreren therapeutischen Möglichkeiten genutzt.

Neben der Therapie erfährt die *Prophylaxe* auch eine theoretische Rechtfertigung als Mittel zur *Stützung des Regelkreismechanismus*.

Beispiel: In vielen Fällen ist die Prophylaxe nichts anderes als die Therapie oder Prävention von Störfaktoren, die noch nicht zu Erkrankungssymptomen führen.

Die hier skizzierten Überlegungen bedürfen natürlich einer Spezifizierung, die vor allem durch eine präzisere Untersuchung der Gesetzmäßigkeiten zwischen dem Organismus und seinen regelnden Systemen einerseits, den verschiedensten Arten von externen und internen Störwirkungen andererseits bestehen:

3. Anwendung des Modells: Zwei empirische Studien

Daß es sich bei den hier angedeuteten Abhängigkeiten zwischen Psyche und Soma nicht nur um eine theoretisch interessante Frage handelt, beweisen einige hochinteressante Studien neueren Datums über Systemerkrankungen, allen voran Studien über Krebs und Herzinfarkt/Gehirnschlag (vgl. Abb. 04 und *Bahnson/Bahnson 1969, Fox 1978 Eysenck 1985*).

Der Koautor hat zwei große prospektive Längsschnittstudien in Jugoslawien (1965–1976 bei ca. 1 400 Probanden) und in Heidelberg (1972–1982 bei

mit psychosozialen Meßinstrumenten erfaßte psychische Merkmale, v.a. Persönlichkeits-Faktoren erfaßt, die nach den damals von ihm aufgestellten Hypothesen ein hohes Risiko chronischer Erkrankungen bedeuten konnten. Neben den rein diagnostischen Studien wurden für einen Teil der Probanden aus den Heidelberger Studien eine psychosoziale Intervention vorgenommen. Die Zuordnung zur Therapie bzw. Kontrollgruppe erfolgte randomisiert, d.h. per zufälliger Zuordnung. Bei der eingesetzten Psychotherapie handelte es sich um eine sog. »kognitive Verhaltenstherapie«.

Studie / Ort	Erhebungs- zeitraum	Dauer in J.	Referenz- population	Therapie
(1) Grvenka (YUG)	1965-1976	10	normal	keine
(2) Heidelberg (HD 1)	1972-1982	10	normal	keine
(3) Heidelberg (HD 2)	1972-1982	10	hochgestreßt	keine
(4) Heidelberg (HD 3)	1972-1982 -1985	10 13	Typ I, hochgestreßt	Prüf- vs. Kontrolle
(5) Heidelberg (HD 4)	1972-1982 -1985	10 13	Typ II, hochgestreßt	Prüf- vs. Kontrolle

Studie / Ort	Stichproben- auswahl	nach E/A	auswert.	% männ- lich	90 %-Inter- vall (Alter)
(1) YUG	1420	1353	1353	71	48 - 68
(2) HD 1	2000	1026	872	54	40 - 60
(3) HD 2	2814	1537	1273	50	42 - 63
(4) HD 3	100	=2*50	91	k.A.	k.A.
(5) HD 4	92	=2*46	82	k.A.	k.A.

Abb. 04: Studien über Persönlichkeit und chronische Erkrankung:
Vom Coautor durchgeführte Studien zur Genese und Therapie
von Systemerkrankungen; k.A. = keine Angabe. Typ I, II s. Abb. 05

3.1. Diagnose der Störfaktoren des Regelsystems

Zur Untersuchung von möglichen Störfaktoren des Regelsystems im Organismus gibt es noch recht wenige systematische Studien. Überdies gelingt es diesen kaum, spezifische Verhaltensmuster zu beschreiben, die mit Krebs oder ähnlichen Systemerkrankungen zusammenhängen. Die theoretischen Beschreibungen in Begriffen wie »Depression«, »schwierige Kindheit«, »geringes Selbstwertgefühl« o.ä. sind zu unspezifisch und nicht einmal für die Krebspersönlichkeit charakteristisch. Neuere Ergebnisse durch Tierexperimente (vgl. von Metzler/Nitsch 1981) zeigen aber andererseits, daß es eine enge Wechselwirkung zwischen dem Zentralnervensystem und der Tumorent-

und Psychopharmaka mit sedativer Wirkung das Tumorwachstum beschleunigen.

Der Koautor war aufgrund ausgedehnter vergleichender Voruntersuchungen in der Lage, vier Typen von Persönlichkeiten anhand von psychosozialen Faktoren zu unterscheiden. Diese vier Typen können und sollen hier nur grob vereinfacht skizziert werden (vgl. dazu *Grossarth-Maticsek* 1986).

Drei dieser vier Typen zeigten jeweils Verhaltensmuster, die mit Krebserkrankung, Herz-Kreislauf-Erkrankung sowie mit Verhaltensstörungen zusammenhängen. Zugrunde lag ihnen eine ausgeprägte Objektabhängigkeit in drei verschiedenen Formen. Der vierten Gruppe lag bei relativer Abwesenheit der genannten Erkrankungen und Verhaltensstörungen eine ausgeprägte Autonomie zugrunde. Die hier unterschiedenen Persönlichkeitstypen lassen sich schwerpunktmäßig durch die Form ihrer Objektbeziehung zu dem für sie *höchst bedeutsamen Objekt* (Person, Ziel, Zustand, Idee) charakterisieren (vgl. *Abb. 05*).

Obwohl die Typen I bis III alle als neurotisch und letztendlich für das Individuum schädlich anzusehen sind, sind nach dem Systemkonzept und den daraus resultierenden Hypothesen nur die Persönlichkeitstypen I und II stärker gefährdet, von Krebs bzw. Gefäßerkrankungen betroffen zu werden. Denn nur bei diesen beiden Persönlichkeitstypen werden emotionale Zustände von den betroffenen Individuen nicht ausgelebt oder verarbeitet.

Aus *Abb. 05* in Verbindung mit der Modellspezifikation *Abb. 06* liest man unmittelbar, warum gerade die Individuen des Typs I oder II ein höheres Risiko chronischer Erkrankungen des Typs »Krebs« oder »Gefäßerkrankungen« besitzen. Das jeweilige Homöostatische System — schon sehr geschwächt — gerät in ein kritisches Ungleichgewicht,

— wenn ein chronisch unterstimulierter Organismus (Typ 1) einem akuten, emotional starken Stimulus ausgesetzt wird (Bsp.: »Verlusttrauma«)

— oder ein chronisch überstimulierter Organismus (Typ 2) einen akuten Stimulusentzug erfährt (Bsp.: »Pensionistensyndrom«).

Typ I wird, wie neben theoretischen Überlegungen auch die tierexperimentellen Untersuchungen zeigen (vg. *Metzler/Nisch* 1981), am ehesten Krebs bekommen, Typ II bei entsprechender akuter Ruhestellung am ehesten eine Gefäßerkrankung mit einem Herzinfarkt oder einem Gehirnschlag.

3.2. Ergebnisse der Längsschnittstudien ohne Therapie

Das Hauptinteresse bei zwei der drei Großstudien bestand in der Überprüfung des prognostizierten Zusammenhangs zwischen Persönlichkeitstyp und dem Risiko der Krebs- oder Infarkt mortalität. *Abb. 04* zeigt den Umfang und die Aufgliederung der vom Koautor durchgeführten und durch eine selten lange Dauer höchst beeindruckenden Längsschnittstudien. *Abb. 07* belegt den Zusammenhang zwischen Typ, Streß einerseits und Mortalitätshäufigkeit ander-

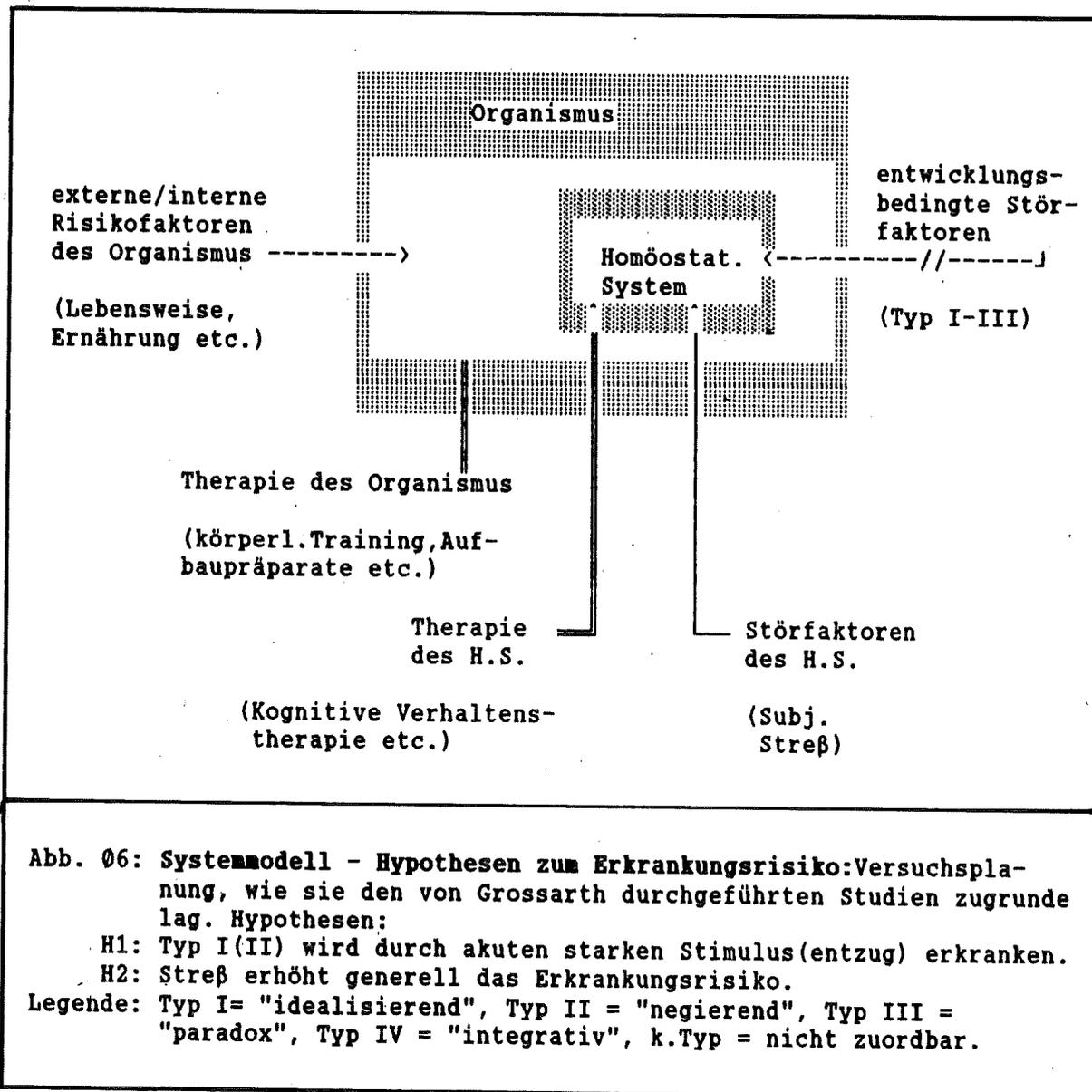
Typ	Objektabhängigkeit	Besondere Verletzlichkeit des Individuums			
		durch Objekt	durch eig. Verhalten		
I	idealisiert, nicht lösbar	Objektentzug	Mißerfolg beim Objekt-Aufbau		
II	negierend, nicht lösbar	Existenz eines störenden Objekts	Mißerfolg beim Ändern eines stör. Objekts		
III	ambivalent, paradoxe Lösung	emotional kaltes, forderndes Objekt	Mißerfolg bei der Zu-/Abwendung v. Obj.		
IV	nicht abh. Ambivalenz-integr. Beziehung	keine	keine		

Typ	Pathogener emotionaler Zustand	Verhaltenssteuerndes Bewertungssystem			
I	überspielte Depression und Hoffnungslosigkeit	"ich tue alles für dich"			
II	überspielte Aufregung, Gefühl des "Ausgeliefertseins"	"ich verändere in dir das Böse zum Guten"			
III	Angst, Selbst- oder Fremd-Aggression	"wenn du dich abwendest, hasse ich dich"			

Typ	Zustand H.S.	chronische Stim.situat.	Reaktion a. stark. akuten Stimulus	Stim.entzug	Erkrankungsrisiko für..
I	sehr geschwächt	Unterstimulation	kritisches Ungl.gew.	-	Krebs
II	sehr geschwächt	Überstimulation	-	kritisches Ungl.gew.	Herzinfarkt/ Gehirnschlag
III	wenig geschwächt	wechs. Über-/ Unterstim.	-	-	-
IV	nicht geschwächt	Selbstregulation	-	-	-

Abb. 05: Persönlichkeitstyp und Erkrankungsrisiko: Nur die Persönlichkeitstypen I und II haben eine hohe Prognose für bestimmte chronische Erkrankungen.

Bemerkenswert, wenn auch nicht unerwartet, sind die generell wesentlich erhöhten Todesraten der Heidelberger-Streß-Population (Unterschied zur Normalpopulation hochsignifikant: $P < 0.001$). Die ebenfalls sehr hohen Werte der jugoslawischen Studie hängen hingegen (wie der Koautor schon während seiner Studie eruieren konnte) damit zusammen, daß die Bevölkerung in



Viel interessanter noch aber ist die Zusammenhangsanalyse zwischen Typ und Mortalität, wobei wir hier auf die Methode des offenbar überzeugend gelungenen Verfahrens der Typeinordnung fast aller Personen nicht näher eingehen wollen (s. dazu *Grossarth-Maticek* 1986).

Weit überproportionale Sterberaten durch Krebs finden sich in allen drei Stichproben entsprechend der Hypothese nur beim Typ I (Unterschied zwischen den Typen in allen drei Stichproben hochsignifikant, $P < 0.0001$). In gleicher Weise sind die massiv überdurchschnittlichen Sterberaten beim Herzinfarkt/Gehirnschlag nur beim Typ II zu finden (Unterschied zwischen den Typen entsprechend der Hypothese in allen drei Stichproben hochsignifikant, $P < 0.001$). *Abb. 08* demonstriert die proportionalen Unterschiede bemerkenswert anschaulich. Sie stützt so bereits auf den ersten Blick den als Hypothese formulierten und statistisch verifizierten Zusammenhang zwischen Persönlichkeitstyp, Streß einerseits und Mortalität aufgrund von Krebs bzw. Infarkt

S t i c h p r o b e n :			
	YUG (normal)	HD 1 (normal)	HD 2 (hochgestreßt)
* Gesamtstichprobe (abs.)	1.353	872	1.072
+ Typ I (idealisiert.)	303	109	489
• Typ II (negierend.)	339	170	309
\$ Typ III (paradox.)	217	188	165
! Typ IV (integr.)	482	391	73
kein Typ	12	14	6
Gesamtstichprobe (proz.)	100,0	100,0	100,0
Lebende (Studienende)	54,2	89,6	54,3
Gestorbene (gesamt)	45,8	10,4	45,7
davon mit Krebs	12,3 %	3,3 %	19,1 %
mit HI/GS	11,5 %	3,1 %	11,5 %
sonst. Gründe	22,0 %	4,9 %	15,1 %
Unterschied Hochgestreßte vs. Normale in Heidelberg: hochsignifikant (P < .001)			
mit Krebs Gestorbene: (abs.)	166	29	199
(prozentual von *)	12,3	3,3	19,1
Typ I (proz.v. +)	46,2 %	17,4 %	38,4 %
Typ II (proz.v. •)	5,6 %	5,9 %	2,3 %
Typ III (proz.v. \$)	1,8 %	0	2,4 %
Typ IV (proz.v. !)	0,6 %	0	0
Unterschied zwischen den Typen in allen Stichoben hochsignifikant (P < .0001)			
mit HI/GS Gestorbene: (abs.)	156	27	120
(prozentual von *)	12,3	3,3	19,1
Typ I (proz.v. +)	8,3 %	1,8 %	7,0 %
Typ II (proz.v. •)	29,2 %	13,5 %	27,8 %
Typ III (proz.v. \$)	9,2 %	0,5	0
Typ IV (proz.v. !)	1,7 %	0,3	0
Unterschied zwischen den Typen in allen Stichoben hochsignifikant (P < .001)			

Abb. 07: Normal- vs. Streßgruppe und Typ-Einfluß auf Mortalität:
Ergebnisse der Studien ohne Therapie nach 10-jähriger Längs-
schnittkontrolle bezogen auf die Mortalität in den chronischen
Erkrankungsmerkmalen Krebs und Herzinfarkt/Gehirnschlag.

Legende: Typ I = "idealisiert", Typ II = "negierend", Typ III =
"paradox", Typ IV = "integrativ", kein Typ = nicht zuordbar.

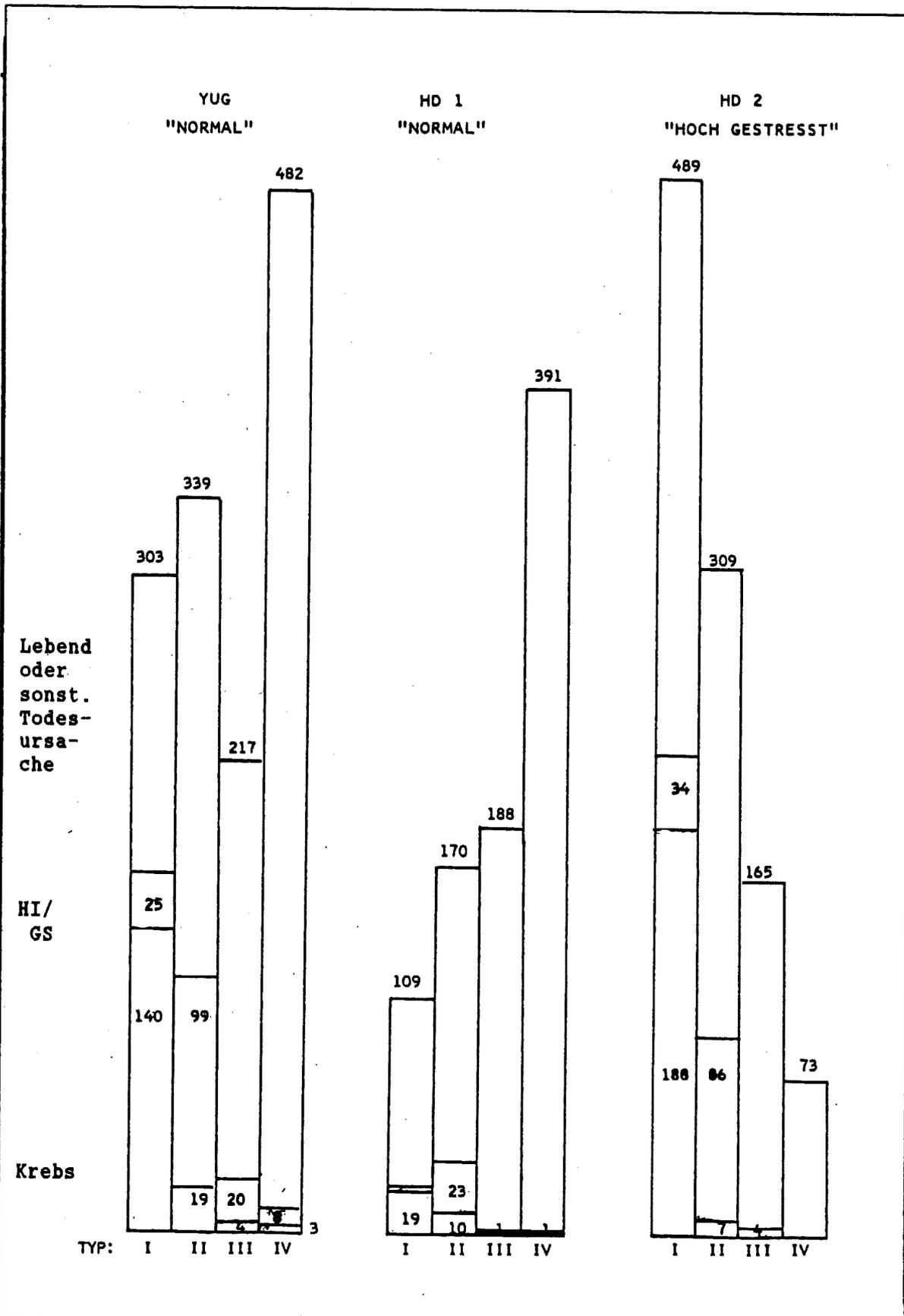


Abb. 08: Zusammenhang zwischen Persönlichkeitstyp und Mortalität:
 Vergleich der Mortalität durch Krebs bzw. Gefäßerkrankungen
 (Herzinfarkt/Gehirnschlag) bei den Persönlichkeitstypen I- IV.
 Legende: Typ I = "idealisiert", Typ II = "negierend",
 Typ III = "paradox", Typ IV = "integrativ".

3.3. Ergebnisse der Studien mit gezielter Therapie

Naturgemäß konnten für die Therapiestudien nur sehr viel kleinere Stichproben ausgewählt werden, da der Studienaufwand pro Proband hierbei um ein Vielfaches höher lag. Obwohl im Verhältnis zu den ersten Studien bei relativ kleinen Stichprobenzahlen durchgeführt, sind die beiden Therapiestudien doch von ganz besonderem Interesse. Es wurden vom »gefährdeten« Typ jeweils Paare ähnlicher Personen rein zufällig der Prüf- bzw. Kontrollgruppe zugeordnet.

Bei jeweils ca. 50 Paaren des Typs I und II wurden für die Prüfgruppe eine kognitive Verhaltenstherapie eingesetzt (je ca. 20–30 Stunden aufgrund des Konzepts des Koreferenten). Einige der Personen in der Prüfgruppe erhielten zusätzlich Stärkungs-Präparate und ein intensives Bewegungstraining. Die Kontrollgruppe wurde zwar auch einbestellt, aber nicht verhaltenstherapeutisch behandelt.

Krebs-Sterblichkeit bei Typ I:				
Typ I:	Krebs	Sonst.Tod.ursache	lebt	Summe
Therapiegruppe	0	5	40	45
Kontrollgruppe	12	9	25	46
Summe:	12	14	65	91
Unterschied zwischen Therapie- und Kontrollgruppe hochsignifikant (P < .001)				
Sterblichkeit an Herzinfarkt/Gehirnschlag bei Typ II:				
Typ II:	HI/GS	Sonst.Tod.ursache	lebt	Summe
Therapiegruppe	3	6	34	43
Kontrollgruppe	14	5	20	39
Summe:	17	11	54	82
Unterschied zwischen Therapie- und Kontrollgruppe sehr signifikant (P < .01)				
Abb. 09: Einfluß der Therapie auf die Mortalität:				
Ergebnisse der Studien mit Therapie nach 10-jähriger Längsschnittkontrolle bezogen auf die Mortalität in den Merkmalen Krebs und Herzinfarkt/Gehirnschlag.				
Legende: Typ I = "idealisierend", Typ II = "negierend".				

Das Ergebnis ist zwar nicht im Trend, aber im Ausmaß erstaunlich (vgl. Abb. 09). Die relativ geringfügige Einflußnahme auf die Probanden über einen Zeitraum von durchschnittlich 25 Stunden führte dazu, daß nicht nur im Sinne der therapeutischen Hypothese die Erwartungen bestätigt wurden, sondern daß die Ergebnisse auch bei absolut relativ kleinen Zahlen hochsignifikant beim Krebs und sehr signifikant beim Infarkt zugunsten der therapierten Prüf-

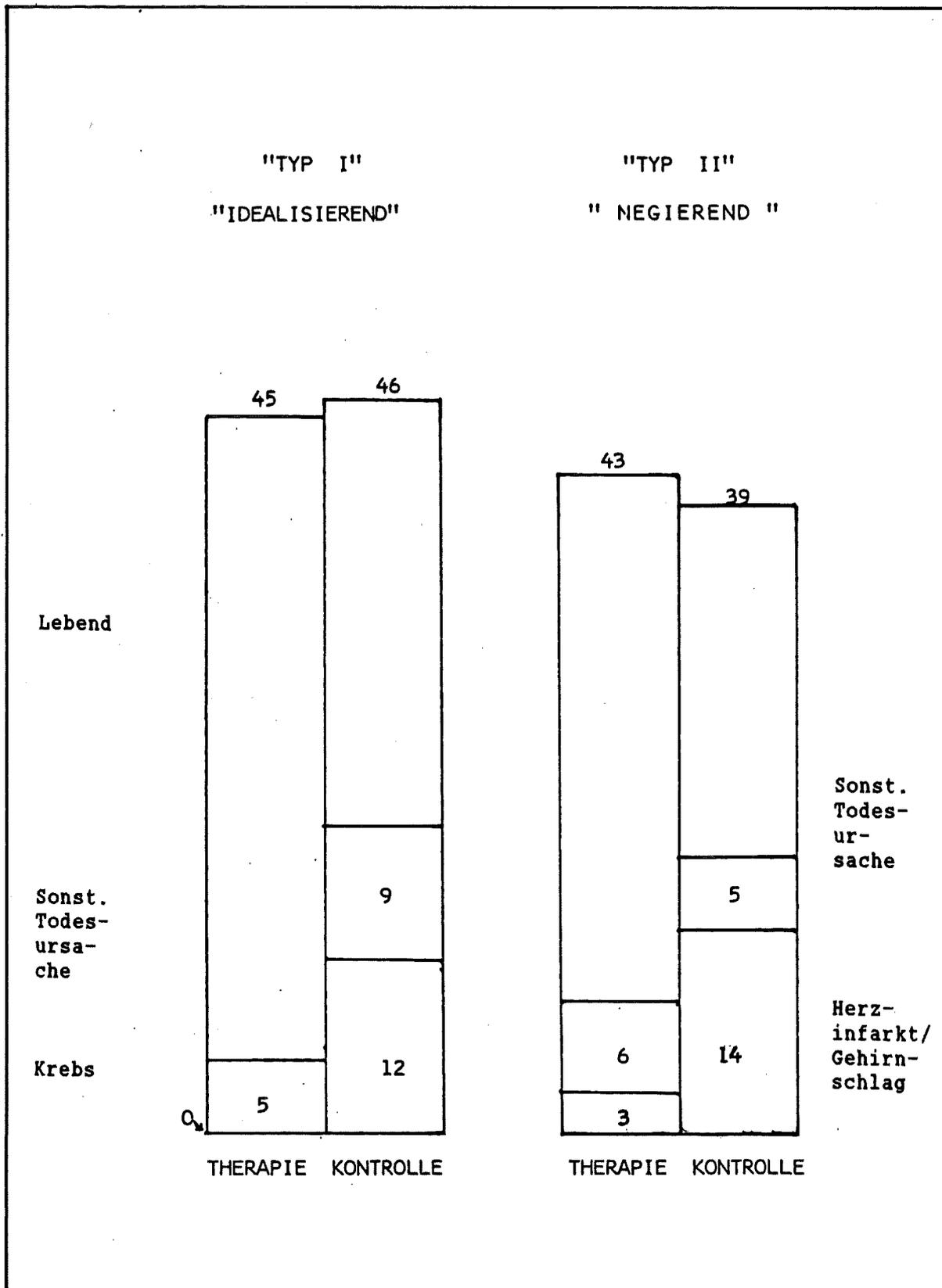


Abb. 10: Mortalitätsverringierung durch Therapie bei Krebs und Infarkt: Vergleich der Mortalität durch Krebs bzw. Gefäßerkrankungen (Herzinfarkt/Gehirnschlag) bei den behandelten Probanden vom Typ I ("idealisiert") und Typ II ("negierend").

4. *Diskussion der Ergebnisse*

Die Ergebnisse stehen in einem frappierenden Einklang mit den theoretisch begründeten Erwartungen. Sie belegen in überzeugender Weise die Zweckmäßigkeit eines erweiterten Beziehungsmodells zwischen Organismus einerseits und Umwelteinflüssen andererseits. Zwar sind trotz der Stimmigkeit von Modell und empirischen Befunden die Zahl der Fragen umfangreicher als die der Antworten, aber wir wissen nun, daß der hier begonnene Ansatz weiterverfolgt werden sollte. Konkret lassen sich aber schon jetzt mit diesem theoretischen Konzept und den gefundenen empirischen Ergebnissen folgende drei für die Diagnose und Therapie bedeutsamen Aussagen ableiten:

- Es gibt diagnostizierbare und zugleich wesentliche Störfaktoren des Homöostatischen Systems wie z.B. psychosoziale Faktoren (die in der Regel schon in der Kindheit aufgebaut werden, s. *Grossarth-Maticek* 1985).
- Das Homöostatische System kann sinnvoll und wirksam therapiert werden (denn es gibt schon heute eine Therapie, die das Mortalitäts- und das Morbiditäts-Risiko nennenswert verringert).
- Streß wirkt auf den Organismus und wahrscheinlich auch auf das Homöostatische System als zusätzlicher Belastungsfaktor, der das Mortalitäts- und das Morbiditätsrisiko essentiell erhöht.

Eine Weiterentwicklung der Forschungsschwerpunkte im Sinne von Abschnitt 2.3 vermag sicher noch aufschlußreiche einschlägige Zusammenhänge aufzudecken und die Chance einer generellen Verbesserung der Therapieerfolge bei Systemerkrankungen erhöhen.

Systemic Diseases as Overstrain of Psyche and Soma: Methodology of Analysis and Present Findings in Cancer and Vasular Diseases

Rainer B. Pelka (Neubiberg), Ronald Grossarth-Maticek (London)

The existing dispositions of a causal therapy are not sufficient regarding systemic diseases such as cancer or cardio-vascular diseases. Causal models prove useful for explanation of the context between cause and effect such as the genesis and therapy of infectious diseases. But they fail in the analysis of diseases of systems which are also disturbances in the organic regulation circles.

The systemtheoretic view of the genesis of systemic diseases put a higher weight on psychic interferences as the organic causal model, because it understands continual psychic burdens as cause of the weakening of the regulation circle in the organism. The therapy then has primarily to strengthen the system. The protection of further interferences is secondary.

The formal view of systemic diseases needs other methodological resources.

loped multivariate, statistic procedures give a new disposition for possible useful analyses. Methods which stabilize systems such as psychological supporting therapies become more important.

Two highly interesting studies of recent date about cancer and vascular diseases prove that this is not only a theoretically interesting problem. The studies made in Yugoslavia (1965—1976, ca. 1 400 test person) and in Heidelberg (1972—1982, ca. 5 000 test persons) covered besides physical factors also psychic factors which — regarding to the hypothesis made at that time — could prove as essential risk for illness. In both studies these hypotheses could be confirmed as highly significant. ($p < 0.001$).

The analysis of the studies also showed that risk factors for cancer and heart diseases like bad nutrition, lack of motion and other factors which are considered as »unhealthy« only break through when combined with further psychic stress (subjective stress), but then not only additive, but even multiplicative. ($p < 0.001$).

In the study of Heidelberg a part of the test persons were treated psychosocially, beside the pure diagnostical study. Mainpoint in this was a cognitive behavioral therapy of 30 hours.

In both studies it was proved highly significant that the risk of mortality by cancer as by vascular diseases is considerably influenced by psychosocial factors and can be diminished significantly ($p < 0.001$ to 0.01).

Literatur

- Babnson, C.B.; Babnson, M.* (1969): Ego defences in cancer patients. In: Ann. N.Y. Acad. Sci. (164) 546—559.
- Fox, B.H.* (1978): Premorbid psychological factors as related to cancer incidence. In: J. Behav. Med. (1) 45—133
- Eysenck, H.J.* (1985): Personality, Cancer und Cardiovascular Disease: A causal analysis. In: Personality and Individual Differences (6) 535—556
- Grossarth-Maticek, R.; Bastiaans, J.; Kanazir, D.* (1985): Psychological factors as strong predictors of mortality from cancer, ischaemic heart disease and stroke: The Yugoslav Prospective Study. J. Psychosom. Res. (29) 167—176
- Grossarth-Maticek, R.* (1986): Psychosoziale Verhaltenstypen und chronische Erkrankungen. Einige Ergebnisse der Heidelberger prospektiven Interventionsstudie. In: Der Kassenarzt (39) 26—35
- Grossarth-Maticek, R.; Eysenck, H.J.; Vetter, H.; Frentzel-Beyme, R.* (1986): The Heidelberg Prospective Intervention Study. First Int. Sympos. on Primary Prevention and Cancer. (Antwerpen: in Press, Raven Press)
- von Metzler, A.; Nitsch, C.* (1981): Die Wirkung von 3-Methylcholantren plus Piracetam auf den gamma-Aminobuttersäure (GABA-)Gehalt einzelner Hirnregionen. In: J. of Cancer Res. Clin. Oncol. (101) 339—343

Adresse für die Autoren:

Prof. Dr. Rainer B. Pelka
Universität der Bundeswehr München
Werner-Heisenberg-Weg 39
D-8014 Neubiberg/München

Buchbesprechungen

Walter Toman/Rudolf Egg (Hrsg.): Psychotherapie — ein Handbuch. 2 Bände.

Kohlhammer, Stuttgart, 1985, 276 S. und 320 S., zus. DM 108,—

Bei dem vorliegenden Werk handelt es sich um ein Handbuch der psychotherapeutischen Schulen: Die beiden Herausgeber, *Walter Toman*, Psychoanalytiker und inzwischen emeritierter Ordinarius für klinische Psychologie am Erlanger Institut für Psychologie, und sein früherer Assistent, *Rudolf Egg*, haben — ausgehend von Vorlesungen und Seminaren und dem darin entstandenen Bedürfnis, einen handhabbaren Überblick über die ständig wachsende Vielzahl therapeutischer Ansätze zu erlangen — 38 Autoren für insgesamt 30 Beiträge gewonnen, in denen die derzeit gängigen Psychotherapie-Schulen dargestellt werden: Von den großen klassischen tiefenpsychologischen Schulen über deren wichtigste Verzweigungen und Varianten, u.a. Humanstrukturologie, Gestalttherapie, Psychodrama, bis hin zu Verhaltenstherapien. Weiterhin enthält das Werk ausführliche Darstellungen schulübergreifender Therapieformen wie Kinderpsychotherapie, Gruppentherapie, Familien- und Sozialtherapie. Namhafte Vertreter der verschiedenen Schulen und Therapieformen haben dabei die Darstellung ihres therapeutischen Ansatzes selbst vorgenommen, so daß ein Maximum an Authentizität der Darstellung gewährleistet ist.

Aufgrund vorgegebener Gliederungspunkte konnte eine gewisse Einheitlichkeit und Vergleichbarkeit der Ansätze erzielt werden, wobei besonderer Wert gelegt wurde auf die historische Entwicklung, das zugrundeliegende Menschenbild, theoretische Modellvorstellungen, Behandlungsmethodik, Falldarstellungen, die Praxis der Arbeit und die Beziehungen zu anderen Schulrichtungen. Auf diese Weise ist ein gut lesbarer, repräsentativer Überblick über gegenwärtige Psychotherapie-Schulen und -Formen entstanden, der als Einführung und als Nachschlagewerk gleichermaßen geeignet ist. Im Folgenden soll versucht werden, die großen Linien der dargestellten Therapie-Schulen — auch in Hinblick auf die zugrundeliegenden Weltanschauungen und geistesgeschichtlichen Traditionen — in ihren Zusammenhängen, Weiterentwicklungen, Modifikationen, aber auch Gegensätzen nachzuzeichnen.

Im *ersten Band* geht es zunächst um die Darstellung der klassischen tiefenpsychologischen Schulen, angefangen mit dem Begründer der Psychoanalyse, *Sigmund Freud*. Dieser steht vollständig in der Tradition der europäischen Aufklärung und des Rationalismus. Als utopische Hoffnung verfolgt er das Ideal einer »Gemeinschaft von Menschen, die ihr Triebleben der Diktatur der Vernunft unterworfen haben«. Dahinter steht jedoch die Vorstellung eines grundsätzlich von seinen Trieben bewegten Menschen, der, um in der Gesellschaft leben zu können, diese Triebe der Kontrolle des Bewußtseins und der Ratio zu unterwerfen hat. Mit dem topographischen Modell von Es (Triebe,

dieser Zusammenhang benannt. Auf der Grundlage der Libidotheorie können dann neurotische Störungen als Verformung und Verdrängungen von frühkindlichen Triebkonflikten verstanden werden. Voraussetzung für die Auflösung der Störungen und für psychische Gesundheit ist die Bewußtwerdung der verdrängten Konflikte, wobei Psychoanalyse die Aufgabe hat, die Genesis solcher Konflikte bis zu ihren Ursprüngen zurückzuverfolgen. Dahinter steht ein streng deterministisches Kausalitätsdenken. Die Funktion des Analytikers, der sich an die Abstinenzregel zu halten hat, ist die der Hilfe zur Selbsthilfe, des aufmerksamen Zuhörens. Oberste Behandlungsmaxime ist — entsprechend der rationalistischen Grundhaltung — das Ziel: »Wo Es war, soll Ich werden«.

Demgegenüber mißt C.G. Jung dem Unbewußten einen viel eigenständigeren positiven Wert bei: bei ihm gilt das Unbewußte als Ursprung des Schöpferischen im Menschen. Neben dem bewußten Ich mit seiner Fähigkeit zu Organisation und willentlicher Initiative und diesem zugrundeliegend existiert ein unbewußtes Anordnungszentrum, das Selbst, als Mittelpunkt der Einheit und Ganzheit der Person, welches das Bewußte und das Unbewußte umfaßt. Die Verwirklichung des Selbst, seine Individuation, ist Aufgabe und Sinn menschlicher Existenz. Damit ist nicht Individualismus gemeint. Vielmehr ist das Selbst durch seine Teilhabe am kollektiven Unbewußten unbedingt immer auch soziales Wesen. Es ist daher auch nur konsequent, wenn Jung in seiner praktisch-therapeutischen Arbeit die Abstinenz des Analytikers immer mehr aufgibt.

Jungs oberste Maxime ist das »werde der, der du bist«. Neurosen versteht er in einem viel umfassenderen Sinne als Freud als »ein Leiden der Seele, die ihren Sinn nicht gefunden hat«. Entsprechend hat Therapie die Aufgabe, Blockierungen der natürlichen Selbstverwirklichung aufzuheben und das gestörte Gleichgewicht zwischen bewußten und unbewußten Prozessen wiederherzustellen. Wie für Freud, sind auch für Jung Träume die »via regia« zum Unbewußten. Im Unterschied zu Freud sind ihm Träume jedoch nicht nur Fassade verborgener Triebwünsche, sondern Manifestation der Selbststeuerung und somit auch eine Selbstheilungstendenz der Psyche.

Auf der Grundlage des Jung'schen Ansatzes wurden spätere Therapieformen, wie z.B. das *Katathyme Bilderleben* nach Leuner entwickelt, wo mit Hilfe von Imagination und Tagtraum unbewußte Konfliktstrukturen in bildhafter Symbolik zur Darstellung kommen.

Während bei Jung das Unbewußte gegenüber Freud eine Erweiterung erfährt, die mit der Archetypenlehre bis an die Wurzel der Stammes- und Menschheitsgeschichte, ja, bis ins Kosmische reicht, ist die soziale Dimensionierung, die Alfred Adler mit der Einführung des Begriffs des Gemeinschaftsgefühls vornimmt, eher auf die konkret-historische gesellschaftliche Umwelt bezogen. Erst in seiner Beziehung zur Gemeinschaft der anderen gewinnt der Mensch seine unverwechselbare Individualität. Dabei werden die Bedingun-

den; vielmehr reagiert der Mensch auf sie mit der schöpferischen Kraft seines besonderen Lebensstils und gewinnt damit ein Stück Freiheit zur Verantwortung zurück, welche ihm eine streng nach der gesetzmäßigen Wirkung von Kausalitäten suchende Tiefenpsychologie verweigert. So ist bei *Adler* das Unbewußte auch nicht das Verdrängte, d.h. das unter dem Einfluß einer kulturnotwendigen Zensur aus dem Bewußtsein Herausgedrängte, sondern das Nichtwahrgenommene. Das Unbewußte ist das verborgene Ziel des Lebens, welches auf die unteilbare Ganzheit des Menschen und seine grundsätzliche Gleichwertigkeit mit allen anderen Menschen gerichtet ist. Unbewußt ist aber auch der Ausgangspunkt dieser Zielgerichtetheit, nämlich das Wissen um die eigene Minderwertigkeit, welches auf der frühen Erfahrung von Kränkung beruht und allen Neurosen, welche immer Formen von Überkompensation darstellen, zugrundeliegt. Therapie hat so u.a. die Aufgabe nachholender Reifung, d.h. die Ermutigung des Patienten, sich selbst anzunehmen, weil er sich als Gleichwertiger spüren lernt.

Mit der institutionellen Ausgrenzung der *Jungianer* und *Adlerianer* aus der freudianischen psychoanalytischen Bewegung wird auch die von *Jung* und *Adler* in die Tiefenpsychologie eingeführte Dimension der schöpferischen Freiheit des Menschen ausgegrenzt — so z.B. in der *Neo-Psychoanalyse Schultzhenckes*, der, auf der Grundlage einer differenzierten Triebtheorie, von einer linearen Kausalität von Antriebshemmungen und neurotischen Erkrankungen ausgeht. Andere in der freudianischen Tradition stehenden Schulen wurden u.a. in den USA gegründet, wobei aber u.a. die *Ich-Psychologie*, die *Object-Relations-Theory*, die neuere *Narzißmus-Lehre* und die »Kulturschule« der Psychoanalyse über die *Freudsche* Triebpsychologie hinausgingen und die Beschreibung der Ich-Kräfte bzw. die Beziehungen des Ich zur Umwelt in den Mittelpunkt ihrer Arbeit stellten.

Noch einen Schritt weiter als *Adler* in der Erweiterung der Psychoanalyse um die soziale Dimension gehen *Wilhelm Reich* und die marxistischen Psychoanalytiker. Aus der Erkenntnis, daß die ökonomischen und politischen Strukturen der kapitalistischen Gesellschaft notwendig zur Triebunterdrückung führen, ziehen sie den Schluß, daß es keinen Zweck hat, dem Patienten zur Anpassung an eine stets aufs neue krank machende Gesellschaft zu verhelfen. Vielmehr gehe es darum, die Gesellschaft selbst zu verändern. Ziel der Therapie sei somit, dem Patienten ein freies Triebleben zu ermöglichen, womit eine neue Gesellschaftsordnung eingeleitet würde.

Daneben hat *Reich* u.a. — basierend auf seiner Charakteranalyse — die körperliche Dimension in die psychoanalytische Behandlung mit einbezogen. Auf diesen Ansätzen basieren auch die späteren *bioenergetischen Therapieformen*, z.B. *Lowens*. Der Mensch wird hier verstanden als dialektische Einheit von Psyche und Soma. Die Einheit des Menschen beinhaltet aber auch seine Verbundenheit mit dem ihn umgebenden Kosmos, die er erfahren kann, wenn er in seinem Körper, seiner Sexualität und seiner Beziehung zur Erde gegrün-

Bedingungen unserer Gesellschaft ständig gestört. Vor allem die abendländische Tradition des Rationalismus hat zu einer Spaltung zwischen Körper und Geist geführt, deren Folge psychische Störungen und psychosomatische Erkrankungen sind.

In dem *Humanstrukturologischen Ansatz* von *Günter Ammon* werden die sozialen und körperlichen Dimensionen psychischer Prozesse aufgegriffen und zu einem umfassenden, ganzheitlichen Verständnis entwickelt. Das topographische Modell von Es-Ich-Überich wird hier aufgegeben zugunsten des Ich-Struktur-Modells, welches als ein sich in prozeßhafter Entwicklung befindliches holistisches Persönlichkeitsmodell verstanden wird. In der Ich-Struktur eines Menschen unterscheidet *Ammon* die primären organischen Strukturen, welche die neurophysiologischen und biologischen Funktionen des Menschen beschreiben, die zentralen, im Unbewußten angesiedelten Ich-Funktionen wie Aggression, Ich-Abgrenzung, Angst, Kreativität, Sexualität, Narzißmus und Identität, sowie die sekundären, d.h. die vorwiegend das Verhalten bestimmenden, Fähigkeiten und Fertigkeiten beschreibenden Ich-Funktionen. Zwischen allen drei Bereichen besteht ein Synergismus von unbewußten, bewußten, geistigen und körperlichen Aktivitäten, die immer dynamisch zu sehen sind. Entscheidend ist, daß alle Ich-Funktionen konstitutiv als soziale zu verstehen sind, d.h. als gruppenabhängig und im lebensgeschichtlich erfahrenen gruppenspezifischen Geschehen gewachsen. Zur Charakterisierung dieser grundlegenden sozialen Dimensionierung aller Persönlichkeitsstrukturen prägt *Ammon* den Begriff der »Sozialenergie«: durch Sozialenergie wächst Identität, Ich-Struktur ist als manifestierte Sozialenergie zu betrachten. Entsprechend der Art der erfahrenen sozialenergetischen Zufuhr — konstruktiv, destruktiv oder defizitär — kommt es zur Herausbildung konstruktiver, destruktiver oder defizitärer Persönlichkeitsstrukturen. Psychische Krankheiten sind auf einem gleitenden Spektrum archaischer Ich-Krankheiten angesiedelt (Psychosen, Borderline-Syndrom, Neurosen), denen ein Ich-strukturelles Behandlungsspektrum gegenüber gestellt wird, wobei Therapie die Aufgabe hat, Prozesse nachholender Entwicklung einzuleiten. Aus der konstitutiven sozialen Dimensionierung der Persönlichkeitsstruktur und der grundlegenden Bedeutung konstruktiver sozialenergetischer Zufuhr für nachholende Entwicklung folgt, daß die Abstinenz des Therapeuten weitgehend aufgegeben wird. Denn da seelische Erkrankungen durch mißlungene zwischenmenschliche Beziehungen zustande gekommen sind, liegt die Chance der Heilung in einer gelingenden Beziehung. Aus demselben Zusammenhang erklärt sich auch die grundlegende Bedeutung gruppentherapeutischer Verfahren.

Eine ähnliche Ausweitung der Persönlichkeitstheorie wird auch von der *klassischen Gestalttherapie* nach *Salomon* und *Perls*, *Paul Goodman* sowie *Hilariion Petzold* vorgenommen. Der Mensch wird auch hier verstanden als konstitutiver Bestandteil seiner sozialen und ökologischen Umwelt. Erfahrung und damit Wachstum ist nur möglich in Bezug auf den Anderen und das Äußere,

»Kontaktgrenze in actu«. Es umfaßt physische, emotionale und kognitive Aspekte. Es, Ich und personale Identität werden als verschiedene Modalitäten des Selbst aufgefaßt, wobei ontogenetisch zuerst das Es unmittelbar mit den organischen Prozessen verbunden, dann das Ich als das System der Identifikationen und zuletzt die personale Identität ausgebildet wird. Letztere wird verstanden als das Geflecht von Verhaltensweisen, durch welche interpersonelle Kontakte zustande kommen. Krankheit tritt dann auf, wenn die Fähigkeit des Ichs und des Selbst gestört ist, Kontaktzyklen zu vollenden, die die Grundlage zur kreativen Anpassung und Veränderung, zu Wachstum und Reifen bildet. Neurosen werden als Blockierungen auf der Ich-Ebene verstanden, während Psychosen Störungen auf der Es-Ebene sind. Therapie hat allgemein die Funktion individueller und kollektiver Bewußtseinsbildung und Sensibilisierung für unbewußte Prozesse der Destruktion sowie Mechanismen der Entfremdung. Sie stellt neue Formen emotionalen und symbolischen Ausdrucks für verschwundene und ausgehöhlte Rituale bereit. Damit ist sie nicht nur Surrogat für Verschwundenes und Instrument der Reparatur gesellschaftlich verursachter Schäden, sondern auch ein kreativer Beitrag zur menschlichen Kultur und zu einer humaneren Welt. Auch hier steht der Beziehungsaspekt im Mittelpunkt des therapeutischen Geschehens.

Der soziale Aspekt steht auch im Mittelpunkt des *Psychodramas* nach J.L. Moreno, welches ursprünglich aus einer engen Verbundenheit mit der *Adler*-schen Schule hervorgegangen ist. Das Menschenbild des Psychodramas bezieht sich auf den Menschen in seinen zwischenmenschlichen Beziehungen; das isolierte Individuum wird als »soziale Fiktion« bezeichnet. Die Gesamtheit aller zwischenmenschlichen Beziehungen bildet das »soziale Universum«, dessen kleinste Teile, die »sozialen Atome«, alle jene Menschen umfaßt, die zu einem bestimmten Menschen in einer emotionalen Beziehung stehen bzw. dies möchten. Das »soziale Atom« und die Veränderung der in ihm vorliegenden Beziehungen durch Interaktion sind der Gegenstand der psychodramatischen Methode. Wie stark der determinierende Einfluß, der von den zwischenmenschlichen Beziehungen im sozialen Atom ausgeht, für den einzelnen Menschen auch sein mag, die Rückwirkung der Interaktion auf die Beziehungen beinhaltet doch immer auch einen mehr oder minder hohen Freiheitsgrad. Krankheit entsteht dort, wo die zwischenmenschlichen Beziehungen gestört sind, d.h. wo Begegnungen nicht möglich sind, weil die Interaktionspartner sich entweder unbezogen verhalten oder — im Falle von Übertragungen — mit Fehlvorstellungen aufeinander zugehen. Ziel der Psychodramatherapie ist entsprechend die Wiedererlangung der natürlichen Spontaneität, welche am ehesten im Spiel aus dem Stegreif zustande kommt.

Zwischen klassischer Psychoanalyse und Verhaltenstherapie angesiedelt ist die *Transaktionsanalyse* nach Berne. Es handelt sich dabei um eine primär kognitive Methode. Im Gegensatz zur *Freudschen* Topographie von Es-Ich-Überich geht Berne von drei verschiedenen Ich-Zuständen aus, über die jeder Mensch

Kind-Ich, das Erwachsenen-Ich und das Eltern-Ich. Alle drei sind direkt ansprechbar und konkret beobachtbar. Um die einzelnen Ich-Zustände herum dachte er sich semipermeable Membranen, durch welche die Energie zwischen den drei Ich-Zuständen hin- und herfließen kann. Zwischenmenschliche Interaktionen (Transaktionen) können zwischen den jeweils entsprechenden Ich-Zuständen (parallele Transaktion) oder zwischen unterschiedlichen Ich-Zuständen (gekreuzte Transaktion) erfolgen. Krankheit entsteht, wenn einer oder zwei Ich-Zustände ausgeschlossen werden, so daß der Mensch nicht mehr über sein gesamtes Potential verfügt, oder wenn sich zwei Ich-Zustände überlappen und dadurch das Erwachsenen-Ich destabilisiert wird. Durch die sog. »Skriptanalyse« wird der dieser Störung zugrunde liegende geheime, aus der Kindheit stammende Lebensentwurf aufgedeckt und damit die Möglichkeit zu Neuentscheidungen gegeben.

Im Unterschied zu allen bisher dargestellten Psychotherapie-Schulen und -Richtungen, die sich mit den der menschlichen Entwicklung zugrundeliegenden Energien, Gesetzmäßigkeiten und Umweltbedingtheiten auseinandersetzen, hat die *Gesprächstherapie* noch Rogers ein relativ einfaches Menschenbild: sie hat nicht den Anspruch, ein umfassendes Persönlichkeitsmodell vom Menschen zu entwickeln und daraus ein Psychotherapiekonzept abzuleiten. Sie beschränkt sich vielmehr darauf, zu beobachten und zu verstehen, was im Therapieprozeß abläuft, und dieses modellhaft zu erfassen. Damit hat sie psychoanalytisches Herangehen aufgegeben; sie ist vielmehr stark orientiert an der Verhaltenstherapie. Krankheit wird verstanden als Inkongruenz der Person, d.h. als ein Auseinanderklaffen von Selbstkonzept und realer Selbsterfahrung. Therapieziel ist somit die Annäherung beider und die Herstellung von Kongruenz. Die Rolle des Therapeuten ist dabei auf empathisches Verstehen beschränkt; er bezieht keine Position, um die grundsätzliche Selbstverantwortung des Patienten nicht zu beeinträchtigen.

Den Versuch einer Integration von biologischer freudianischer Psychoanalyse einerseits mit der Verantwortungsethik des abendländischen Humanismus andererseits versuchen die *existentiellen Psychotherapierichtungen*. Hier ist die Vergangenheit neben Gegenwart und Zukunft nur eine Dimension des zeitlichen Erlebens, und neben der Biographie steht u.a. der von der freudianischen Psychoanalyse vernachlässigte Entwurf des Menschen im Mittelpunkt des Interesses. Der Mensch wird verstanden als aktiver Gestalter seiner Existenz, er kann sich Werte und Ziele setzen; als kreatives und intentionales Wesen handelt er in Eigenverantwortlichkeit und strebt zur Selbstverwirklichung. Deren Fehlen wird als existentielle Schuld erlebt. Krankheit wird verstanden als dysfunktionale Einschränkung der Mannigfaltigkeit funktionaler und relationaler Möglichkeiten. Dazu gehört ein neurotisches Verhaftetsein an die Vergangenheit, welches eine Neuinterpretation als Voraussetzung für die Freiheit zur Selbstverwirklichung nicht zuläßt. Der therapeutische Prozeß stellt sich somit dar als fortwährendes Oszillieren zwischen Erkunden und Be-

Als bevorzugte therapeutische Methode wird dabei die freudianische eingesetzt.

Der *zweite Band* des Handbuches wird eingeleitet durch die Darstellung der *Verhaltenstherapie*. Ihrer einseitigen Handlungs- und Verhaltensorientierung liegt ein deterministisches Modell zugrunde, welches beobachtbares Verhalten auf Lernprozesse im Sinne von Konditionierung zurückführt. Die spätere Erweiterung dieser einfachen funktionalen Kette um eine komplexere strukturelle Ebene, bei der auch kognitive und soziale Lernprozesse inbegriffen sind, ändert nichts an dem grundlegenden Determinismus. Daraus abgeleitete Therapieformen sind z.B. die systematische Desensibilisierung (im Falle von Angstneurosen), die Selbstkontrolltherapien (im Falle von Depressionen) usw. Die Kritik, die aus psychoanalytischer Sicht an verhaltenstherapeutischen Konzepten geübt wird, besteht im wesentlichen darin, daß hier bloße Symptomtherapie betrieben wird und damit die Gefahr einer Symptomverschiebung besteht. An diesem Thema zeigt sich die grundlegende Unvereinbarkeit beider Ansätze

Bei der *rational-emotiven Therapie* nach *Albert Ellis* handelt es sich um eine differenzierte Variante der Verhaltenstherapie. Sie geht von einem grundlegenden kausalen Zusammenhang zwischen Kognition und Gefühlen aus. Emotionale Störungen werden danach durch eine bestimmte Art der Kognition (oder auch »Selbstverbalisation«) ausgelöst, nämlich durch unlogische und irrationale Auffassungen der Realität. Sie sind entsprechend nur dadurch zu beheben, daß das irrationale Denken minimiert, das rationale aber maximiert wird. Der Mensch unterscheidet sich nach dieser Annahme von allen anderen Lebewesen dadurch, daß er eine einzigartige Befähigung zu kognitiver Kontrolle besitzt; er ist damit für sein Kranksein und seine Genesung selbst verantwortlich.

Die *Primärtherapie* nach *Janov* steht in der Tradition der Tiefenpsychologie — mit großer Nähe u.a. zur Gestalttherapie, ohne jedoch analytisch zu arbeiten. Sie geht davon aus, daß in den »zivilisierten« Ländern die meisten Menschen neurotisch sind, weil dort die sozialen und familiären Bedingungen derart »denaturiert« sind, daß fast alle Menschen die eine oder andere Form kindlicher Deprivation erlitten haben. Die Verweigerung der Befriedigung von Primärbedürfnissen löst Schmerzreaktionen aus, die abgewehrt werden müssen, was Gefühlsverfremdung und ein irrationales Verhältnis zur Umwelt zur Folge hat. Entsprechend zielt Therapie darauf ab, in tiefer Regression verdrängte, frühkindliche, »primäre« Gefühle mit Hilfe kathartischer Reaktion wiedererlebbar zu machen und damit das reale Selbst des Patienten wiederherzustellen. Ziel ist — fast im Sinne einer Heilslehre — das kindliche Bewußtsein, das in der Lage ist, die Bedeutung der Gefühle zu erkennen und auszudrücken. Die — ursprünglich krank machende — gesellschaftliche Realität mit ihren Zwängen und Anforderungen wird demgegenüber nebensächlich. Auch Persönlichkeits- und Ich-Entwicklung oder gar spirituelles Wachstum sind of-

Der folgende Hauptteil des Zweiten Bandes ist den schulübergreifenden Therapieformen gewidmet. Da hier keine grundsätzlich neuen weltanschaulichen und theoretischen Positionen mehr auftauchen, soll dieser Teil nur noch sehr kursorisch zusammengefaßt werden:

Zunächst geht es um *gruppendynamische Ansätze*, die davon ausgehen, daß der Mensch als soziales Wesen von der ihn umgebenden Gruppe ebenso bestimmt ist wie durch Persönlichkeitsmerkmale. Vor dem historischen Hintergrund der Erfahrung mit dem deutschen Faschismus wird mit Gruppendynamik u.a. auch das weitergehende Ziel verfolgt, zu einer Demokratisierung der Gesellschaft beizutragen.

Es folgen ein Kapitel über *Hypnotherapie* und andere suggestive Verfahren, insbesondere *Autogenes Training*, sowie ein Abschnitt über nonverbale Therapieverfahren der *Bewegungs- und Leibtherapie* nach *Hilarion Petzold*, in denen die Einheit von Körper und Seele sowie der unlösbare Verbund von »Leib-Subjekt« und sozialem und ökologischem Umfeld im Mittelpunkt stehen. Danach gewinnt das Leib-Subjekt, der Körper-Seele-Geist-Organismus, seine Identität aus der Interaktion mit dem Umfeld. Eine Quelle von Identität ist aber auch die »Identifikation«, d.h. die Reflexion des Ich auf das Leib-Selbst. Das zugrundeliegende integrative Leibkonzept weist mehrere Dimensionen auf, die gleichzeitig die Ebenen der therapeutischen Intervention kennzeichnen: Der Körper-Raum, d.h. das physikalische Substrat des Leibes, der »Zeit-Leib«, durch dessen Begrenzung von Anfang und Ende (Lebenszeit) Zeit erst möglich wird, der »Rollen-Leib«, d.h. die Verkörperung sozialer Strukturen, der »Traumleib« als Ort der Träume und des Begehrens sowie der »Sprach-Leib«, d.h. die symbolisch-kommunikative Bedeutung der »Körpersprache«.

Die folgenden Kapitel haben *Kinderanalyse und Kindertherapie, Gruppentherapien, Familientherapien, Sozialtherapien* zum Thema. Den Abschluß bildet ein Kapitel über *medikamentöse Therapie* bei psychischen Störungen.

Das Gesamtwerk wird abgerundet durch einen Überblick über die in der BRD gegebenen Möglichkeiten für psychotherapeutische Ausbildung.

Barbara Töpfer (Berlin)

John C. Eccles

Gehirn und Seele — Erkenntnisse der Neurophysiologie

2. dt. Lizenzausgabe, Piper Verlag, München-Zürich, 1987, Paperback, 285 S. DM 16,80

Die Anerkennung einer gleichzeitigen Existenz von materieller und geistiger Welt kennzeichnet den Menschen früherer Kulturepochen. Erst die rational-logische Denkweise des »entweder-oder«, die nach *Jean Gebser* für die mentale Bewußtseinsstruktur und das moderne Wissenschaftsdenken charakteristisch ist, trennte Geist und Materie in zwei unvereinbare Gegensätze. Für

lungen über die Epilepsie als »gottgesandter Krankheit« scharf zu kritisieren und sie erstmals wissenschaftlich als Anfallsleiden des Gehirns zu diagnostizieren, andererseits sich in die Mysterien von Eleusis einweihen zu lassen. So beginnt eigentlich erst mit *Descartes*, auch Arzt und Philosoph, die neuzeitliche Diskussion des Gehirn-Seele-Problems, an die das vorliegende Buch des Nobelpreisträgers für Medizin und Physiologie im Licht der Ergebnisse der modernen Hirnforschung anknüpft.

»Facing Reality« — der Titel der englischen Originalausgabe von 1970 — trifft eigentlich genauer, was den Leser erwartet: einbezogen zu werden in die Suche nach Antwort auf die ungelöste Frage »Wer sind wir?«. In dem Buch, das aus einer Komposition aufeinander abgestimmter und aufbauender Vorlesungen und Texte in 12 Kapiteln besteht, läßt der Autor hervorragende Naturwissenschaftler und Philosophen wie *Eddington*, *Schrödinger*, *Polanyi*, *Hinshelwood*, *Wigner*, *Dobzhansky* und *Popper* — um nur einige zu nennen — in manchmal fast dialogischer Form zu Wort kommen, um die Beziehung zwischen Mensch, Gehirn und Wissenschaft zu diskutieren. Im Verlauf der ständig aktives Mitdenken erfordernden Lektüre des Buches, in dem immer wieder der Bogen von den fortgeschrittensten neurophysiologischen Erkenntnissen und Fakten zu philosophischen Grundsatzfragen gespannt wird, wird deutlich, warum der Autor die weitgehende Forderung erhebt, daß ungeachtet philosophischer oder politischer Haltungen Übereinstimmung darüber bestehen sollte, daß die Erforschung des Gehirns im Mittelpunkt der wissenschaftlichen Untersuchung über die menschliche Natur stehen sollte. Mit *Schrödinger* und *Wigner* postuliert *Eccles*, daß die primäre Realität jedes Menschen und damit auch des experimentell arbeitenden Wissenschaftlers die Welt bewußter Erfahrung ist, die Selbst-Bewußtsein, freies Denken und Handeln ermöglicht, während wir mit der übrigen materiellen Welt einschließlich unseres Körpers nur über die vielfältigen Sinneseindrücke verbunden sind, die uns unser Gehirn vermittelt. Was wir als äußere, anscheinend objektive Realität wahrnehmen, ist eine bewußte Projektion unseres Gehirns, über deren Zustandekommen die moderne Hirnforschung trotz immenser Fortschritte in den letzten 30 Jahren noch keine Aussage oder forschungsleitende Hypothese machen konnte. Angesichts der Aufhebung der illusorischen Subjekt-Objekt-Dichotomie in der modernen Physik (durch *Bohr* und *Heisenberg*) steht die Frage der Geist-Materie-Beziehung und damit das Problem Bewußtsein und Gehirn für den Autor an vorderster Stelle eines umfassenden Paradigmenwechsels in der gesamten Wissenschaft. Einen wirklichen Fortschritt in der Hirnforschung erwartet *Eccles* nur infolge eines radikalen Umdenkens in der Wissenschaftsmethodik und der Formulierung einer psychophysiologischen Relativitätstheorie, die noch zu entdecken ist.

Es würde den Rahmen einer Buchbesprechung sprengen, auch nur eine kleine Auswahl der dargestellten neurophysiologischen Forschungsergebnisse und weiterführenden Hypothesen über die Untersuchung der Nervenzelle

einfacher dynamischer Neuronennetze bis hin zu wellenfrontartigen spezifischen räumlich-zeitlichen Erregungsmustern von Millionen Nervenzellen des »verzauberten Webstuhls« (*Sherrington*) Gehirn inhaltlich darzustellen. Trotz aller Erfolge verfügen wir erst über ein »primitives Wissen« über das Gehirn auf der untersten Stufe. Mit dieser kritischen Haltung führt der Autor den Leser immer wieder bis an die Grenzen des heutigen Wissens, hinter denen erst die ungelösten Grundfragen der menschlichen Existenz und Entstehungsgeschichte beginnen: unsere Geburt — unsere bewußte Individualität im Strom der Entwicklung während unseres ganzen Lebens — unser Tod und unsere scheinbare Vernichtung. Für *Eccles* ist der Mensch mehr als ein intelligentes Tier und aus den Gesetzmäßigkeiten der biologischen Evolution nicht vollständig erklärbar. Das heißt, daß für die Entstehung und Existenz des menschlichen Selbst-Bewußtseins — der Seele — eine geistige Realität und damit letztlich ein göttlicher Schöpfungsprozeß angenommen wird, der mit der Evolution nicht zusammenfällt und sie transzendiert. Wie auch *Descartes* nimmt er daher den Standpunkt eines Dualismus von Gehirn und Seele/Psyche/Bewußtem Selbst ein, ohne die Verpflichtung einzugehen, Erklärungen dafür zu liefern, wie die Seele an das Gehirn »angeschlossen« ist. Daß dieser Dualismus und der daraus resultierende methodische Interaktionismus kein ausschließlich philosophischer oder theologischer Standpunkt ist, wird daran deutlich, wie *Eccles* die »primäre Realität« und eigene Welt des bewußten Selbst in sein wissenschaftliches Hirnmodell in Verbindung mit *Poppers* 3-Welten-Theorie integriert (siehe dazu den Kongreßvortrag des Autors in diesem Heft). Es mag als Widerspruch erscheinen, wenn einerseits angesichts des ungelösten Problems Gehirn-Bewußtsein als legitimer Standpunkt ein strenger Dualismus von Gehirn und Seele postuliert wird, andererseits aber wissenschaftliche Hypothesen formuliert und diskutiert werden, wie der freie Wille als geistiges Agens auf das Materie-Energie-System des Gehirns einwirken kann. Aus solchen kreativen Widersprüchen, die sich an Grenzfragen zwischen Naturwissenschaft und Philosophie ergeben, bezieht das Buch aber gerade seine faszinierende geistige Spannung.

Fast ein eigenes Thema bilden die Kapitel und immer wieder eingestreuten Ausführungen des Autors über Wissenschaftstheorie, die Methodik experimenteller Forschung, über die Ausbildung des wissenschaftlichen Nachwuchses und eine lebendige Didaktik der wissenschaftlichen Lehre. Diese Ausführungen sind selten allgemein, immer ist der persönliche Bezug spürbar, werden eigene Erfahrungen und Begegnungen mit anderen Wissenschaftlern, mit Schülern und wissenschaftlichen und philosophischen Lehren wie *Sherrington* und *Popper* erzählend mit eingeflochten. Der Leser wird zum Insider der subjektiven Welt der Wissenschaft und Wissenschaftler um den Autor herum — und dies nicht ohne Grund. Denn *Eccles* geht es darum, den Menschen in das Zentrum der Forschung zu rücken, im vollen Bewußtsein darüber, daß er selbst auch gleichzeitig Subjekt dieser Forschung ist.

Kritisch anzumerken ist, daß bei *Eccles* die Dimension des Unbewußten, die

bei *Ammon* nicht nur eine psychische und neurophysiologische, sondern auch philosophische Bedeutung hat, in Beziehung zur geistig bewußten Dimension nicht thematisiert wird. Lediglich im Bereich der kreativen Phantasie des Wissenschaftlers erwähnt der Autor die permanente und dynamische Beteiligung nicht-bewußter Prozesse, hier aber beschränkt auf die Ebene neurophysiologischer Komponenten. Gerade die Einbeziehung der Forschung über unbewußte Prozesse in gruppodynamischen Feldern in die Hirnforschung könnte das Moment der Entwicklung und Genese bewußter Prozesse aus nicht-bewußten heraus stärker berücksichtigen und den Interaktionismus, der eigentlich eine »vor-relativistische« Denkkategorie ist, zu einem Felddenken erweitern, wie es im Hinblick auf das dynamische Geschehen im Materie-Energie-System »Gehirn« schon angewandt wird.

Abschließend sei noch auf eine Schlußfolgerung für die wissenschaftliche Psychiatrie hingewiesen, die das Buch implizit enthält: Da die biologisch orientierte Schulpsychiatrie nahezu dogmatisch auf das Gehirn fixiert ist und unter Therapie geistig-seelischer Erkrankungen überwiegend die pharmakologische Einwirkung auf das Gehirn des Patienten versteht, ist es legitim zu fordern, daß sie ihr therapeutisches Handeln und ihr Krankheitsverständnis am fortgeschrittensten Stand der Hirnforschung orientiert, wie er von *Eccles* vorgestellt wird. Hier findet der Leser aber eine ausdrückliche Absage an jeglichen Reduktionismus geistig-seelischer Vorgänge auf elementare biochemische Prozesse an den Synapsen. Angesichts des in sich hochdifferenzierten dynamischen und immer spezifischen Musters von Millionen Nervenzellen und Synapsen, das erforderlich ist, um auch nur die einfachste bewußte Wahrnehmung zu ermöglichen, kommt es einem wissenschaftlichen Aberglauben gleich, geistig-seelisches Erleben und Leiden pharmakologisch steuern und in Richtung auf eine gesunde Entwicklung verändern zu wollen. Medikamente können nur passageres Hilfsmittel, niemals aber den ganzen Menschen erreichende Therapie sein. Auch für eine humanistische dynamische Psychiatrie könnte der Satz des Autors gelten: »Es ist gut, wenn man fühlt, daß man gegen ein in Mißkredit stehendes Establishment kämpft«. »Gehirn und Seele« ist ein Buch, daß man nicht nur einmal, sondern mehrmals lesen sollte.

Volker Peschke (München)

Modest Michailowitsch Kabanov, Klaus Weise (Hrsg.)

Klinische und soziale Aspekte der Rehabilitation psychisch Kranker

VEB Georg Thieme Verlag, Leipzig, 1981, 350 S., mit 23 Abb. und 19 Tab.

Nur selten in der psychiatrischen Literatur der westlichen Länder werden Veröffentlichungen sozialistischer Autoren rezipiert. Wieviel dadurch verlorengeht, zeigt aufs Neue die vorliegende Monographie über die Rehabilitation psychisch kranker Menschen für die *Modest Michailowitsch Kabanov* Di-

rektor des Psychoneurologischen Forschungsinstituts V.M. Bechterev in Leningrad, und *Klaus Weise*, Direktor der Psychiatrischen Klinik der Karl-Marx-Universität Leipzig, als Herausgeber zeichnen. In langjähriger gemeinsamer Arbeit von Wissenschaftlern aus der UdSSR und der DDR entstand ein Werk, das gleichermaßen durch seine theoretische Grundlegung wie durch die Art der vermittelten psychiatrischen Praxis beeindruckt. Es ist getragen von humanitärem Geist und von der Achtung vor der Würde des Menschen. Rehabilitation ist für die Autoren ein ganzheitliches Geschehen, das auf die völlige oder teilweise Wiederherstellung des persönlichen und sozialen Status des Kranken gerichtet ist. »Die Hauptsache in der Lehre von der Rehabilitation ist der Kampf um den Menschen und nicht der Kampf gegen die Krankheit.« Dreh- und Angelpunkt aller integrativen Prozesse ist dabei die Persönlichkeit des Kranken.

Einleitend entwirft *Achim Thom*, Professor für Geschichte der Medizin an der Universität Leipzig, ein Krankheitsverständnis, das das in der Psychiatrie gängige um die soziale Dimension des Menschen zu erweitern sucht. Ausgehend vom Menschenbild des Marxismus-Leninismus hält er die gemeinsame Betrachtung des Biologischen und des Sozialen für erforderlich, um das Wesen menschlicher Krankheiten begreifen zu können. Auch psychische Erkrankungen sind seiner Meinung nach in ihrer Ausprägung immer von der sozial bestimmten Persönlichkeitsgeschichte des Erkrankten beeinflusst, wobei ihre Symptomatik durch ein kompliziertes Zusammenwirken organismischer, psychischer und sozialer Bedingungen zustande kommt.

Die Rehabilitation, in deren Verlauf der Kranke eine aktive Einstellung zur Beeinträchtigung seiner Gesundheit und eine positive Einstellung zum Leben, zur Familie und zur Gesellschaft gewinnen soll, beruht nach *Kabanov* auf vier Prinzipien, nämlich dem Prinzip der Partnerschaft, dem Prinzip der Vielseitigkeit der Bemühungen und Einwirkungen, dem Prinzip der Einheit psychosozialer und biologischer Methoden und dem Prinzip der stufenweisen Gestaltung der Maßnahmen und Interventionen. Im einzelnen bedeutet das, daß als grundlegende Voraussetzung jeglicher rehabilitativer Maßnahmen der Kranke aktiv in den therapeutischen Prozeß miteinbezogen werden muß und nichts ohne sein Vertrauen geschehen darf. Dabei geht es während der Behandlung auch um eine Neubestimmung von Werten und Einstellungen.

Einen guten Einblick in den Ablauf der Rehabilitation gibt die von *Kabanov* beschriebene Staffelung der biologischen und psychosozialen Einwirkungen. Die erste Etappe der wiederherstellenden Therapie findet in Kliniken und halbstationären Einrichtungen statt und dient dazu, durch Einzel- und Gruppentherapie, Beschäftigungs- und Soziotherapie, durch Stimulierung der sozialen Aktivität in Selbstversorgung und Selbstverwaltung sowie durch biologische und medikamentöse Therapie einen psychischen Defekt zu verhüten bzw. Hospitalismuserscheinungen zu beseitigen oder zu vermindern. Die zweite Etappe der Readaption hat die Aufgabe, durch Arbeitstherapie mit dem Ziel der beruflichen Umorientierung und durch die spezielle

sche Arbeit mit dem Patienten und seinen Angehörigen den Kranken an das Leben und an die Arbeitstätigkeit unter extramuralen Bedingungen anzupassen, während in der dritten Etappe, der Rehabilitation im eigentlichen Sinne des Wortes, durch sinnvolle Lebensgestaltung und Arbeitsbeschaffung, durch Bemühen um eine positive Einstellung der Gesellschaft zum Kranken und durch verschiedene Arten der Klubbätigkeit der individuelle und gesellschaftliche Status des Kranken wiederhergestellt werden soll.

Nach diesen grundlegenden Ausführungen beschreiben die Autoren in den folgenden Kapiteln die praktische Seite der Rehabilitation und die von ihnen durchgeführte begleitende Forschung. Wiederum besticht die umfassende Verarbeitung der einschlägigen Literatur sowohl aus sozialistischen wie aus kapitalistischen Ländern und die Herangehensweise an die einzelnen Fragestellungen, die immer deren historische Entwicklung mit einschließt. An einzelnen, sorgfältig erfaßten Beispielen wird dargelegt, wie sich infolge der Vorstellungen zur Rehabilitation die psychiatrische Versorgung in der UdSSR und der DDR geändert hat. Besondere Bedeutung wird den arbeitstherapeutischen Werkstätten zugemessen, in denen, wie es heißt, unter schrittweiser Steigerung des Schwierigkeitsgrades der Patient die Ästhetik der Arbeit und ihre soziale Bedeutsamkeit erfassen soll. Sie sind Teil eines Netzes extramuraler Einrichtungen, in denen, möglichst nahe am Wohnort, der Kranke nach seiner Hospitalisierung weiterbetreut wird.

Bezüglich der Diagnostik erscheint mit die Auffassung von *K. Weise* und *V.M. Volovik*, dem Leiter der Abteilung für extramurale Psychiatrie am Bechterev-Institut, erwähnenswert zu sein, da sie die Diagnose der Krankheit immer um die Diagnose des Kranken ergänzt wissen wollen. In ihr werden die Besonderheiten der individuellen pathodynamischen Struktur und die Verbundenheit des Kranken in seiner sozialen Situation bestimmt. Im Abschnitt über die Bedeutung der Familienforschung für die Rehabilitation berichten *V.M. Volovik* und *O. Bach*, Oberarzt an der Psychiatrischen Klinik der Universität Leipzig, von einer am Bechterev-Institut durchgeführten Untersuchung, die einen unmittelbaren Zusammenhang zwischen dem Erfolg der Rehabilitation und dem Charakter der familiären Beziehungen belegt. Wie sie schreiben, halten sie mit gutem Erfolg zweimal monatlich sog. Elternversammlungen ab, in die auch der Ehepartner des Patienten miteinbezogen werden kann, um auf diese Weise intrafamiläre Prozesse aufzuarbeiten.

Die Offenheit und Ehrlichkeit, mit der *Kabanov* und Mitarbeiter die Ergebnisse soziometrischer Untersuchungen zur Struktur psychosozialer Beziehungen auf psychiatrischen Stationen schildern, verdient meines Erachtens, besonders hervorgehoben zu werden. Sie stellten beispielsweise fest, daß über die Hälfte der Psychiater nur ungenügende Fähigkeiten zur realen sozialen Wahrnehmung besitzt oder daß schwierige Patienten bei den Krankenschwestern deutlich weniger beliebt sind. Folgerichtig fordern *Kabanov* und seine Mitarbeiter, um die Wirksamkeit der Behandlung zu erhöhen, bessere und fachspezifische Auszubildende, die sich nicht nur auf die Auswahl sozialer

Fachkräfte. Im abschließenden Kapitel werden die Methoden der Rehabilitation noch einmal ausführlicher beschrieben: biologische Therapie, Milieuthherapie, Psychotherapie und Soziotherapie sowie Beschäftigungs- und Arbeitstherapie.

Das vorliegende Buch stellt einen hilfreichen und anregenden Leitfaden für alle im Bereich der Rehabilitation psychisch Kranker Tätigen dar.

Bernhard Richarz (München)

Nachrichten

»Schizophrenie und Psychosomatik

Strukturelle und prozeßhafte menschliche Dimensionen — Behandlungsmethodik und Forschungskonzeptionen in der Dynamischen Psychiatrie«
Bericht über den 6. Weltkongreß der World Association for Dynamic Psychiatry WADP und das XIX. Internationale Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 7.—11. März 1988 in der Ludwig-Maximilians-Universität München und den Klinischen Nachkongreß in der Dynamischen Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige am 12. März 1988

Die humanstrukturellen Gemeinsamkeiten und Beziehungen der beiden psychiatrischen Krankheitsbilder Schizophrenie und Psychosomatik in ihren strukturellen und prozeßhaften Dimensionen standen im Mittelpunkt des 6. Weltkongresses der WADP und XIX. Internationalen Symposiums der DAP in der Ludwig-Maximilians-Universität in München.

Insgesamt 120 Wissenschaftler aus 19 Ländern stellten vor über 450 Teilnehmern ihre Forschungsergebnisse und Behandlungskonzepte zu den beiden Krankheitsbildern zu Diskussion.

Dr. *Günter Ammon* eröffnete mit seiner Ansprache den Kongreß. Anschließend gab Frau *Hildegard Stenda* (München) ein herrliches Klavierspiel, zwei Balladen von Frédéric Chopin.

Grußworte wurden gesprochen von Professor *Sir John Eccles* (Schweiz), Professor *Friedrich Rothschild* (Israel), Professor *Manfred von Ardenne* (DDR), *Erwin Eßl*, Präsident der Bayerischen Gesellschaft zur Förderung der Beziehungen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Sowjetunion e. V. (München), der im Zusammenhang mit der Förderung seiner Gesellschaft erst die Teilnahme der sowjetischen Delegation ermöglichte, sprach über die völkerversöhnende Bedeutung der internationalen wissenschaftlichen Zusammenarbeit. Den Frieden zwischen den Völkern wie das Recht auf Arbeit hob er in seiner großangelegten Rede ganz besonders hervor.

Weitere Grußworte sprachen Professor *Modest Kabanov* (UdSSR), Dr. *Béla Buda* (Ungarn), Dipl.-Psych. *Ilse Burbiel* (BRD), Professor *Hallym Calehr* (Indonesien), Professor *Judge Amnon Carmi* (Israel), Dr. *Edward Dehné* (USA), Professor *Nicholas Destounis* (Griechenland/USA), Dr. *Marius Erdreich* (Israel), Dr. *John Kadri* (Ghana), Amtsrat *Hans Joachim Meyer*, Vizepräsident der Union der Widerstandskämpfer und Verfolgtenverbände (UDWV) (Frankfurt/M.), Professor *Maria Orwid* (Polen), Dr. *Rolf Schmidts* (BRD), Professor *Jai B.P. Sinha* (Indien), Dipl.-Psych. *Bernard Stritih* (Jugoslawien) und Professor *János Szilárd* (Ungarn).

Die vielfältigen Beiträge zum Kongreßthema aus der Psychiatrie, Psychologie, pränatalen Forschung, Epidemiologie, Neurophysiologie, Biosemiotik, Kreativitätsforschung, Energienphysik, Philosophie machten deutlich, wieviele

Verständnis und zur therapeutischen Behandlung wichtig sind. In dem ganzheitlichen Menschenbild der Dynamischen Psychiatrie, wie es von Dipl. Psych. *Ilse Burbiel* auf der ersten Pressekonferenz erläutert wurde, wird der Mensch als eine untrennbare Einheit von Körper, Geist und Seele in seinen prozeßhaften und strukturellen Dimensionen betrachtet. Entsprechend der mehrdimensionalen Konzeption *Ammons* ist Kranksein nur eine Dimension des Menschen neben vielen anderen, auch konstruktiven und kreativen, die als Möglichkeiten in jedem Menschen angelegt sind. Die gegenwärtig noch vorherrschende Trennung von Körper und Seele zeigt sich nicht zuletzt darin, daß psychosomatisch und schizophren Erkrankte in ganz verschiedenen Einrichtungen und letzten Endes nur auf der konkreten körperlichen Symptomebene behandelt werden, wobei der Mensch selbst zu kurz kommt und verlassen wird.

Demgegenüber entwickelte *Ammon* in seinem Eröffnungsvortrag als neues Paradigma ein »unitäres Krankheitsverständnis«, das der Verwobenheit der verschiedenen Krankheitsbilder und seiner Strukturen Rechnung trägt. Als wesentlich für Gesundheit bzw. Krankheit sieht *Ammon* Prozesse von Integration bzw. Desintegration, im Synergismus zwischen Körper und Seele, Bewußtem und Nicht-Bewußtem, in der Regulation der verschiedenen Humanfunktionen. Trotz aller Unterschiede auf der phänomenologischen Ebene und in der Reaktion der Gesellschaft auf die Krankheitsbilder von Psychosomatik und Schizophrenie wies *Ammon* in seinem Vortrag auf die gemeinsame Wurzel beider Erkrankungen hin. Auf dem Hintergrund seiner Humanstrukturologischen Konzeption sieht *Ammon* alle psychische Erkrankungen auf einem gleitenden Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten angesiedelt. Ihnen allen gemeinsam ist ein schweres Defizit im zentralen nichtbewußten Kern der Persönlichkeit des Menschen. Im Vergleich zum schizophren Erkrankten ist beim Psychosomatiker die Angst am körperlichen Symptom gebunden — *Ammon* spricht hier auch von einer körperlichen Psychose —, die Humanstruktur ist integrierter und die sekundären Verhaltens- und Handlungsstrukturen sind weitgehend intakt.

Integratives Krankheitsverständnis bedeutet, sich nicht von dem Wechselspiel der Symptome verwirren zu lassen, sondern das dahinterliegende psychische Leid und die gesamte Persönlichkeit des Patienten mit seinen kranken und gesunden Anteilen wahrzunehmen und in die Therapie einzubeziehen, um ihn im tiefen Kern seiner Persönlichkeit zu erreichen. Therapie bedeutet für *Ammon* immer Identitätstherapie, d.h. daß der Therapeut die verschiedenen Persönlichkeitsanteile des Patienten wahrnimmt, die dieser noch nicht integrieren kann bzw. noch weiterentwickeln muß, sich mit den konstruktiven Anteilen verbündet und zusammen mit dem Patienten einen neuen Identitätsentwurf entwickelt. Identitätstherapie heißt auch, eine reale Wiedergutmachung und eine nachholende Entwicklung von Humanstruktur innerhalb eines sozialenergetischen Feldes zu ermöglichen. Wichtig ist, ein Behandlungs-

nisse und Interessen eingeht auf der Grundlage einer sorgfältigen Diagnostik und therapiebegleitenden Effizienzforschung. *Ammon* wandte sich in seinem Vortrag gegen jede Art von therapeutischem Nihilismus, der eine einseitige symptombezogene Behandlung bzw. eine pharmakologische Behandlung und Verwahrung zum Ergebnis hat.

Er machte zugleich deutlich, daß Identitätstherapie der Schizophrenie und Psychosomatik eine gründliche psychiatrische und psychotherapeutische Ausbildung und eine Persönlichkeit des Therapeuten mit seiner Fähigkeit zur Fürsorge, Verantwortung, Güte, Zuhören-können zur Voraussetzung hat und einen sich über lange Zeit erstreckenden therapeutischen Prozeß darstellt.

In enger geistiger Verbindung mit *Ammons* wissenschaftstheoretischer Position stand der Beitrag des Nobelpreisträgers für Physiologie und Medizin Professor Sir *John Eccles*, der in Übereinstimmung mit *Ammon* jeglichen Reduktionismus ablehnt und von einer Priorität des Psychischen, d.h. des »bewußten Selbst« gegenüber den Hirnfunktionen spricht in seinem Beitrag »The Spiritual Nature of the Self«. Unter Bezugnahme auf Sir *Karl Poppers* Drei-Welten-Philosophie entwickelte Sir *Eccles* sein Gehirnmodell, das auf einem dualistischen Interaktionismus zwischen bewußtem Selbst (Welt 2) und Gehirn (Welt 1) beruht, wobei Welt 3 die Welt der Kultur und des Geistigen beinhaltet, die zunehmend in die Interaktion einbezogen wird. Jenseits aller Interaktionsbeziehungen ist in *Eccles'* Verständnis die Einzigartigkeit der Psyche einer übernatürlichen geistigen Schöpfung zuzuschreiben. Er spricht von der »göttlichen Schöpfung der Seele«.

Gehen *Eccles* und *Ammon* gemeinsam von einer Priorität des Psychischen gegenüber der Materie aus, so unterscheidet sie andererseits der philosophische Denkansatz über die Art dieser Beziehung: *Eccles* postuliert gemeinsam mit *Popper* einen interaktionistischen Dualismus, d.h. eine Wechselbeziehung zwischen getrennten Einheiten, *Ammon* dagegen vertritt ein monistisches Konzept im Sinne eines Synergismus: Teilelemente eines Ganzen tragen in einem Prozeß als Fließgleichgewicht in einem Regelsystem zur Struktur und Funktion des Ganzen bei.

Aus der Begegnung zwischen Sir *Eccles* und *Ammon* entstand ein intensiver wissenschaftlich-geistiger und menschlicher Austausch, der die Kongreßatmosphäre mitgeprägt hat.

Ein ähnlich fruchtbarer Gedankenaustausch entwickelte sich auch durch die Begegnung mit dem Physiker und Krebsforscher Professor *Manfred von Ardenne* aus Dresden. In seinem Vortrag stellte er die Bedeutung von Energie und Energiemangel für den menschlichen Organismus dar. Die Krankheitssituation zeichnet sich immer auch durch eine Verschlechterung des Energiestatus aus, der empirisch meßbar ist, und Therapie muß immer verbunden sein mit einer Erhöhung des Energiestatus und Stimulation des Immunsystems, wie dies *von Ardenne* mit seiner Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie zu erreichen sucht. Er belegte die Wirksamkeit seines therapeutischen Ansatzes durch eine

des Immunsystems zeigten sowie durch eindrucksvolle Röntgenaufnahmen über Remissionen von Krebsmetastasen.

Die Bedeutung von *Ardennes* Forschung liegt in dem ganzheitlichen Ansatz, der ihn mit *Günter Ammon* verbindet, indem beide den energetischen Aspekt in seiner Bedeutung für die menschliche Entwicklung und Gesundheit hervorheben. Es wurden gemeinsame Forschungsprojekte verabredet.

Eine Deutung physikalischer Phänomene durch psychologische Beeinflussung, d.h. der Psychokinese, bot der israelische Psychiater und Begründer der Biosemiotik, Prof. *Friedrich S. Rothschild* in seinem Beitrag. *Rothschild* postuliert einen gemeinsamen Ursprung von Materie und Geist aus der Transzendentalen Subjektivität, die Anordnung bzw. Struktur der Materie, z.B. des ZNS hat die Qualität von Zeichen und bildet eine symbolische Sprache. *Rothschild* stellt die Hypothese auf, der Materie wohne eine geistige Potenz inne, durch die sie energiereichen geistigen Einflüssen zugänglich wird, wie sie *Rothschild* bei Menschen annimmt, bei denen linke und rechte Hemisphäre in spezifischer Weise zusammenarbeiten.

Mit Spannung wurde von allen Kongreßteilnehmern die sowjetische Psychiaterdelegation erwartet. Sie stand unter der Leitung des Direktors des Psychoneurologischen Bechterew-Instituts Professor *Modest Kabanov* aus Leningrad. Zu der Delegation gehörten Dr. *Alexander Churkin*, Chefspsychiater des UdSSR-Gesundheitsministeriums aus Moskau, und Dr. *S. Evgeny Zubkov*, leitender Mitarbeiter am Bechterew-Institut Leningrad.

Prof. *Kabanov* hob in seinem Vortrag die Bedeutsamkeit der Integration medizinischer, psychologischer und sozialer Aspekte bei der Rehabilitation psychisch Kranker hervor. Dr. *S.E. Zubkov* berichtete über die Rehabilitation alter Menschen mit neurophysiologischen Störungen. Dr. *A.A. Churkin* gab einen Überblick über den Aufbau der psychotherapeutischen Versorgung in der Sowjetunion.

Im Auftrage des sowjetischen Kulturministeriums kam Dr. *Julia Nekrasova* aus Moskau, Mitglied der sowjetischen Akademie der Wissenschaften. In ihrem Vortrag sowie in einem Workshop berichtete sie über ihre Arbeit bei der Wiederherstellung von Kommunikation bei Stotterern. Die soziale Isolation, die das Stottern hervorruft und in einem Teufelskreis durch das Stottern immer mehr verstärkt wird, wurde durch positive Suggestion, öffentliche Aufmerksamkeit und Gruppenarbeit erfolgreich durchbrochen, wie dies ihr in Paris preisgekrönter Dokumentarfilm »Die Möglichkeiten des Menschen sind unbegrenzt« eindrucksvoll zeigte.

Ein weiterer Beitrag aus der Sowjetunion von Prof. *Vadim S. Rotenberg* aus Moskau über »Das neuroleptische Syndrom im Lichte der Verhaltens-Neurochemie« wurde verlesen. *Rotenberg* analysiert die Wirkung von Neuroleptika auf psychische Funktionen mit Hilfe seines Konzeptes der Suchaktivität.

Wie sich in den Diskussionsbeiträgen vieler Referenten und Kongreßteilnehmer ausdrückte, leisteten die sowjetischen Wissenschaftler mit ihrer

schaftlichen Leistungen einen wichtigen Beitrag zum Kongreßgeschehen. Eine Vertiefung der Zusammenarbeit wurde besprochen.

Die ethische Haltung des Therapeuten stand im Mittelpunkt des Vortrages des Sozialpsychiaters Prof. *Karl Peter Kisker* von der Medizinischen Hochschule Hannover: In kritischer Auseinandersetzung mit rein positivistischen Behandlungsmethoden plädierte er für ein hermeneutisches Verstehen in der Psychotherapie. Therapie ist für ihn die gemeinsame Suche von Patient und Therapeut an den Grenzen zwischen Möglichem und Unmöglichem, nach Entwicklung von Sinn und Ganzheit.

Eine Reihe von Arbeiten befaßte sich mit der Behandlungsmethodik im klinischen Bereich. Grundlegende therapeutische Aspekte wurden in dem von *Günter Ammon* und *Maria Berger* geleiteten Workshop zur Methodik der Psychotherapie von Psychosen vorgestellt und diskutiert. Dabei wurde vor allem deutlich, daß die ethische Haltung des Therapeuten, sein Denken, seine Charaktereigenschaften und seine Einbettung in Gruppenbezüge als ein wesentliches Therapeutikum für eine Identitätstherapie anzusehen ist. Wichtig ist dabei vor allem die Integration der therapeutischen Methoden in das gesamte therapeutische und sozialenergetische Feld der Klinik mit Patienten und Team.

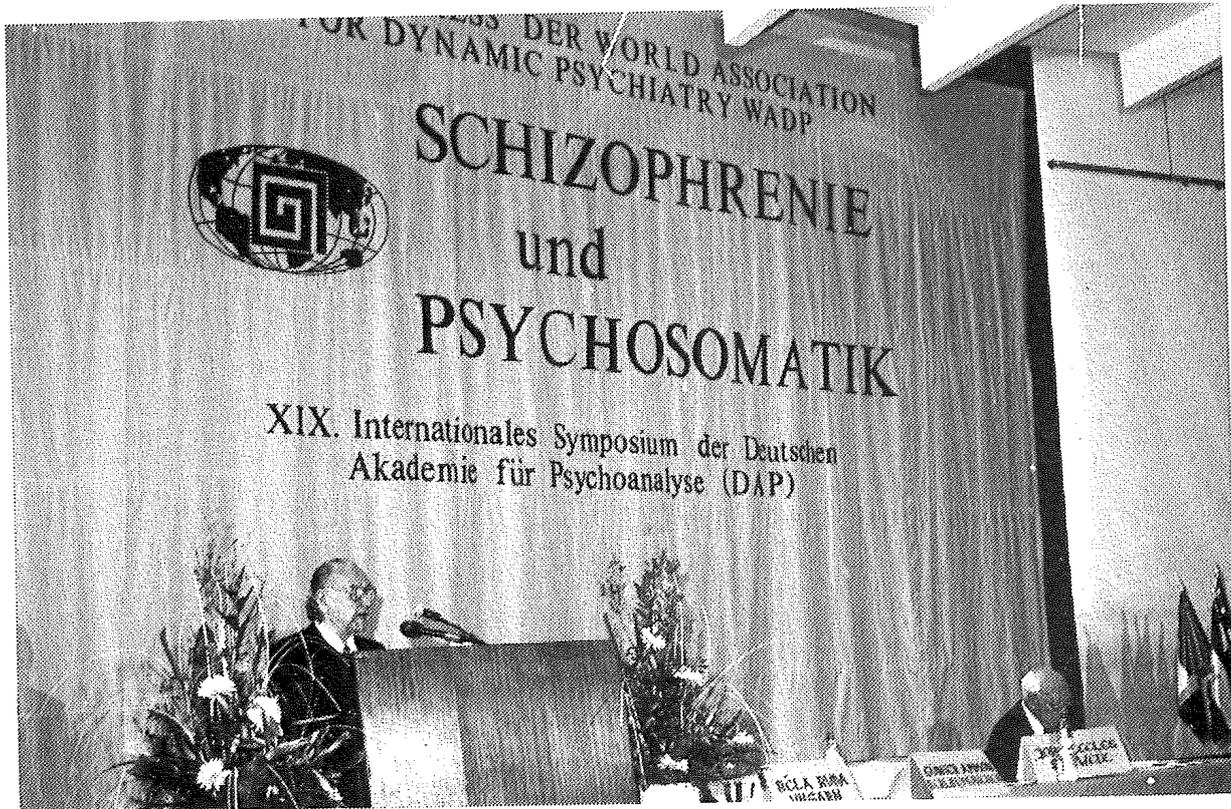
Einzelne Aspekte des Behandlungsspektrums der Klinik Mengerschwaige, vor allem der nonverbalen Therapieformen wurden von Dr. *Rolf Schmidts* und Dr. *Egon Fabian* in ihrem Vortrag über Musiktherapie und von dem Kunsttherapeuten *Georg Kress* über Maltherapie vorgestellt; der Sozialarbeiter *Heinrich Kleylein* berichtete über die dynamisch-psychiatrische Sozialarbeit vor allem mit den Angehörigen der Klinikpatienten.

Dr. *Janos Füredi* (Budapest) wies in seiner Arbeit über Familientherapie mit schizophren reagierenden Patienten auf die Gefahr der Suizidalität hin, wenn das Bündnis mit den Angehörigen mißlingt.

Eine Reihe von Beiträgen kam aus der 30-köpfigen polnischen Delegation unter der Leitung von Prof. *Maria Orwid* und Prof. *Adam Szymusik* (Krakau), so z.B. über die theoretische Konzeption der Familientherapie und ihren spezifischen Problemen bei einzelnen psychiatrischen Krankheitsbildern, aber auch über Effizienzuntersuchungen mit dem TAT und dem ISTA.

Für Dr. *Luciano Rispoli* (Neapel) stand die Reintegration des beim Schizophrenen gespaltenen Körper-Ichs im Mittelpunkt seiner Arbeit, in seiner Weiterentwicklung der *Wilhelm Reichs*chen charakteranalytischen Vegetotherapie, die die Dualismen von Psyche und Soma überwindet.

Die Veränderung von Humanstruktur im therapeutischen Prozeß qualitativ und quantitativ zu erfassen, um daraus Hinweise für Diagnose und Behandlung zu erhalten, ist gemeinsames Anliegen der Untersuchungen aus der psychologisch-diagnostischen Abteilung der Klinik Mengerschwaige: Der Vergleich katamnestisch erschlossener Nachtschlaf-EEG-Bilder von 6 ehemaligen Klinikpatienten mit den Schlaf-EEGs während ihres Klinikaufenthaltes war



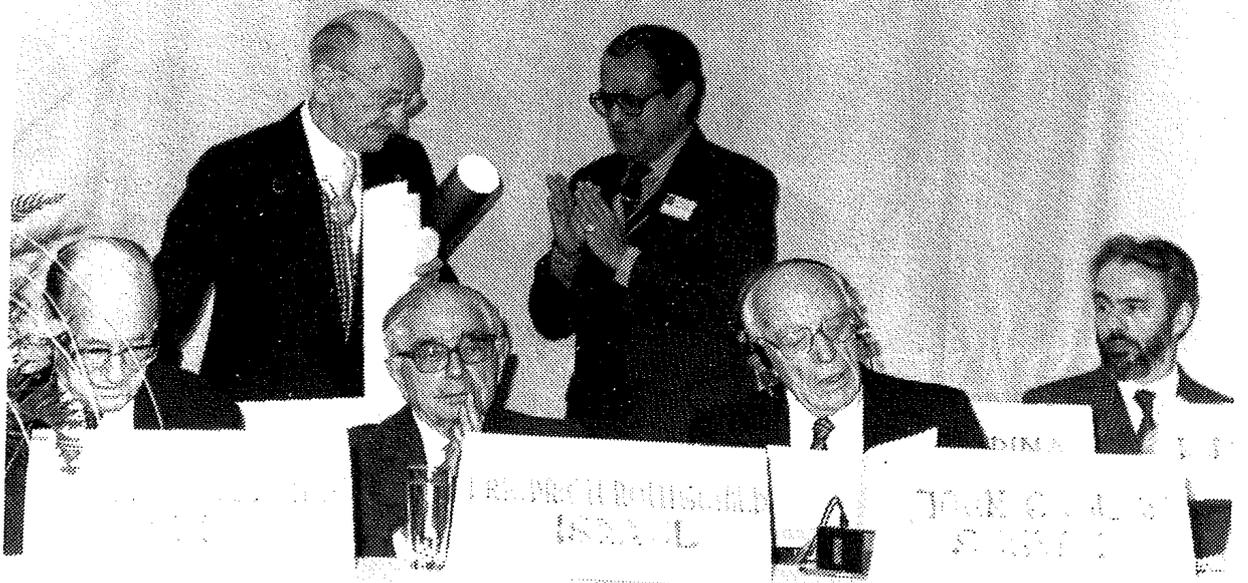
Dr. med. Günter Ammon, Präsident der World Association for Dynamic Psychiatry, bei der Eröffnung des 6. Weltkongresses





Bei der Überreichung der Goldmedaille und Urkunde der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) an Patienten und Team der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige München

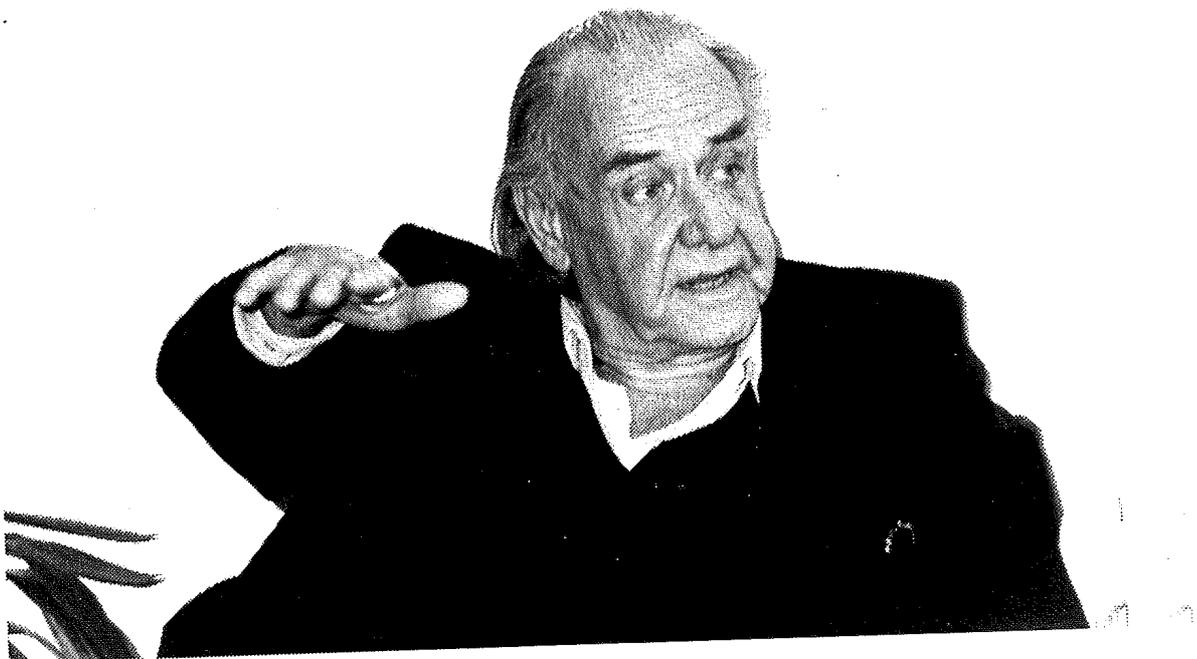
Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP)



Dr. med. Edward Dehné, Executive Vice-President Continuing Medical Education of the International Health Society, 2. Vizepräsident der WADP, nach der Überreichung der Urkunde anlässlich der Verleihung der Ehrenfellowship der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP); rechts neben ihm: Professor Dr. med. Hallum Gelber, Präsident der DAP



Professor Dr. phil. Sir John Eccles (Schweiz)





Professor Sir Eccles und Dr. Ammon im Gespräch
(im unteren Bild zusammen mit Reverend Radha, München)





Professor Dr. Sir John Eccles im Gespräch mit Dipl. Psych. Ilse Burbiel (München) und Professor Dr. phil. Jai B.P. Sinha, 3. Vizepräsident der WADP und Chairman des indischen Zweiges der WADP (Patna)



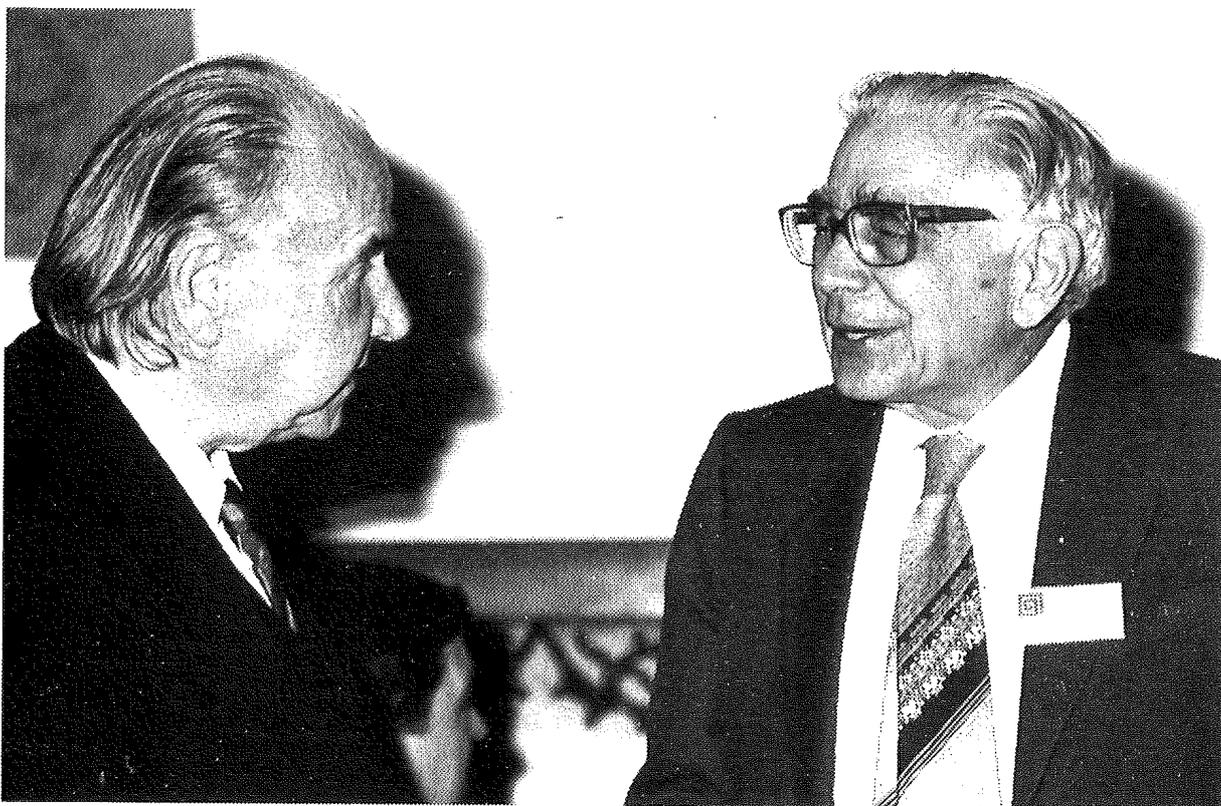


Professor Manfred von Ardenne mit Dr. Günter Ammon



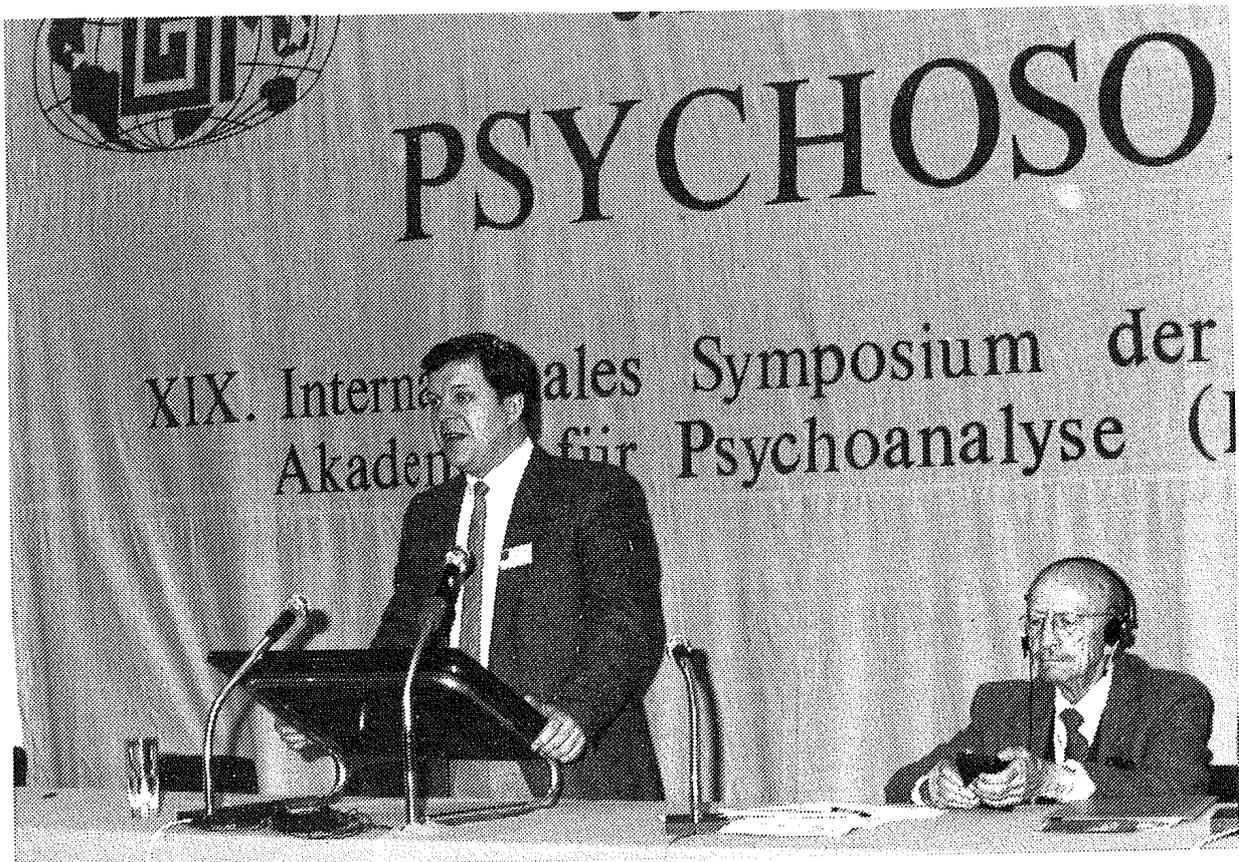


Professor Dr. med. Friedrich Rothschild im Gespräch mit Professor Dr. phil. Sir John Eccles

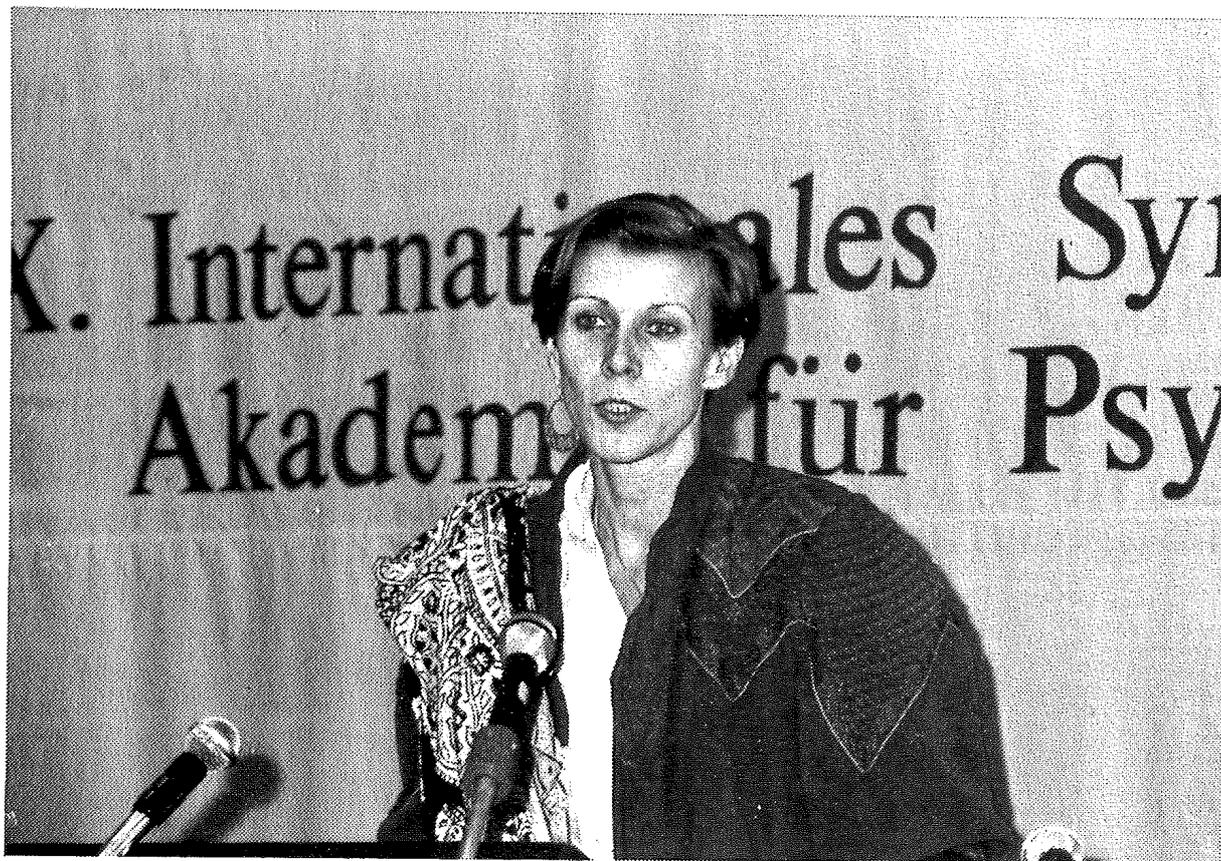




Associate Professor Hanna Jaklewicz, M.D., Institut für Psychologie an der Universität Gdańsk (Polen) bei ihrem Vortrag »Position of the Child in Alcoholic Family«



Dr. med. A. A. Churkin, Chefspsychiater des Gesundheitsministeriums der UdSSR (Moskau) bei seinem Vortrag »Die Organisation der psychotherapeutischen Hilfe in der Sowjetunion«; rechts: Dr. Edward Dehné, Chairman des amerikanischen Zweiges der WADP, 2. Vizepräsident

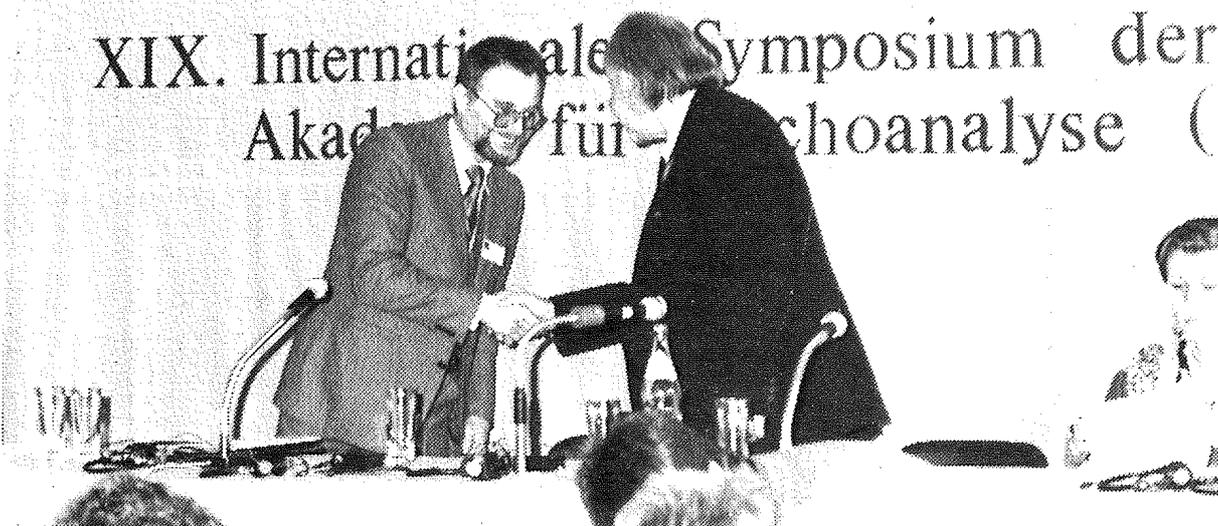


Maria Berger, Exekutivsekretärin der WADP und 2. Vizepräsident der DAP (Berlin/München), bei ihrem Vortrag »Psychologische Untersuchungen von Patienten während der Humanstrukturellen Tanztherapie in der Klinik Mengerschwaige«



PSYCHOSO

XIX. Internationales Symposium der Akademie für Psychoanalyse (



Professor Dr. phil. Rainer Pelka (München) nach seinem Vortrag »Systemerkrankungen als Überforderungen von Psyche und Soma: Vorliegende Befunde und Methodik der Analyse am



Dr. med. Marius Erdreich (Haifa) bei seinem Vortrag »Selective Psychopharmacology and Psychotherapy in Eating Disorders«



Professor Dr. med. János Szilárd, Rektor der Medizinischen Universität Szeged und Präsident der Ungarischen Psychiatrischen Gesellschaft (Szeged) bei seinem Vortrag »Zur komplexen ganzheitlichen Psychotherapie der Schizophrenie«



Dr. phil. Luciano Rispoli, Direktor des Wilhelm-Reich-Institutes (Neapel), bei seinem Vortrag »Schizophrenia and Concepts of a Split in the Corporal Self in a Clinical Model of Body-Character-Psychotherapy«



Dipl. Psych. Rita Jost, Mitarbeiterin in der Psychologisch-Diagnostischen Abteilung der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaipe zu sammen mit Dr. med. Ulrike Schanné, Assistenzärztin an der Klinik Mengerschwaipe (München) bei ihrem gemeinsamen Vortrag »Ausdruck prozeßhafter Entwicklung in der klinischen Testpsychologie sowie im therapeutischen Feld der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik am Beispiel eines schizophren reagierenden Patienten«



Professor Dr. phil. Jai B.P. Sinha (Patna)





Professor Dr. med. Maria Orwid, Vice-President of the Board of the Section of Psychotherapy and Director of the Department of Child and Adolescent Psychiatry, Chairman des Polnischen Zweiges der WADP (Krakau) und Professor Dr. med. János Füredi, Leiter der Abteilung für Psychiatrie und Klinische Psychologie an der Medical University of Postgraduate Education (Budapest)



Dr. Julia Nekrasova, Akademie der Wissenschaften (Moskau) nach ihrem Vortrag »Wiederherstellung von abgebrochener Kommunikation« im Zusammenhang mit ihrem Film »Die Möglich-



v.l.n.r.: Dipl. Psych. Ilse Burbiel (München), Dr. Irene Commissmann, Psychotherapeutin und Dolmetscherin (Düsseldorf), Dr. med. E.W. Zubkov (Leningrad), Dr. med. A.A. Churkin (Moskau)



Professor Dr. med. Modest Kabanov und Dr. Irene Commissmann im Gespräch mit Dipl. Psych.



Dr. med. (Tel Aviv) Egon Fabian, Oberarzt der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menter-
schwaige München, Dipl. Psych. Gabriele von Bülow, Psychoanalytikerin am Berliner Lehr- und
Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik



Dr. med. Paul Schmalisch, Mitarbeiter am Berliner Lehr- und Forschungsinstitut der DAP und
Dr. phil. Helmut Volger, Studiendirektor Exekutivsekretär der Deutschen Akademie für Psycho-
analyse (DAP) und Mitglied im Beirat der Deutschen Akademie für Psychoanalyse



Dr. phil. Julia Nekrasova (Moskau)

Beim Humanstrukturellen Tanz



Dr. med. Jorge Piña (Santo Domingo)

Ulrich Köppen, Dipl. Psych. *Astrid Thome* und Dr. *Winfried Tiedge* (München). Ihre Ergebnisse belegten qualitative Entwicklungsschritte der defizitären Humanstruktur im Sinne größerer Strukturiertheit und Integriertheit, machten aber zugleich deutlich, welche großen Zeiträume therapeutische Prozesse erfordern. Der Autokinetische Lichttest (*Ammon, Burbiel, Peschke*) in Verbindung mit dem Lateral-Eye-Movement-Test erwies sich als neue Methode zur Hirnhemisphärenforschung bei der Messung der Dominanz der jeweiligen Hirnhemisphäre. Der Beitrag von Dipl. Psych. *Rita Jost* und Dr. *Ulrike Schanné* illustrierte Methodik und Bedeutung der kontinuierlichen klinischen Diagnostik mit dem ISTA und anderen standardisierten Testverfahren zur Verlaufskontrolle während der stationären Psychotherapie.

Die Psychoanalytikerin *Maria Berger* (Berlin) wies in ihrem Vortrag auf die Bedeutsamkeit des Humanstrukturellen Tanzes gerade für diejenigen Patienten hin, die ihre Gefühle verbal nur schwer mitteilen können und in der rein verbalen Therapie schwer erreichbar sind. In ihrer psychologischen Untersuchung von Patienten während der Humanstrukturellen Tanztherapie konnten sie qualitativ und quantitativ in Interviews, TAT-Untersuchungen und durch Auswertung von Tanzvideos sowohl im subjektiven Erleben der Patienten als auch durch Fremdratings im Verlauf von drei Monaten deutliche Veränderungen im Körpererleben, im gefühlsmäßigen Ausdruck, im Kontakt zur Gruppe und sprachlicher Ausdrucksfähigkeit feststellen. Die Psychoanalytikerin Dr. *Gertraud Reitz* (München) beschrieb in ihrem Vortrag, wie Patienten durch den Humanstrukturellen Tanz erstmals Gefühle wie Eifersucht und Verlassenheitsängste, Bedürfnisse nach Nähe und Erotik mitteilen konnten. Gerade durch das Zusammenspiel von Tanztherapie und Gruppentherapie findet ein Reifungsprozeß statt, der Körper, Seele und Geist integriert.

Die Psychiaterin und Psychoanalytikerin *Ingeborg Urspruch* (München) ging in ihrer Arbeit »Zur Gruppendynamik der Schwangerschaft« dem Geschehen nach, wie Schwangerschaft in einer Gruppe bei den Teilnehmern das frühe Erleben und frühe Bedürfnisse aktualisiert, welchen Stellenwert die Schwangerschaft in ihrer Identitätsentwicklung hat und wie von einer Gruppe die Grenzsituation einer Geburt gemeinsam getragen wird. Die Bedeutung archaischer Bilder pränatalen Erlebens und der Geburt, denen Menschen im psychotischen Erleben und in besonderen Zuständen des schöpferischen Prozesses wiederbegegnen können, waren Themen der Arbeiten von Dr. *Oskar Sahlberg* (Berlin) und Dr. *Hans Rausch* (Andernach).

Einige Wissenschaftler zeigten in ihren Beiträgen, daß eine ganzheitliche bzw. systemische Betrachtungsweise zu einem besseren und weiterführenden Verständnis von Schizophrenie und Psychosomatik führen kann:

Dr. *Béla Buda* (Budapest), Chairman des ungarischen Zweiges der WADP, arbeitete in seinem Beitrag heraus, daß eine Entsprechung besteht zwischen dem Ausmaß der Störung der Kommunikationsfähigkeit, der Abruptheit des Ausbruchs der schizophrenen Reaktion und der Unfähigkeit des Patienten, bei der anamnestischen Erhebung der Lebens- und Krankengeschichte mitzu-

helfen. Da dieser plötzliche Ausbruch in der herkömmlichen Psychiatrie nicht verstanden wird, wird so die Annahme eines biologischen Geschehens festgeschrieben. Die Überwindung der rein biologischen Betrachtungsweise der Schizophrenie zugunsten einer komplexeren Betrachtung der biologischen, psychologischen und sozialen Elemente und ihres Zusammenwirkens stand im Mittelpunkt des Beitrages von Prof. *János Szilárd*, dem Präsidenten der Ungarischen Psychiatrischen Gesellschaft und Rektor der Medizinischen Universität Szeged.

Ein systemischer Zugang zum Krankheitsverständnis der Psychosomatik unter Einbeziehung der psychischen und sozialen Dynamik zum Verständnis der somatischen Erkrankung kennzeichnet die drei über 10 Jahre laufenden internationalen Längsschnittstudien, über die Prof. *Rainer Pelka* (München) und Dr. *Ronald Grossarth-Maticek* (Heidelberg/London) berichteten. Sie belegten statistisch — an insgesamt 6000 Probanden — signifikant den auslösenden und multiplikativen Einfluß psychosozialer Faktoren bei Krebs und Herz-Kreislaufkrankungen und konnten die Wirksamkeit von Psychotherapie bei diesen präventiven Krankheitsbildern nachweisen.

Die Beschäftigung mit der Frage der Identität des Menschen war Gegenstand mehrerer theoretischer Beiträge: In einem Vergleich des Identitätsbegriffes von *Ammon* mit dem anderer Schulen und Theorien wie *Erikson*, *Mead*, *Krappmann* und anderen kommt *Margit Schmolke* (Berlin) zu dem Ergebnis, daß diese letztendlich einem dualistischen Denken verhaftet bleiben. Es fehlt die strukturbildende und verändernde Kraft der Gruppe beim Persönlichkeitsaufbau. Nach *Ammon* sind Gruppe und Identität Dimensionen eines ganzheitlich monistisch konzipierten Persönlichkeitsmodells. In ihrem Beitrag zeigten Dipl. Psych. *Gerhard Menzel* (Freiburg) und Dr. *Paul Schmalisch* (Berlin) auf, daß erst die Entwicklung einer eigenen Identität dazu führt, mit Abhängigkeits- bzw. Unabhängigkeitsbedürfnissen sinnvoll umzugehen. Die Psychoanalytikerin Dipl. Psych. *Gabriele v. Bülow* (Berlin) wies darauf hin, daß Intelligenz erst dann im Sinne einer eigenen Identität genutzt werden kann, wenn sie im zentralen Persönlichkeitskern mit konstruktiven und kreativen Anteilen verbunden ist.

Wichtige theoretische und kasuistische Beiträge kamen auch aus den Delegationen aus Jugoslawien, Israel, Groß-Britannien und den USA, so z.B. von Prof. *Judge Amnon Carmi* (Haifa) über »The Patient's Right to Psychiatry«, Prof. Dr. *Duane Sherwin* (Washington) über post-traumatischen Streß bei amerikanischen Vietnam-Veteranen, Prof. *Nicolas Destounis* (Virginia) über AIDS, Dipl. Psych. *Bernhard Stritih* und Mitarbeitern über Selbsthilfegruppen. *Eve Mayer* (Scottsdale) sprach über die Bedeutung des Traumes in der Schizophrenietherapie, *Ety Ida Bohm* (London) über Kreativitätstherapie.

Die traditionell ganzheitliche Denkweise der indischen Heilkunst verbindet sich mit dem Menschenbild und der Behandlungsmethodik in der Dynamischen Psychiatrie und schuf so die Voraussetzung für eine langjährig bestehende

gation von Prof. Dr. *Jai B.P. Sinha* (Patna) über »Collectivism, Social Energy and Mental Health« und *S.E. Hussain* (Ranchi) über Psychotherapie in Indien deutlich wurde.

Als Vertreter des jüngsten WADP-Zweiges und als dessen Chairman berichtete Dr. *Jorge Piña* (Santo Domingo) über den Stand der dynamisch-psychiatrischen Reform in der Dominikanischen Republik. Diese Reform wurde ausgelöst durch den Besuch Dr. *Ammons* Ende 1986, bei dem er massiv die Zustände in den psychiatrischen Kliniken kritisierte.

Ganzheitliches Denken führt in letzter Konsequenz immer auch zu einer globalen Betrachtungsweise im Rahmen der internationalen Politik: Der Berliner Politologe Dr. *Helmut Volger* untersuchte die Rolle von persönlicher Identität, Gruppendynamik und politischer Wahrnehmung in der internationalen Politik in seinem Beitrag über die Rolle der UNO im Gruppengeflecht internationaler Beziehungen.

Die Einbettung der Gesundheitsprobleme in die allgemeinen politischen, ökonomischen und sozialen Probleme der internationalen Staatengemeinschaft war Thema des Vortrages von Dr. *Edward Debné* (Carson City), des 2. Vizepräsidenten der WADP und Executiv-Vizepräsidenten der Continuing Medical Education of the International Health Society. Dr. *Debné* wurde für seine großen Verdienste um Wissenschaft und Fortbildung sowie die internationale Zusammenarbeit mit der Ehrenfellowship der Deutschen Akademie für Psychoanalyse ausgezeichnet, deren Urkunde ihm durch den Präsidenten Dr. *Günter Ammon* überreicht wurde.

Die Goldmedaille der Deutschen Akademie für Psychoanalyse wurde auf diesem Kongreß den Patienten und dem Team der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige verliehen, vertreten durch den Chefarzt Dr. *Schmidts*, die leitende Oberschwester und drei Patienten. *Ammon* würdigte die gemeinsame Anstrengung von Mitarbeitern und Patienten während der letzten schweren Jahre der existenziellen Gefährdung der Klinik durch das Vorgehen der Münchner Gesundheitsbehörde.

Die zentrale Bedeutung von Integration im Gesundheitsverständnis der Dynamischen Psychiatrie spiegelte sich im Kongreßverlauf selbst wider: Es war beeindruckend, zu erleben, wie sich zwischen den Wissenschaftlern der verschiedensten Disziplinen und Kulturkreisen ein grundlegendes gemeinsames Verständnis von psychischer Gesundheit und Krankheit herausbildete. Zentraler Ort der Integration waren nicht zuletzt die täglich stattfindenden Pressekongressen, die durch die internationale Zusammensetzung und die intensiven, anregenden Diskussionen zu einer Art kleiner Symposien innerhalb des Kongresses wurden.

Integrierend waren weiterhin auch die Brahma Kumaris-Meditationen von *Suman Bakshi* (Frankfurt/M.) an jedem Morgen, der Humanstrukturelle Workshop von Dr. *Ammon* und *Maria Berger* und desweiteren der traditionelle Klinische Nachkongreß am 12. März 1988 in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige. Die Teilnehmerzahl der Klinischen

Humanstrukturellen Tanztherapie und — mit Einverständnis der Patienten — das Verfolgen einer gruppentherapeutischen Sitzung durch den Two-Way-Vision-Spiegel, einer Aufführung der Theatertherapiegruppe und viele informelle Gespräche boten allen Referenten und Journalisten von Presse und Fernsehen Gelegenheit, das therapeutische Feld der Klinik kennenzulernen.

Kongreßteilnehmer und Referenten erlebten auf dem Kongreß das verbindende Moment von Wissenschaft und eines gemeinsamen therapeutischen Anliegen und geistigen Interesses und verließen den Kongreß mit dem Bewußtsein, neue Freunde und Anregungen für ihre Arbeit gewonnen zu haben.

Daniel Hermelink, Helmut Volger (Berlin), Gabriele Seidler (München)

Der 6. Weltkongreß im Spiegel der Presse

Schizophrenie und Psychosomatik

Für alle, die auf dem Gebiet der neueren Psychiatrie dazulernen wollen, gibt es einen wichtigen Termin, den Sie sich schon mal vormerken sollten: Vom 7.—11. März 1988 findet in der Münchner Ludwig-Maximilian-Universität Hauptgebäude, der sechste Weltkongreß der Welt-Vereinigung für Dynamische Psychiatrie statt. Im Gegensatz zur orthodoxen Psychiatrie, geht der Begründer der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V., Dr. med. *Günter Ammon* (der den Kongreß leitet) von einem ganzheitlichen Bild des Menschen aus. Seine wissenschaftlichen Arbeiten sind im Ausland bekannter als in Deutschland. Worum es dabei geht, lesen Sie in diesem Beitrag. (Siehe auch *raum & zeit* Nr. 27, »Paradigmen-Wechsel einer Behandlungs-Wissenschaft«.)

Seit der Enquête der Bundesregierung zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland ist viel geschrieben, viel geredet worden, auch viel getan. Es wurde aber weiterhin doch vor allem an Symptomen herumkuriert, ohne das Übel an der Wurzel zu packen: Einem Denken, das psychische Krankheit, vornehmlich Schizophrenie, als letztlich nicht heilbar und verstehbar ansieht, das in Kategorien und Kausalitäten verharret und es zuläßt, daß Unsummen für pharmakologische Forschung und Behandlung ausgegeben werden. An wen dabei am wenigsten gedacht wird und wer dabei auf der Strecke bleibt, ist der leidende Mensch.

Auf der anderen Seite gibt es Wissenschaftler auf der ganzen Welt, der verschiedensten Disziplinen, wie Ärzte, Psychologen, Philosophen, Richter, Theologen, die zu einer ganzheitlichen Sichtweise des Menschen zurückkehren, die vor allem den Menschen zu verstehen suchen und schul- und richtungsübergreifend miteinander ins Gespräch kommen.

Seit 19 Jahren veranstaltet die Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) ... World Association for Dynamic Psy-

chiatry WADP — internationale Symposien unter der wissenschaftlichen Leitung ihres Gründers, Präsidenten und geistigen Vaters, *Günter Ammon*, auf denen Wissenschaftler aus aller Welt neue Wege und Konzeptionen der Behandlung und Erforschung psychischer Krankheit vorstellen und diskutieren.

So werden auch auf dem kommenden Kongreß wieder Wissenschaftler aus Ländern wie den USA, der Sowjetunion, Israel, Ungarn, Polen, Indien, Italien, Jugoslawien, der Schweiz u. a. erwartet. Als besonderes Ereignis darf gewertet werden, daß erstmals sowjetische Psychiater an einem Kongreß in der Bundesrepublik teilnehmen werden: vom renommierten Bechterew-Institut in Leningrad hat eine 5köpfige Delegation unter der Leitung von Prof. *Kabanov* ihre Teilnahme angekündigt.

Günter Ammon konnte im Laufe seiner 40jährigen Tätigkeit als Psychiater und Psychoanalytiker einen neuen Krankheitsbegriff entwickeln. Er sieht Krankheit als ein desintegriertes, den ganzen Menschen in seinen vielen Dimensionen betreffende Geschehen, das in Beziehung zu vergangenem und gegenwärtigem sozialenergetischen Umfeld steht.

Im bevorstehenden 6. Weltkongreß werden Schizophrenie und Psychosomatik in ihren strukturellen und prozeßhaften menschlichen Dimensionen thematisiert. Jenseits von Symptomüberbewertung kann man bei beiden Krankheitsbildern strukturelle Gemeinsamkeiten beobachten. Während man bei der Schizophrenie — oder besser gesagt, der schizophrenen Reaktion — von geistiger Psychose sprechen kann, hat *Ammon* die Psychosomatik (in ihrer schweren Form) auch als organische Psychose bezeichnet. So ist zu beobachten, daß bei einer schizophrenen Reaktion die Psychose verschwindet, wenn z.B. eine Lungenentzündung eintritt und umgekehrt, bei einer psychosomatischen Erkrankung eine psychotische Reaktion auftreten kann, sobald das somatische Symptom ausgeheilt ist. Ebenso könnte man die Alexithymie, die bei der Psychosomatik oft beschrieben wurde, mit dem autistischen Zustand bei der schizophrenen Reaktion vergleichen.

Vor einem ganzheitlichen Hintergrund kann man Krankheit und Gesundheit als ein prozeßhaftes Geschehen begreifen, in dem Krankheitsbilder einen momentanen Zustand der Persönlichkeit zeigen, der sich verändern kann, der verstehbar und behandelbar ist. *Ammon* bezeichnet Krankheit auch als »mißglückten Befreiungsversuch aus nicht bewußter oder unerträglich gewordener Einengung des ursprünglich mehrdimensionalen Menschen, als Desintegration von Körper, Geist und Seele«.

Ein Schwerpunkt des Kongresses werden die Forschungsergebnisse aus der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige sein. Mit Spannung wird der Hauptvortrag von *Ammon* zum Thema: »Zur humanstrukturellen Verwobenheit von Psychosomatik und Schizophrenie in einem ganzheitlichen Krankheitsverständnis« erwartet, ebenso die neuesten Ergebnisse aus dem Schlaf- und Traumlabor, neue Untersuchungen mit dem Autokinetischen Lichttest, psychologische Forschungsergebnisse aus der humanstrukturellen

mehr.

Jeder — sowohl Ärzte, Psychiater, Psychologen, Sozialarbeiter, Psychotherapeuten, als auch interessierte Laien — kann teilnehmen, sich an den Diskussionsgruppen beteiligen oder in abendlichen Workshops z. B. den humanstrukturellen Tanz unter der Leitung von *Günter Ammon* und *Maria Berger* oder die Theaterarbeit wie sie in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaige praktiziert wird oder den von *Renato Berger* aus Zürich vorgestellten Candomblé kennenlernen. Ebenfalls am Abend werden Arbeitsgruppen stattfinden, in denen über wichtige Themen aus Behandlung und Forschung gemeinsam diskutiert und Neues erarbeitet wird, so z. B. die von *Ammon/Berger* geleitete Arbeitsgruppe über Methodik der Psychosentherapie.

Das bis heute ungelöste Rätsel der Schizophrenie fordert auf, nach strukturellen Gemeinsamkeiten verschiedener Krankheitsbilder vor dem Hintergrund eines ganzheitlichen Menschenbildes zu suchen, fordert auf zu neuen Wegen in Diagnostik, Behandlung und Forschung und zu einer Zusammenarbeit von Wissenschaftlern unterschiedlicher Disziplinen und Schulen.

Nähere Informationen und Anmeldung: Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP), Wielandstr. 27/28, 1000 Berlin 15, Tel. 030 / 8 81 80 59 oder Klenzestraße 55, 8000 München 5, Tel. 089 / 2 01 15 86.

Gabriele Seidler (München)

(*raum & zeit*, Dez./Jan. 1987/1988, Nr. 31)

Zusammentreffen

Weltkongreß

Vom 7. bis 11. März 1988 veranstaltet die Weltvereinigung für Dynamische Psychiatrie in der Münchener Universität ihren sechsten Weltkongreß unter dem Thema »Schizophrenie und Psychosomatik«. Ein Schwerpunkt des Kongresses werden die Forschungsergebnisse aus der Dynamisch-Psychiatarischen Klinik Mengerschwaige sein. *Günter Ammon*, Begründer der Dynamischen Psychiatrie, sieht Krankheit als ein desintegriertes, den ganzen Menschen in seinen vielen Dimensionen betreffendes Geschehen, das in seiner Beziehung zu vergangenem und gegenwärtigem sozialenergetischen Umfeld steht. Jenseits von Symptomüberbewertung sollen Schizophrenie und Psychosomatik in ihren strukturellen und prozeßhaften menschlichen Dimensionen thematisiert werden. Als besonderes Ereignis werten die Veranstalter die erstmalige Teilnahme sowjetischer Psychiater an einem Kongreß in der Bundesrepublik. Eine Delegation des Bechterew-Instituts in Leningrad unter der Leitung von Prof. *Kabanov* wird in München erwartet. Information und Anmeldung: Deutsche Akademie für Psychoanalyse, Wielandstraße 27/28, 1000 Berlin 15, Tel. 030 / 8 81 80 59.

*Schizophrenie nicht nur der Gesellschaft anpassen**Weltkongreß für Dynamische Psychiatrie in München*

Schizophrenie und Psychosomatik stehen im Mittelpunkt des in München stattfindenden 6. Weltkongresses der World Association for Dynamic Psychiatry (WADP). 100 Vertreter verschiedener Disziplinen aus 19 Ländern erörtern etablierte und neue Thesen.

Als renommierteste Wissenschaftler nehmen der Medizin-Nobelpreisträger Professor Sir *John Eccles*, Schweiz, der Krebsforscher und Physiker Professor *Manfred von Ardenne*, Dresden, der Sozialpsychiater Professor *Karl-Peter Kisker*, Hannover, und der Suizidforscher Professor *Erwin Ringel* aus Wien teil. Erstmals ist in diesem Jahr auch eine sowjetische Delegation der führenden Vertreter aus Psychotherapie und Psychiatrie anwesend. Die wissenschaftliche Leitung obliegt Dr. *Günter Ammon*, Berlin, Präsident der WADP und der Deutschen Gesellschaft für dynamische Psychiatrie.

Wie die Diplom-Psychologin *Ilse Burbiel*, München, anlässlich einer Pressekonferenz zur Kongreßeröffnung mitteilte, versteht die dynamische Psychiatrie Schizophrenie nicht als ein konkretes Krankheitsbild. Sie sei vielmehr als Symptomvariante einer massiven Ich-Störung infolge einer defizienten Interaktion zwischen Individuum und sozialer Umwelt im frühen Verlauf der Biographie zu betrachten. Diese oft schon im vorsprachlichen Alter wurzelnde Störung bleibe aber zunächst symptomlos.

Spätere Ereignisse, die dem Aussenstehenden nicht selten wenig dramatisch erscheinen, katalysierten dann den manifesten Ausbruch. Dieser könne neben »schizophrenen Reaktionen« grundsätzlich auch in einer Vielzahl psychosomatischer und somatischer Leiden zutage treten. Eine in der konventionellen Medizin praktizierte Symptomtherapie zeige hier nur selten Erfolg. Da das Grundübel unberücksichtigt bleibe, finde, wenn überhaupt, nur eine Symptomverschiebung statt.

Das Therapiekonzept der dynamischen Psychiatrie richtet sich weder gegen das Symptom noch werde versucht, die meist schwer zugängliche seelische Krankheitsursache direkt anzugehen. Vielmehr werde eine Stärkung der gesunden, kreativen Anteile des Ichs angestrebt. Auf diese Weise solle die Krankheit reaktiv aus der Persönlichkeit verdrängt und eliminiert werden. Neben verschiedenen anderen Therapieansätzen der humanistischen Psychologie werden dabei auch der Tanz- und der Maltherapie ein besonderer Stellenwert eingeräumt.

Auf Psychopharmaka werde weitgehend verzichtet. Sie würden lediglich kurzfristig eingesetzt, um im Verlauf autistischer Episoden den persönlichen Zugang des Therapeuten zum Patienten zu erleichtern. Es dürfe grundsätzlich nicht versucht werden, den Schizophrenen lediglich wieder der Gesellschaft anzupassen. Eine dauerhafte Heilung der Ich-Funktion könne nur erreicht werden, wenn dem Kranken äußerst individuell abzustimmende neue Lebensperspektiven eröffnet würden, in denen Behauptungsmöglichkeiten im Leben

strukturen nicht nur unterdrückt, sondern ersetzt werden könnten.

Die Effektivität eines solchen Ansatzes wurde anhand von Ergebnissen der dynamisch-psychiatrischen Klinik Menterschwaige, München, demonstriert. Nach zunächst stationärer und anschließender mehrmonatiger ambulanter Nachbehandlung, wozu auch therapeutische Wohngruppen gehören, fänden sich 50 bis 60 Prozent der schizophrenen Patienten dauerhaft in ihrer Umwelt wieder zurecht. Bei etwa 20 Prozent seien wiederholte oder auch permanente Interventionen zu einer Verbesserung der Lebenssituation notwendig. In 20 Prozent der Fälle versage die Therapie. Dabei dominierten in dieser letzten Gruppe vor allem Patienten, die bereits über Jahre hinweg konventionell vorwiegend pharmakotherapeutisch behandelt worden seien.

(*Die Neue Ärztliche*, 9.3.1988)

Ganzheits-Aspekte bei Münchner Kongreß über Schizophrenie

Viele Wissenschaftler aus Ost und West bei der Dynamischen Psychiatrie

»Schizophrenie und Psychosomatik« heißt das Thema des 6. Weltkongresses der Dynamischen Psychiatrie, der vom 7. bis 11. März in München in der Ludwig-Maximilians-Universität stattfindet.

Das Thema hat unerwartet viele Wissenschaftler unterschiedlichster Fachrichtungen an die Isar gelockt: Unter den mehr als 120 Kongreßteilnehmern aus 18 Ländern ist der britische Nobelpreisträger für Medizin und Physiologie, Sir *John Eccles* und der Dresdener Physiker und Krebsforscher Prof. *Manfred von Ardenne* (im Westen bekannt für seine Sauerstoff-Mehrschritttherapie und die Hyperthermie). Aus Israel nimmt der Psychiater und Neurologe Prof. *Friedrich Rothschild* teil, und erstmals kommt eine sowjetische Delegation von Psychiatern (an ihrer Spitze Prof. *M. Kabanov*, Direktor des Leningrader Bechterew-Instituts).

Die Weltorganisation der Dynamischen Psychiatrie ist der Veranstalter dieses Kongresses, der sich mit einer speziellen ganzheitlichen Sicht psychiatrischer Erkrankungen befaßt. In der Bundesrepublik nicht unumstritten ist der Begründer der Dynamischen Psychiatrie, Dr. *Günter Ammon* (Berlin), nach dessen Konzept in München die Psychiatrische Klinik Menterschwaige geführt wird.

Die Dynamische Psychiatrie begreift Kranksein als einen Zustand des mehrdimensionalen Menschen. Schizophrenie ist danach auch keine isolierte Krankheit, sondern ein ganzheitliches Geschehen. *Ammon* spricht hier von »schizophrener Reaktion« im Sinne eines »mißglückten Befreiungsversuchs aus nicht bewußter oder unerträglich gewordener Einengung des ursprünglich mehrdimensionalen Menschen«. Eine Therapie bloßer Krankheitssymptome lehnt er ab. Für ihn heißt Therapie vor allem kreative Identitätsfindung.

Schizophrenie Thema des Weltkongresses der Dynamischen Psychiatrie

Neue wissenschaftliche Erkenntnisse und Behandlungsmethoden zur Schizophrenie und Psychosomatik stehen im Mittelpunkt des 6. Weltkongresses der Dynamischen Psychiatrie, der vom 7. bis 11. März in München stattfindet. Mehr als 120 Wissenschaftler aus 18 Ländern werden im Rahmen von 40 Vorträgen ihre Erfahrungen austauschen. Namhaftester Kongreßteilnehmer ist der britische Nobelpreisträger für Medizin und Physiologie, Sir *John Eccles*.

Die Vertreter der Dynamischen Psychiatrie um deren Begründer *Günter Ammon* (Berlin) kritisieren an der Schulmedizin, daß sie den Menschen bei der Behandlung ausklammere und lediglich »konkretistisch« auf Krankheits-symptome reagiere. Kranksein sei jedoch nur ein Zustand des mehrdimensionalen kreativen Menschen, erklärten Vertreter dieser Disziplin am Montag in München bei einer Pressekonferenz. Die dynamische Psychiatrie wolle anstelle einer Symptomtherapie die Identitätstherapie setzen. Der Zustand des Menschen und damit auch Erkrankungen wie die Schizophrenie müßten aus ganzheitlicher Sicht gesehen werden.

An dem Kongreß nimmt erstmals eine sowjetische Delegation teil, angeführt von Prof. *M. Kabanov*, Direktor des Leningrader Bechterew-Instituts. Aus Israel ist der Psychiater und Neurologe Prof. *Friedrich Rothschild* nach München gekommen. Unter den Wissenschaftlern, Ärzten und Psychiatern ist auch Prof. *Manfred von Ardenne*, der Physiker und Krebsforscher aus der DDR, der als Erfinder der Sauerstofftherapie gegen Krebs gilt.

(dpa)

Schizophrenie bleibt das »Rätsel unserer Zeit«

Enormer Anstieg in den letzten Jahren / 6. Weltkongreß in München

Die Schizophrenie (Bewußtseinspaltung) wird nach Ansicht führender Psychiater und Psychotherapeuten »das Rätsel unserer Zeit« bleiben. Nach wie vor gilt die Krankheit als »nicht versteh- und einfühlbar«, deshalb auch als psychotherapeutisch nicht behandelbar. Ein Grund für die medizinische Forschung, nach genetischen und biologisch-körperlichen Aspekten zu suchen, zumal die Zahl schizophrener Erkrankungen zusammen mit den psychosomatischen Krankheitsbildern in den letzten Jahren enorm angestiegen ist. Nach den Worten der Diplompsychologin *Ilse Burbiel* von der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) kommen erschwerend sehr viel dramatischere Krankheitsverläufe hinzu.

»Schizophrenie und Psychosomatik« stehen gemeinsam im Mittelpunkt eines Kongresses, der sich ab heute in München unter dem Gesichtspunkt »Strukturelle und prozeßhafte menschliche Dimensionen — Behandlungsmethodik und Forschungskonzeptionen in der Dynamischen Psychiatrie« mit den beiden

Gebieten befaßt. Auf der Expertentagung, die die Weltvereinigung Dynamische Psychiatrie und die DAP veranstalten, werden 120 Wissenschaftler aus 19 Ländern ihre jüngsten Erkenntnisse vortragen. Insgesamt 400 Teilnehmer werden erwartet.

Unter diesem ungewöhnlichen Thema befaßt sich die Tagung mit zwei Erkrankungen seelischer Art, die verschiedener gar nicht sein könnten. Denn im Gegensatz zur Schizophrenie versteht man unter Psychosomatik körperliche Phänomene, die sich in vielfältigen Krankheitsbildern zeigen. Für die Dynamische Psychiatrie gelten sie als »versteh- und behandelbar«. Doch nicht unter Anwendung von Medikamenten (Psychopharmaka), die die Seele dämpfen und bei der Schizophrenie zudem in die Prozesse des Gehirns eingreifen. Vielmehr versucht die Dynamische Psychiatrie mittels Psychotherapie die Symptome zu beruhigen und auf der körperlichen Ebene den Menschen hinter diesen Symptomen aufzuspüren. In diesem Sinne reagiert die Dynamische Psychiatrie, deren wohl wichtigster bundesdeutscher Vertreter der Berliner Analytiker und Kongreßpräsident *Günter Ammon* ist, ganzheitlich auf die nicht trennbare Einheit von Körper, Seele und Geist.

Wie die Psychologin *Ilse Burbiel* weiter schilderte, werden die Grundlagen zu einer späteren psychosomatischen oder schizophrenen Erkrankung bereits in der frühkindlichen Phase, also noch vor der Entwicklung der Sprache gelegt. Bei bestimmten Lebensanforderungen oder in Krisensituationen kann es dann zum Ausbruch einer Krankheit kommen. Der therapeutische Ansatz ist deshalb die sogenannte »Identitätstherapie«, in deren Verlauf der Kranke neue Wege der Entwicklung und der zwischenmenschlichen Kontaktaufnahme kennenlernen soll. *Ilse Burbiel* meinte nachdrücklich, daß »die Droge der Schizophrenie der Mensch« sei, nicht jedoch ein die Seele und zwischenmenschliche Kontakte dämpfendes Medikament. (*Ingolstädter Zeitung — Donau Kurier*, 8.3.1988)

Neue Erkenntnisse über Schizophrenie-Behandlung

Mehr als 120 Wissenschaftler aus 18 Ländern

Neue wissenschaftliche Erkenntnisse und Behandlungsmethoden zur Schizophrenie und Psychosomatik stehen im Mittelpunkt des 6. Weltkongresses der Dynamischen Psychiatrie, der gestern begann und bis 11. März in München stattfindet.

Mehr als 120 Wissenschaftler aus 18 Ländern werden im Rahmen von 40 Vorträgen ihre Erfahrungen austauschen. Namhaftester Kongreßteilnehmer ist der britische Nobelpreisträger für Medizin und Physiologie, Sir *John Eccles*. Die Vertreter der dynamischen Psychiatrie um deren Begründer *Günter Ammon* (Berlin) kritisieren an der Schulmedizin, daß sie den Menschen bei

symptome reagiere.

Kranksein sei jedoch nur ein Zustand des mehrdimensionalen kreativen Menschen, erklärten Vertreter dieser Disziplin gestern in München bei einer Pressekonzferenz. Die dynamische Psychiatrie wolle anstelle einer Symptomtherapie die Identitätstherapie setzen. Der Zustand des Menschen und damit auch Erkrankungen wie die Schizophrenie müßten aus ganzheitlicher Sicht gesehen werden.

An dem Kongreß nimmt erstmals eine sowjetische Delegation teil, angeführt von Prof. *M. Kabanov*, Direktor des Leningrader Bechterew-Instituts. Aus Israel ist der Psychiater und Neurologe Prof. *Friedrich Rothschild* nach München gekommen. Unter den Wissenschaftlern, Ärzten und Psychiatern ist auch Prof. *Manfred von Ardenne*, der Physiker und Krebsforscher aus der DDR.

(*Fränkisches Volksblatt*, 8.3.1988)

Fernsehberichte über den Kongreß

- Am 7.3.1988 21.20 Uhr in der »Rundschau« im Bayerischen Fernsehen, 3. Programm
- Am 9.3.1988 17.00 Uhr im Fernsehsender »Tele 5« Life-Interview mit Dr. *Ammon* als wissenschaftlichem Chairman des Kongresses und Dipl.-Psych. *Ilse Burbiel* als Pressereferentin und Leiterin der Psychologisch-Diagnostischen Abteilung der Klinik Menter-schwaigé
- Am 30.3.1988 20.45 Uhr: Beitrag in der Sendung »Zeitspiegel« im Bayerischen Fernsehen, 3. Programm und SAT 1

Hinweis:

Aus Moskau schreibt der Autor *Juri Gribow* an Dr. *Ammon*, dessen Artikel »Schöpferische Aktivität — Wesen und Voraussetzung vor dem Hintergrund der sowjetischen Hirnhemisphärenforschung« in dem Heft 106/107 veröffentlicht wurde.

Er bat die Redaktion, seine Anschrift mitzuteilen, damit Interessenten sich an ihn wenden können:

Juri Gribow
103287 Moskva
Pistsovaya street, N16
Korpus N2
Kvartira 24
USSR

Mitteilung der Zentralstelle für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID) an der Universität Trier

Die ZPID legt Bibliographien zu verschiedenen psychischen Störungen vor: Sexuelle Funktionsstörungen, abweichendes Sexualverhalten und Transsexualität (Nr. 38), Phobien (Nr. 39), Bulimie, Übergewicht (Nr. 40), Alkoholismus (Nr. 41), Drogenabhängigkeit, Drogensucht. Teil 1: Entstehung, Prävention, Drogenpolitik (Nr. 42), Teil 2: Intervention, Therapie, Rehabilitation (Nr. 43). Außerdem sind zwei Bibliographien zur psychologischen Grundlagenforschung erstellt worden: Emotionspsychologie — Theorie und Grundlagenforschung (Nr. 36) und Problemlöseforschung (Nr. 37). — Die Bibliographien, die aus dem Bestand der Literaturlatenbank PSYNDEX zusammengestellt sind, weisen relevante Zeitschriftenaufsätze, Bücher, Sammelwerksbeiträge, Dissertationen und Reports in informativen Kurzzusammenfassungen nach. Die Bibliographien können bei der ZPID, Universität Trier, Postfach 38 25, 5500 Trier bestellt werden. Sie kosten DM 20,— (Nr. 40 und 42), DM 25,— (Nr. 35—39 und Nr. 43, jeweils Doppelband) sowie DM 30,— (Nr. 41, Doppelband).

Mitteilung des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit (zi) Mannheim

Der Präsident des Istituto Superiore di Sanità der Republik Italien, Prof. Dr. Francesco Pocchiari, hat Prof. Dr. Dr. Heinz Häfner, Direktor des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit, Mannheim, in das International Advisory Board des »WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health« für Italien in Rom mit Zweiginstituten in Mailand, Neapel und Verona berufen.

Mannheim, 29.02.88

Mitteilung des Österreichischen Trainingszentrums für Neurolinguistisches Programmieren NLP

Das Zentrum für NLP bietet Einführungsseminare und Ausbildungsseminare an.

NLP ist ein von *Richard Bandler* und *John Grinder* entwickeltes Modell menschlicher Kommunikation. Vorbilder waren *Fritz Perls*, *Virginia Satir* und *Milton Erickson*.

Durch Analyse der Sprachstrukturen und genauer Beobachtung bewußter und unbewußter Körpersignale wurde es möglich, den Ablauf von Verhaltensweisen und inneren Erfahrungen des Menschen systematisch zu erkennen.

Das NLP-Modell beschäftigt sich mit der Struktur des persönlichen Erle-

dem reichen Erfahrungsschatz jedes Einzelnen. Durch das Auffinden und Nutzbarmachen dieser Fähigkeiten werden einschränkende Einstellungen und Verhaltensweisen verändert.

Auf der Basis einer respektvollen und anerkennenden Haltung dem Anderen gegenüber zeigt NLP Wege, rasch Rapport (Kontakt) herzustellen, wichtige Informationen zu gewinnen und klare und eindeutige Interventionen in jedem Kontext durchzuführen.

NLP vereinigt die wirksamen Elemente der Gestalttherapie, Systemtheorie, Verhaltensmodifikation, Hypnotherapie und Tiefenpsychologie zu einem hochwirksamen Modell für konstruktive Veränderungsarbeit in vielen Lebensbereichen (z.B. Medizin, Psychotherapie, Pädagogik, Lehrerfortbildung und Organisationsberatung)

NLP-Sekretariat: Teybergasse 1/19, A-1140 Wien, Tel.: 0222 - 82 23 17; 82 64 61
Mo.-Fr. von 10.00 - 14.00 Uhr

Internationaler Kongreß zum Thema: Geist und Natur, Welt und Wirklichkeit im Wandel der Erfahrung.

Themenbereiche: Ein neues Verständnis des Menschen von der Natur und seiner Stellung in der Natur — Der Dialog zwischen östlicher und westlicher Welterfahrung — Die Wandlung der Symbole in menschlichen Gesellschaften und ihre Beziehung zur Natur — Meditationen. Einführungs- und Schlußvortrag: *Carl-Friedrich von Weizsäcker*.

Ort: Hannover; Zeit: 21.—27. Mai 1988; Veranstalter: Stiftung Niedersachsen; Organisation und Anmeldung bei: Media & Congress, Nymphenburgerstr. 137, 8000 München 19; Tagungsort: Congress Center Hannover, Theodor-Heuss-Platz 1, 3000 Hannover 1

Congresses of the Harvard Medical School at the Copley Plaza Hotel, Boston

June 10—22, 1988: »Geriatric Psychiatry«:

Practical therapeutics will be stressed, including psychotherapy, pharmacotherapy, behavioral therapies and ECT.

July 22—24, 1988: »Depression — Psychobiology, Psychodynamics and Therapy«:

Emphasis will be placed on a wide range of practical therapeutic modalities: pharmacotherapy, individual psychodynamic psychotherapy, cognitive therapy, couples therapy, electroconvulsive therapy, and new treatments of depression.

Registration: \$ 425 (U.S.)/Physicians; \$ 275 (U.S.)/Residents and Fellows and other Professionals

Information: Harvard Medical School, Department of Continuing Education,
Boston, Massachusetts 02115, Phone: 617-732-1525.

*Kongreß der World Association for Infant Psychiatry and Allied Disciplines
(WAIPAD):*

Fourth World Congress of Infant Psychiatry and Allied Disciplines

»New Directions in Infancy«

Symposia, Workshops, Plenary Sessions, Panels, Paper-Posters, Teach-Ins and
Media-Theatre.

September 20—24, 1989 Lugano — Switzerland.

Official Languages: English, French and Italian.

Deadline for all Submissions: August 1, 1988.

Informations: Dr. F. Bianchi, Servizio Medico-Psicologico, Via Simen 10, CH-
6904 Lugano — Switzerland, Phone: (Switz.) + 91 / 23 76 21

Im nächsten Heft erscheint

János Szilárd, Beata Temesváry, Zoltán Janka (Szeged)

Zur komplexen ganzheitlichen Betrachtung der Schizophrenie

Günter Ammon, Ilse Burbiel, Ulrich Köppen, Winfried Tiedge, Astrid Thome
(Berlin/München)

Indikatoren im Nachtschlaf als Kriterien für nachholende Entwicklung im Verlauf psychotherapeutischer Behandlung (Fortführung der Pilot-Study aus dem Schlaf- und Traumlabor der Klinik Mengerschwaige: katamnestische Erhebungen)

Rita Jost, Ulrike Schanné (München)

Ausdruck prozeßhafter Entwicklung in der klinischen Testpsychologie sowie im therapeutischen Feld der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik am Beispiel eines schizophren reagierenden Patienten. Ein kasuistischer Beitrag

Maria Orwid (Krakow)

Psychodynamic and Systemic Approach to Family Therapy

Jacek Bomba (Krakow)

Research Programmes on Adolescent Depression

Hanna Jaklewicz (Gdansk)

Position of the Child in Alcoholic Family

Gabriele von Bülow (Berlin)

Zum Zusammenhang zwischen Intelligenz- und Persönlichkeitsdiagnostik aus humanstrukturologischer Sicht

Margit Schmolke (Berlin)

Der Identitätsbegriff bei Ammon — ein Vergleich mit anderen psychologischen Schulen

Oskar Sahlberg (Berlin)

Der kreative Prozeß und seiner peri- und pränatalen Wurzeln

Georg Kress (München)

Kunst und die heilende Kraft in der Maltherapie. Entwicklung in der Malerei von Patienten der Klinik Mengerschwaige

Amnon Carmi (Haifa)

The Patient's Right in Psychiatry (Comparative Work)

Duane Sherwin (Poulsbo/Washington)

The Psychodynamic Origin of Chronic Post-Traumatic Stress Disorder in American Vietnam Veterans — an Ongoing Saga

Helmut Volger (Berlin)

Paradigmenwechsel in der internationalen Politik: Die Rolle der UNO im Gruppengeflecht internationaler Beziehungen

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: Dr. phil. 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; R.A. 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).

Abonnenntenabteilung/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/Address of the editorial staff:

Wielandstraße 27/28, 1000 Berlin 15

Weitere Mitglieder der Redaktion/Members of the editorial staff:

Maria Berger, Dipl. Soz. Jürgen Blechschmidt, 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, Elisabeth Teichmann, Dr. phil. Barbara Töpfer, Dr. phil. 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 Manuskripts 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 Jahresabonnements bis zum 1.4. d.J. auf eines der folgenden Konten: Münchener Commerzbank 225 295 500 oder Postscheckkonto der Bank PSA München 16 888-802.

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-spaced typed pages). Literary reference should be adapted to those in the journal. There can be no remuneration for contributions. Pictures and graphic illustrations are printed at the author's own expense. The author receives 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.

With the acceptance of the manuscript and its publication, the »Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH München reserves the copyrights in all countries and languages. This journal, or parts thereof, may not be reproduced in any form, by photocopy or any means without written permission from the publisher.

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 or Postscheck München 16 888-802.

Verlag, Sitz und Geschäftsstelle/Publishing House, seat and office:

»Pinel« Verlag für humanistische Psychiatrie und Philosophie GmbH München, Klenzestraße 55, 8000 München 5, Tel.: (089) 2 01 15 86.

Verlagsleitung/Publishing House, direction:

Wielandstraße 27/28, 1000 Berlin 15, Tel. (030) 8 81 80 50 und 8 81 80 59.

Abonnentenabteilung/subscription management:

Petra Hieber, Klenzestraße 55, 8000 München 5.

ERLEBEN

SIE EINE ZEITSCHRIFT WIE KEINE ANDERE

Sie widmet sich umfassend und allgemeinverständlich jenen Themen, die unser Leben wirklich bestimmen. Bitte fordern Sie ein Kennenlern-Exemplar von BIO an!



MAGAZINPRESSE
Verlag
Postfach 2017 26
D-8000 München 2

Bezugs-Option Bitte schicken Sie mir eine aktuelle Ausgabe von Bio zum Kennenlernen. Ich kann diese Ausgabe auch dann behalten, wenn ich mich nicht für den Bezug von Bio entscheide. Ich habe 10 Tage Zeit, Bio ausgiebig zu prüfen. Überzeugt mich die Qualität des Magazins, brauche ich nichts weiter zu tun. Ich erhalte Bio dann regelmäßig zum Preis von DM 7,- statt DM 8,- frei Haus. So spare ich 13% im Vergleich zum Einzelkauf. Ich habe jederzeit das Recht, das Abonnement zu kündigen. Sollte ich mich nicht für den regelmäßigen Bezug entscheiden, genügt eine kurze Mitteilung an den Verlag bis spätestens zum 10. Tag nach Erhalt des ersten Heftes.

Name _____		Vorname _____	
Straße/Nr. _____		PLZ/Wohnort _____	
Datum _____	Unterschrift _____	DuK 83	

VERTRAUENS GARANTIE:

Ich kann die Bestellung binnen einer Frist von 10 Tagen schriftlich widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an Bio Abonnenten-Service, MAGAZINPRESSE Verlag, Postfach 2017 26, D-8000 München 2. Dies bestätige ich mit meiner zweiten Unterschrift.

Datum _____	Unterschrift _____
-------------	--------------------

Ulrich Horstmann
(Kleist-Preisträger 1988)

Der lange Schatten der Melancholie
Versuch über ein angeschwärztes Gefühl

Essen 1985, 118 Seiten, Preis 19,80 DM
ISBN 3-924368-24-4

Ralph Driever (Hrsg.)

Krankheit und Gesundheit in der Kunst
Der ästhetische Ausdruck als Lebens- und
Zeitdiagnose

Beiträge von Bazon Brock, Hans Georg
Bulla, Hartmut Kraft, Elka Spoerri,
Gottfried Waser

Essen 1988, ca. 200 Seiten mit Abb., Preis ca. 29,- DM
(lieferbar Juli 1988) ISBN 3-89206-219-6



Rudolf Heinz

Pathognostische Studien I
Historie - Psychopathologie - Schrift -
Tausch/Opfer

Essen 1986, 186 Seiten m. Abb., Preis 28,- DM
(Genealogica, Band 10) ISBN 3-89206-124-6

Rudolf Heinz

Pathognostische Studien II
Psychopathologie - Logik - Sinne/Affekte -
Musik - Bildende Kunst

Essen 1987, 235 Seiten m. Abb., Preis 39,- DM
(Genealogica, Band 17) ISBN 3-89206-173-4

verlag die blaue eule
aktienstraße 8

d-4300 essen 11

telefon 0201/680949

A revised and enlarged edition of

**A RORSCHACH HANDBOOK FOR THE
AFFECTIVE INFERENCES
SCORING SYSTEM**

*has been published, expanding the original work of
George A. DeVos, Ph.D. Its authors are:*

L. Bryce Boyer, M.D., Charles W. Dithrich, Ph.D., Hillie
Harned, Ph.D., John S. Stone, Ph.D. and Andrea Walt, Ph.D.

*The HANDBOOK can be obtained for \$25.00 postpaid
from the Boyer Research Institute,
3021C Telegraph Avenue,
Berkeley, CA 94705 USA.*

Friedrich S. Rothschild

Die Evolution
als innere
Anpassung
an Gott

BOUVIER

FRIEDRICH S. ROTHSCHILD

Die Evolution als innere
Anpassung an Gott

463 Seiten, fester Einband, DM 98,—;
ISBN 3-416-01884-2

Abhandlungen zur Philosophie,
Psychologie und Pädagogik,
Band 200

Ausgehend von früheren Veröffentlichungen der Analyse des Gehirns als eines Sinn vermittelnden Zeichensystems in Analogie zur Sprache sieht der Autor nicht in kausalen sondern in *kommunikativen* Verbindungen den Ursprung der Lebensprozesse und ihres evolutionären Aufstiegs zum Menschen. Das der Schöpfung Sinn gebende Prinzip nennen die monotheistischen Religionen *Gott*, und durch eine *innere Anpassung* an diesen Sinn intendierenden schöpferischen Grund sind die komplizierten Zeichensysteme des Leibes und die mit Sinn erfüllte Innerlichkeit des Menschen entstanden. Darwin und die ihm folgenden Naturwissenschaftler haben die Strukturen und das Verhalten der Organismen nur als Ergebnisse einer äußeren Anpassung angesehen. Deshalb ist die Evolutionstheorie Darwins trotz vieler positiver Aspekte grundsätzlich unvollkommen geblieben. Dieses Buch bemüht sich durch ausdrucks- und geisteswissenschaftliche Methoden den Sinnintentionen in der Evolution gerecht zu werden und auf diese Weise die Einseitigkeit der Darwinschen Theorie zu ergänzen.

Friedrich Salomon Rothschild, geb. 1899 in Gießen. Studium der Medizin (Psychiatrie und Neurologie). 1936 Auswanderung nach Palästina (Israel). Von 1929 an Anwendung der Ausdrucks- und Erscheinungswissenschaft von Ludwig Klages zum Verständnis psychophysiologischer Probleme im Bereich der Naturwissenschaften. Ergebnisse dieser Forschungsmethode wurden von 1930 ab in Zeitschriften, Büchern und Sammelwerken veröffentlicht und die in ihnen begründete Wissenschaft als *Biosemiotik* bezeichnet. 1981 Verleihung der Goldmedaille der „Deutschen Akademie für Psychoanalyse“ „In Anerkennung für seine Entdeckung des Symbolismus des Gehirns“.



BOUVIER VERLAG · BONN