A 2442 F

Dynamische Psychiatrie / *Dynamic Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse
Herausgegeben von Günter Ammon

Günter Ammon
Zur Genese und Struktur psychosomatischer Syndrome unter Berücksichtigung psychoanalytischer Technik

Jürgen Götte
Psychosomatisches Symptom und Sucht

Dietrich v. Kries
Psychosomatische Syndrome als Ich-Aufbau-Kategorien

Jan Pohl
Konversion und psychosomatische Symptombildung

5. Jahrgang 4. Quartal 1972

PINEL-PUBLIKATIONEN BERLIN

17

Dynamische Psychiatrie

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse

Organ der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e. V. und der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG) e. V.

5. Jhg., 4. Quartal 1972, Heft 17

Herausgegeben von Günter Ammon
unter Mitarbeit von

F. Antonelli, Roma — D. Anzieu, Paris — R. Barnes, San Antonio — L. Bellak, New York — G. Benedetti, Basel — G. R. Bloch, Los Angeles — J. Cremerius, Freiburg — Th. Dosužkov, Praha — R. Ekstein, Los Angeles — A. A. Fischer, Utrecht — S. H. Foulkes, London — Th. Freeman, Antrim — A. Garma, Buenos Aires — K. E. Godfrey, Topeka — J. L. Gonzales, Mexico City — G. H. Graber, Bern — F. Hacker, Wien/Beverly Hills — F. Hansen, Oslo — G. Hidas, Budapest — H. Illing, Los Angeles — I. Jakab, Belmont — H. W. Janz, Hannover — M. Khan, London — E. Linnemann, København — A. E. Meyer, Hamburg — G. Murphy, Washington — S. Nacht, Paris — G. J. Rose, Rowayton — E. Rosenblatt, Santiago — W. Schmidbauer, München — W. Schulte †, Tübingen — H. Searles, Chevy Chase — E. Servadio, Roma — D. Shaskan, Los Angeles — V. Smirnoff, Paris — J. Sutherland, Edinburgh — V. Tähkä, Helsinki — Y. Tokuda, Tokio — E. Weigert, Chevy Chase — W. Th. Winkler, Gütersloh — W. Z. Winnik, Jerusalem — E. D. Wittkower, Montreal.

Seite

Günter Ammon (Berlin)

Zur Genese und Struktur psychosomatischer Syndrome unter Berücksichtigung psychoanalytischer Technik 223

Genesis and Structure of Psychosomatic Syndromes in Regard to Psychoanalytic Technique 247

Jürgen Götte (Berlin)

Psychosomatisches Symptom und Sucht 252

Psychosomatic Syndromes and Addiction 263

Dietrich v. Kries (Berlin)

Psychosomatische Syndrome als Ich-Aufbau-Kategorien 266

Psychosomatic Syndromes as Categories of Ego-Formation 274

Jan Pohl (Berlin)

Konversion und psychosomatische Symptombildung 277

Conversion and Psychosomatic Symptom Formation 288

Buchbesprechungen/Book Reviews 290

V. Internationales Symposium für Analytische Gruppentherapie 301

V. International Symposium on Analytic Grouptherapy 302

IV. Internationales Forum für Psychoanalyse, New York 305

Wochenendseminar „Dynamische Psychiatrie" 307

7. Ordentliche Mitgliederversammlung der DAP 309

13. Ordentliche Mitgliederversammlung der DGG 310

Nachrichten 312

This journal is regularly listed in *Current Contents* and *Social Science Citation Index*

Zur Genese und Struktur psychosomatischer Syndrome unter Berücksichtigung psychoanalytischer Technik*

Günter Ammon

Ein differenziertes Konzept der Genese und Dynamik psychosomatischer Erkrankungen wird entwickelt anhand der These eines gleitenden Spektrums, auf dem sich die frühen Ich-Krankheiten wie Psychose, Perversion und psychosomatisches Syndrom bewegen.
In Abgrenzung zum triebpsychologischen Neurosenmodell Freuds kommt der Autor zu der Auffassung, daß das psychosomatische Symptom als frühe Störung des Körper-Ichs nicht Ausdruck verdrängter oder zu verdrängender Triebkonflikte sein kann, sondern daß es vielmehr eine schwere narzißtische Kränkung, ein narzißtisches Defizit bzw. ein Loch im Ich darstellt, das in der frühen Mutter-Kind-Beziehung erworben wurde.
Das psychosomatische Symptom dient dabei der Abwehr einer drohenden Desintegration des Ichs. Die Genese des Symptoms wird erklärt aus der Notwendigkeit der Anpassung des Säuglings an die Kommunikationsweisen einer narzißtisch gestörten Mutter in der frühen Dyade, die ihr Kind nur im Zustand der Krankheit annehmen kann und die diese Schwäche ihres Kindes zugleich auch negiert. Diese Haltung der Mutter wird verglichen mit der Double-bind-Kommunikation in der Dynamik schizophrener Familien. Bei beiden Krankheitsformen ist die autonome Ich-Funktion der Aggression schwer gestört und die Ich-Entwicklung von einem archaisch-feindseligen Über-Ich gehemmt. Die Abgrenzung von der Mutter und das Erlangen einer eigenen Identität wird mit der psychosomatischen Erkrankung erkauft.
Die Haltung der herkömmlichen Krankenhäuser, psychosomatischen Abteilungen und der Gesellschaft dem psychosomatisch Leidenden gegenüber wird verglichen mit der Haltung der identitätsverweigernden Mutter, die dem Kind nur die Identität eines körperlich Leidenden gestattet, anstatt nach den Bedürfnissen des Kindes zu fragen.
Als therapeutischer Rahmen für die psychosomatische Erkrankung ist die analytische Gruppentherapie indiziert, deren multilaterales Übertragungsgeflecht eine nachholende Ich-Entwicklung ermöglicht. Dabei wird das psychosomatische Symptom, das eine wichtige Ich-integrative Funktion erfüllt, umgangen und die dahinter liegende Konfliktdynamik behandelt. Anhand eines Fallbeispiels, bei dem ein Wechsel zwischen psychosomatischer, psychotisch-paranoider und perverser Reaktion vor und während des therapeutischen Prozesses stattfand, wird die These der strukturellen Verwandtschaft der archaischen Ich-Krankheiten illustriert.
Die Abkehr von einer individualistischen Auffassung des Krankheitsprozesses eröffnet hier den Einblick in die Pathologie der interpersonellen Prozesse der Primärgruppe, deren Mitglied der Kranke ist und deren Gleichgewichtserhaltung er als Symptomträger dient.

In den folgenden Ausführungen möchte ich die Genese und die Dynamik psychosomatischer Erkrankungen im Rahmen eines psychoanalytischen Konzeptes der Ich-Entwicklung und ihrer Störungen diskutieren.

Die psychosomatische Reaktion sehe ich vom therapeutischen und diagnostischen Standpunkt auf dem gleitenden Spektrum der frühen Ich-Krankheiten. Sie ist Ausdruck eines spezifischen Entwicklungsklimas

* Vortrag gehalten auf der Arbeitstagung der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e. V. vom 21.—28. 5. 1972 in Paestum (Italien)

der Erfahrungs- und Kommunikationsunfähigkeit der Gruppe, in der das noch nicht differenzierte Ich seine Beziehungen zur Umwelt aufnimmt.

Die psychosomatische Erkrankung wurde bisher im begrifflichen Rahmen von *Freuds* Neurosenforschung gesehen. Das psychosomatische Symptom ist danach ebenso wie die übrigen Manifestationen der Neurose Ausdruck eines Konfliktes zwischen Triebanspruch und Ich-Abwehr und wird als Kompromiß gedeutet, durch den ein unzureichend abgewehrter Triebwunsch sich einen entstellten Ausdruck schafft.

Freud (1894) hat in diesem Sinne die psychosomatischen Symptome der Hysterie als Ergebnis eines spezifischen Verdrängungsprozesses begriffen, den er als Konversion bezeichnet hat.

Das somatische Symptom wird dabei als Repräsentanz einer bzw. mehrerer „unerträglicher Vorstellungen" verstanden, deren libidinöse Erregungssumme „ins Körperliche umgesetzt" wird.

Ermöglicht wird dieser „Sprung aus dem Seelischen in die somatische Innervation" *(Freud,* 1909 a) durch eine spezifische Disposition, die „Fähigkeit zur Konversion" *(Freud,* 1894), ein Gedanke, den *Freud* später im Konzept der „Ergänzungsreihe" (Freud, 1905 a) und des „somatischen Entgegenkommens" (Freud, 1905 b, 1909 b) wieder aufgreift und präzisiert.

Der Ich-Anteil an der Genese des somatischen Symptoms wird hier in einer Abwehrleistung des Ichs gesehen, die als spezifische Form der Verdrängung näher bestimmt wird.

Mitscherlich (1954) hat im Sinne dieses Konzeptes den interessanten Gedanken vorgetragen, daß die psychosomatischen Erkrankungen das Ergebnis einer zweiphasigen Abwehr von Triebbedürfnissen seien. Eine Nachverdrängung ins Soma finde statt, wenn die psychischen Abwehroperationen des Ichs in Form eines neurotischen Symptoms aus inneren oder äußeren Gründen durchbrochen würden und eine psychische Bewältigung des Konfliktes nicht länger möglich sei.

Doch steht hier die Frage offen, woher das bedrohte Ich die Kraft zu einer zweiten Phase der Abwehr, einer Nachverdrängung ins Soma, nimmt. Welches sind die psychodynamischen Prozesse, die den Körper zur Stätte des Symptoms werden lassen, und welchen Anteil hat das Ich dabei?

Mitscherlich selbst gibt hier einen Hinweis, den er allerdings nicht weiter verfolgt. Er spricht davon, daß in der sogenannten „konstitutionellen" Krankheitsneigung, dem somatischen Entgegenkommen *Freuds* (1905 b), „frühe seelische Traumen und ihre psychosomatische Auswirkung verborgen sein können". Er verweist in diesem Zusammenhang auf *Freud* (1916—1917), welcher derartige Traumen für um so folgenschwerer hielt, „weil sie in die Zeiten der unvollendeten Entwicklung

fallen und gerade durch diesen Umstand geeignet sind, traumatisch zu wirken". *Freud* illustriert dies durch den Vergleich, daß „ein Nadelstich in die in Zellteilung begriffene Keimanlage eine schwere Entwicklungsstörung zur Folge" habe, wohingegen „dieselbe Verletzung, der Larve oder dem fertigen Tier zugefügt . . ., schadlos vertragen wird".

Untersuchungen von *Greenacre* (1951—1953) haben diesen Vergleich bestätigt. Sie konnte zeigen, daß traumatisierende Einflüsse um so stärker somatisiert werden, je früher sie sich entwicklungsgeschichtlich ereignen.

Wenn aber das „somatische Entgegenkommen", das eine Vorbedingung für die Möglichkeit der Konversion darstellt, selbst lebensgeschichtlich erworben wird, dann sind wir meines Erachtens zu weitgehenden Differenzierungen unserer Vorstellungen von der Genese psychosomatischer Symptome genötigt.

Bereits *Freud* (1926) weist auf diese Möglichkeit hin, wenn er sagt: „Es kann leicht sein, daß der seelische Apparat vor der scharfen Sonderung von Ich und Es, vor der Ausbildung eines Über-Ichs, andere Methoden der Abwehr übt, als nach Erreichung dieser Organisationsstufen."

Bereits *Fenichel* (1945) hat psychosomatische Symptome als Ausdruck einer „prägenitalen Konversionsneurose" gedeutet, ohne jedoch weitergehende theoretische Konsequenzen zu ziehen. *Rangell* (1953) hat die Auffassung vertreten, daß die Konversion ein Abwehrmechanismus sei, der auf allen Ebenen der Libido- und Ich-Entwicklung zur Anwendung kommen könne.

Freud (1895 a) hatte darauf hingewiesen, daß psychosomatische „Äquivalente des Angstanfalls" bzw. „larvierte Angstzustände" den Angstanfall vollkommen ersetzen können, und sie den Abwehrmechanismen der Projektion zugeordnet.

In „Das Ich und das Es" (1923) entwickelt *Freud* seine Konzeption, wonach das Ich der „durch den direkten Einfluß der Außenwelt . . . veränderte Teil des Es" ist, der gewissermaßen als eine „Fortsetzung der Oberflächendifferenzierung" verstanden werden könne. *Freud* hebt besonders hervor, daß die Wahrnehmung des eigenen Körpers ein wichtiger Faktor dieses Differenzierungsprozesses sei. „Der eigene Körper und vor allem die Oberfläche desselben ist ein Ort, von dem gleichzeitig äußere und innere Wahrnehmungen ausgehen können. Er wird wie ein anderes Objekt gesehen, er gibt aber dem Getast zweierlei Empfindungen, von denen die eine einer inneren Wahrnehmung gleichkommen kann."

In diesem Sinne stellt *Freud* fest: „Das Ich ist vor allem ein körperliches, es ist nicht nur ein Oberflächenwesen, sondern selbst die Projektion einer Oberfläche."

Schilder (1923) hat diesen Gedanken in seiner Konzeption des Körper-Schemas ausgeführt, und *Fenichel* (1945) beschreibt die entwicklungsgeschichtlich entscheidende Funktion dieser psychischen Bildung wie folgt: "Due to the simultaneous occurrence of both, outer tactile and inner sensory data, one's own body becomes something apart from the rest of the world and thus the discerning of self from non-self is made possible." Er betont, daß die psychischen Repräsentanzen des Körpers und seiner Organe, das sogenannte body-image, die Vorstellung des eigenen Ichs ermöglichen und daher von grundlegender Bedeutung für alle weitere Ich-Entwicklung sei. Das body-image sei der Kern des Ichs.

F. Deutsch (1953) hat dieses Konzept des Körper-Ichs direkt zur Erklärung psychosomatischer Erkrankungen herangezogen: Er weist darauf hin, daß bei psychosomatischen Erkrankungen die seelischen Repräsentanzen der gestörten Körperfunktionen ebenfalls in Mitleidenschaft gezogen würden. Die reparativen Versuche des Ichs zur Wiederherstellung einer unversehrten Körpervorstellung würden beeinträchtigt durch neurotisierende Einflüsse der Umgebung, die sich mit frühen Störungen der Ich- und Triebentwicklung amalgamieren und zusammen mit der pathologisch veränderten Wahrnehmung des eigenen Körpers die Basis der psychosomatischen Erkrankung bilden.

Basierend auf seinem Konzept von der Rolle des Körperbildes in der Genese psychosomatischer Erkrankungen hat *F. Deutsch* (1959) den Konversionsbegriff einer gründlichen Revision unterzogen. Als formatives Prinzip des Konversionsprozesses bezeichnet er die Symbolisation und untersucht deren Funktion für die Beziehungen zum Körper-Ich und für die Objektbeziehungen. Das Ich verbinde die Erfahrung eines Getrenntseins von äußeren Objekten zunächst mit dem Gefühl, daß Teile des eigenen Körpers abgetrennt und verloren worden seien. Durch die Projektion von Sinneswahrnehmungen am eigenen Körper auf die als abgetrennt erlebten Teile würden die äußeren Objekte sozusagen mit dem Körper wiedervereinigt und die verlorene Unversehrtheit des Körpers wiederhergestellt.

Diesen Vorgang, der es überhaupt ermöglicht, daß äußere Objekte den Charakter von Realität annehmen können, bezeichnet *Deutsch* als Symbolisation oder Retrojektion.

Er nimmt an, daß dieser Vorgang der symbolisierenden Retrojektion ein kontinuierlicher Prozeß sei und meint, daß Konversionssymptome bzw. psychosomatische Erkrankungen auf Störungen dieses Prozesses zurückzuführen seien.

In der Entwicklung des Körperbildes und der Heraushebung des eigenen Körpers aus der Wahrnehmungswelt hat die Schmerzerfahrung eine besondere Bedeutung, auf die bereits *Freud* (1923) hingewiesen hat. Er stellt in dem bereits zitierten Zusammenhang fest: „Die Art und

Weise, wie man bei schmerzhaften Erkrankungen eine neue Kenntnis seiner Organe erwirbt, ist vielleicht vorbildlich für die Art, wie man überhaupt zur Vorstellung seines eigenen Körpers kommt."

Damit wird der Schmerzerfahrung eine konstituierende Funktion für die Ich-Entwicklung eingeräumt, und es ergibt sich die Frage, welche Bedeutung in einem solchen Zusammenhang dem Schmerz zugemessen werden muß, der mit psychosomatischen Erkrankungen meist verbunden ist.

Federn (1952) hat die Bedingungen der Schmerzerfahrung und die Dynamik ihrer Störungen einer eingehenden Analyse unterzogen. Auch wenn er sich im wesentlichen auf „mental pain" bezieht, so läßt sich seine Begriffsbildung meines Erachtens doch auch für eine Theorie der psychosomatischen Erkrankungen fruchtbar machen.

Federn begreift die Schmerzerfahrung als eine spezifische Ich-Leistung. Er unterscheidet das Erleiden von Schmerzen (suffering) vom bloßen Schmerzgefühl (feeling).

Das Erleiden von Schmerzen (suffering) versteht er als eine aktive Fähigkeit des Ichs, in deren Verlauf das schmerzauslösende Ereignis — das Ausbleiben der Bedürfnisbefriedigung bzw. der Verlust des geliebten Objekts — in die Ich-Grenzen eingeschlossen und vom Ich verarbeitet, gleichsam „gegessen und verdaut" wird.

Das Schmerzgefühl (feeling) dagegen begreift *Federn* als einen Vorgang, bei dem das schmerzauslösende Ereignis nicht in die Ich-Grenzen eingeschlossen werden kann, sondern als ein von außen kommender Angriff lediglich die äußere Ich-Grenze schmerzvoll affiziert.

Das schmerzvolle Ereignis kann daher vom Ich auch nicht verarbeitet werden. Bei jeder Wiederkehr bzw. Erinnerung wird es mit derselben Intensität auf eine unveränderte Ich-Grenze auftreffen und schließlich eine traumatische Wirkung entfalten.

Diese Unfähigkeit des Ichs, ein schmerzvolles Ereignis zu verarbeiten — d. h. es entweder zu absorbieren und sich dadurch zu differenzieren oder es frei von Angst und Schuldgefühl mit Hilfe der Abwehrmechanismen zu isolieren — begreift *Federn* als Ausdruck eines Mangels an Ich-eigener narzißtischer Libido, welche die Ich-Grenze besetzt und ihr die Qualität eines Sinnesorgans verleiht.

Während eine ausreichende narzißtische Besetzung seiner Grenzen es dem Ich erlaubt, den wahrgenommenen Schmerz zunächst zu tolerieren und dann adäquat zu verarbeiten, setzt ein Mangel an narzißtischer Besetzung der Ich-Grenze das Ich dagegen passiv jedem schmerzlichen Ereignis aus. Jede Frustration, jeder Objektverlust wird als unmittelbare Bedrohung der Ich-Integrität wahrgenommen und muß als solche abgewehrt werden.

Federn charakterisiert diese Ich-Schwäche als ein „primäres Versagen" des Ichs, welches dadurch unfähig bleibt, das mit dem Schmerz verbundene Leid zu akzeptieren und zu verarbeiten, und er nimmt an, daß dieses primäre Versagen zum Ausgangspunkt eines Circulus vitiosus wird, in dessen Verlauf unverarbeitete Schmerzwahrnehmungen in Form des bloßen, äußerlichen Schmerzgefühls sich akkumulieren, um schließlich in Form einer Depression dem schwachen Ich die abgewehrte Schmerzerfahrung gleichsam aufzuzwingen.

Meines Erachtens folgt die psychosomatische Erkrankung einer ähnlichen Dynamik, wie *Federn* sie hier für die Depression beschreibt. Die psychosomatische Erkrankung hätte sozusagen die Funktion, als ein „Äquivalent des Angstanfalls" bzw. der Depression das gestörte Ich vor der Desintegration zu schützen.

Für *Alexander* (1951) findet die Entstehung der „psychologischen und somatischen Symptome in einem Organismus statt", und er sieht darin „nur zwei Seiten des gleichen Vorgangs". Für ihn ist die Trennung der psychologischen von der somatisch-physiologischen Forschung vor allem ein Problem der gesamten Organisation wissenschaftlicher Arbeit.

Die Einheit des psychosomatischen Geschehens hat auch *Schultz-Hencke* (1957) betont und in seiner Theorie der Gleichzeitigkeitskorrelate formuliert.

Mitscherlich (1954) schließlich hat vom psychosomatischen Simultangeschehen gesprochen und die Auffassung vertreten, daß für die Forschungsarbeit selbst ein psychosomatischer Dualismus bestimmend bleiben müsse. In diesem Sinne fordert er im klassischen *Freud*schen Sinne den „Methodenpurismus" der somatischen und psychologischen Forschungsansätze.

In Anlehnung an *Mitscherlich* (1954) entwickelte *de Boor* (1965) für das psychosomatische Simultangeschehen das Konzept wechselseitig aufeinander bezogener psychischer und somatischer Entwicklungsprozesse und nimmt an, daß diese Prozesse jeweils von einem somatischen bzw. psychischen Organisationskern ihren Ausgang nehmen.

Die psychosomatische Erkrankung wird dann folgerichtig als Ausdruck einer Zerreißung des psychosomatischen Simultangeschehens gesehen, wobei *Mitscherlich* (1966/67) die interessante Unterscheidung trifft zwischen noch psychosomatischen Krankheiten, die er als Störungen im Rahmen des psychosomatischen Zusammenhanges begreift und gemeinen somatischen Erkrankungen, die charakterisiert sind durch eine schließlich eingetretene somatische „Defektautonomie".

Meines Erachtens liegt das entscheidende Problem der psychosomatischen Forschung weniger in der Frage einer dualistischen oder monistischen Konzeption des Verhältnisses von Psyche und Soma. Die Schranke der Forschung und der Theoriebildung liegt vielmehr in der

individualpsychologischen Problemauffassung, die bislang für die psychoanalytische Forschung in diesem Bereich ebenso wie für die traditionelle Medizin vorherrschend gewesen ist.

Ich neige vielmehr zu der Annahme, daß die Manifestationen psychischer und somatischer Störungen in jedem Falle auf Störungen eines interpersonellen Prozesses der psychischen und somatischen Entwicklung verweisen, und daß daher jede Form der Pathologie, auch wenn sie in Gestalt eines individuellen Trägers erscheint, zurückgeht auf eine pathologische Störung der Interaktion in der Gruppe, deren Mitglied der Kranke ist und als deren Symptomträger er dient.

Die Zerreißung des psychosomatischen Simultangeschehens im Individuum beruht demnach auf einer Zerreißung des interpersonellen Simultangeschehens in der Gruppe, in der der einzelne lebt bzw. aufgewachsen ist.

Wenden wir uns nun dem frühen Geschehen in der Familie zu, nämlich der symbiotischen Beziehung zwischen Mutter und Kind. Die Dyade von Mutter und Kind hat neben der funktionalen Aufgabe der Lebenserhaltung und Pflege des Kindes den Sinn, ein post-natales Klima herzustellen, in dem das Kind durch den engen Kontakt mit der Mutter die Wahrnehmung seines eigenen Körpers erfährt. Auf der Ebene einer solchen geglückten Verbindung von Triebbefriedigung im Zusammenspiel mit der Mutter als Repräsentanz der ersten Umwelt entwickeln sich die ersten Ich-Funktionen, die primär biologisch sind, aber erst in der Kommunikation mit der Mutter sich entfalten können.

Indem die Mutter sich liebevoll dem Kind zuwendet, seine Bedürfnisse und Körpersprache versteht und adäquat beantwortet, ermöglicht sie es dem Kind, seine Bedürfnisse und Körperfunktionen zu erkennen. Störungen innerhalb der symbiotischen Interaktion zwischen Mutter und Kind führen zu schweren Schädigungen in der oralen Phase (*Spitz*, 1967; *Ammon*, 1969 a; 1971 a, b, c; 1972 g, und andere).

Auch die vergleichende Verhaltensforschung erbrachte Ergebnisse, daß das mütterliche Verhalten selbst bei Tieren nur bis zu einem gewissen Grad von einem angeborenen Instinkt gesteuert wird. Entscheidend für die Entwicklung einer mütterlichen Haltung sind selbst bei Tieren Verhaltenselemente, die von Generation zu Generation weitergegeben werden. Hier ist auch die früheste und intimste Beziehung zur Mutter ausschlaggebend (*Harlow* & *Harlow*, 1966).

Ramzy und *Wallerstein* (1958) konnten aufzeigen, daß die Fähigkeit, Schmerz zu empfinden, erst in der frühen Entwicklung in der Kommunikation von Mutter und Kind erlernt wird.

Federn (1952) spricht von der Evidenz der Körper-Ich-Grenze, die erhalten bleiben muß, damit die Außenwelt evident bleibt. „Wir besitzen also ... ein dauerndes Evidenzgefühl der Außenwelt, welches

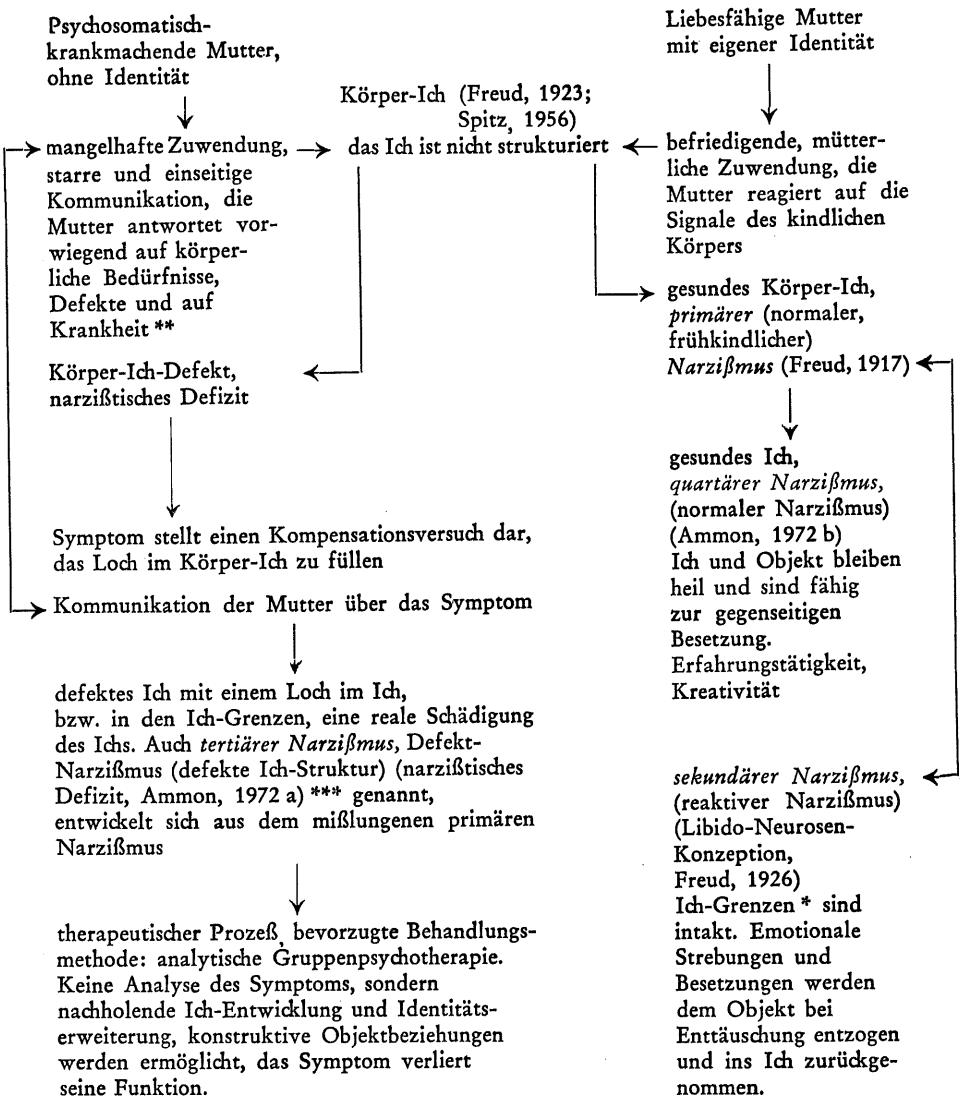
dadurch entsteht, daß die Eindrücke aus der Außenwelt eine mit einer besonderen Qualität von Sensation und Körper-Ich-Gefühl besetzte Körper-Ich-Grenze passieren. Die psychische Repräsentanz der Körper-Ich-Grenze, ihr Evidenzgefühl, fehlt manchmal nur für einen Teil desselben, z. B. für die Beine beim Gehen oder für das Gehör, für das Gesicht oder für den Geschmack. Ein leichter Grad oder eine bloße Abstumpfung einer Ich-Grenze kann durch Anstrengung noch kompensiert werden. Diese Anstrengung begleitet die uns wohlbekannte Realitätsprüfung. Mit ihr stellt sich dann eben gleichzeitig ein Evidenzgefühl ein." Der sogenannte Normale hat dauernd und unauffällig sein volles Körper-Grenzgefühl, welches die Außenwelt abgrenzt. „Das Evidenzgefühl beruht auf dem Ich zugewendeter, besser noch für das Ich-Gefühl verwendeter Libido. Die Libido stellt erst unser Ich her."

In den ersten Monaten nach der Geburt äußern sich die Bedürfnisse des Kindes als wechselnde Stadien der Spannung und des Wohlbefindens und werden so von Mutter und Kind wahrgenommen. Bei instabilem und mangelhaftem Reagieren der Mutter auf diese Äußerungen kann sich die Differenzierung von Innen und Außen nicht entwickeln. Es entstehen verschwommene Ich-Grenzen, die Körper-Identität und das Vertrauen in die eigenen Körperfunktionen werden durch das inadäquate oder klischeehafte Verhalten der Mutter gestört. Das Kind erfährt in der Phase des primären Narzißmus eine reale Schädigung; ich spreche daher von einem narzißtischen Defizit, das sich durch die folgenden Entwicklungsstufen zieht. Der interpersonelle Prozeß in der Symbiose zwischen Mutter und Kind ist somit von entscheidender Bedeutung für den Aufbau des Körper-Ichs des Kindes, Gelingen oder Mißlingen wird hier entschieden.

Das Selbst entwickelt sich nach dem Muster seiner ersten Objektbeziehungen. Das Objekt, das vorher Bestandteil des Ichs war, bildet sich zunächst als Teilobjekt aus dem noch nicht strukturierten Ich. Der Weg zur Selbstfindung oder Ich-Autonomie ist zugleich narzißtisch und objektbezogen. Nach *Spitz* (1959) vollzieht er sich vom Körper-Ich zur Wahrnehmung des Nicht-Ichs, zum Urselbst und dann zur Identitätsfindung.

Da für die Identitätsbildung narzißtische Betätigung körperlicher und atmosphärischer Art lebenswichtig ist, bedeutet dann dieses „Loch im Ich", daß dieses komplementär mit psychosomatischer Symptomatik ausgefüllt wird, um auf diesem Umweg das narzißtische Defizit auszugleichen und schließlich doch noch Wärme und Zuwendung von der umgebenden Gruppe zu bekommen.

Dieser doppelseitige Entwicklungsprozeß des Ichs ist meines Erachtens besonders für die Betrachtung der psychosomatischen Symptomatik relevant, da die Objektbeziehung des psychosomatisch Reagierenden auf der primär narzißtischen Stufe verharrt. Beim Psychosomatiker bildet



* vgl. *Federn* (1952) und die Bearbeitung des *Federnschen* Konzeptes der Ich-Grenzen durch meinen langjährigen Mitarbeiter *D. v. Kries* (1972).

** Es besteht eine auffallende Verwandtschaft zwischen der pervers und der psychosomatisch-krankmachenden Mutter: Beide können sich nur auf den Körper des Kindes libidinös beziehen. Das psychogenetische Resultat sowohl des psychosomatisch Kranken als auch des Perversen zeigt, daß beide sich nur existent (d. h. ein Ich-Gefühl entwickelnd) innerhalb des psychosomatischen oder perversen Aktes erleben können. Zwischen beiden Zustandsbildern gibt es gleitende Übergänge oder Symptomverschiebungen, wie beim Fallbeispiel aufgezeigt. Warum der eine Kranke dieses, der

sich später als Teilobjekt das psychosomatische Symptom, das vorher in sein noch nicht strukturiertes Körper-Ich integriert war, und füllt das Loch im Ich aus.

Die Abgrenzung zur eigenen Identität ist nicht eine individuelle Leistung, sondern das kindliche Ich ist angewiesen auf eine hilfreiche Mutter und verstehende Gruppe, die als „facilitating environment" (*Winnicott* 1969) das Kind in der Befriedigung seiner Bedürfnisse, der Erprobung und Entfaltung seiner Ich-Funktionen unterstützt. Fehlt diese Unterstützung oder äußert sie sich in Form eines alle Lebensäußerungen kontrollierenden Reglements, dann wird der Schritt zur eigenen Identität verhindert, was mit destruktiver Aggression und unbewußten Schuldgefühlen einhergeht. Die Symbiose kann nicht gelöst werden. Der Prozeß der Lösung aus der Symbiose sollte von Mutter und Kind möglichst synchron verlaufen und den Entwicklungsstufen des Kindes angepaßt sein.

Dominiert dagegen die Bedürfnisstruktur der Mutter, die sich verfrüht von ihrem Kinde lösen will, so wird die Ich-Entwicklung des Kindes blockiert. Das Kind muß Abwehrmechanismen ausbilden, um auf kräfteabsorbierende Weise den Gleichklang wiederherzustellen. Der spätere Psychosomatiker hat in seiner frühesten Kindheit dieses plötzliche Ver-

---

andere Kranke jenes Symptom gewählt hat, verstehe ich aus dem unterschiedlichen Verhalten der Mütter. Die psychosomatisch-krankmachende Mutter reagiert nur auf die Defekte und Krankheiten ihres Kindes libidinös, im Gegensatz zur pervers-machenden Mutter, die alle Handlungen, die den gesunden Körper des Kindes betreffen, libidinös besetzt hat, z. B. Waschzeremonien, Ankleiden des Kindes, alle Beschäftigungen mit dem männlichen oder weiblichen Körper des Kindes. Beide Mütter ignorieren die wachsende Ich-Identität ihres Kindes (Erikson, 1970; oder das Selbst: Guntrip, 1968; Laing, 1961; W. Schindler 1972 u. a.). Hingegen ist nach meiner Erfahrung bei der schizophren-machenden Mutter in der malignen Form das Spezifische deren Unfähigkeit, Mutter sein zu können. Diesen Pseudomüttern ist das kleine Kind, das auf ihre Hilfe angewiesen ist, bedingungslos ausgeliefert. (Vgl. Harlow und Harlow, 1966, und Ammon, unveröffentl. Manuskript einer umfangreichen Bearbeitung der Kindesaussetzung, Kindesmißhandlung und des Kindesmordes durch die eigene Mutter.) Bei der benignen Form der schizophren-machenden Mutter (Pankow, 1968) sind es die sogenannten Kindmütter, die von ihren eigenen Kindern erwarten, wie von einer Mutter behandelt zu werden.

Ich habe an anderer Stelle darauf hingewiesen (Ammon, 1972 c), daß sich Ich-Identität des einzelnen erst dann entwickeln kann, wenn die Primärgruppe selbst eine Ich-Identität hat. Nach meiner Theorie wird hier unterschieden zwischen der Entwicklung der Ich-Funktion von funktionellen Ich-Grenzen (nach innen sowohl als auch nach außen) und der Entwicklung der integrativen Ich-Funktion von Ich-Identität (oder dem Selbst, oder auch synonym zu benutzen ist Rapaports regulative Ich-Autonomie nach innen und nach außen).

*** Die von Freud als narzißtische Neurosen subsumierten Krankheitsformen, z. B. Paranoia, sexuelle Perversion, würden unter unserem Obergriff des tertiären Narzißmus zu verstehen sein. Nach unserer Auffassung gehören auch die psychosomatischen Syndrome zu diesem Kreis.

lassenwerden als Trauma erlebt, das ihn extreme Ängste wahrnehmen ließ. Alle Ich-Kräfte werden zukünftig abgezogen, um Wiederholungen dieser Angst zu umgehen. Das psychosomatische Symptom kann in diesem Sinne als kompensierende Abwehr gegen eine drohende Desintegration des Ichs verstanden werden.

In diesem Sinne kann man die psychosomatische Erkrankung auch als gestörte Funktion des Nein-Sagen-Könnens auffassen. Nach *Spitz* (1959) tritt die aktive Aggression (nach meiner Definition das Ad-Gredi oder die konstruktive Aggression) auf nach der gelungenen Unterscheidung von Ich und Selbst und ist gekoppelt mit dem Erlangen der Urteilsfunktion, dem Nein-Sagen-Können. Dabei ist das Ich nicht mehr passiv den Unlustregungen ausgeliefert, sondern setzt die Kommunikation im Sinne einer Handlungsdifferenzierung ein.

Beim Psychosomatiker ist nun diese Urteilsfähigkeit geschwächt, da er zwischen Ich und Selbst nicht unterscheiden kann. In der Kindheit hatte die Mutter mit besonderer Hilflosigkeit auf aktive und aggressive Regungen des Kindes reagiert, die sie als narzißtische Kränkung empfand. Die reparativen muskulär ausgedrückten Strebungen des Kindes wurden negiert, nicht erkannt und verboten. Daraus folgten: Unbeweglichkeit, Hyperaktivität und die Verwandlung der konstruktiven Aggression in Destruktion, die sich gegen den eigenen Körper richtete. Der psychosomatisch Reagierende sagt „nein" zu sich selbst.

Spitz (1959) versteht das Nein als Basis der Kommunikationsfähigkeit. Der psychosomatisch Kranke richtet seine Aggression auf das in das Körper-Ich internalisierte Teilobjekt. „Das Ich lernt in dieser Phase der Identifikation, neben der Fähigkeit zur Ich-Abgrenzung auch Vorgänge mit der Mutter zu beobachten und zu übernehmen, nämlich die der beobachtenden und behütenden Mutter. So ist zu verstehen, daß der Psychosomatiker fasziniert, ängstlich oder streng seine Körperfunktionen und Veränderungen beobachtet, in einer Weise, als gehörten sie nicht ihm selbst.

Eine 27 Jahre alte Studentin berichtete in der Gruppenanalyse (sie litt seit früher Kindheit an Asthma bronchiale), daß ihre Mutter ihr kürzlich geschrieben habe: „Deine Gesundheit, mein Kind, ist meine größte Sorge." Typisch für derartige Mütter ist das vergebliche Bemühen des Kindes, von ihr Anerkennung für persönliche Bemühungen hinsichtlich einer eigenen Identität, Erfolg in Studium und Beruf, Partnerbeziehung, Wohnen und Reisen zu erlangen. Immer wieder wird die Mutter kaum zuhören und alle diese Bemühungen abwerten bzw. als gefährlich in Hinblick auf die Gesundheit ansehen. Wenn die Tochter jedoch krank und hilflos ist, wird die Mutter in dem Augenblick Zeit, Liebe und Aufmerksamkeit aufbringen können.
Die psychosomatisch-krankmachende Mutter zeichnet sich durch Ge-

fühlskälte und dominierendes Verhalten aus. Rücksichtslos stülpt sie dem Kind ihre eigenen Abwehrmechanismen und psychischen Bedürfnisse über. Dieses Verhalten wiederholt der Psychosomatiker später im Zusammenleben mit seiner Umgebung, die sich nach seiner Krankheit und den damit verbundenen Bedürfnissen richten soll.

Wisdom (1961) unterscheidet die psychosomatische Erkrankung von der hysterischen Konversionssymptomatik folgendermaßen: „... in der Hysterie findet das schlechte Element (das introjizierte, zerstörerisch erlebte Objekt, *G. Ammon*) körperhaften Ausdruck, während bei den psychosomatischen Störungen auf das schlechte Objekt reagiert wird." In der Hysterie ist das Konversionssymptom Ausdruck einer symbolisierenden Ich-Abwehr, in der psychosomatischen Erkrankung drückt das Symptom aus, daß das Ich gerade in seiner Fähigkeit zur Symbolisierung gestört ist.

Das böse Objekt wird nicht symbolisiert, sondern abgewehrt; die Abwehr benutzt den eigenen Körper, weil eine Abgrenzung gegenüber dem bösen Objekt schon auf der archaischen Ebene des Körper-Ichs nicht erfolgen konnte. Somit verstehe ich das psychosomatische Symptom als Versuch, die nicht erfolgte Abgrenzung des Ichs zu kompensieren.

In diesem Sinne ist auch die Symptomverschiebung zu sehen, der wir im Zuge der Behandlung immer wieder begegnen (*Garma,* 1967, 1969). Diese Symptomverschiebung trägt verschiedene Aspekte, die besonders da deutlich werden, wo der Aufhebung des psychosomatischen Symptoms eine psychotische Reaktion oder eine tiefgehende Depression folgt.

Ich möchte die Symptomverschiebung an einem Beispiel aus meiner Praxis kurz verdeutlichen:

> Ein Student, der in seiner Kindheit ständig an quälenden Hautkrankheiten — Ekzemen und eitrigen Ausschlägen vorwiegend an den Händen und im Gesicht — gelitten hatte, entwickelte in der Pubertät ein schweres Bronchialasthma, das mehr als zehn Jahre anhielt. Als er durch einen Lehrgang im Autogenen Training sich von den Asthmaanfällen befreien konnte, verfiel er in einen Zustand tiefer Depression, die ihn schließlich in die analytische Behandlung brachte. Im Prozeß der Analyse konnte er dann während der Sitzungen einen Zustand äußerster Bedrückung erleben, den er als Asthma ohne Asthma bezeichnete.

Der Abwehrcharakter der psychosomatischen Erkrankung tritt in diesem Beispiel deutlich hervor.

Wir kennen Beispiele, daß psychotisch reagierende Patienten für die Zeit einer somatischen Erkrankung frei von der psychotischen Reaktion sind. Auf diesen Umstand haben u. a. bereits *C. G. Jung* (1907) und *Dreyfuß* (1908) hingewiesen, und *Kütemeyer* (1953) hat an diese Beobachtungen seine Theorie vom „Äquivalentcharakter" der psycho-

somatischen Erkrankung geknüpft. Diesen Äquivalentcharakter gewinnt die psychosomatische Erkrankung vor allem im Zusammenhang der unbewußten Dynamik innerhalb der Familiengruppe. Der Träger eines psychosomatischen Symptoms hat innerhalb der Homöostase der Familie einen bestimmten Stellenwert.

Diese Hypothese ist das Ergebnis der Untersuchung und Behandlung von 1987 Patienten, die seit 1965 innerhalb von sieben Jahren von mir und meinen Berliner Mitarbeitern der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e. V. gesehen wurden.

Von diesen 1987 Patienten waren 35 % psychosomatisch erkrankt.

In 11 % der behandelten Fälle brach die Familie auseinander, nachdem der „Symptomträger" die Familie verließ, um in einer anderen Stadt zu studieren;

in 21 % der Fälle übernahm ein anderes Mitglied der Familie die Rolle des Symptomträgers, oft sogar die Mutter selbst. Man kann sagen, daß das schwächste Glied innerhalb der Familie die Rolle des Symptomträgers übernehmen mußte und so die Familie vor dem Auseinanderbrechen rettete;

in 3 % der Fälle trat eine psychotische Reaktion eines anderen Familienmitgliedes ein.

Die von uns untersuchten und behandelten jugendlichen Studentenpatienten kamen nicht wegen ihrer psychosomatischen Symptome in Behandlung, sondern wegen allgemeiner Lebensschwierigkeiten, Arbeitsstörungen, Kontaktängsten und Unfähigkeit zu Partnerbeziehungen. Diese Tatsache hat u. a. unsere Forschung und Behandlungstechnik der psychosomatischen Syndrome wesentlich beeinflußt, nämlich: das Umgehen des psychosomatischen Symptoms und das Analysieren der Konflikte hinter den Symptomen.

Ich möchte unterscheiden zwischen der primären und der sekundären psychosomatischen Erkrankung. In der ersteren sind die primären Ich-Funktionen angegriffen als Ausdruck einer sehr frühen und schweren Ich-Erkrankung, z. B. Sprachstörungen, Gehstörungen, Eß-, Seh- und Hörstörungen. Die Symptome sind dabei fixiert und wenig beweglich, sie sind im gesamten Körpergeschehen fixiert. Bei der sekundären psychosomatischen Erkrankung ist die Stufe der Symbolbildung auf der Ebene der Organsprache erreicht. Sie ist situationsgebunden und unterliegt eher der Symptomverschiebung, wobei das Krankheitsgeschehen im Dienste des feindseligen Über-Ichs destruktive Formen annehmen kann. Im wesentlichen sehe ich die psychosomatische Reaktion als eine Störung der autonomen Ich-Funktion der Aggression (*Ammon*, 1970).

In der Analyse psychosomatisch reagierender Patienten finden wir regelmäßig, daß die Mutter unter dem Druck einer Ideal-Ich-Vorstellung von der guten und perfekten Mutter die körperliche Erschei-

nung, besonders das Geschlecht und die körperlichen Bedürfnisse des Kindes als eine narzißtische Kränkung erfährt. Das Kind wird als primär defekt und ungenügend erlebt. In der Abwehr dieser Kränkung stülpt die Mutter dem Kind ihre eigene unbewußte Forderung nach einem perfekten Baby über und reagiert auf den Protest des Kindes mit Feindseligkeit und Unverständnis. Erst die körperliche Erkrankung des Kindes erlaubt es der Mutter, ihr Selbstbild von der guten und perfekten Mutter zu bestätigen.

Dabei reagiert die Zwangsmutter auf die Erkrankung des Kindes mit einander widersprechenden Reaktionen, die gleichzeitig ablaufen können.

1. Mein Kind ist krank. Jetzt werde ich ihm alle meine Liebe und Fürsorge geben und zeigen, daß ich trotz der Hilflosigkeit und Unvollkommenheit des Kindes eine gute Mutter bin (unbewußt: weil mein Kind krank ist, kann ich es frei von Schuldgefühlen lieben).

2. Mein Kind ist krank. Daß es häßlich und unvollkommen ist, kann mir nicht zum Vorwurf gemacht werden (unbewußt: wenn ich mein Kind nicht lieben kann, dann liegt das daran, daß es nicht so ist, wie es sein sollte).

Diese doppelte Botschaft der Mutter in der Reaktion auf ihr krankes Kind ist vergleichbar mit der Double-bind-Kommunikation in der schizophrenogenen Familienstruktur (vgl. *Bateson,* 1969; *Weakland,* 1969; *Ammon,* 1971 a, b, c, 1972 g).

Auch in der psychosomatisch krankmachenden symbiotischen Interaktion darf die Ambivalenz des mütterlichen Verhaltens nicht aufgedeckt werden. Sie manifestiert sich aber deutlich dann, wenn das gesundgepflegte Kind die während des Krankseins erfahrene Zuwendung der Mutter wieder verliert und mit einer Symptomverschiebung bzw. einem Rückfall in die alte Erkrankung erneut die mütterliche Zuwendung erringen muß.

Die psychosomatische Erkrankung hat eine doppelte Funktion:

1. Sie befreit die Mutter von dem Ambivalenzkonflikt gegenüber dem Kind und erlaubt ihr eine Zuwendung dem Kind gegenüber, die in Einklang steht mit ihren unbewußten Forderungen und Ängsten. Als Mutter eines kranken Kindes kann die Mutter ihre eigene Rolle gegenüber dem Kind abgrenzen und diesem daher auch die Abgrenzung auf anderen Gebieten erlauben, etwa intellektuell.

2. Sie ermöglicht dem Kind durch Anpassung an den unbewußten Ambivalenzkonflikt der Mutter einen Spielraum für seine Ich-Entwicklung in anderen Bereichen und für seine Abgrenzung.

Das Kind bezahlt diese Stabilisierung des symbiotischen Verhältnisses jedoch mit einer empfindlichen Einschränkung. Es muß sozusagen den Ambivalenzkonflikt der Mutter am eigenen Leibe austragen. Die Mutter, die ihre unbewußte Ablehnung des Kindes durch die Pflege des

kranken Kindes kompensiert, zwingt das Kind, selbst nein zu seinem eigenen Körper zu sagen.

F. Schaeffer (1961) hat in diesem Sinne auf den „chronischen Selbstverrat" hingewiesen, der in der depersonalisierten Lebenserfahrung des psychosomatisch Kranken zum Ausdruck kommt, und er hat vom „pathologischen Treueverhältnis" gesprochen, das der Kranke seinem psychosomatischen Leiden entgegenbringt.

Das psychosomatische Symptom erfüllt dem Über-Ich gegenüber zwei Forderungen. Es verwandelt die körperliche Basis des Ich-Gefühls in ein Ich-Fremdes, in Nicht-Ich, und läßt die Körpererfahrung nur in Form des Mangelhaften, Schlechten, häufig Ekel Erregenden zum Bewußtsein kommen. Gleichzeitig aber erkauft das Körper-Ich mit seiner Erkrankung die nun von Über-Ich-Einschränkungen freie Aufmerksamkeit, Pflege und Zuwendung sowohl durch die eigenen höheren Ich-Funktionen als auch durch die umgebende Gruppe und Gesellschaft, die auf das psychosomatische Symptom mit Fürsorge reagiert, auf psychische Krankheit hingegen mit Ablehnung und Unverständnis. Gerade weil die körperliche Krankheit in unserer Gesellschaft als persönlichkeitsfremder, anonymer somatischer Ablauf verstanden wird, darf sie ernst genommen werden und wird daher zum Mittel, Aufmerksamkeit auf das eigene Ich-Schicksal zu lenken. Wir stoßen auf den hier vielleicht wesentlichsten Unterschied des psychosomatischen Krankheitsgeschehens zur Dynamik in der Psychose.

Während in der Psychose die Grenze zwischen Ich und Nicht-Ich durchbrochen wird und das Ich, überflutet vom Unbewußten, mit Hilfe archaischer Abwehrmechanismen seine Integrität gleichzeitig zu bewahren und wiederzugewinnen sucht, wird das psychosomatische Symptom gerade zum Vehikel einer von bewußtem Schuldgefühl befreiten Kommunikation des Ichs mit der Außenwelt und dem eigenen Körper.

Die Dynamik der psychosomatischen Pathologie möchte ich mit den anderen Formen der Ich-Krankheiten vergleichen. Die jeweils spezifische Dynamik der Neurose, der psychotischen, der perversen und der psychosomatischen Reaktion, wird bestimmt durch die Geschichte der frühen Objektbeziehungen. Objekt soll in diesem Zusammenhang sowohl äußeres Objekt im Sinne des Nicht-Selbst wie auch das Körper-Selbst für das Ich bezeichnen.

In der Neurose sind die Objektbeziehungen sowohl zur Realität als auch zum Selbst im wesentlichen entwickelt. Es ist hier vor allem ein intrapsychischer Konflikt zwischen den entwickelten psychischen Systemen, der das Krankheitsbild bestimmt.

In der Psychose ist die Beziehung zur äußeren Realität verloren gegangen in dem Sinne, daß die Trennung zwischen äußerer und innerer Realität durchbrochen ist und das Erleben und Verhalten der Patienten

vollständig bestimmt wird durch die als real erlebten fantastischen Omnipotenz- und Triebbedürfnisse.

D. h. einmal sind die Ich-Grenzen intakt, wenn auch konfliktuös bedroht, das andere Mal sind die Ich-Grenzen aufgelöst, eine Situation, die mit der Regression zu archaischen, primärprozeßhaften Abwehrmechanismen einhergeht.

Der Neurotiker inszeniert seinen unbewußten Konflikt in Träumen, Zwangshandlungen, Konversionssymptomen und hält dabei in weiten Bereichen seine Objektbeziehungen aufrecht.

Der psychotisch reagierende Patient lebt die Träume, Ängste, Zwangshandlungen in der Realität aus, die zur Szenerie seines grenzenlosen Ichs wird. Die Perversion und die psychosomatische Reaktion gleichen sich darin, daß sie eine Zwischenstellung einnehmen. Meines Erachtens handelt es sich um die gleiche Psychodynamik in diesen beiden Krankheitsmanifestationen.

Khan (1968) beschreibt das perverse Verhalten als den Versuch, mit der „Technik der Intimität" Objektbeziehungen herzustellen, die gleichzeitig keine sind. "This technique of intimacy, of which acting out is the mechanism, combines in a subtile balance the defensive exploitation of regressive satisfactions of a pregenital instinctual nature as well as mobilization of archaic psychic processes in the hope of freeing and enlarging the ego into an independent and coherent organization and achieving a sense of identity."

Diese konstruktive Hoffnung in der selbstzerstörerischen perversen Aktivität aber scheitert daran, was *Anna Freud* (1936) als "the incapacity to love and the thread of emotional surrender" beschrieben hat.

Khans Formulierung der Dynamik der Perversion zeigt eine überraschende Ähnlichkeit mit der Dynamik der Psychosomatik. In Abwandlung der bekannten Äußerung von *Freud* kann gesagt werden, das psychosomatische Symptom ist das Negativ der Perversion. Denn die Art, wie der Perverse eine Objektbeziehung zu seinem Partner oder Komplizen herstellt und unterhält, ist analog der Objektbeziehung des Psychosomatikers zu seinem Körper.

1. Der kranke Körper wird von ihm als ein Nicht-Selbst-Objekt erlebt, zu dem er eine Beziehung der Intimität herstellen möchte, die ihn das Nicht-Selbst subjektiv erfahren läßt.

2. Um zum Körper in eine Beziehung treten zu können, muß er als ein Fremder erscheinen — dies wird bewirkt dadurch, daß er als krank dem Ich entgegentritt. Gleichzeitig aber kommt die Krankheit als die Krankheit des eigenen Körpers dem Bedürfnis des Psychosomatikers entgegen, das Objekt selbst zu erfinden, zu dem er eine Beziehung aufnimmt.

3. Der Partner des Psychosomatikers ist sein eigener Körper (Objekt). Der kranke Körper wird wahrgenommen als nicht zum Ich gehörig und als solcher kann er akzeptiert werden. Gleichzeitig aber kann er als der eigene Körper und die Krankheit als selbst hervorgebracht erfahren werden.

Meines Erachtens können wir in der Psychose, in der Perversion und im psychosomatischen Geschehen Reaktionsformen auf präödipale Störungen der ersten Objektbeziehung erkennen.

Allen drei Ausgängen des „Symbiosekomplexes" (*Ammon,* 1969 a; 1970; 1971 f) ist gemeinsam, daß das Kind aus ihnen mit einer narzißtischen Wunde hervorgeht. Ein Fallbeispiel, bei dem ein Wechsel zwischen psychosomatischer, psychotisch-paranoider und perverser Reaktion während des therapeutischen Prozesses stattfand, mag meine These der strukturellen Verwandtschaft der archaischen Ich-Formationen illustrieren:

Es handelt sich hierbei um einen zweiundzwanzig Jahre alten Chemiestudenten, der in der Kindheit als Junge unerwünscht gewesen war. Die Mutter hatte sich ein Mädchen gewünscht, weil sie meinte, ein Mädchen liebevoller und länger bei sich behalten zu dürfen, während sie bei einem Jungen gezwungen sei, ihn hart und selbständig zu erziehen. Sie stillte den Jungen nur die ersten Tage nach seiner Geburt.

In der Therapie berichtete der Patient eine frühe Kindheitserinnerung. Es war im Winter, das Wetter war sehr kalt, und er stand frierend, ohne Handschuhe, draußen im Garten. Er sagte: „Ich mußte immer in der Kälte stehen, ich durfte nur frieren und hungern, ich durfte nichts anderes." Seine Mutter, die Wert auf Sauberkeit legte, selbst nie krank war und Sexualität unterdrückte, schilderte er als hart. Der Vater hingegen habe sehr schwache Nerven gehabt, er sei leicht zornig geworden und habe an einer Gastritis gelitten.

Der Großvater mütterlicherseits soll ein Psychopath gewesen sein, der bereits mit 50 Jahren wegen vorzeitigen „cerebralen Abbaus" in ein Altersheim kam. Dem Patienten wurde der Großvater als abschreckendes Beispiel für Feminität bei einem Manne hingestellt. Durch eine harte Erziehung sollte verhindert werden, daß der Junge seinem Großvater ähnlich werden könnte.

In der Vorpubertät entwickelte sich bei dem Patienten eine Anorexia nervosa. Die Mutter schlug den Sohn, der das Essen verweigerte, dermaßen, daß die Nachbarn die Mutter wegen Kindesmißhandlung anzeigen wollten. In der Pubertät zeigten sich bei dem Patienten an seiner äußeren wie seiner inneren Haut psychosomatische Symptome: eine Akne nervosa und eine chronische Gastritis. Seine äußere Erscheinung nahm feminine Züge an, er hatte ein freund-

liches, sanftes Gesicht, trug lange Haare, während die Akne sein Gesicht entstellte.

Der Patient kam in die Therapie mit vorwiegend sexuellen Problemen und Phobien, er litt an Gastritis und Akne, die sich seit der Pubertät ständig verschlimmert hatte *.

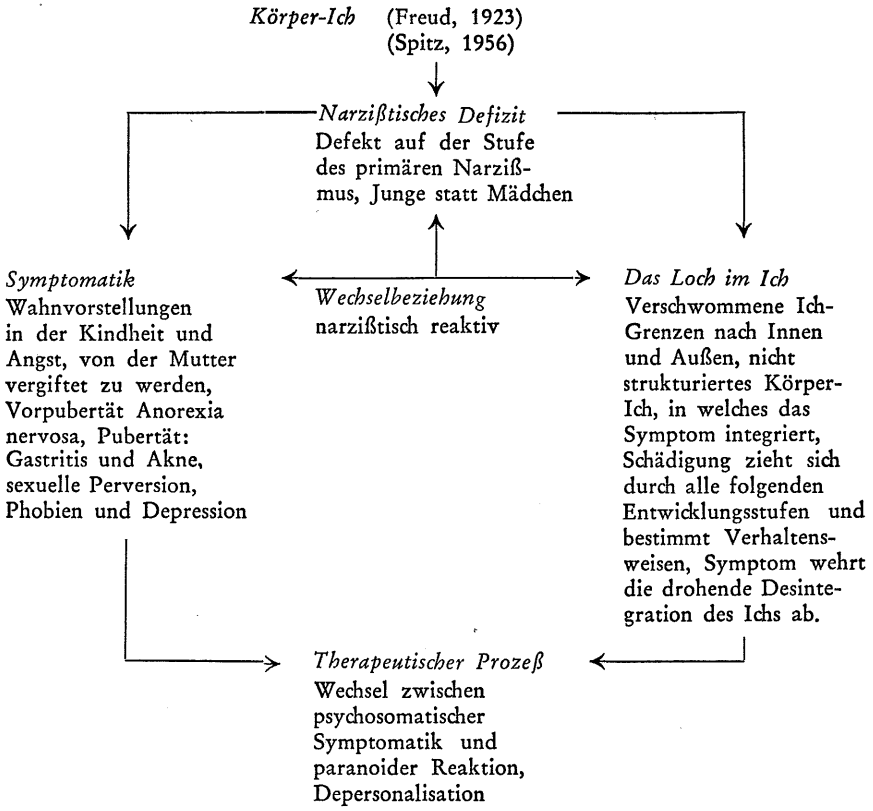


Abb. 2

Im Verlauf des ersten Jahres seiner analytischen Gruppenpsychotherapie entwickelte er eine starke Symptomatik hinsichtlich seiner Gastritis, die von einer fieberhaften arthritischen Reaktion begleitet

* Die gleiche Krankengeschichte in verkleideter Form wurde von meinem Mitarbeiter Peter Moldenhauer dargestellt, besonders hinsichtlich der in diesem Fall eigentümlichen und auffallenden Dynamik der verschiedenen Gruppen, in denen der Patient lebte.

war, so daß er die Therapie durch einen längeren Krankenhausaufenthalt unterbrechen mußte. Mit dem Abklingen seiner psychosomatischen Symptome zeigte der Patient eine paranoide Reaktion, die durch die diagnostische Hilflosigkeit der Ärzte der arthritischen Reaktion gegenüber, für die sie keine Erklärung finden konnten, verstärkt wurde. Der Patient litt unter der Wahnvorstellung, ein Mensch aus der Retorte zu sein, ein Homunculus. Die Ärzte in der Klinik wüßten darüber, würden ihn ständig durch ein in das Krankenzimmer eingebautes Fernsehauge betrachten und versuchen, ihn durch Medikamente zu vergiften. Er erhielt daraufhin parallel zum Krankenhausaufenthalt eine Einzeltherapie, zu der er von den Ärzten des Krankenhauses geschickt wurde. Als der Gruppentherapeut den Patienten in Einzelsitzungen regelmäßig sah und auf ihn verständnisvoll reagierte, hörte die Arthritis auf, und der Patient verstand sie als notwendigen Hilferuf nach guter psychoanalytischer Nahrung.

In einer der therapeutischen Sitzungen erinnerte er sich, daß er bereits als Kind geglaubt hatte, nicht von seinen Eltern gezeugt und in der Retorte geboren worden zu sein. Er habe dies aber in den letzten Jahren völlig vergessen. In diesem Homunculuswahn kommen Gefühle von Depersonalisation, paranoide Wahnwelt und die Verbindung zur psychosomatischen Reaktion, die das Krankheitsbild dieses Patienten bestimmt, besonders deutlich zum Ausdruck. In seiner wahnhaften Übertragung nahm der Patient auch an, daß ich und meine Mitarbeiter vom Inhalt seines Wahns wüßten und ihn daraufhin beobachteten.

Er erinnerte sich auch, bereits als Kind unter der Vorstellung gelitten zu haben, daß die Mutter ihn vergiften wollte. Er nahm damals an, daß sie zusammen mit den übrigen Familienmitgliedern ein Komplott gegen ihn geschmiedet hätte mit dem Ziel, ihn mit entsprechenden technischen Apparaten zu beobachten. In dieser Sitzung berichtete er, daß er beim Warten vor der Sitzung ein Kältegefühl entwickelte, das sich erst in der Sitzung wieder aufhob. Gleichzeitig erinnerte er sich an die Sexualfeindlichkeit seiner Eltern, die ihm selbst mit zwanzig Jahren sexuelle Kontakte mit Mädchen verboten. Er äußerte Todeswünsche gegen die Eltern, auf die er mit Schuldgefühlen reagierte. Während dieser Erinnerung zitterte er am ganzen Körper und war einem Kreislaufkollaps nahe.

Auch seine Schuldgefühle hinsichtlich sexueller Wünsche und Phantasien ließen ihn sehr heftig reagieren. Er berichtete, daß er kurz vor der Krankenhauseinweisung versucht hatte, mit Freunden und Freundinnen zusammen seine Traurigkeiten und Ängste durch sexuell-masochistische Spiele beiseitezuschieben, Spiele mit Fesseln und Peitschen, dem Herstellen pornographischer Filme und dem Zu-

schauen beim Sexualverkehr. Seine Schuldgefühle hierauf seien sicher ein Grund für die Verstärkung seiner somatischen Symptome gewesen.

Er brachte in die Therapie einen Traum, der die früh gestörte Mutter-Kind-Beziehung deutlich schilderte.

Träume von Psychosomatikern drücken die Konflikte des Patienten in einer psychosomatischen Bildersprache aus, worüber ich jedoch an anderer Stelle ausführlich berichtet habe (vgl. *Ammon*, 1971 e; 1972 c, e). Wir müssen unterscheiden zwischen der inhaltlichen und strukturellen Seite des Traumgeschehens. So, wie der psychosomatisch Kranke beim Rorschachtest gehäuft Organantworten gibt, genauso ist auch sein Traum von Organinteressen okkupiert. In der Struktur des Traumes besteht eine wesentliche Unterscheidung zwischen ich- und libidokranken Patienten (neurotisch reagierenden). Der ich-kranke Patient wird erst dann träumen können (hier bei der psychosomatischen Erkrankung), wenn es ihm gelingt, sein Ich abzugrenzen und erste gelingende Schritte zu einer eigenen Identität zu machen. Diese Ich-Grenze bildet somit den Traumhintergrund (vgl. *Ammon*, 1972 c).

„Meine Eltern und ich gingen spazieren. Wir kamen an einer Wiese vorbei, an der links unten ein Draht gespannt war, der unten kleine Stacheln und Widerhaken hatte. Am oberen Ende stand ein brutaler, dummer, dünner, schlampiger, alter Bauer. Auf den Draht gespannt (der Draht war durch Mund und After gezogen) war vorn ein Hut, dahinter ein Schaf und dahinter ein Kaninchen. Der Bauer setzte den Draht in Bewegung, worauf der Hut nach vorn rutschte, auf die Stacheln zu, das Schaf hinterherrannte und dahinter das Kaninchen (das entweder selbst lief oder durch den Draht gezogen wurde, das weiß ich nicht mehr). Jedenfalls wollte das Schaf den Hut und das Kaninchen das Euter des Schafes erreichen. Ob das Schaf, als es am Ende des Drahtes angelangt war, ebenfalls innerlich von den Widerhaken zerfetzt wurde, weiß ich nicht mehr. Jedenfalls war dies bei dem Kaninchen der Fall. Obwohl es verblutete, versuchte es mit letzter Kraft, an das Euter des Schafes heranzukommen und Milch zu saugen. Ich war entsetzt, als ich das sah, und wollte wütend auf den Tierquäler werden. Meinen Eltern war das alles egal; und meine Mutter kratzte sich dauernd an ihrer linken Brust und bewegte sie hin und her."

Die Analyse des Traumes durch Einfälle des Patienten ließ die in der Übertragung deutlich gewordene Psychogenetik des psychosomatischen Geschehens klar werden, sowohl bezüglich der Gastritis wie seiner Hautaffektion, der Akne. In der Übertragung ergab sich ähnlich wie in der Beziehung mit der Mutter, daß der Patient nie genug Muttermilch und Hautwärme bekommen hatte. Er verstand, daß er

dieses Kaninchen sei, das sich innerlich aufreißt, weil es vergeblich nach der mütterlichen Brust und der mütterlichen Körperwärme verlangt. Er verstand die „Nein-Reaktion" der mütterlichen Brust, und in der Traumanalyse fielen dem Patienten die Berichte der Mutter über sein schnelles Abstillen ein. Je mehr sich das Kaninchen bemüht, desto mehr muß es bluten. Der Patient erinnerte sich daran, daß diese Gefühle immer dann besonders stark waren, wenn er nach Wärme, Freundschaft und Verständnis verlangte.

Wichtig in dem geschilderten Beispiel ist die sehr früh gestörte Mutter-Kind-Beziehung in der oralen Phase, die kurz nach der Geburt einsetzt, und die Ablösung einer offen paranoiden Kindheitspsychose durch psychosomatische Symptome und Perversionen in der Pubertät, in der der Patient neue Identifikationspersonen außerhalb seiner Familie fand, an die er sich eng anschloß. Während der Therapie war analog zur Kindheit ein Fluktuieren zwischen paranoider Psychose und Psychosomatik im gruppenpsychotherapeutischen Prozeß festzustellen. Der Patient fühlte sich nur sicher im Zustand der Nichtidentität, er quälte sich damit ab, ob er dem Therapeuten vertrauen konnte und schwankte nicht nur zwischen verschiedenen therapeutischen Richtungen hin und her, sondern auch zwischen somatischer und psychotherapeutischer Behandlung.

Bei dem Patienten handelte es sich um ein primäres Ich-Defizit, das ich als narzißtisches Defizit bezeichnet habe. Der Patient hatte in der Kindheit nicht das von der Mutter erhalten, was er für seine früheste Ich-Entwicklung benötigte. Dieses Defizit wird später durch die psychosomatische Präokkupation von Körper und Psyche ausgefüllt. Man sollte daher von einem psychosomatischen Narzißmus sprechen.

Die Erforschung der Genese psychischer und somatischer bzw. psychosomatischer Störungen im Entwicklungsprozeß in der Gruppe macht es meines Erachtens sinnvoll, von einer gemeinsamen Anfangsstrecke der pathogenen Entwicklung zu sprechen und das Zusammenwirken „mehrfacher ätiologischer Faktoren" in der Gruppensituation selbst zu erforschen.

Für die Diagnose und die Therapie ergeben sich daraus weitreichende Konsequenzen. Es kommt darauf an, daß die vorgefundenen Krankheitsbilder in der Therapie sozusagen in ihre Bestandteile aufgelöst werden müssen, um die Dynamik des Zusammenwirkens erfahrbar zu machen. Dem Kranken muß mit anderen Worten eine nachholende Ich-Entwicklung bis hin zur eigenen Identität ermöglicht werden.

Die Klassifizierung nach Krankheitsbildern, wie sie u. a. auch in der Einrichtung psychosomatischer Spezialabteilungen zum Ausdruck kommt, zielt meines Erachtens genau in die entgegengesetzte Richtung. Eine solche Organisation, welche die Frage des Patienten: „Was habe ich?"

wörtlich nimmt und in immer stärkerer Spezialisierung zu beantworten versucht, versäumt es, diese Frage „Was habe ich?" zu verstehen als die verstümmelte Form der Frage: „Wer bin ich, wer darf ich sein?"

Die traditionelle, auf die Beseitigung von Symptomen fixierte Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie wiederholt, indem sie die Frage „Was habe ich?" zuläßt, die pathogene Situation einer arretierten und krankmachenden Symbiose, in der Mutter und Gruppe es dem Kind nicht erlaubten, die Frage nach der eigenen Identität auszusprechen und sich als Person im eigenen Recht abzugrenzen.

Für den Internisten gehört der psychosomatisch Erkrankte zum täglichen Bild der Praxis. Der Psychosomatiker neigt dazu, den Arzt zum Mitagieren über sein Symptom zu verführen und alles zu kontrollieren. Es kommt nicht so sehr darauf an, dem Patienten die psychische Bedingtheit seines Symptoms zur Einsicht zu bringen, man würde nur ein Lippenbekenntnis von ihm erlangen. Auch beim Psychoanalytiker würde der Patient gehorsam erscheinen, weil er überwiesen wurde. Es wäre viel wichtiger, nach der Lebenssituation des Patienten zu fragen, seinen Konflikten, Ängsten, seiner Kontaktlosigkeit und ihn dann wegen dieser Beschwerden zum Psychoanalytiker zur Mitbehandlung zu überweisen.

Für die Therapie des psychosomatischen Symptoms ergibt sich aus den vorangegangenen Überlegungen, daß das Symptom selbst auf keinen Fall direkt angegangen werden darf. Das hieße, den Patienten einer Abwehrformation zu berauben, die er für die Aufrechterhaltung seiner Ich-Identität und Ich-Funktionsfähigkeit dringend benötigt. Im Gegensatz zu den augenblicklichen Bemühungen psychosomatischer Kliniken und Abteilungen, die das psychosomatische Symptom in den Mittelpunkt stellen, geht die von mir begründete Berliner Schule das Symptom nicht direkt an, um psychotische Reaktionen zu vermeiden. Stattdessen versucht der Therapeut — unter Umgehung des Symptoms, eine Technik, die *Knight* (1953) für die Borderline-Situation und *Khan* (1968) für die Perversion anwenden — direkt mit dem Patienten über seine Bedürfnisse, seine Ängste, Aggressionen und Frustrationen zu kommunizieren. Ist dann im Verlauf der Therapie die Abwehrformation des psychosomatischen Symptoms überflüssig geworden, verschwindet es von selber. Das heißt natürlich nicht, daß auf eine somatisch-medizinische Versorgung durch einen Internisten, solange der Patient somatische Symptome zeigt, verzichtet wird. Das somatische Symptom wird nicht als das wesentliche Problem in der Behandlung angesehen, sondern die frühkindlichen Schädigungen werden in den Mittelpunkt der therapeutischen Kommunikation gestellt. Es kann jedoch nicht immer gelingen, das psychosomatische Symptom völlig aufzuheben. Die psychoanalytische Behandlung des psychosomatischen Syndroms gehört zu den kompliziertesten aller Behandlungen. Manchmal muß man sich damit bescheiden,

das Symptom bestehen zu lassen, das dann rein medizinisch weiter betreut werden muß. Die Analyse der Lebensmöglichkeiten und die Identitätsfindung des Patienten geht jedoch oft mit einer Minderung der Symptomatik einher. (Es handelt sich hierbei um folgende Syndrome: Asthma bronchiale, Herzneurosen, Hochdruck, Nierensteine, Gastriti Ulcus duodeni, Colitis ulcerosa, Hautekzeme, Akne, Hyperphagie etc.)

Zur therapeutischen Technik des psychosomatischen Symptoms sind vor allem die analytische Gruppen- und Milieutherapie geeignet. Die Gruppe und das therapeutische Milieu ermöglichen einerseits eine Aufsplitterung der Übertragung (multilateral transference), andererseits aber wird die Gruppe als Mutter erlebt, so daß der Patient seinen Kindheitskonflikt in der Gruppe wiedererleben kann. Besonders wichtig ist aber, daß Gruppe und Milieu eine indirekte Interpretation erlauben, die die Abwehrformation des psychosomatischen Symptoms umgehen kann. Gerade in der Therapie mit pervers, mit psychotisch und mit psychosomatisch reagierenden Patienten läßt sich immer wieder feststellen, daß diese Patienten außerordentlich geringe Möglichkeiten zur Einsicht in ihre Konflikte haben. Der die Ich-Integration bedrohende Konflikt und die mit der Erfahrung des narzißtischen Defizits verbundene, destruktiv gewordene, verkrüppelte Aggression sind so sehr vom Bewußtsein abgespalten, daß erst eine Aufsplitterung der Übertragung im schützenden Rahmen der Mutter-Gruppe einen indirekten Zugang zu den Konflikten erlaubt.

Ich habe darauf hingewiesen, daß die Abwehrformationen in der psychosomatischen Pathologie weniger Ausdruck einer Verdrängungsleistung des Ichs sind, als vielmehr Folge eines starken Über-Ich-Anspruches, der archaisch feindselig auf dem Ich lastet. Es entsteht die paradoxe Situation, daß der Kranke erst somatisch krank werden muß, um sich selbst mütterliche Pflege und Zuwendung gestatten zu können, und diese Pflege und Zuwendung ihm aber nichts nützen dürfen, d. h. daß er krank bleiben muß. Ich meine, daß hier ein gravierendes gesellschaftliches Problem vorliegt, daß die Gesellschaft als Ganzes sich wie eine Mutter verhält, die ihr Kind nur als krankes Kind ertragen kann und mit panischer Abwehr auf kreative Beiträge reagiert, die geeignet sind, die Situation zu verändern.

In der analytischen Gruppentherapie können wir Möglichkeiten zur Erforschung der psychosomatischen Dynamik aufzeigen. Denn im Hier und Jetzt der therapeutischen Gruppe kann beobachtet werden, welche Dynamik das psychosomatische Geschehen bestimmt. Wir können sehen, auf welches Verhalten in der Gruppe der Patient psychosomatisch reagiert, und seine Position in der Gruppe, die Art und Weise, wie er sich gegenüber der Gruppe und die Gruppe sich ihm gegenüber verhält, gibt uns Aufschluß über den Raum, welchen die Mutter dem Patienten

in der Symbiose eingeräumt hat und gibt Aufschluß darüber, ob die gesellschaftliche Situation der Mutter erlaubte, eine eigene Identität zu entwickeln.

Auch für den Prozeß der Symptomverschiebung im Laufe der Therapie können wir aus der Analyse des Gruppenprozesses psycho- und soziogenetische Anhaltspunkte gewinnen. Nach meinen Beobachtungen zeigen fast alle Gruppenmitglieder im Laufe des psychotherapeutischen Prozesses irgendwann psychosomatische Symptome. Es ist festzuhalten, daß es sich dabei um eine Symptomverschiebung wie in der Einzeltherapie handelt. Dabei wechseln die psychosomatischen Symptome innerhalb einer länger arbeitenden Gruppe so, als handele es sich um einen zusammenhängenden Körper als Ganzen.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß ich aufzuzeigen versucht habe, daß das triebpsychologische Neurosenmodell *Freuds* dem Verständnis und der Therapie des psychosomatischen Syndroms nicht mehr gerecht werden kann. Es spiegeln sich nicht verdrängte Konflikte bzw. vom Ich abgewiesene Triebwünsche im psychosomatischen Symptom wider, sondern ein narzißtisches Defizit, ein Loch im Ich, welches in einer frühgestörten Mutter-Kind-Beziehung erworben wurde. Dabei erlitt das kindliche Ich eine schwere Schädigung auf der Stufe des primären Narzißmus. Aus den Ergebnissen der Ich-psychologischen Forschung wurde ein weiterführendes neues Modell entwickelt und das psychosomatische Syndrom als archaische Ich-Krankheit im Sinne einer Körper-Psychose verstanden, das eine drohende Desintegration des Ichs kompensiert.

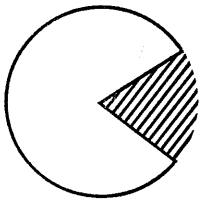


Abb. 3

Loch im Ich mit psychosomatischem Symptom ausgefüllt

Die analytische Gruppentherapie ist der Ort für die Therapie der Ich-Krankheiten. Für das schwache Ich, das eine klassische Analyse kaum durchstehen kann, bietet die Gruppe durch die multilaterale Übertragung eine nachholende Ich-Entwicklung bis hin zur eigenen Identität. Das Symptom steht nicht im Mittelpunkt der Psychotherapie und verliert damit seine Kommunikationsfunktion.

Die psychosomatische Reaktion wird zusammen mit der Psychose und der Perversion als eine archaische Ich-Krankheit verstanden. Hinsichtlich der psychoanalytischen Technik wurde auf die Wichtigkeit des Umgehens

des psychosomatischen Symptoms (d. h. das psychosomatische Symptom nicht direkt zu analysieren) und die analytische Bearbeitung der Kommunikationsstörung hingewiesen. Freud hat bereits 1932 davon abgeraten, die Psychosomatik zu analysieren. In seinen letzten sieben Lebensjahren hat er sich nicht mehr zum Problem der Psychosomatik geäußert.

The Genesis and Structure of Psychosomatic Syndromes in Regard to Psychoanalytic Technique

Günter Ammon

In this paper psychosomatic syndromes will be understood as a compensation of early Ego-developmental disturbances. The psychosomatic symptom is understood as a somatic answer to a specific developmental climate, prevailing in a group, which is incapable to experience and to comunicate. In this sense the psychosomatic reaction cannot be regarded as an individual act of repression of drive impulses but is to be looked at as an expression of a disturbed interactional process taking place in the primary group and in society as a whole.

Relating to the research of *Paul Federn* the author describes the psychodynamics of the genesis of psychosomatics as a deficiency in the necessary and healthy narcissistic supplies by the mother resulting in a narcissistic deficit, a so-called "hole in the Ego". If the mother acts ambivalently or insufficiently to the bodily needs of her child, the Ego-boundaries and body limits stay diffuse and partly open, a state that is experienced by the self as a "hole in the Ego", confusing inside and outside.

The author relates psychosomatic syndromes to other early archaic illnesses of the Ego, such as sexual perversion and schizophrenic reaction. The psychosomatic syndrome is understood as an attempt of restitution of the Ego-integration. By this measure it prevents a psychic desintegration into psychosis. Common for the psychosomatic reaction, as well as for the other archaic Ego-illnesses is — according to the author — a severe disturbance within the symbiotic phase.

The mother of the psychosomatic reacting child only relates to its bodily defects and illnesses and is not able to conceive of the child as a whole person. The mother who creates sexual perversion only relates towards the body care of the child, while the schizophrenogenic mother shifts between an attitude of overe protecting possession and cold rejection. However, according to a spectrum of Ego-disturbances all these attitudes may be mingled.

Individual Ego-identity cannot develop unless the primary group has an Ego-identity of its own. In the schizophrenogenic family group this Ego-identity is developed at the lowest degree, whereas the family of the

psychosomatic patient at least possesses and permits an identity of psychosomatic illness. Engaging in the role of a sick member the patient functions in sustaining the homeostasis of the family group. If the psychosomatic patient now leaves his pathogenic family group, its equilibrium might severely be disturbed.

The author describes the shifts of psychosomatic, sexual perverse and paranoid symptoms during the course of psychoanalytic therapy. He stresses that the therapeutic technique should avoid the analysis of the psychosomatic symptom, and should relate to the basic anxieties and distrust of the patient, working with the patient's vital needs and his search for identity achievement. An early analysis of the symptom might disturb the homeostatic equilibrium achieved by the symptom and might result into a psychotic reaction or severe anaclitic depression. As soon as the patient learns in therapy to develop the language of his own needs the symptom may lose its function and dissolve.

The author illustrates the relatedness with a case study of a young male patient, who suffered from psychosomatic symptoms such as gastritis, arthritis, and vegetative disturbances and who used perverse actions in a group as a defense against depressive preoccupation. The varying symptoms served as a defense against paranoiac fears which threatened him during therapeutic process. When he underwent treatment of his arthritis (which had occured during therapy) in hospital, he reexperienced an early phase in his childhood, when he had believed to be born in a retort and feared that his mother would try to poison him through spoilt food and would permanently watch his reactions to it. The cure of the symptom which may be compared with a sudden breaking of the "character armor" or the "false self", robbed him of his main defense mechanism and thus exposed him to early fears of his childhood.

The treatment of psychosomatic patients remains quite complicated since arising conflicts are not handled by the Ego but transmitted and kept in the body. The mere elimination of the symptom may result in an inhibition of further Ego — development. Therefore the author emphasizes that the first therapeutic goal should be the achievement of Ego-growth instead of the mere dissolving of the symptom. The author quotes *Freud*, who warned seven years before his death to analyse psychosomatic syndromes. He concludes that the neurotic model is no more applicable to the theory and therapeutic techniques of psychosomatic syndromes.

Literatur

Alexander, F. (1927): Psychoanalyse der Gesamtpersönlichkeit (Leipzig/Wien/Zürich: Int. Psychoanalyt. Verlag).

— (1951): Psychosomatische Medizin (Berlin/New York: de Gruyter).

Ammon, Gisela (1971): Stufen der Kreativität in der Vorlatenz, in: Dyn. Psych., 4. Jhg., H. 13 und in: *Ammon, G.* (Hrsg.): Gruppendynamik der Kreativität (Berlin: Pinel-Publikationen, 1972).
— (1972 a): Vorläufer psychosomatischer Erkrankungen. Vortrag, gehalten auf der Arbeitstagung der DAP vom 21.—28. 4. 1972 in Paestum/Italien.
— (1972 b): Psychosomatische Syndrome bei Kindern und ihre Aufhebung. Vortrag, gehalten vor dem Psychotherapeutischen Institut der Ignatius-von-Loyola-Universität in Rom am 13. 6. 1972.
— (1972 c): Die Beziehung von Ich-Entwicklung und psychosomatischen Störungen bei Kindern (von 2—4 Jahren), in: Dyn. Psych., 6. Jhg., i. Vorb.

Ammon, Günter (1969): Oralität, Identitätsdiffusion und weibliche Homosexualität — Eine psychoanalytische Studie, in: Dyn. Psych., 2. Jhg., H. 1/2.
— (1970): Gruppendynamik der Aggression — Beiträge zur psychoanalytischen Theorie (Berlin: Pinel-Publikationen).
— (1971 a): Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie I, in: Dyn. Psych., 4. Jhg., H. 10.
— (1971 b): Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie II — Autobiographie und Behandlungsbeginn, in: Dyn. Psych., 4. Jhg., H. 11.
— (1971 c): Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie III — Therapeutische Technik und analytischer Prozeß, in: Dyn. Psych., 4. Jhg., H. 12.
— (1971 d): Zum Problem der Soziogenese psychosomatischer Erkrankungen. Vortrag, gehalten am Sozialmedizinischen Institut der FU Berlin am 16. 11. 1971.
— (1971 e): Dynamique du rêve et de la réalité dans le traitement psychanalytique de la schizophrénie. Vortrag, gehalten auf dem 31. Congrès des psychanalystes de langues romanes, Lyon, 4.—7. Juni 1971, in: Revue Francaise de Psychanalyse, 5—6. Tome XXXV.
— (1972 a / 1972 b): Schizophrenie-Seminar am Lehr- und Forschungsinstitut der DAP, April 1972: Zum Problem des Narzißmus.
— (1972 c): Der Traum als Ich- und Gruppenfunktion. Vortrag, gehalten auf dem IV. Int. Forum für Psychoanalyse, New York, am 30. 9. 1972, in: Dyn. Psych., 6. Jhg., i. Vorb.
— (1972 d): Zur Genese und Struktur psychosomatischer Syndrome unter Berücksichtigung der psychoanalytischen Technik. Vortrag, gehalten auf der Arbeitstagung der DAP vom 21.—28. 5. 1972 in Paestum/Italien.
— (1972 e): Über die psychodynamische Beziehung von Traum, Psychose und Realität in der Schizophrenie unter dem Aspekt von Ich-Regulation, in: Psychotherapy and Psychosomatics, Vol. 20, H. 6.
— (1972 f): Verschiedene Ausdrucksformen bei schizophrener Reaktion, in: Japanese Bulletin of Art Therapy, Vol. 3.
— (1972 g): Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie IV — Familiendynamik und Krankheitsgeschichte, in: Dyn. Psych., 5. Jhg., H. 14/15.
— (1972 h): Kreativität und Ich-Entwicklung in der Gruppe, in: *Ammon, G.* (Hrsg.) (1972): Gruppendynamik der Kreativität (Berlin: Pinel-Publikationen).
— 1972 i): The Psychodynamics of Dream, Psychosis and Reality in Schizophrenia, from the Aspect of Ego Regulation (with Case Study), in: Proceedings of the IVth Int. Symposium, Turku, Finland, August 4-7-1971 (Amsterdam: Excerpta Medica).
— (1973): Aggression und Ich-Entwicklung in der Gruppe. Ein Beitrag zur psychoanalytischen Aggressionstheorie, in: Z. Psychother. med. Psychol. 23. Jhg., H. 3.

Bateson, G., et al. (1969): Auf dem Weg zu einer Schizophrenie-Theorie, in: *Bateson* et al.: Schizophrenie und Familie (Frankfurt/M.: Suhrkamp).

de Boor, G. C. (1965): Zur Psychosomatik der Allergie, insbesondere des Asthma bronchiale (Bern/Stuttgart: Huber/Klett).

Bruch, H. (1971): Obesity and Reality, in: Dyn. Psych., 4. Jhg., H. 12.

Deutsch, F. (1953): Basic Psychoanalytic Principles in Psychosomatic Disorders, in: Acta psychother. psychosom.

— (1959): Symbolization as Formative Stage of the Conversion Process, in: *Deutsch, F.* (Hrsg.): On the Mysterious Leap from the Mind to the Body (New York: Int. Univ. Press).

Dreyfuß, G. (1908): Nervöse Dyspepsien, zitiert nach: *Kütemeyer, W.* (1953): Körpergeschehen und Psychose (Stuttgart: Enke).

Erikson, E. H. (1970): Identität und Lebenszyklus (Frankfurt/M.: Suhrkamp).

Federn, P. (1952): Ego Response to Pain, in: Ego Psychology and the Psychoses (New York: Basic Books).

Fenichel, O. (1931): Perversionen, Psychosen, Charakterstörungen (Darmstadt: Wiss. Buchgemeinschaft, 1967).

— 1945): The Psychoanalytic Theory of Neurosis (London: Routledge & Kegan).

Freud, A. (1936): Das Ich und die Abwehrmechanismen (London: Imago).

Freud, S. (1894): Die Abwehr-Neuropsychosen. Ges. W., Bd. I (London: Imago).

— (1895 a): Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als „Angstneurose" abzutrennen. Ges. W., Bd. I, aaO.

— (1895 b): Studien über Hysterie. Ges. W., Bd. I, aaO.

— (1905 a): Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie, Ges. W., Bd. V, aaO.

— (1905 b): Bruchstück einer Hysterieanalyse. Ges. W., Bd. V, aaO.

— (1909 a): Die psychogenetische Sehstörung in psychoanalytischer Auffassung. Ges. W., Bd. VIII, aaO.

— (1909 b): Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose. Ges. W., Bd. VII, aaO.

— (1914): Einführung des Narzißmus. Ges. W., Bd. X, aaO.

— (1916/17): Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Ges. W., Bd. XI, aaO.

— (1920): Jenseits des Lustprinzips. Ges. W., Bd. XIII, aaO.

— (1923): Das Ich und das Es. Ges. W., Bd. XIII, aaO.

— (1926): Hemmung, Symptom und Angst, Ges. W., Bd. XIV, aaO.

Garma, A. (1967): The Psychosomatic Shift through Obesity, Migraine, Peptic Ulcer and Myocardial Infarction in a Homosexual. Unveröffentl. Manuskript.

— (1960): Group Psychoanalysis with Peptic Ulcer Patients. Paper read at the I. Int. Symposium on Analytic Group Therapy, 1969, in Paestum/Italy, in: Dyn. Psych., 6. Jhg., H. 18 (in Vorb.).

Greenacre, P. (1958): Early Physical Determinants in the Development of the Sense of Identity, in: Am. J. Psychoanalytic Ass.

Guntrip, H. (1968): Schizoid Phenomena, Object Relations and the Self (London: Hogarth).

Harlow. H. F., und *Harlow, M.* (1966): Am. Scient. 54, S. 3, zitiert nach: *Zepf, S.* (1973): Zur Theorie der psychosomatischen Erkrankung (Frankfurt/M.: Fischer).

Jung, C. G. (1907): Über die Psychologie der Dementia praecox (Halle: Marhold 1907).

Khan, M. M. R. (1968): Reparation to the Self as an Idolised Internal Object, in: Dyn. Psych., 1. Jhg., H. 2.

— (o. J.): The Function of Intimacy and Acting out in Perversion, in: Sex. Behavior and the Law (Springfield: Thomas).

Knight, R. P. (1953): Management and Psychotherapy of the Borderline Schizophrenic Patient, in: Bull. menn, Vol. 17.

v. Kries, D. (1972): Psychosomatische Syndrome als Ich-Aufbau-Kategorien, in: Dyn. Psych., 5. Jhg., H. 17.
Kütemeyer, W. (1953): Körpergeschehen und Psychose (Stuttgart: Enke).
Laing, R. D. (1965): The Divided Self (London: Pelican, 1. Ausg. 1959).
— (1961): Self and Others (London: Tavistock).
Moldenhauer, P. (1972): Beziehungen zwischen psychosomatischem Syndrom, Verhalten in der Gruppe und Selbst. Eine Fallstudie in: Dyn. Psych., 6. Jhg., H. 18 (in Vorb.).
Pankow, G. (1968): Gesprengte Fesseln der Psychose (München/Basel: E. Reinhardt).
Mitscherlich, A. (1954): Zur psychoanalytischen Auffassung psychosomatischer Krankheitsentstehung, in: Psyche, Jhg. VII, H. 10.
— (1966/67): Krankheit als Konflikt I/II (Frankfurt/M.: Suhrkamp).
Ramzy, J., und *Wallerstein, R. S.* (1958): Pain, Fear and Anxiety, in: Psychoanalytic Study of the Child. Vol. 13, p. 147—189 (New York: Int. Univ. Press).
Rangell, L. (1953): Psychiatric Aspects of Pain, in: Psychosom. Med. XV.
Spitz, R. A. (1956): Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen (Stuttgart: Klett, 2., erw. Aufl. 1960).
— (1959): Nein und Ja; Die Ursprünge der menschlichen Kommunikation (Stuttgart: Klett).
— (1967): Vom Säugling zum Kleinkind. Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehung im ersten Lebensjahr (Stuttgart: Klett).
Schaeffer, F. (1961): Pathologische Treue als pathogenetisches Prinzip bei schweren körperlichen Erkrankungen, in: Nervenarzt, 32. Jhg., 1961.
Schilder, P. C. (1931): Notes on the Psychopathology of Pain in Neuroses and Psychoses, in: Psa. Rev. XVIII.
— (1923): The Image and Appearance of the Human Body (New York: Int. Univ. Press, 1972).
Schindler, W. (1973): Das Selbst und die Gruppenanalyse, in: Dyn. Psych., 6. Jhg., in Vorb. Vortrag, gehalten im Rahmen der Wissenschaftlichen Veranstaltungen der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e. V. in Berlin am 22. 9. 1972.
Schultz-Hencke, H. (1951): Lehrbuch der analytischen Psychotherapie (Stuttgart: Thieme Verlag).
Weakland, J. W. (1969): „Double-Bind"-Hypothese und Dreier-Beziehung, in: Bateson, G., et al: Schizophrenie und Familie (Frankfurt/M.: Suhrkamp).
v. Weizsäcker, V. (1932): Psychosomatische Medizin, in: Psyche, Jhg. III, H. 5, p. 331 bis 341.
Winnicott, D. W. (1969): Kind, Familie und Umwelt (München: E. Reinhardt).
— (1972): The Maturational Process and the Facilitating Environment (Studies in the Theory of Emotional Development) (London: Horgarth).
Wisdom, J. O. (1961/62): Ein methodologischer Versuch zum Hysterie-Problem, in: Psyche, Jhg. XV, H. 10.
Zepf, S. (1973): Zur Theorie der psychosomatischen Erkrankung (Frankfurt/M.: Fischer).

Psychosomatisches Symptom und Sucht**

Jürgen Götte *

Der Autor untersucht anhand eines Fallbeispiels die psychodynamischen Zusammenhänge von sukzessive auftretenden psychosomatischen Symptomen. Er versteht die Psychosomatik wie die Sucht als äquivalente Abwehrformationen des Ichs gegen drohende Ich-Desintegration. Die Funktion der Abwehr wird hier im Sinne von *Ammon* als eine Ich-Leistung verstanden, welche im Symptom einen symbiotischen Kommunikationsversuch unternimmt und zugleich eine narzißtische Lücke im Ich affektiv zu schließen sucht.

Die vorliegende Arbeit untersucht anhand des Fallbeispiels eines Patienten mit Ulcus duodeni und multipler Drogensucht die psychodynamischen Zusammenhänge von psychosomatischem Symptom und Sucht. Sie will einen Beitrag zur Untersuchung der praemorbiden Struktur dieser Patientengruppe leisten und somit zur Erhellung ihrer Genese beitragen.

Hierbei wird besonders der von *S. Freud* (1894) geprägte Begriff der „Abwehr" diskutiert und inhaltlich neu gefaßt. Das Fallbeispiel wird neben der Biographie des Patienten die Phänomenologie seines Versuches darstellen, eine „narzißtische Lücke im Ich" (*Ammon*, 1971) affektiv zu schließen.

Die sich daraus ergebenden therapeutischen Konsequenzen werden beschrieben und erweisen sich

1. ganz im Sinne von *Fenichel* (1931) als flexibel-unorthodox und
2. entgegen der *de Boor*schen (1965) Spekulation eines Verstreichens der Anregbarkeit bestimmter Ich-Funktionen, als geeignet für eine nachholende Ich-Entwicklung.

Die psychoanalytische Theorie

a) Das psychosomatische Symptom

Die von *S. Freud* eingeführte Vorstellung des Konversionssymptoms als Ausdruck chronischer emotionaler Konflikte wird von *Alexander* (1951) aufgegriffen.

Das Konversionssymptom ist nach *Alexander* ein symbolischer Ausdruck des Versuchs, eine emotionale Spannung zu entladen. Demgegenüber tragen weder die vegetative Neurose noch die psychogene organische Störung Symbolcharakter, sondern werden gesehen als „physiologische Reaktion der vegetativen Organe auf anhaltende oder periodisch wiederkehrende emotionale Zustände".

* Dr. med., Assistenzarzt in der Neurol.-psychiatr. Abt. d. Städt. Auguste-Viktoria-Krankenhauses, Berlin

** Vortrag gehalten auf der Arbeitstagung der DAP vom 21.—28. 5. 1972 in Paestum (Italien)

Die psychogene organische Störung wird durch die Folge chronischer emotionaler Störungen und durch Veränderung am organischen Substrat charakterisiert.

Unser Interesse gilt in diesem Zusammenhang den Theorien der Symptombildung.

Alexander (1951) trug die heuristisch fruchtbare Theorie vor, daß es analog bestimmten pathogenen Erregern mit spezifischer Affinität zu bestimmten Organen eine Organspezifität bei psychosomatischen Erkrankungen gibt. Er nimmt (1927), ganz im orthodoxen Sinne, als Bedingung für das Symptom die „Einziehung der Objektlibido zur Neutralisierung der Zerstörungsvorgänge" an, rückt aber später (1951) das Ich-Schicksal anstelle des Triebschicksals in den Vordergrund; das psychosomatische Symptom wird auch von *Ammon* (1971) weniger vom Standpunkt eines sich manifestierenden Triebschicksals, sondern vielmehr als Ausdruck eines „spezifischen, pathologischen Ich-Schicksals" (nach *Müller-Braunschweig*) verstanden.

Schur (1950) führt das Symptom auf eine „Resomatisierung des Affektgeschehens" im regressiven Sinne zurück, dessen Auslösung ein phantasierter oder realer Objektverlust sei. *Mitscherlich* (1966) spricht vom psychosomatischen Symptom als dem Ergebnis einer „zweiphasigen Abwehr", quasi einer Nachverdrängung des psychischen Konflikts ins Soma, einer Theorie, der Ammon (1971) entgegenhält, daß dieser Prozeß starke Ich-Kräfte voraussetzen würde. *Ammon* faßt die psychosomatische Pathologie als Versuch auf, ein narzißtisches Defizit, das in der Symbiose des Kindes mit der Mutter entstanden ist, auszugleichen. Er schreibt also dem Symptom für das psychosomatische Gesamt-System eine stabilisierende Funktion zu, die bereits *Alexander* (1951) andeutete, der bei Ulcus- und Colitis-ulcerosa-Patienten eine schwere Exazerbation der psychischen Symptomatik als Folge der Besserung des organischen Zustands sah. Auch *v. Uexküll* (1963) weist darauf hin, daß eine Besserung von Psychosen mit der Ausbildung eines psychosomatischen Symptoms einhergehen kann.

b) Die Sucht

Fenichel (1931), der sich besonders auf die Untersuchungen von *Rado* (1926) und *Simmel* (1930) stützt, unterscheidet eine rauschmittellose von einer Rauschmittel-Sucht. Erstere bezeichnet er als Impulshandlung, letztere als Sucht, bei der der psychische Mechanismus als Wechsel von Tat und Reue auftritt. Sucht und Impulshandlung klassifiziert er als perversionsverwandte Neurose, also zwischen Zwangsneurose und Perversion stehend.

Matussek (1959) spricht analog zu *Fenichels* Terminologie von einer „süchtigen Fehlhaltung" auf der einen und der „Sucht" im klinischen Sinne auf der anderen Seite. „Das Problem der Psychologie der Süchte", schreibt *Fenichel*, „konzentriert sich auf die Fragen nach dem Charakter

der durch sie vermittelten Lust und auf die Bedingungen der Entstehung des Rauschwunsches". *Matussek* muß beinahe 50 Jahre danach mangelnde „differenzierte, tiefenpsychologisch orientierte Untersuchungen der praemorbiden Struktur" beklagen.

Schon *Simmel* (1930) hatte darauf verwiesen, daß zur Kenntnis des Suchtmechanismus die praemorbide Persönlichkeit von entscheidenderer Bedeutung sei als die Natur der Intoxikation.

Abraham (1908) beschrieb die psychodynamischen Zusammenhänge von Alkoholsucht und Homosexualität und machte auf die klinische Erfahrung aufmerksam, daß Patienten, denen ein Narkotikum gespritzt wurde, das Gefühl der sexuellen Vergewaltigung haben können.

In Anlehnung an das Neurosenmodell *Freuds*, als einer Triebpsychologie, stellt die Sucht für *Fenichel* ein als „Reizschutz nach innen" angewandtes Mittel dar, das sekundär sexuelle Bedeutung gewinnt und damit die sexuelle Struktur der Gesamtpersönlichkeit verändert: „Süchtig wird derjenige, der geneigt ist, die Lust des Rausches, den pharmakotoxischen Orgasmus (nach *Rado*) höher einzuschätzen als alle sexuelle Lust."

Simmel (1930), der den Rausch mit einer künstlichen Manie vergleicht, verdeutlicht die orale und primär-narzißtische Fixierung des Süchtigen, wenn er davon spricht, daß die Organe der Süchtigen oft introjizierte Objekte repräsentieren. *Ammon* (1969) grenzt in diesem Zusammenhang von einer „primären Oralität" in der gesunden frühkindlichen Entwicklung eine „sekundäre Oralität" ab. Er versteht hierunter eine „fixierte libidinöse Besetzung der Nahrungsaufnahme sowie andere suchtartige Befriedigungen durch den Mund..." und deutet bereits die psychodynamischen Beziehungen zwischen psychosomatischer Symptomatik und Suchtmechanismus an.

Wenn die Droge dem Individuum zweierlei geben kann,
1. Schutz gegen körperlichen Schmerz,
2. Schutz gegen seelischen Schmerz (z. B. Depression),
dann muß es sich bei der Sucht um einen Abwehrmechanismus handeln. So sieht die ältere Psychoanalyse in der Sucht einen Abwehrversuch gegen unbewußte Triebwünsche, nach *Simmel* (1930) ist es die Abwehr von Aggressionen, die die Sucht mit dem Zwang teilt.

Bei der Sucht ist die Abwehr lustvoll, beim Zwang dagegen unlustvoll.

Auch *Glover* (1933) sieht in der Sucht eine Abwehrneurose, und zwar zur Niederhaltung verdrängter paranoider Strukturen, wenn er die Bedeutung des Sadismus beim Süchtigen hervorhebt.

Matussek weist allerdings zu Recht darauf hin, daß — im Sinne des Triebmodells — der Sucht kaum Abwehrcharakter attestiert werden könne, denn es komme ja zur oralen Befriedigung. *De la Vega* (1971) macht dagegen in seiner Studie über die Heroin-Sucht darauf aufmerk-

sam, daß die Interpretation der Sucht sich „nicht nur auf hedonistische Aspekte" beschränken darf. Er begreift die Sucht als den dem Individuum noch verbliebenen letzten Abwehrmechanismus: „Stellen die Süchtigen fest, daß sie mit der Realität nicht fertig werden können, so verlassen sie sich auf verschiedene Drogen, anstatt psychotisch zu regredieren."

Falldarstellung

Aktuelle Vorgeschichte

Der damals 25jährige Patient, Student, kam in die ambulante Psychotherapie, nachdem er wenige Tage zuvor aus mehrwöchiger stationärer Therapie in einer Nervenklinik entlassen worden war. Er kam mit folgenden Symptomen in die Behandlung:

1. einer ausgeprägten psychosomatischen Symptomatik mit seit fünf Jahren bestehenden gastritischen Beschwerden und erstmals im Jahr zuvor diagnostiziertem Duodenalulcus sowie körperlichen Angstäquivalenten im Sinne von Schweißausbrüchen, Frieren und Muskelzuckungen bei leptosomem Konstitutionstypus;
2. multipler Drogensucht (Nikotin, Pattex-Verdünner, Haschisch, LSD, Meskalin, Weckamine, Opium geraucht, Opium-Tinktur injiziert, Morphin gespritzt);
3. es bestanden als Konversionssymptome imponierende cephalgiforme und agrypnische Zustände;
4. starken Arbeitsstörungen mit hochgradiger Konzentrationsschwäche sowie Prüfungsangst, temporärer Impotenz bei Angst vor emotionalen Bindungen, Kontaktarmut und Isolierungsneigung als Ausdruck einer depressiven zwangsneurotischen Symptomatik.

Familiensituation

Der Patient ist das einzige Kind seiner Eltern und erlebte sich schon in frühester Kindheit als isolierter, ängstlicher Einzelgänger und als „ausgeprägt gehemmt" und „seelisch verkümmert". Die Beziehung zu den Eltern charakterisiert der Patient durch seine früheste Kindheitserinnerung, die eine enttäuschte Hundeliebe zum Inhalt hat: Asta, ein kleiner geliebter Hund, wird von den Eltern heimlich verkauft, diese erzählen, der Hund sei entlaufen, und der Junge müsse nach ihm suchen. Er aber hatte das Verkaufsgespräch mit angehört.

Die Familiensituation wird vom Patienten graphisch so dargestellt, daß er mit der Mutter verbunden ist und beide vom Vater bedroht werden, er noch zusätzlich von der Mutter. Diese wird als „subtil-autoritär" ihm selbst gegenüber und als extrem abhängig vom Vater beschrieben;

sie leidet an depressiven Verstimmungen mit Konversionssymptomatik. Den Vater beschreibt er als einen „offen-autoritären, erfolgsbesessenen Kleinbürger", der nur materielle Interessen verfolgt; er ist magen- und leberkrank und betreibt einen Schlafmittel- und Alkoholabusus.

Adoleszenz

Im Alter von 10 bis 12 Jahren begann der Patient, nächtlich schlafzuwandeln, besonders dann, wenn er in der Wohnung allein gelassen wurde. Er nahm sein Bettzeug, verließ die Wohnung und ging auf die Straße. Die mehrfache Umschulung isolierte ihn noch mehr, er war im Unterricht ängstlich-still.

Während der Pubertät lief er zwei- oder dreimal von zu Hause fort und versuchte einmal, sich das Leben zu nehmen. Er sprach mit seinen Eltern auch über unwichtige Dinge nicht mehr und verhielt sich „extrem renitent" gegenüber den Lehrern. Andererseits wurde er zu dieser Zeit Hochleistungssportler und wünschte sich, von allen geliebt zu werden.

Im Alter von 19 Jahren, als der Patient seine jetzige Frau kennenlernte und in politischen Gruppen aktiv wurde, beendete er den Leistungssport, weil er ihn nunmehr für „idiotisch" hielt. In diese Zeit fällt der Beginn seiner ersten gastritischen Beschwerden, die der Patient gut erinnert. Nach Ablegung des Abiturs schlug er zuerst, ganz im Sinne der Vorstellungen seines Vaters, eine Beamtenlaufbahn ein. Dann brach er jedoch ab, verließ das Elternhaus und begann gegen den Willen der Eltern ein Studium.

Jetzige Lebenssituation

Der Patient bezeichnet als Wendepunkte in seiner Entwicklung

1. seine Politisierung,
2. das Verlassen der Eltern,
3. das Zusammenleben mit einer Frau und die gegen seinen Willen geschlossene Ehe mit ihr,
4. seinen Drogengebrauch.

Gleich nach dem Fortzug aus dem elterlichen Zuhause erfolgte, der Patient war damals 22jährig, die von der Frau initiierte Heirat. Über seinen Ehepartner schreibt der Patient:

„Akzeptiert nicht meine Interessen (politische Arbeit, Freundinnen), terrorisiert mich dahingehend mit Vorwürfen. ... Meine Sexualbedürfnisse werden nie befriedigt und sehr oft mit Ablehnung beantwortet."

Etwa ein Vierteljahr nach seiner Heirat begann der Patient mit Drogengenuß, zunächst alle 4—6 Wochen. Etwa ein Jahr vor Beginn der Therapie war ein Ulcus duodeni röntgenologisch gesichert worden.

Während des Studiums gelang es ihm trotz eines dreimaligen Anlaufs nicht, das Vordiplom abzulegen, wobei er den Eltern gegenüber immer

den schlechten Gesundheitszustand (Ulcus) rechtfertigend ins Feld führte. Die stationäre Aufnahme in die Nervenklinik, über die eingangs berichtet wurde, hatte er den Eltern, die über seine Drogensucht, nach Aussage des Patienten, nicht informiert sind, mit seinem hohen Tablettenverbrauch wegen der Magenschmerzen erklärt. Als er in die ambulante psychotherapeutische Behandlung kam, hatte er sich an der Universität krankheitshalber beurlauben lassen und sich aus der Arbeit innerhalb der politischen Gruppen zurückgezogen.

Verlauf der Psychotherapie

Der Patient war in regelmäßiger ambulanter Psychotherapie im Sitzen, in der Regel zwei Stunden wöchentlich, zuletzt jedoch beinahe täglich.

Innerhalb der ersten Wochen ließ sich sein Zweifel am Sinn der Psychotherapie, zu der er besonders über seine Frau motiviert worden war, am intellektualisierenden Habitus und intensiven Drogengenuß ablesen: Er testete, ob der Therapeut ihm diese Schutzmechanismen gestattete und wie er auf seine emotionale Leere reagierte. Der Therapeut befriedigte anfangs zwar einerseits das Bedürfnis des Patienten nach rationaler Erläuterung bestimmter Symptome, die er in die Analyse brachte, sagte aber zusätzlich, er fühle sich „emotional abgestumpft", was der Patient mit Erleichterung aufnahm, da es auch sein Gefühl war. Nicht den Inhalt der Interpretation stellte der Therapeut in den Mittelpunkt, sondern benutzte diese als Vehikel zu einer empathischen Näherung an den Patienten. Die therapeutische Arbeit war ganz auf das bewußte Konfliktmaterial konzentriert und umging die vom Patienten als Abwehrwall benutzte Symptomatik.

Bereits nach wenigen Sitzungen hatte der Patient einen Internisten aufgesucht, der ein Ulcus duodeni diagnostizierte, und berichtete dies mit sichtbarer Erleichterung. Kurz zuvor hatte er die Mutter über den Befund informiert. Die zweite Phase des therapeutischen Prozesses war durch eine Widerstandsmanifestation charakterisiert, die aus einer negativen Vater-Übertragung auf den Therapeuten resultierte. Der Patient erwartete, da der Therapeut ja doch immer alles besser wisse, daß dieser die Sitzung eröffnete und Einfälle und Interpretationen zu diversen Träumen brächte.

Sie spiegelten seine oedipale Konfliktstruktur sowie homoerotische Wünsche wider. Der Therapeut nahm diese Träume als ein Geschenk an, zumal der Patient in früheren Jahren nie Träume erlebt hatte und diese dann durch die Drogen herbeizuführen wünschte.

In diese Phase, die durch ängstliches Schweigen des Patienten gekennzeichnet war, fiel ein bemerkenswerter Symptomwandel, der auftrat, als der Patient erstmals in seine alte politische Gruppe zurückkehrte und hier eine Führungsposition übernehmen sollte: Es trat ein heftiger, anfall-

artiger asthmatischer Zustand auf, der sich nächstentags wiederholte. Seither beklagte der Patient keine Ulcus-Beschwerden mehr, auch ein solcher Asthma-Anfall ist nicht wieder aufgetreten.

Ende des Jahres agierte er dann zunehmend außerhalb der Therapie, er verließ seine Ehefrau, zog zu einer neuen Freundin, zog auch dort nach kurzer Zeit aus, um vorübergehend bei seiner Frau zu wohnen, und bezog schließlich eine eigene Wohnung, die ihm die Mutter vermittelte. In dieser Zeit nahm er wieder sehr häufig Drogen.

Das Agieren des Patienten wurde durch zweierlei ausgelöst:

1. Therapieferien,
2. Gesundheitszustand des Vaters, der eine risikoreiche Operation durchführen lassen mußte.

Der Patient wollte signalisieren, daß der Therapeut sich nicht genug um ihn sorge und ihn nicht verstehe. So stellte er die familiäre Dreiecksituation seiner Kindheit gleichsam auf der Bühne des außertherapeutischen Geschehens dar und bewegte sich ebenso passiv als Objekt zwischen den Frauen hin und her, wie es auch zu Hause mit ihm geschehen war.

Der schlechte Gesundheitszustand des Vaters ängstigte ihn zusehends, und als der Therapeut den Vater in einer Sitzung als Alkoholiker bezeichnete, wehrte der Patient außerordentlich stark ab. Er erinnerte dazu, daß die Mutter dem Vater oft vorgeworfen hatte, daß er ein Trinker sei und er dann seinen Vater immer unterstützt hatte.

An diesem Punkt begann die dritte Phase, die durch eine intensive negative Übertragungsneurose im Sinne einer Mutterübertragung auf den Therapeuten und durch eine Identifikation des Patienten mit dem Vater gekennzeichnet war und die Wurzel der frühkindlichen Schädigung des Patienten aufdeckte:

Als der Patient realisierte, daß der Vater sterben konnte, befiel ihn die Angst, mit der Mutter und dem Therapeuten allein zu bleiben, von beiden gleichsam gefressen zu werden, sich aus der symbiotischen Umklammerung nicht mehr lösen zu können. Der Todeswunsch des Patienten der Mutter gegenüber wurde durch einen Traum zu dieser Zeit dokumentiert, in dem eine Frau tot auf dem Tisch lag.

Der Patient nahm daraufhin eine ganze Reihe von Drogen, injizierte erstmals wieder Morphin und erlitt schwere körperliche und psychische Ausnahmezustände, so daß er stationär aufgenommen werden mußte (offene psychiatrische Abteilung eines Städtischen Allgemeinkrankenhauses, in dem der Verfasser arbeitet).

Während seines kurzen stationären Aufenthaltes gestattete er sich erstmals massive verbale Aggressionen dem Therapeuten gegenüber. Am letzten Tag, bevor er die Klinik gegen ärztlichen Rat verließ, erinnerte er zum Verlassen der Klinik die Situation zu Hause, wenn er weggelaufen

war. Er wurde dann vom Vater empfangen, der lieb und gut zu ihm war und ihn von der Mutter fernhielt. Momentan befindet sich der Patient in Gruppenpsychotherapie bei einem anderen Therapeuten und erscheint stabilisiert. Somit wurde es zu einer wichtigen Erfahrung für den Patienten, seine Aggressionen gegenüber dem Therapeuten schuldfrei ausdrücken und ihn schuldfrei verlassen zu können.

Diskussion

Das kasuistische Material dieses Patienten zeigt zunächst formal eine Dualität der Konfliktstruktur:

1. den initial im Vordergrund stehenden oedipalen und
2. den die Wurzel seiner Erkrankung darstellenden praeoedipalen symbiotischen Konflikt, der in der regressiven Phase der Therapie freigelegt wurde.

Die infantile Konfliktsituation besteht also aus:

a) der der oedipalen Konfliktsituation entstammenden Kastrationsangst (in frühen Träumen, die der Patient erinnert, erschien die Mutter als Sexualobjekt; Angst des Patienten davor), die dem Patienten nur die Identifizierung mit dem feindlich-bedrohlichen väterlichen Über-Ich erlaubte und ein auf Schuldgefühlen basierendes Strafbedürfnis entstehen ließ. Dieses wurde vom Vater durch rituell durchgeführte Prügelstrafen befriedigt;

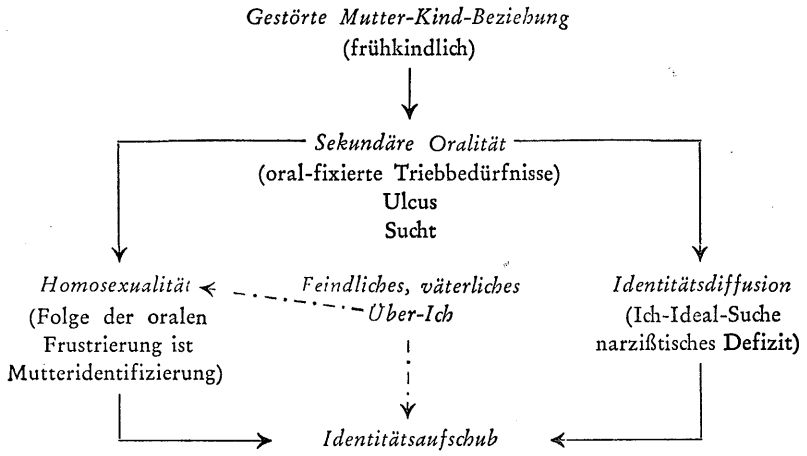
b) der Angst, verlassen zu werden, herrührend aus der symbiotischen Beziehung zur Mutter, die ihn als Einzelkind eifersüchtig festhielt und mit dazu beitrug, das „Urvertrauen" (*Erikson*, 1968) durch die heimliche Wegnahme eines vom Kind geliebten Objektes (Hund) zu brechen. Dem Kind blieb kaum eine Möglichkeit der Ich-Grenzen-Findung (keine Spielecke, kein eigenes Zimmer, kein Liebesobjekt außer der Mutter).

Zuhause von seinen Schulkameraden ferngehalten und abends häufig in der elterlichen Wohnung allein gelassen, ist der schlafwandelnde Ortswechsel des Patienten als Suche nach dem verlorenen Liebesobjekt aufzufassen. Man könnte, in Abwandlung einer von *Kahleyß* (1963) verifizierten Hypothese *Matusseks*, diese Flucht des Kindes in das fremde Land des Schlafwandels als einen „Lösungsversuch eines praeschizophrenen Autismus" begreifen, welcher in der Isolation des Patienten sein Vorstadium — aber auch seine Abwehr — findet.

Hier deutet sich bereits die Beziehung sowohl des psychosomatischen Symptoms als auch des Symptoms der Sucht zur Psychose an.

Die Angst des Patienten vor der durch den Vater drohenden Kastration verbot ihm freundschaftliche Beziehungen zu Mädchen und gestattete ihm ebenso wenig männliche Identität wie die aufgrund der — von

Ammon (1969) beschriebenen — „sekundären Oralität" sich manifestierende Mutteridentifizierung, eine Wurzel der Homosexualität. Die Beziehung zu seiner Ehefrau, auf die der Patient die verinnerlichten mütterlichen Attribute projizierte, ist psychodynamisch in diesem Sinne zu verstehen. Dabei können die temporären Potenzstörungen des Patienten und seine Wahl einer orgasmusunfähigen Ehefrau als Ausdruck der Identitätsdiffusion (*Ammon*, 1969) verstanden werden.



(keine genitale Struktur, keine soziale Identität, pharmakotoxischer Orgasmus statt genital-sexueller Befriedigung, sekundärer Narzißmus, Weltflucht; gesamte Realitätswahrnehmung verzerrt durch die Droge und die Psychosomatik)
(Graphik nach Ammon, 1969)

Die ausgeprägte psychosomatische Symptomatik und die Suchtmechanismen stellen eine Abwehrformation des Ich-Aufbaus gegen eine Lösung des Patienten aus der symbiotischen Beziehung zur Mutter dar. Sie sind eine direkte Fortsetzung der beschriebenen infantilen Abwehrmechanismen, die für den adulten Patienten insuffizient geworden sind.

Ich möchte an dieser Stelle eine kritische Erhellung des Begriffes „Abwehr" anschließen.

Der Begriff „Abwehr", erstmals von *S. Freud* (1894) in seiner Arbeit „Die Abwehr-Neuropsychosen" verwandt, ist nach *A. Freud* (1936) der „älteste Vertreter der dynamischen Auffassung in der Theorie der Psychoanalyse". Er ist definiert als zwischen den psychischen Instanzen Ich und Es befindlich und beweglich.

Abwehr sei also immer Triebabwehr, und zwar aus

1. Angst des Ichs vor der Außenwelt (Realangst),

2. Angst des Ichs vor der Triebstärke,
3. Angst des Ichs vor dem Über-Ich
(in Anlehnung an *A. Freud,* 1936).

„Was das Ich von der äußeren und von der Libidogefahr im Es befürchtet", schreibt *S. Freud* (1923), „läßt sich nicht angeben; wir wissen, es ist Überwältigung oder Vernichtung, aber es ist analytisch nicht zu fassen". *R. Waelder* (1963) bezeichnet nach *A. Freud* (1936) das, was vom Ich befürchtet wird, als „Gefahr, in seiner Organisation zerstört, überflutet zu werden".

Laplanche und *Pontalis* (1972) unterziehen den Ausdruck „Abwehr" selbst einer kritischen Reflexion und fordern die Einführung begrifflicher Unterscheidungen, bzw. verschiedener Parameter wie den Abwehr-Einsatz, den Abwehr-Träger, ihre Finalität, ihre Motive, ihre Mechanismen.

Was *A. Freud* (1936) als Motiv des Ichs zur Triebabwehr und der die Triebe begleitenden Affektabwehr beschrieben hat, nämlich die Vermeidung von Schuldgefühlen und somit sekundärer Unlust, sehen *Laplanche* und *Pontalis* als die Finalität der Abwehr an. Es ist damit die Gesamtheit der Operationen gemeint, die zur Vermeidung einer Störung in der Ökonomie des psychischen Energiebetriebs (*Nunberg*, 1971) nötig ist. Unter den Motiven zur Abwehr subsumieren die Autoren all das, „was die Bedrohung ankündigt und die Abwehrvorgänge auslöst".

Laplanche und *Pontalis* (1972) formulieren die von ihnen theoretisch aufgeworfene Frage, ob die Verwendung der Abwehrmechanismen die Existenz eines organisierten Ichs notwendig voraussetzt. Ich verweise hier auf *Nunberg* (1971), der den Standort der älteren Psychoanalyse markiert, indem er die Erstarkung des Ich „in hohem Maße" mit dessen Fähigkeit korreliert, die Abwehrvorgänge zu beherrschen.

M. Klein (1932) sieht die Ich-Entwicklung durch die Verarbeitung und Bewältigung der Trieb-Angst stimuliert.

Hier setzt die Kritik *Ammons* (1971) an, der Ich-Entwicklung nicht als Resultat eines Abwehrmechanismus gegen Triebbedürfnisse versteht und in der Ich-Autonomie etwas qualitativ anderes sieht als „eine den Triebbedürfnissen abgewonnene sekundäre Autonomie". *Ammon* erweitert das Konzept der Ich-Entwicklung durch die Dimension der sozialen Gruppe:

„Ich-Entwicklung heißt nicht primär Abwehr von Triebbedürfnissen, sondern Kommunikation des Individuums mit und in der Gruppe gerade über diese Bedürfnisse".

Gisela Ammon (1971) fundiert diese neue These durch Direktbeobachtungen an Kindern im Alter von 2—6 Jahren aus dem Psychoanalytischen Kindergarten Berlin.

Bezüglich der hier diskutierten Kasuistik erweist sich das psychosomatische Symptom (siehe 1 und 2) im Zusammenhang mit dem der Sucht (siehe 3 und 4) für den Patienten als letzte Abwehrformation des Ich

1) gegen die drohende Desintegration des Ich
   — als Ausdruck des Rückzugs auf die entwicklungsgeschichtlich archaische Basis des Körper-Ich,
2) gegen die destruktive Autoaggression
   — als Ausdruck von quasi in einem Körperorgan lokalisierten Schuldgefühlen, womit dieses Organ selbst bzw. das Symptom zum Aggressionsträger wird,
3) gegen das Verlassenwerden in der symbiotischen Mutter-Kind-Beziehung
   — als Ausdruck der Depressionsabwehr,
4) gegen die Ich-Diffusion
   — als Ausdruck einerseits der Verlassenheitsangst in der mütterlichen Symbiose und andererseits der Identifikation mit dem feindlichen väterlichen Über-Ich.

v. Kries (1972) unterscheidet zwei Klassen psychosomatischer Symptombildung unter Benutzung des *Federn*schen Konzepts der Ich-Grenze:

a) Patientengruppe mit Dominanz der psychosomatischen Symptomatik: Ich-Aufbau ist durch rigide, nicht durchlässige Ich-Grenze charakterisiert.
b) Patientengruppe, bei der das psychosomatische Symptom unter vielen psychischen Symptomen nicht dominant hervortritt: Ich-Aufbau ist durch übermäßig durchlässige Ich-Grenze charakterisiert.

Der hier vorgestellte Patient ist zu der zweiten Gruppe (der Borderline-Patienten) zu rechnen.

Lassen Sie mich zum konkreten Beispiel zurückkehren: In der aktuellen Lebenssituation hat der Patient große Examensangst und große Angst vor jeglicher sozialer und emotionaler Beziehung als Ausdruck eines mangelnden Urvertrauens und eines Identitätsaufschubs. Die Vater-Identifizierung als Aggression gegen die Mutter, die ihn im Kampf gegen diesen nicht unterstützt hat und den Sohn außerdem noch benutzte, ihr eigenes Ich-Defizit zu kompensieren, läßt sich ablesen aus:

a) der Rollenübernahme des Patienten in der Ehe und in der Übertragung in der Therapie, wo er die masochistisch-passive Rolle innehatte,
b) der Identifizierung mit dem Vater über das psychosomatische Symptom (Leber- und Magenkrankheit) und
c) dem Suchtmechanismus (Alkohol-, Tabletten- und Drogensucht).

Alle Aktivitäten des Patienten, nämlich die der Beschaffung von Drogen und die der intensiven Information über Psychosomatik und Drogengenuß, dienten auf der bewußten Ebene der Welt-Flucht, sind jedoch unbewußt zu verstehen als Versuch des Patienten, mit Hilfe des Symptoms Beziehungen zu äußeren Objekten wiederherzustellen.

Steht beim Symptom des Ulcus der orale Wunsch, von der Mutter gefüttert zu werden, im Vordergrund (Alexander, 1951), so stellt die

Drogeneinnahme als totale Einverleibung des Objekts Mutter-Imago ebenfalls den Versuch dar, von der Mutter das Defizit an Zuwendung ersetzt zu bekommen. Der Patient bezeichnet Morphin als „M" (Mutter).

Was *Ammon* (1969) im Zusammenhang mit „Oralität, Identitätsdiffusion und weiblicher Homosexualität" als Haltung gegenüber Beziehungsobjekten beschreibt, gilt auch in diesem Fall:

„Die Wurzel ihrer Identitätsdiffusion und Homosexualität sehen wir in ihrer gestörten Oralität; sie kennzeichnen sich durch quälende Gefühle innerer Leere und durch eine kannibalistisch-destruktive, wie masochistisch-passive Haltung gegenüber Beziehungsobjekten".

Der kommunikative Charakter des psychosomatischen Symptoms und der Sucht als letzter Versuch des Ichs, Objektbeziehungen aufzurichten, wird im Hier und Jetzt der psychoanalytischen Situation deutlich und muß zur Herstellung des therapeutischen Bündnisses nutzbar gemacht werden.

Die jetzige therapeutische Phase ist durch den Beginn einer echten Kommunikation gekennzeichnet, in dem es dem Patienten gelang, seine Aggressionen gegen den als Mutter erlebten Therapeuten zu verbalisieren und auch ansatzweise durchzuarbeiten. Dieser Prozeß ist von einem Verzicht auf die Körper-Sprache des psychosomatischen Symptoms sowie z. Zt. auch von einem Verzicht auf Suchtmittel begleitet.

Psychosomatic Syndromes and Addiction

Jürgen Götte

With the case study of a patient suffering from ulcus duodeni combined with multiple drug addiction the author develops a new concept of the psychoanalytic term "defense". Defense, according to *Ammon*'s theory of the psychosomatic syndrome, is regarded as an ego-achievement where the symptom serves as a means to build up a symbiotic communication and to cover a narcissistic deficit in the ego.

Not merely serving as a defense against drives, (the oedipal conflict), the psychosomatic symptom of ulcus duodeni and the later occurring symptom of addiction can be considered as a self-preserving defense reaction of the weakened ego against ego-desintegration and ego-destruction.

The psychodynamics of this case on the surface present oedipal conflicts (severe castration anxiety which led to identification with the hostile and threatening father image and the adaptation of his symptom of gastritis) covering a preoedipal symbiotic conflict with the mother, which turned up later in the therapeutic process. The mother had watched jealously every step of her only child and isolated him totally from peers and other love objects. This constellation led to a high degree of identity fright (and flight) and identity diffusion in the patient. In his

marriage his wife represented the internalized mother so that he tried to escape the renewed symbiotic relationship by taking drugs, developing a considerable variety in the use of different materials up to injection of morphium and opium.

The psychosomatic symptom in connection with the symptom of drug addiction represents, from a dynamic point of view:

1. The struggle of the ego against the impending ego-desintegration — a withdrawal to the archaic basis of body-ego.

2. A defense against the feelings of loneliness and loss of self in the symbiotic mother-child relationship — in this sense against an overwhelming depression.

3. A defense against ego-diffusion — on the one side the strong dependency and separation anxiety in the symbiosis with the mother and on the other side the identification with the hostile father image.

4. A defense against destructive auto-aggressive impulses — which functioned as a release from deep guilt feelings. Here the aggression was bound and isolated in the organ and the body itself.

In the first phase of the psychotherapeutic process the therapeutic technique was mainly concerned with conscious conflict material avoiding the concentration on the symptoms, the patient used as defense mechanisms. The second phase was characterized by fearful silence, an expression of the negative father transference on the therapist combined with homoerotic desires. At the end of this phase the patient's behaviour tended to acting out, he took up a relationship with another woman, being now pushed around by two demanding persons, thus repeating the situation of his childhood.

In the third phase the negative transference, now occurring as a mother transference toward the therapist, arouse by the patient fears, that his father could die and he had to stay alone with the mother therapist. His fear of being swallowed up let him recommence with drugs, he deteriorated psychically and physically so that a stay in a hospital became necessary. The turning point in the therapeutic process was, when the patient came to express intense aggressive feelings towards the therapist and when he was allowed to leave the therapeutic alliance without feelings of guilt.

Literatur

Abraham, K. (1908): Die psychologischen Beziehungen zwischen Sexualität und Alkoholismus, in: Psychoanalytische Studien II. (Frankfurt/Main: S. Fischer, 1971)

Alexander, F. (1927): Psychoanalyse der Gesamtpersönlichkeit. (Leipzig-Wien-Zürich: Int. Psychoanal. Verl.)

— (1951): Psychosomatische Medizin. (Berlin—New York: Walter de Gruyter)

Ammon, Gisela (1971): Stufen der Kreativität in der Vorlatenz, in: Gruppendynamik der Kreativität, Hrsg. Günter Ammon. (Berlin: Pinel-Publikationen, 1972)
Ammon, Günter (1969): Oralität, Identitätsdiffusion und weibliche Homosexualität: Eine psychoanalytische Studie, in: Dyn. Psych., 2. Jhg., H. 1/2 p. 61—82
— (1971): Zur Soziogenese und Psychogenese psychosomatischer Erkrankungen. Vortrag gehalten im Sozialmedizinischen Institut der Freien Universität Berlin
— (1971): Kreativität und Ich-Entwicklung in der Gruppe, in: Gruppendynamik der Kreativität, Hrsg. Günter Ammon. (Berlin: Pinel-Publikationen, 1972)
de Boor, C. (1965): Zur Psychosomatik der Allergie, insbesondere des Asthma bronchiale. (Bern—Stuttgart: H. Huber / E. Klett)
Erikson, E. H. (1968): Kindheit und Gesellschaft (Stuttgart: Klett)
Fenichel, O. (1931): Perversionen, Psychosen, Charakterstörungen. (Darmstadt: Wiss. Buchgemeinschaft, 1967)
Freud, A. (1936): Das Ich und die Abwehrmechanismen. (München: Kindler)
Freud, S. (1894): Die Abwehr-Neuropsychosen, in: Ges. W. I (London: Imago)
— (1923): Das Ich und das Es, in: Ges. W. XIII. aaO.
Glover, E. (1933): zitiert nach Matussek (s. dort)
Kahleyß, M. (1963): Über den Ortswechsel von chronischen Wahnkranken, in: Confinia Psychiatrica 6, p. 121—155
Klein, M. (1932): Die Psychoanalyse des Kindes. (München—Basel—Wien: E. Reinhardt, 1971)
v. Kries, D. (1972): Psychosomatische Syndrome als Ich-Aufbau-Kategorien, in: Dyn. Psych., 5. Jhg., H. 17
Laplanche, J., Pontalis, J.-B. (1972): Das Vokabular der Psychoanalyse. (Frankfurt/Main: Suhrkamp)
Matussek, P. (1959): Süchtige Fehlhaltungen, in: Grundzüge der Neurosenlehre in zwei Bänden, Bd. 1, p. 114—138. (Berlin—Wien: Urban & Schwarzenberg, 1972)
Mitscherlich, A. (1966): Krankheit als Konflikt I/II. (Frankfurt/Main: Edition Suhrkamp)
Nunberg, H. (1931): Allgemeine Neurosenlehre. (Bern: H. Huber, 1971)
Rado, S. (1926): Die psychischen Wirkungen der Rauschgifte, in: Int. Zeitschr. f. Psychoanal. XII
Schur, M. (1950): Basic Problems of Psychosomatic Medicine, in: Elements of Psychoanalysis. (New York: World Publ.)
Simmel, E. (1930): Zum Problem von Zwang und Sucht. Bericht vom V. Allgemeinen ärztlichen Kongreß für Psychotherapie.
v. Uexküll, T. (1963): Grundfragen der psychosomatischen Medizin. (Reinbek: Rowohlt)
de la Vega, G. (1971): Die Heroin-Sucht: Ein Abwehrmechanismus, in: „Bewußtseinserweiternde" Drogen in psychoanalytischer Sicht, Hrsg. Günter Ammon. (Berlin: Pinel-Publikationen)
Waelder, R. (1963): Die Grundlagen der Psychoanalyse (Stuttgart/Bern: Klett/Huber)

Adresse des Autors:
Dr. med. Jürgen Götte
1 Berlin 31
Ballenstedterstraße 6 a

Psychosomatische Syndrome als Ich-Aufbau-Kategorien**

Dietrich v. Kries *

Der Autor benutzt das Konzept der Ich-Grenze von Federn, um zwei Klassen von psychosomatischen Syndromen zu differenzieren, die an zwei konträre Zustandsformen eines regulationsgestörten Ichs gebunden sind. In der einen Gruppe hat das psychosomatische Syndrom unter anderen Symptomen die Funktion der Abdichtung übermäßig permeabler Ich-Grenzen und verhindert einen zu großen Abfluß von Energien. Dieser spezifische Abwehrzustand des Ichs wird als hypnoid-symbiotischer bezeichnet. Im zweiten Konzept zur Funktion und Genese psychosomatischer Syndrome wird das Ich als übermäßig geschlossen und rigide von der Umwelt abgegrenzt beschrieben. Im Gegensatz zur ersten Gruppe ist die Trennung aus der Symbiose unter Verlust großer Ich-Anteile gelungen. Diese Leerstelle im Ich, die ein narzißtisches Defizit ausdrückt, soll durch das psychosomatische Syndrom ausgefüllt werden. Die Genese spezifischer psychosomatischer Syndrome wird abschließend unter verschiedenen Aspekten diskutiert.

I. *Das Konstrukt der Ich-Grenze*

Das Konstrukt der Ich-Grenze von Federn (1956), das in dieser Arbeit hauptsächlich verwendet wird, erscheint mir trotz seiner vielfältigen Operationalisierung mit widersprechenden Ergebnissen (siehe hierzu *Landis,* 1970; *Fisher,* 1970) dennoch als Kategorisierungssystem geeignet zu sein, um zwei Klassen psychosomatischer Syndrome zu differenzieren, denen jeweils eine andere Funktion und Geschichte in der Gesamtpathologie eines identitätsgestörten Ichs zugrunde liegen.

Psychosomatische Störungen können an zwei konträre Zustandsformen des Ichs gebunden sein, die in beiden Fällen Resultat einer Regula-

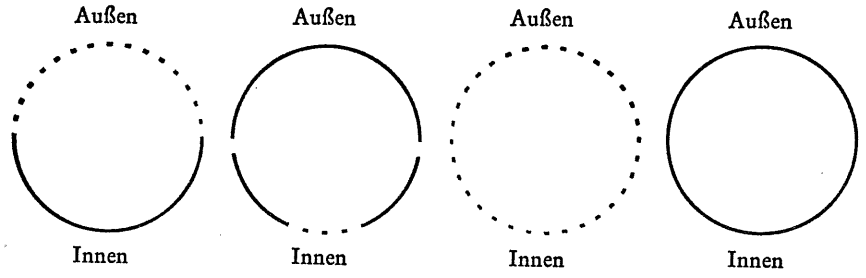


Abb. 1 Abb. 2 Abb. 3 Abb. 4

* Diplom-Psychologe, Psychotherapeut, Mitarbeiter am Lehr- und Forschungsinstitut der DAP und am Institut für Pädagogische Psychologie an der Pädagogischen Hochschule, Berlin

** Vortrag gehalten auf der Arbeitstagung der DAP vom 21.—28. 5. 1972 in Paestum (Italien)

tionsschwäche des Ichs sind. Die Ich-Grenzen können überwiegend zu offen oder überwiegend zu geschlossen sein, und zwar nach zwei Seiten: nach außen zur Welt und nach innen zum Unbewußten und zum körperlich-somatischen Bereich. Die Grenzlinie des Ichs läßt sich demnach vierfach variieren: Die Erstarrung der Ich-Grenzen kann nach außen hin zwei Zustandsformen annehmen: übermäßig offen oder übermäßig geschlossen. Beide Rigiditätspole kann die Ich-Grenze nach innen gleichermaßen annehmen.

Landis (1970) referiert eine Reihe von Untersuchungen, die jeweils eine andere Form der Rigidisierung der Grenzstruktur des Ichs beschreiben. Nach *Kutash* (1965) und *Zucker* (1958) entspricht die 1. Abb. der hysterischen Ich-Struktur mit impermeablen inneren Grenzen als Folge der Verdrängung und permeablen äußeren Grenzen. Für Personen mit Zwangsstruktur gelte das Umgekehrte (Abb. 2), die äußere Ich-Grenze ist geschlossen (Isolierung von der Umwelt), während die innere Grenze als verhältnismäßig offen angenommen wird, worauf das Eindringen von Zwangsgedanken zurückgeführt wird.

Vielfach wird das Konstrukt der Ich-Grenze nicht nach äußeren und inneren Grenzen differenziert, oder Permeabilität und Impermeabilität des Ichs werden vorwiegend auf die Körper-Ich-Grenzen bezogen wie bei *Fisher* und *Cleveland* (*Fisher*, 1970). Diese Autoren versuchten die Ich-Grenz-Struktur in Beziehung zur Lokalisation psychosomatischer Syndrome zu setzen. Aufgrund der Analyse von Rohrschachprotokollen formulierten sie die Hypothese, daß Menschen, deren psychosomatische Symptome das Körperäußere betreffen (rheumatische Arthritis, Neurodermitis), ihren Körper durch einen schützenden Wall und harte Oberflächen umgeben sehen. Das entspricht dem Zustand der übermäßig geschlossenen Körper-Ich-Grenzen. Bei Menschen jedoch, die ihren Körper leicht durchdringbar sehen, d. h. bei denen übermäßig offene Körper-Ich-Grenzen vorliegen, bilden sich die psychosomatischen Symptome im Körperinneren aus (Colitis, Magenulcera). Die Untersuchungen von *Hirt*, *Ross* und *Kurtz* (1967) ergaben der empirisch belegten Hypothese von *Fisher* und *Cleveland* (1970) konträre Befunde: bei der Patientengruppe mit impermeablen Körper-Ich-Grenzen fanden sie die psychosomatischen Symptome im Körperinneren lokalisiert. Die Unstimmigkeiten, die sich hierdurch ergeben, sind nicht nur die Folge einer sehr unterschiedlichen Operationalisierung des Konstrukts der Ich-Grenze, sondern sind zudem ein Resultat eines unzureichenden ätiologischen Denkens dieser psychologischen Forschungsrichtung. Das zeigt sich insbesondere an der willkürlich anmutenden Gleichsetzung der Ich-Struktur bei Störungen der Skelettmuskulatur und von Krankheiten der Haut allein wegen einer phänomenologischen Gemeinsamkeit durch ihre Lokalisation an der Körperoberfläche.

Mein Anliegen, dem ich mich hier zuwenden möchte, ist die Funktion

des psychosomatischen Symtoms aus den energetischen Verhältnissen des Ichs zu bestimmen, die jeweils bei den oben diskutierten Zustandsformen der Ich-Grenzen unterschieden werden können. Ich möchte mich zuerst der spezifischen energetischen Situation zuwenden, die sich bei einem rigide geöffneten Ich vorfinden, und dabei den Abwehrcharakter des psychosomatischen Symptoms als Wall gegen einen zu hohen Energieverlust des Ichs besprechen. Ich werde dabei die Ergebnisse der neueren Hypnoseforschung einbeziehen.

Die Ich-Stärke hängt von der relativen Labilität und Stabilität der Ich-Grenzen ab, insbesondere von ihrer Fähigkeit, sich schnell zu ändern und wenn notwendig stabil zu bleiben (*Edelson*, 1964). *Katzenstein* (1971) schreibt, wenn auch in einem anderen Zusammenhang: „Aus der bereits erwähnten Tatsache des hohen Energieverbrauchs psychischer Prozesse ergibt sich, daß ein optimaler Einsatz des Bewußtseins auf der Fähigkeit basiert, es — ähnlich der visuellen Wahrnehmung — entsprechend den Anforderungen, einzugehen (konzentrieren) und auszuweiten. Diese Fähigkeit macht es uns möglich, zu gewissen Zeiten z. B. die Weite der uns umgebenden Natur (Gebirge, Täler, Seen und die kosmischen Konstellationen) wahrzunehmen und uns dann bewußt ganz auf ein winziges Teilchen unter dem Mikroskop zu konzentrieren" (S. 17).

Ein regulationsschwaches Ich, bei dem die Ich-Grenzen überwiegend rigide geöffnet sind (Abb. 3), besetzt nach der Auffassung von *Federn* zuviele äußere Objekte auf Kosten der Besetzung der Ich-Grenzen. Für die Ich-Grenzen nach innen kann dieses Modell begrenzter libidinöser Energien ebenso angewendet werden: übermäßig offene Ich-Grenzen nach innen würden dann bedeuten, daß zu viele libidinöse Energien für die Besetzung von inneren Körpervorgängen zu ungunsten der Besetzung von Körper-Ich-Grenzen abfließen.

Ich meine, daß sich dieser Abfluß von Energien auch im Sinne von *Ammon* (1971) als eine symbiotische Situation des Ichs nach innen zur körperlichen Seite und nach außen zu den Objekten der äußeren Welt beschreiben lassen. Ein solches überoptimal offenes Ich fühlt sich nur in der konkreten Anwesenheit äußerer Objekte wie im mehr oder weniger unabgegrenzten Erleben viszeraler, sensorischer, sensibler, motorischer Körpervorgänge in Form der coenästhetischen Wahrnehmung (*Spitz*, 1967) existent. Das ist ein unpathologischer Zustand des Ichs, wenn er als Übergangszustand auftritt, wie im kreativen Prozeß. Ich halte diesen Ich-Zustand nur dann für pathologisch, wenn er nicht mehr verlassen werden kann. Diese überoptimale Öffnung der Ich-Grenzen kann man sich als Pol auf einer gleitenden Skala vorstellen. Je nach dem Ausmaß der Fixierung der Offenheit der Ich-Grenzen müssen andere Abwehrmaßnahmen vom Ich ergriffen werden, um einer völligen Desintegration vorzubeugen.

Ich möchte aus Gründen, die ich im folgenden darlegen werde, diesen Ich-Zustand als einen hypnoid-symbiotischen bezeichnen. Die Besonder-

heit dieses Ich-Zustandes in seiner symbiotischen Qualität kann man phänomenologisch am besten durch den Begriff von *Ammon* (1969) „eines symbiotischen Sogs" beschreiben, wobei eine verschmelzende wie einverleibende Komponente des Ichs in der Beziehung zu den Objekten der Außenwelt angedeutet wird, von denen es sich nicht mehr abgrenzen kann. Die Verhältnisse an der Ich-Grenze nach innen, die zur somatischen Seite übermäßig offen ist, und gleichzeitig auch eine Abwehr gegen Desintegration des Ichs charakterisiert, möchte ich durch die auto-hypnoide Qualität dieses Ich-Zustandes beschreiben.

Ich halte den Begriff eines hypnoid-symbiotischen Ich-Zustandes aus mehreren Gründen für geeignet. Bekanntlich bietet uns die Hypnoseforschung umfangreiches Material, um psychosomatische Beziehungen zu erhellen. Mit dem Ausdruck eines hypnoiden Ich-Zustandes soll ein Hinweis gegeben werden, daß dieser Ich-Zustand eine Offenheit zu psychovegetativen Funktionsabläufen besitzt, die sonst außerhalb der bewußten Einflußnahme ablaufen. *Katzenstein* (1971) faßt die Ergebnisse der neueren Hypnoseforschung zusammen und zählt folgende unumstrittene Fakten auf: „So steht es außer Zweifel, daß es möglich ist, mittels Hypnose beträchtliche physiologische Veränderungen (beispielsweise der Kreislaufgrößen, der Drüsentätigkeit, des Metabolismus usw.) herbeizuführen. Ebenso ist es möglich, normalerweise eintretende physiologische Veränderungen (bei Kälte- und Wärmereizung, bei Wundschmerz und verschiedenen anderen Stress-Situationen) zu hemmen. Daß daneben eine weitgehende Beeinflussung der Willkürmotorik möglich ist durch Hypnose, bedarf kaum einer Erwähnung" (S. 11).

Auf der anderen Seite ist der hypnoide Ich-Zustand aus der Hysterie bekannt. Ich möchte hier apodiktisch formulieren und im Sinne des Modells der gleitenden Skala, wie sie von *Ammon* (1970) benutzt wird, ausführen, daß der hypnoid-symbiotische Ich-Zustand, je mehr er aus der Kontrolle des Ichs gerät, psychotische Qualität annehmen kann, d. h. in dem Maße, wie das Ich die Kontrolle über diesen Bewußtseinszustand verliert, erhalten die Tagträume und Phantasien, denen der Patient sich hingibt, zunehmend Realitätscharakter. Wir können diesen Vorgang auch als gleitende Dissoziation der Symbolebene bezeichnen. (Funktionelle Störungen werden dann als unheilbare zum Tode führende Krankheiten erlebt, der Tod eines nahen Verwandten im Traum wird als Realität erlebt und veranlaßt den Träumer sofort am anderen Morgen zu einem Telefonanruf.)

Kuiper (1968, S. 111/112) weist auf eine mit unseren Ausführungen übereinstimmende Tatsache hin, daß die in Filmen dargestellten gespielten Psychosen eine auffällige Ähnlichkeit mit hysterischen Dämmerzuständen zeigen, eine Ähnlichkeit, an die, wie *Kuiper* meint, interessante Spekulationen angeknüpft werden können.

Besonderes Interesse verdienen die Ausführungen über Trance, Bewußtseinsänderung und Suggestibilität von *Katzenstein* (1971, S. 81 ff), der den prähypnotischen Trancezustand als einen intermediär veränderten Bewußtseinszustand zwischen Wachsein und Schlaf bezeichnet und der diesem Bewußtseinszustand folgende Bewußtseinsveränderungen zuordnet: „Wahrnehmungsstörungen, Störungen im Denkablauf, Unsicherheit bzw. Enthemmung der gewohnten Kontrolle des Verhaltens und des emotionalen Ausdrucks, Störungen des Zeitgefühls, Veränderungen im Körpergefühl, Veränderung in der Beurteilung der Bedeutung von Dingen und Zusammenhängen". Diese Symptomaufzählung kann als Katalog symbiotisch-hypnoider Ich-Störungen gelten.

Die somatisch-vegetativen Funktionsstörungen, die sich bei einem Ich symbiotisch-hypnoider Struktur immer vorfinden, sind zu einem Teil die Folge einer allgemeinen psychophysischen Regulationslabilität, worauf die faktorenanalytischen Untersuchungen von *Fahrenberg* (1968) hinweisen. Die Störungen dominieren unspezifisch in verschiedenen Bereichen.

Ich möchte mich hier dem Abwehraspekt psychosomatischer Symptome zuwenden. Ein schwaches Ich mit einem Regulationsdefizit im Sinne einer Rigidisierung in Richtung auf eine übernormale Permeabilität der Ich-Grenzen haben wir als hypnoid-symbiotisch bezeichnet. Ich meine, daß mit diesen Attributen ein spezifischer Abwehrzustand gegen stärkere Ich-Desintegration beschrieben wird. Ein solches Ich geht symbiotische Objektbeziehungen ein, um die permanente Neubesetzung von Objekten zu verhindern, der es aufgrund seiner Hyperreaktivität und Tendenz zu psychotischen Übertragungsbeziehungen unterliegt, die außerordentlich energieverzehrend sind. Ein regulationsunfähiges offenes Ich verklebt mit irgendeinem Objekt, das ihm begegnet. Dieses Objekt übernimmt dann die Funktion, solange es körperlich sichtbar und anwesend ist, die offenen Ich-Grenzen zu schließen. Diese Funktion kann ebenfalls von Gegenständen, tagträumerischen Phantasien oder jedweder Form von Sucht übernommen werden, die gerade durch ihre Monotonie Ich-stabilisierend wirken. Ein Ich mit porösen Ich-Grenzen muß die Fluktuation von Reizen und Objekten reduzieren, um seine energetischen Ausgaben in Schranken zu halten. Die Konzentration auf nachweisbare Dysregulationen vegetativer, motorischer, sensorischer Vorgänge — und selbst auf Infektionskrankheiten — kann als funktionelles Äquivalent zu den symbiotischen Objektbeziehungen nach außen gelten.

Vernon (1966, S. 36—37) berichtet in seinem Buch „Inside the black room" über die Ergebnisse der sensorischen Deprivationsforschung, die erstaunlich gut mit dieser Konzeption übereinstimmen. Personen überwinden, schreibt *Vernon*, unter sensorischem Reizentzug in erstaunlich kurzer Zeit Infekte und gierige Raucher konnten unter sensorischem Reiz-

entzug ohne Schwierigkeit auf das Rauchen verzichten, begannen aber zur Verwunderung von *Vernon* nach dem Experiment wieder zu rauchen.

Ich möchte diesen Befund in Beziehung auf die oben beschriebene Ich-Störung folgend interpretieren. In dem Moment, wo für das Ich mit permeablen Ich-Grenzen kein Abgrenzungsproblem mehr besteht, verlieren die Sucht oder das psychosomatische Symptom ihre Funktion. Sie können deshalb aufgegeben werden.

Psychosomatische Symptome im Kontext einer symbiotisch-hypnoiden Ich-Störung, bei der ein direkter Zugang des Ichs zu psychovegetativen Funktionsabläufen (und auch eine wechselseitige Störbarkeit) besteht, haben, wie wir zeigten, eine spezifische Funktion zur Abdichtung zu permeabler Ich-Grenzen. Ein unvermitteltes Wegnehmen des Symptoms kann zu psychotischen Reaktionen führen, wie es bei der plötzlichen Trennung aus symbiotischen Partnerbeziehungen zu beobachten ist. Wie wir oben diskutierten, ist dieser Ich-Zustand insoweit pathologisch, als das Ich seine Offenheit nicht aufgeben kann und in seiner Identitätsentwicklung an das frühinfantile symbiotische Stadium gebunden bleibt (zum Symbiosekonzept siehe *Ammon*, 1969; *Mahler*, 1969; *Rose*, 1968; u. a.). Die motorischen, sensorischen und vegetativen Körperempfindungen werden Ich-nah erlebt, dennoch kommt es zu keinem integrierten Körper-Ich-Gefühl, das von einzelnen Körperempfindungen abstrahiert. Die Bildung einzelner psychosomatischer Symptome, als Auswahl aus der gesamten Skala möglicher Störungen, hat Ich-Desintegration-abwehrenden Charakter und ist eine synthetische Ich-Leistung. Das psychosomatische Symptom beugt einer vollständigen Fragmentierung des Körper-Ich-Gefühls vor.

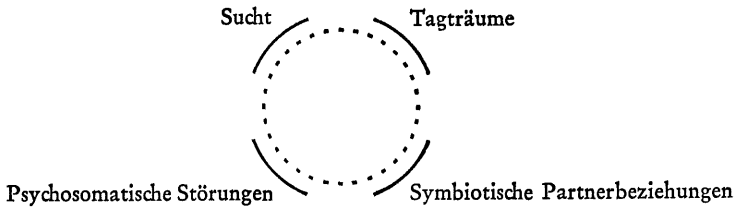


Abb. 5. Abwehrstruktur des Ichs bei übermäßig offenen Ichgrenzen (hypnoid-symbiotischer Ich-Zustand)

Glucksmann (1967) fand, daß sich die Durchlässigkeit der Ich-Grenzen bei Fettsüchtigen während der Periode des Gewichtsverlustes erhöhte. Dieses Ergebnis wurde als Desintegrationsphänomen der Körper-Ich-Grenzen interpretiert. Diese Untersuchung führt uns zu der zweiten Gruppe von psychosomatischen Syndromen, die wir an undurchlässige Ich-Grenzen gebunden sehen.

Das zweite Konzept, das ich hier über die Genese psychosomatischer Störungen vorlegen möchte bei einem Ich mit einer erstarrten und pseudogeschlossenen Ich-Struktur, ist nicht an dem orthodoxen Verdrängungsmodell orientiert im Sinne eines aus der sprachlichen Kommunikation ins Soma exkommunizierten Konfliktes, sondern soll auf eine primäre Störung des Ichs bzw. Körper-Ichs in der frühen Kindheit zurückgeführt werden, die mit gravierenden psychosomatischen bzw. vegetativen Funktionsstörungen von Ich-fremder Qualität verbunden ist.

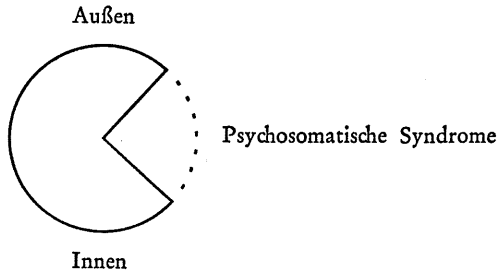


Abb. 6. Defekte Ich-Struktur bei prävalent psychosomatischer Störung. Pseudogeschlossenheit und Starrheit der Ich-Struktur auf Kosten von großen Ich-Anteilen, die motivlos werden und sich in diffusen psychosomatischen Syndromen manifestieren

Im Gegensatz zur symbiotisch-hypnoiden Ich-Struktur, in der ein kreativer Zustand der Diffusion der Ich-Grenzen dysfunktional erstarrt ist, wehrt der psychosomatisch reagierende Patient mit rigide geschlossenen Ich-Grenzen den kreativen Ich-Zustand ab, den hochaffektiven Zustand der Ich-Diffusion. Er erkauft damit ein fassadär funktionsfähiges Ich, das ohne Affekte lebt und sich durch starre heteronome Regulationsmechanismen stabilisiert. Diese Menschen fühlen sich gerade im Zustand des Verwaltetwerdens wohl, am Arbeitsplatz oder in einer überregulierten Umwelt mit starren Verkehrsregeln, besonders im Krankenhaus, wo sie sich die Identität eines psychosomatisch oder somatisch Erkrankten sofort aneignen. Ontogenetisch läßt sich diese Ich-Störung als Folge von extrem reduzierten Gratifikationsschemata verstehen, die von Seiten der Mutter auf frühinfantile Bedürfnisse in der primär-narzißtischen Phase und weiterhin angewendet wurden.

Die affektive oder emotionale Undifferenziertheit, die diese Kinder in Kauf nehmen, ist von *H. Bruch* (1971) bei anorektischen und fettsüchtigen Kindern eindrucksvoll beschrieben worden. Jede emotionale Äußerung wurde als Hungermanifestation fehlinterpretiert und beantwortet.

Die Eindeutigkeit und Konstanz, mit der die Mutter reagierte, ermöglichte und erleichterte es den Kindern, die unbefriedigende Situation mit der Mutter zu verlassen, jedoch, wie wir hier annehmen möchten, auf Kosten großer Ich-Anteile, die motivlos und somatisch gebunden blieben.

Unter diesen Bedingungen geschieht die Trennung aus der Symbiose zu früh.

Die geglückte Trennung aus der Mutter-Kind-Symbiose dauert nach *Mahler* (1969) bis ins vierte Lebensjahr und wird mit der Objektkonstanz abgeschlossen. Das mütterliche Bild ist dann intrapsychisch für das Ich in gleicher Weise erreichbar, wie es die wirkliche Mutter war.

Das Schicksal der strukturlos gebliebenen Ich-Anteile möchte ich hier andeuten. Ein primär unausgebildeter Ich-Anteil kann beispielsweise die Funktion der Aggression und des ursprünglich mit ihr identischen explorativen Verhaltens sein. Die Struktur jeder Ich-Funktion ist größtenteils das Abbild der Kommunikation, die sie mit der Umwelt erfahren hat. Wenn ein großer Teil kreativ-aggressiver Bedürfnisse aus der zwischenmenschlichen Kommunikation herausgenommen wird und deshalb unstrukturiert bleibt, werden sich diese Bedürfnisse im somatischen Bereich, an den sie in der primär narzißtischen, objektlosen Phase gebunden sind, durch außerordentlich diffuse Wirkungsmuster — häufig auch in maligner Form — manifestieren.

Wir meinen hier mit somatischer Gebundenheit, daß ein Teil der Ich-Organisation auf der Stufe der undifferenzierten Phase bleibt, und nach der Trennung aus der Symbiose aus der weiteren Ich-Entwicklung ausgeblendet wird. Dieser Ich-Defekt, der als Folge eines Erfahrungsdefizits entsteht, stellt eine psychosomatische Leerstelle im Ich dar. Diese soll über das im somatischen Bereich erzeugte Symptom ausgefüllt werden. Und wie *Ammon* (1972 b) ausführte: je unspezifischer die Störung im somatischen Bereich, desto schwerer die Ich-Schädigung.

Der Forschungsgegenstand der psychosomatischen Medizin ist von *v. Weizsäcker* (1949) folgend beschrieben worden: Bei der Psychogenie organischer Krankheiten „handelt es sich also um die Vorstellung, daß eine Angina, ein Ulcus, eine Tuberkulose oder auch eine Nephritis, Hepatitis, ein Karzinom oder eine Leukämie durch seelische Ursachen entstehen" (S. 337).

Der Forschungsgegenstand ist bisher der gleiche geblieben. Nur die Erklärungsmodelle haben sich mehr auf die frühe Kindheit und die Interaktion zwischen Mutter und Kind verschoben. Die Genese spezifischer psychosomatischer Syndrome wird von zwei Seiten her bearbeitet: einmal aus der Sicht der Familiengruppe, in der sie eine bestimmte Funktion erfüllen und wie sprachliche Akzente tradiert werden können. Auf der anderen Seite ist anzunehmen, daß die pränatale psychologische Forschung eine Reihe von zusätzlichen Informationen bringt. So wird von *Clauser* (1971) z. B. untersucht, welche Folgen bei Kindern eintreten, wenn die Mutter nahezu die gesamte Schwangerschaft im Bett verbrachte und eine Reihe von Wahrnehmungsreizen, wie rhythmischer Gang, für den Foetus ausfallen.

Graber (1971) referiert Untersuchungen, die nachweisen, daß schon ab dem dritten Schwangerschaftsmonat der Foetus auf Lichtreize reagiert, die er intrauterin wahrnehmen kann, wenn die Mutter in der Sonne steht.

Mit diesen Perspektiven zukünftiger psychosomatischer Forschung möchte ich das Referat abschließen.

Psychosomatic Syndromes as Categories of Ego-Formation

Dietrich v. Kries

The author applies the concept of ego-boundary to distinguish two categories of psychosomatic symptom formation.

1. The psychosomatic symtom occurs as a symptom among other psychic symptoms. The ego-boundaries of these patients are extremely permeable (state of ego-diffusion). The boundaries of ego and non-ego are not only diffuse to the external surroundings but to the vegetative somatic inside, too. Psychotic reactions may follow the lifting of psychosomatic disturbances, run parallel to them or even precede them. This ego-disturbance is investigated by the author in regard to postnatal and prenatal imprinting processes in the developmental phase of non-differentiation.

Overstimulation and contradictory sequences of reaction patterns, which are experienced as permanent loss of objects are viewed as preconditioning factors of this ego-disturbance, which hamper a successful separation from the symbiosis with the mother. The experiental horizon of these patients is extensive, but their ego-structure is diffuse and without identity. The psychosomatic symptom may take over the function to tighten up the over permeable ego boundaries to diminish an extensive loss of energy of the ego. This specific state of defense of the ego is called "hypnoid-symbiotic". In the therapeutic process these patients have to cathect their ego-boundaries in a more sufficient way, models of identification must be offered which can be accepted.

2. The author distinguishes this patient group with borderline symptomatology from another one with predominant psychosomatic symptom formation. This might be either limited to a few somatic symptoms or the predominance of different somatic symptoms may alternate. The ego-structure of these patients is characterized by strong impermeable boundaries. Their affective behaviour is marked by a pseudo-differentiation and an as-if-intentionality (over-adaptation). The mothers of these patients resorted to relatively constant, but reduced patterns of gratifications in the phase of primary narcissism. They understood and answered their children's feelings of anger, anxiety, pain, and joy only as manifestations of hunger. They were unable to cope with the differentiated needs of their children, from the beginnings of their lives. The ego of these patients, however, in contrast to the first group, is successful

in winning autonomy. It is able to adapt to the small spectrum of gratification and to leave the symbiosis with the mother. This process is linked with the loss of partial aspects of the ego, which lose their motivations and stay bound to the soma in the phase of primary narcissism. The partial aspects of the ego stay effective and enfold their pathogenetic effect in the soma as unstructured non-ego-components. These individuals are admitted periodically to hospitals because of their psychosomatic symptoms and thus evade a pending desintegration of the ego that is unable to make experiences. Job situation and hospital are both experienced as satisfying since in these emotionally deprived surroundings the weak ego of the psychosomatic patient is master of its functions. In the course of psychotherapy the integration of non-ego-parts must be possible by a retrieving ego-development. This process is often introduced by a severe inhibition of intention (depression) and ego-diffusion of a psychotic quality.

In the last part of his paper the author deals with the problem of the genesis of specific psychosomatic syndromes. He holds that children adopt by imitation and identification (like verbal accents) the patterns of somatic reaction formations from the family and individuals, which may have a pathological quality. These reaction patterns have a specific significance for the psychodynamic equilibrium of the family group.

Literatur

Ammon, G. (1969): Oralität, Identitätsdiffusion und weibliche Homosexualität: Eine psychoanalytische Studie, in: Dyn. Psych. 2. Jhg., H. 1/2, p. 63
— (1970): Gruppendynamik der Aggression — Beiträge zur psychoanalytischen Theorie. (Berlin: Pinel-Publikationen)
— (1971): Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie I, in: Dyn. Psych., 4. Jhg., H. 10
— (1971): Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie II: Autobiographie und Behandlungsbeginn, in: Dyn. Psych., 4. Jhg., H. 11
— (1971): Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie III: Therapeutische Technik und analytischer Prozeß, in: Dyn. Psych., 4. Jgh., H. 12
— (1972 a): Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie IV: Familiendynamik und Krankheitsgeschichte, in: Dyn. Psych., 5. Jhg., H. 14/15
— (1972 b): Zur Genese und Struktur psychosomatischer Syndrome unter Berücksichtigung psychoanalytischer Technik, in: Dyn. Psych., 5. Jhg., H. 17
Bruch, H. (1971): Obesity and Orality, in: Dyn. Psych., 4. Jhg., H. 12
Clauser, G. (1971): Die vorgeburtliche Entstehung der Sprache als anthropologisches Problem (Stuttgart: Enke)
Edelson, M. (1964): Ego — Psychology, Group Dynamics and the Therapeutic Community (London: Grune & Stratton)
Fahrenberg, J. (1967): Psychophysiologische Persönlichkeitsforschung, Beiträge zur Theorie und Diagnostik psychophysischer Korrelate in klinischen Syndromen, Aktivationsmustern und Konstitutionseigenschaften (Göttingen: C. J. Hogrefe)
Federn, P. (1956): Ich-Psychologie und die Psychosen (Bern: Huber)

Fisher, S. (1970): Body Experience in Fantasy and Behavior (New York: Meredith Corp.)
Gluckesmann, M. L. (1967): The Response of Obese Patients to Weight Reduction: Evaluation of Behavior, in: Z. f. Psychosom. Med. u. Psychoanalyse
Graber, G. H. (1924): Die Ambivalenz des Kindes (Wien: Int. Psa. Verlag, Imago Bücher VI, 3. überarb. Aufl. 1971: Ursprung, Einheit und Zwiespalt der Seele, vor- und nachgeburtliche Entwicklung des Seelenlebens, München: Goldmann)
Hirt, M. et al. (1967): Construct Validity of Body-Boundary Perception, Paper read at the Annual convention of the American Psychological Association, Washington
Katzenstein, A. (1971): Kontroversen und Methoden der neueren Hypnoseforschung, in: Hypnose, Hrsg.: A. Katzenstein (Jena: VEB G. Fischer) Einführung p. 7
Kuiper, P. C. (1968): Die seelischen Krankheiten des Menschen (Stuttgart/Bern: Klett/Huber)
Kutash, S. B. (1965): Psychoneurosis, in: Handbook of clinical Psychology (New York: B. B. Wolman (Ed.) Mc Graw Hill)
Landis, B. (1970): Ego Boundaries, Psychological Issues, Vol. VI, Nr. 4, Monograph 24 (New York: Int. Univ. Press)
Mahler, M. S. (1969): On human symbiosis and the vicissitudes of individuation (London: Hogarth Press)
Rose, G. (1968): Körper-Ich und Realität, in: Psyche XII, H. 7, p. 503—517
Spitz, R. A. (1969): Vom Säugling zum Kleinkind (Stuttgart: Klett)
Vernon, J. (1966): Inside the black room, studies of sensory deprivation (London: Pelican)
v. Weizsäcker, V. (1949): Psychosomatische Medizin, in: Psyche III, H. 5, p. 331—341
Zucker, L. (1958): Ego Structure in Paranoid Schizophrenia (Springfield/Ill: C. C. Thomas)

Adresse des Autors:
Dipl.-Psych. Dietrich v. Kries
1 Berlin 15
Xantener Straße 9

Konversion und psychosomatische Symptombildung**

Jan Pohl*

Der Autor vertritt die These, daß die Fähigkeit, psychische Konflikte in körperlicher Symptomatik auszutragen, als Ausdruck eines mehr oder weniger ausgeprägten archaischen Körper-Ich-Defektes zu verstehen sei.
Die symptomatische Organläsion drücke gleichzeitig einen Defekt in der Körper-Ich-Vorstellung aus wie den reparativen Versuch seiner archaisch autoaggressiven Restituierung. Damit stelle z. B. der regressive Charakter des Konversionssymptoms im Sinne der Verdrängung zugleich eine Abwehrfunktion des Ichs dar.
An einem Fallbeispiel mit Konversionssymptomatik wird demonstriert, wie die Wahl des Konversionsmechanismus einen archaischen Körper-Ich-Defekt inszeniert und zur zwangsläufigen Bühne späterer Triebschicksale verwendet.
Eine grundsätzliche Unterscheidung zwischen der Konversionssymptomatik und dem psychosomatischen Symptom wäre demnach nicht länger gerechtfertigt. Psychische Erkrankungen mit organischer Symptomatik bewegen sich vielmehr auf einer gleitenden Skala zwischen dem leichtesten aktualneurotischen Symptom bis zur schwersten diffusen psychosomatischen Reaktion.

Zu den krankhaften Vorgängen am Körper, die in Zusammenhang mit emotionalen Faktoren stehen, gehört als klassisches Beispiel das Konversionssymptom. *Freud* (1894) prägte den Begriff „Konversion", um „jenen Sprung aus dem Seelischen in die somatische Innervation" zu bezeichnen, „den wir mit unserem Begreifen im Gegensatz zur Sprache der Zwangsneurose doch niemals mitmachen können."

Im Rahmen der psychosomatischen Medizin wird heute die Konversion aufgrund psychodynamischer Überlegungen vom psychosomatischen Symptom abgegrenzt. Eine entsprechende Abgrenzung war schon von *Freud* (1895) selbst aufgrund der unterschiedlichen therapeutischen Erfahrungen vorgenommen worden.

Er verstand das Konversionssymptom als Verdrängungsleistung eines Ichs, das bestimmte Inhalte seines Vorstellungslebens nicht vertragen könne. Es wehre sich, indem es die mit den Vorstellungen verbundenen Erregungssummen abtrennt und ins Körperliche umsetzt. Diese „psychophysische Eignung zur Verlegung so großer Erregungssummen in die Körperlichkeit" sei charakteristisch für die Disposition zur Hysterie. Neben der libidoökonomischen Auffassung von der Funktion des Konversionssymptoms hat er seinen Symbolcharakter als den auf der Ebene der Körpersprache traumhaft geäußerten Kompromiß zwischen Wunscherfüllung und seiner gleichzeitigen Abwehr hervorgehoben.

In seiner Arbeit „Über die psychogene Sehstörung in psychoanalytischer Auffassung" wird neben der psychogenen funktionellen Organstörung mit unbewußter Bedeutung eine zweite Kategorie von neurotischen

* Dr. med., Psychoanalytiker, Dozent am Lehr- und Forschungsinstitut der DAP

** Vortrag gehalten auf der Arbeitstagung der DAP vom 21.—28. 5. 1972 in Paestum (Italien)

Organstörungen unterschieden (*Freud*, 1910). Wenngleich beide Formen körperlicher Dysfunktion auf eine Erhöhung der erogenen Rolle des Organs zurückgeführt, also dem Triebmodell untergeordnet werden, wird die Natur der zweiten Form in einer physiologischen bzw. toxischen Veränderung infolge inadäquater Verwendung der Funktion des betreffenden Organs gesehen. Da sie als unmittelbarer somatischer Ausdruck eines Triebkonfliktes nicht wie die Traumsprache zu deuten war, schien sie *Freud* der Psychoanalyse nicht unmittelbar zugänglich.

Letztere Form einer psychogenen Organerkrankung unterscheidet auch *Franz Alexander* (1951) von der Konversion und bezeichnet sie als vegetative Neurose. Das Konversionssymptom als symbolischer Ausdruck eines emotional geladenen psychischen Konflikts stelle einen Versuch dar, die emotionale Spannung zu entladen, wobei die willkürlichen neuromuskulären oder sensorisch perzeptiven Systeme als adäquate Abfuhrsysteme Verwendung fänden. Die vegetative Neurose sei dagegen die physiologische Reaktion der vegetativen Organe auf anhaltende oder periodisch wiederkehrende emotionale Erregungszustände. Eine vegetative Reaktion entspräche somit der physiologischen Komponente des Gesamtphänomens eines emotionalen Zustands. Bei der Hemmung aggressiver Impulse würde die sympathische Vorbereitung des Organismus keine Beendigung finden, sondern chronisch unterhalten.

Die Forderung nach aktiver Bewältigung der Realität könnte indessen auch mit einer paradoxen Reaktion beantwortet werden, mit einem vegetativen Rückzug, der der Wiederherstellung eines infantilen Abhängigkeitszustandes gleichkäme, wobei überwiegend parasympathisch gesteuerte Mechanismen stimuliert würden. Die psychogene organische Krankheit wäre dann die sekundäre organische Veränderung einer primär funktionellen Organstörung.

Die Unterscheidung zwischen Konversion und psychosomatischem Symptom beruht nach diesen Vorstellungen auf der Qualität des körperlichen Symptoms. Das Konversionssymptom stellt Gedanken dar, welche aus ihrer Körpersprache in die ursprüngliche Wortsprache zurückübersetzt werden können. Unter Umgehung des Vorbewußten, d. h. der Wortvorstellungen, gelingt es hier den Triebregungen des Es, sich Ausdruck und Abfuhr zu verschaffen, sich am eigenen Körper zu materialisieren (*Ferenczi*, 1913). Das psychosomatische Symptom materialisiert hingegen keine unbewußten Vorstellungsinhalte, sondern ist die unmittelbare vegetative Begleitreaktion auf eine Störung der Affektabfuhr.

Der autoplastische Charakter läßt sich indessen auch für die vegetative Regression auf archaische Körperverhaltensweisen geltend machen.

Weshalb findet nun in einem Fall autoplastischen Verhaltens der Körper Verwendung, in einem anderen nicht? Hiermit wird die Frage nach der Neurosenwahl aufgeworfen. Warum ein Individuum eher Konversionssymptome entwickelt als z. B. phobische oder Zwangssymptome,

versuchte *Freud* (1909) mit einer physischen Fähigkeit zur Konversion, bzw. einem „somatischen Entgegenkommen" zu erklären.

In der oben zitierten Arbeit über die psychogene Sehstörung erwähnt er denn auch „einen weiteren in die organische Forschung reichenden Gedankengang der Psychoanalyse: Man kann sich die Frage vorlegen, ob die durch die Lebenssphäre erzeugte Unterdrückung sexueller Partialtriebe für sich allein hinreicht, die Funktionsstörung der Organe hervorzurufen, oder ob nicht besondere konstitutionelle Verhältnisse vorliegen müssen, welche erst die Organe zur Übertreibung ihrer erogenen Rolle veranlassen und dadurch die Verdrängung der Triebe provozieren. In diesen Verhältnissen müßte man den konstitutionellen Anteil der Disposition zur Erkrankung an psychogenen und neurotischen Störungen erblicken. Dies ist jenes Moment, welches ich bei der Hysterie vorläufig als somatisches Entgegenkommen der Organe bezeichnet habe."

In dem „Bruchstück einer Hysterie-Analyse" (*Freud*, 1905) spricht er erstmals über das sogenannte somatische Entgegenkommen bei der Bildung hysterischer Symptome. „Man muß sich hierbei an die so häufig gestellte Frage erinnern, ob die Symptome der Hysterie psychischen oder somatischen Ursprungs seien, oder wenn das erstere zugestanden ist, ob notwendig alle psychisch bedingt seien.

Soviel ich sehen kann, bedarf jedes hysterische Symptom des Beitrags von beiden Seiten. Es kann nicht zustandekommen ohne ein gewisses somatisches Entgegenkommen, welches von einem normalen oder krankhaften Vorgang in oder an einem der Organe des Körpers geleistet wird. Es kommt nicht öfter als einmal zustande, — und zu dem Charakter des hysterischen Symptoms gehört die Fähigkeit zur Wiederholung — wenn es nicht eine psychische Bedeutung, einen Sinn hat. Diesen Sinn bringt das hysterische Symptom nicht mit, er wird ihm verliehen, gleichsam mit ihm verlötet, und er kann in jedem Falle ein anderer sein, je nach der Beschaffenheit der nach Ausdruck ringenden unterdrückten Gedanken."

Und weiter unten: „Die psychischen Vorgänge bei allen Psychoneurosen sind eine ganze Strecke weit die gleichen, dann erst kommt das ‚somatische Entgegenkommen' in Betracht, welches den unbewußten psychischen Vorgängen einen Ausweg ins Körperliche verschafft. Wo dieses Moment nicht zu haben ist, wird aus dem ganzen Zustand etwas anderes als ein hysterisches Symptom, aber doch wieder etwas Verwandtes, eine Phobie etwa oder eine Zwangsidee, kurz ein psychisches Symptom."

Fenichel (1945) versteht unter somatischem Entgegenkommen eine spezifische Eignung der jeweiligen Organregion, die durch Fixierung oder durch Organschwäche zur Verwendung eines Symptoms Verwendung fände. Dieser locus minoris resistentiae selbst sei Folge konstitutioneller Schwäche oder einer erworbenen Krankheit. Organische Krank-

heiten selbst könnten auf diese Weise eine Art hysterischen Überbau erhalten. Sie bekämen eine Art sekundärer Konversionsbedeutung. Allgemeiner gesagt, würde das somatische Symptom nicht durch die Konversion hervorgerufen, sondern bediene sich der jeweiligen Organschwäche.

Diesen Überlegungen kann man zunächst zwei sich entgegenkommende Bestrebungen entnehmen. Eine, welche ein Ausdrucksbedürfnis in der Körperlichkeit austrägt, eine andere, die dem Körperlichen selbst innewohnt, seinem Zustand selbst Ausdruck verleiht, wobei dieser Zustand unter bestimmten Umständen erst durch das konversive Symptom seine somatische Manifestation findet.

Interessanterweise stellt *Freud* (1926) in „Hemmung, Symptom und Angst" fest, daß viele der Konversionshysterien der Kinderjahre später keine Fortsetzung fänden. Im Verlaufe der Reifung müssen Angstbedingungen aufgegeben worden sein und Gefühlssituationen ihre Bedeutung verloren haben.

Häufig beobachtet man übrigens hysterische Symptome, die der Entwicklung einer Zwangsneurose vorausgehen und sie auch begleiten. Andererseits wurde eine frühzeitige Bestätigung der erogenen Zone als Bedingung für ein späteres somatisches Entgegenkommen herangezogen.

Auch *Greenacre* (1958) war der Meinung, je früher sich traumatisierende Einflüsse ereignen, desto mehr würden die Erinnerungen somatisiert. Die Somatisierung läge an der Unreife des ZNS, d. h. desjenigen seelischen Apparates, der im Zuge seiner Reifung eine wachsende Desomatisierung bedinge. Mit anderen Worten: Parallel zu der verschiedenen Technik der Triebbewältigung wird hier die Entwicklung derjenigen Instanz ins Auge gefaßt, welche sich jener Techniken bedient: die Ich-Entwicklung. Diesen Gesichtspunkt hat *Ferenczi* (1913) in seiner Arbeit „Entwicklungsstufen des Wirklichkeitssinnes" erstmals angesprochen.

In dieser Arbeit eines Abrisses der Ich-Entwicklung wird die hysterische Konversion als eine Regression auf das Stadium der Gebärdenmagie aufgefaßt. Das Kind ist während dieses Stadiums in der Lage, mittels entsprechender Gesten, welche als Wunschäußerung verstanden werden, sich noch fast alle Bedürfnisse befriedigen zu lassen und somit seinen Anspruch auf Allmacht mit Hilfe magischer Gebärden aufrechtzuerhalten. Die verdrängten Wünsche der Hysteriker werden ja tatsächlich mit Hilfe von Gebärden als erfüllt dargestellt.

Der Rückgriff auf den Körper als Mittel der Symptombildung wird hier als eine Regression auf eine archaische Stufe der Ich-Entwicklung gesehen. An anderer Stelle sagt *Ferenczi* (1913) auch: „Daß der Weg zum Narzißmus zugleich der stets gangbare Regressionsweg nach jeder Enttäuschung am Objekte ist, ist zu bekannt, um bewiesen werden zu müssen; autoerotisch narzißtische Regressionen von pathologischer Stärke dürften hinter den Symptomen der Paraphrenie und der Hysterie ver-

mutet werden, während die Fixierungsstellen der Zwangsneurose und der Paranoia auf der Entwicklungslinie der erotischen Realität (der Nötigung zur Objektfindung) zu finden sein dürften. Er erklärt, daß diese Verhältnisse jedoch noch wenig studiert seien und daß bezüglich der Neurosenwahl *Freuds* Formulierung gelte, die Entscheidung über die spätere Erkrankungsart hänge davon ab, „in welcher Phase der Ich- und der Libido-Entwicklung die disponierende Entwicklungshemmung eingetroffen ist." Er fügt jedoch hinzu: „Wir vermuten, daß der Wunschgehalt der Neurose, d. h. die Arten und Ziele der Erotik, die die Symptome als erfüllt darstellen, von der Phase der Libido-Entwicklung an der Fixierungsstelle abhängt, während über den Mechanismus der Neurosen wahrscheinlich jenes Stadium der Ich-Entwicklung entscheidet, in dem sich das Individuum zur Zeit der disponierenden Hemmung befand."

Bei der Regression der Libido auf frühere Entwicklungsstufen würde die zur Fixierungszeit herrschend gewesene Stufe des Realitätssinnes in den Mechanismen der Symptombildung wieder aufleben. Da nämlich diese frühere Art der „Realitätsprüfung" dem aktuellen Ich des Neurotikers unverständlich ist, kann sie ohne weiteres in den Dienst der Verdrängung gestellt und zur Darstellung zensurierter Gefühls- und Gedankenkomplexe verwendet werden. Die Hysterie und Zwangsneurose wären z. B. nach dieser Auffassung einerseits durch eine Regression der Libido auf frühere Entwicklungsstufen (Autoerotismus, Ödipismus), andererseits in ihren Mechanismen durch einen Rückfall des Realitätssinnes auf die Stufe der magischen Gebärden (Konversion) oder der magischen Gedanken (Gedankenallmacht) charakterisiert.

Das Konversionssymptom beschränkt sich also keineswegs auf die Verdrängung genitaler Wünsche. *Fenichel* (1945) unterscheidet dementsprechend eine dritte Form der Neurose, deren Symptomatologie dem Konversionsmechanismus folgt, aber präödipale Wünsche ausdrückt. In diesen Fällen fände man auch die prägenitale Charakterstruktur wie beim Zwangsneurotiker.

Diese Gruppe von Konversionssymptomen decke sich mit den Organneurosen, denn auf dieser Regressionsebene sei die sexuelle Befriedigung von der protektiven, wie sie in der paradoxen vegetativen Reaktion hergestellt wird, noch nicht voneinander getrennt.

Das Ich wird zwar von den zitierten Autoren als symptombildende Instanz gewertet, der Aspekt der Triebabwehr mit den Mechanismen der Verdrängung und Regression bleibt jedoch im Vordergrund der Diskussion um das Konversionssymptom. Das „somatische Entgegenkommen" findet mit der Erkenntnis, die Konversion spiele sich auf der Ebene des Körper-Ichs ab, noch keine hinreichende Erklärung. Warum gelingt es den Triebregungen beim Konversionssymptom ohne Beteiligung des Aktualbewußtseins, sich mit Hilfe des Körper-Ichs Ausdruck zu verschaf-

fen? In diesem Zusammenhang erklärt *Nunberg* (1931), eine Störung der Ich-Funktion sei in allen Neurosen vorhanden: in der Hysterie vorwiegend des körperlichen Ichs (seiner Organe), in der Zwangsneurose vorwiegend des psychischen (des Denkens und Fühlens), in der Schizophrenie des Wahrnehmungs-Ichs (wobei jedoch in dieser Krankheit die anderen Störungen, die hysterischen und zwangsneurotischen regelmäßig auch vorkommen). Die Symptombildung spiele sich also am Ich ab, sie sei eine Leistung des Ichs und beeinträchtige seine Funktionen.

Freud (1895) selber hat den Satz „Hysterie ist eine Psychose" in den Studien über Hysterie erörtert. Wie eine Traumpsychose, sagt er, ragen die hysterischen Phänomene ins Wachleben hinein.

Die frühen Beobachtungen *Breuers* von abnormen Bewußtseinszuständen bei Hysterikern finden hier ihre Entsprechung. In der zitierten Arbeit spricht *Freud* von der Überzeugung: „Jene Spaltung des Bewußtseins, die bei den bekannten klassischen Fällen so auffällig ist, besteht in rudimentärer Weise bei jeder Hysterie; die Neigung zu dieser Assoziation und damit zum Auftreten abnormer Bewußtseinszustände, die wir als hypnoide zusammenfassen wollen, sei das Grundphänomen dieser Neurose."

Diese „condition seconde" rage in die sonst von normalem Bewußtsein beherrschte Körperinnervation. In hypnoiden Zuständen werde ein Vorstellungsinhalt gebildet, der sich während einer Zeit akuter Hysterie der Körperinnervation bemächtigt, Dauersymptome und Anfälle schafft. Während eines Anfalles werde das Hypnoidbewußtsein die Herrschaft mehr oder weniger vollständig über die Körperinnervation an sich reißen.

Wie oben bereits zitiert, wies *Ferenczi* (1913) auf die autoerotisch narzißtische Regression hin, die Psychose und Hysterie gleichermaßen zugrundelägen. Die Konversion entspräche somit einem Rückgriff auf archaische Bewußtseinsstufen des Körper-Ichs, auf welchen sich Wunschvorstellungen jeweils jüngerer Libidoschicksale unter Umgehung des Aktualbewußtseins manifestieren können. Das Konversionssymptom hätte demnach neben seinem regressiven Charakter im Dienste der Verdrängung auch eine archaische Abwehrfunktion des Ichs. Selbst im generalisierten hysterischen Anfall bleibt gewöhnlich das Ich soweit funktionsfähig, daß schwere Selbstschädigung vermieden wird. Es gelingt also diesem Ich, sich vor psychotischer Desintegration mittels des Konversionsmechanismus zu bewahren.

In diesem Zusammenhang lassen sich die hypnoiden Bewußtseinszustände *Breuers* als Residuen archaischer Ich-Zustände begreifen, welche wie Lücken innerhalb der aktuellen Bewußtseinsstruktur manifest werden. Im Zusammenhang mit der Theorie *Ammons* (1972) zur Pathogenese des psychosomatischen Symptoms hat *v. Kries* (1972) solche Bewußtseinszustände als hypnoid-symbiotisch bezeichnet.

Ammon hat für die Ätiologie der psychosomatischen Pathologie das Konzept des Symbiosekomplexes herangezogen. Er sieht parallel zur psychotischen Reaktion im psychosomatischen Symptom den Versuch, ein Körper-Ich-Defizit, das gleichsam wie eine Lücke im Körperschema offengeblieben ist und Folge einer mißglückten symbiotischen Objektbeziehung darstellt, im Sinne eines archaischen Abwehrmechanismus des Ichs gleichzeitig zu inszenieren und zu füllen.

Ähnlich wie der Patient in der schizophrenen Reaktion einen primitiven Restitutionsversuch seines defizitären Ichs unternimmt, würde der Psychosomatiker körperlich krank, um sich einem archaischen, körperfeindlichen Über-Ich gegenüber eine eingeschränkte Identität zu gestatten. Das psychosomatische Symptom wäre Ausdruck einer pervertierten primären Ich-Funktion. Es stellt den autoaggressiven Versuch dar, ein narzißtisches Defizit auszugleichen, das aus einer gestörten frühkindlichen Symbiose mit der Mutter hervorgegangen ist.

In der schmerzhaften Inszenierung der narzißtischen Wunde findet das Körper-Ich überhaupt erst eine allerdings negativ besetzte Erfahrungsmöglichkeit. Vor allem eröffnet sie dem Psychosomatiker die schuldfreie Entwicklung sekundärer Ich-Funktionen in der Kommunikation mit seiner Umgebung und seinem eigenen Körper.

Dieses im psychosomatischen Symptom nach Befriedigung ringende primär narzißtische Bedürfnis findet möglicherweise sein Äquivalent in dem Begriff der „emotionalen Lücke" des „geheilten" Psychosomatikers *Alexanders* (1951). Die emotionale Lücke entspräche quasi einem Kontinuitätsdefekt im Körper-Ich mit resultierender Identitätsdiffusion. Eine skotomisierende Symptombehandlung beraubt den Psychosomatiker seiner autistischen Technik, diese virulente Lücke materiell zu lokalisieren und damit eine psychotische Desintegration des Ichs abzuwehren. Akute Psychosen sind nach wegtherapierten psychosomatischen Symptomen tatsächlich beobachtet worden, was den Äquivalent-Charakter des psychosomatischen Symptoms bestätigt (*Kütemeyer*, 1953).

Diese Vorstellungen sind von *Ammon* (1972) für die Dynamik des psychosomatischen Symptomkomplexes in überzeugender Weise herausgearbeitet worden. Er grenzt ausdrücklich das Konversionssymptom davon ab, da es als Ausdruck einer Verdrängung ins Soma ein relativ entwickeltes Ich voraussetze.

Wir haben gesehen, daß das Konversionssymptom neben seiner Funktion als somatischer Abwehrmechanismus unbewußter Triebimpulse immer Symbolcharakter hat. Der zugrundeliegende Konflikt ist sekundärprozeßfähig, eine Äußerung sekundärer Ich-Funktion und deshalb auch auf direkt interpretatorischer Ebene behandelbar. Der Rückgriff auf das Soma als Bühne der Konfliktäußerung bleibt nichtsdestoweniger unverständlich.

Das somatische Entgegenkommen könnte jedoch als eine progressive Äußerung einer primären Ich-Funktion verstanden werden. Die von *Ferenczi* postulierte Regressionsneigung der Hysterie auf die archaisch narzißtische Ebene des Ichs weist auf eine sehr frühzeitige präödipale Störung hin, die hierbei eine eigentümliche Manifestation erfährt.

Man könnte auch sagen, in der partiellen Regression der Konversionsneurose versuche das Körper-Ich das Bedürfnis seiner integrativen Abgrenzung, welches ihm in der primären Objektbeziehung nicht ermöglicht wurde, durch sein schmerzhaftes Hinhalten für ontogenetisch jüngere Konfliktabläufe narzißtisch zu befriedigen. Es bietet seinen uralten in der Regression bloßgelegten Defekt narzißtisch an, und indem sich der jüngere Triebkonflikt seiner als Bühne dramatischer Austragung bedient, gelingt es dem Körper-Ich, das Konversionssymptom reparativ für seine integrativen Belange heranzuziehen. Psychische Erkrankungen mit somatischer Symptombildung ließen sich demnach im Sinne einer gleitenden Skala nach dem Ausmaß der im Rahmen der Ich-Entwicklung erfolgten primären und sekundären Funktionsstörungen anordnen. Hierbei dürfte der Ausprägung eines archaischen Über-Ichs und seiner Wechselwirkung auf die Entwicklung der Ich-Funktionen maßgebliche Bedeutung zukommen. Die klassische Konversionshysterie entspräche demnach einer primären Ich-Schädigung bei hochgradiger Entwicklung sekundärer Ich-Funktionen, welche in den Dienst integrativer Ich-Bedürfnisse treten. Bis hin zur Psychose als einer generalisierten Form der Ich-Krankheit wären nacheinander die Aktualneurose, die prägenitalen und die sogenannten Organneurosen, sowie das psychosomatische Symptom mit fließenden Übergängen anzuführen.

Eine zusammenfassende Darstellung des Verlaufs einer analytischen Behandlung von einer Patientin mit ausgeprägter Konversionssymptomatik mag die bisherigen Erörterungen illustrieren.

Es handelt sich um eine 27jährige Lehrerin, die aufgrund tagtäglich auftretender schwerster Anfälle von Herzrasen, Kreislaufstörungen, angina-pectoris-artigen Schmerzen und Ohnmachtszuständen völlig arbeitsunfähig war. Kleine medizinische Eingriffe wie Injektionen riefen panische Angstzustände bei ihr hervor, welche mit wildem Aufbäumen und Schreien einhergingen und tiefe Ohnmacht provozieren konnten. Wiederholte internistische Durchuntersuchungen ergaben keine pathologischen Befunde. Sie war eine kleine, vollschlanke, jungmädchenhafte Erscheinung, schüchtern in ihrem Auftreten, oft errötend, zugleich aber von herausfordernder Koketterie.

In der Analyse entwickelte die Patientin sehr schnell ein schwärmerisches Verhalten. Sie war mit jeder Interpretation einverstanden und gab sich vollkommen dem Gefühl ungeteilter Zuwendung von seiten des Therapeuten hin. Im Zuge dieses regelrechten „honeymoon" hörten die Anfälle sehr bald auf. Die Patientin sexualisierte die analytische

Situation zunehmend und agierte ihre sexuellen Wünsche gegenüber dem Therapeuten bewußt mit ihrem Ehemann aus, Wünsche, die sie ohne Schwierigkeiten als diejenigen erkannte, welche sie ihrem Vater gegenüber gehegt hatte, mit dem sie nach dem Tode der Mutter monatelang in einem Bett schlafen mußte. Dieser schwache, bis heute mit seinem Vater zusammenlebende Vater der Patientin hatte sich um die Bedürfnisse der Tochter nie gekümmert und ihr jegliche Fähigkeiten, sogar das Autofahren, abgesprochen. Eigentlich wäre der Vater für sie gar nicht vorhanden gewesen. Distanziertes Verhalten des Therapeuten wurde mit der Unnahbarkeit des Vaters identifiziert. Diese distanzierte, unnahbar erscheinende Haltung, die die Patientin beklagte, zog sie zugleich unwiderstehlich an.

Anfangs konnte sich die Patientin an nichts aus ihrer Kindheit bis zum 10. Lebensjahr erinnern. Ihr Großvater hatte jedoch eine große Rolle in ihren ersten Lebensjahren gespielt. Er war, wie man ihr berichtet hatte, sehr viel mit ihr spazieren gegangen. In einem Traum erschien er ihr als Zahnarzt, zu dem sie ging, als sie festgestellt hatte, daß ihr die Zähne ausfielen, wobei sie große Angst hatte. Als sie während der Therapie einmal ihren Vater besuchte, mußte sie die Nacht über das Licht in ihrem Zimmer brennen lassen. In der Analyse fiel ihr dazu ein, sie hätte Angst gehabt, der Großvater hätte herüberkommen können. Einmal hatte sie auch in sehr schmerzhafter Weise sich den introitus vaginae mittels eines dicken Löwenknaufs von des Großvaters Spazierstock gedehnt, um zu onanieren. Der Großvatter hatte sie andererseits viel geschlagen (geboxt). Sie hat das als positive Zuwendung im Vergleich zu der gleichgültigen Haltung ihres Vaters empfunden, so daß hier möglicherweise eine masochistische Wunscherfüllung auf den Großvater an Stelle des Vaters verschoben wurde. Diese Wünsche übertrug die Patientin auch in ihre Analyse und forderte den Therapeuten direkt auf, sie zu schlagen.

Sie identifizierte sich sehr stark mit ihrer Mutter, die passiv und ihrem sehr autoritären Mann ergeben im Haushalt aufgegangen war und an Unterleibskrebs starb. Dieser „Sexualtod", den die Patientin an der Stelle der Mutter in ihren Phantasien aufgrund angeblicher inzestuöser Nachstellungen von seiten des Großvaters in ihren „Symptomen" gleichfalls zu erleiden fürchtete, bzw. erlitt, — sie war fest überzeugt, daß sie im gleichen Alter wie ihre Mutter an Krebs oder Herzinfarkt sterben müßte — entsprach dem Urszenenerlebnis, daß sie wahrscheinlich real mitangesehen hatte, denn sie schlief bis zur Geburt ihres vier Jahre jüngeren Bruders am Fußende des elterlichen Bettes. Die Geburt des Bruders führte zu einem traumatisch erlebten Liebesverlust und zu einem ausgeprägten Penisneid.

Ihre phallische Rolle wechselte auch in der Analyse mit dem Gefühl der eigenen Wertlosigkeit und Unfähigkeit. Sie existierte nur durch

ihren Partner. Trennung war gleichbedeutend mit Kastriertsein und Nichtexistentsein. Sie lebte in einer Dreierbeziehung mit ihrem Ehemann und dessen homosexuellem Freund. Nachdem sie sich gegen den Freund entschieden hatte, und aufhörte, ihren Mann zu verführen, begannen als unmittelbarer Ausdruck ihrer abgewehrten inzestuösen Wunschbefriedigung die Symptome, die sie in der Übertragungssituation auch in der Analyse erlebte.

Die Patientin konnte in ihrem permanenten Gefühl der Minderwertigkeit kaum assoziieren. Ihr fiel einfach nichts ein. Sie demonstrierte ihre eigene Leere und Dummheit, die der Meinung des Vaters entsprechen sollte. Sie brachte relativ häufig Träume in die Analyse, deren sexuelle Inhalte fortschreitend analen Charakter annahmen und deutlich ihre Kastrationsphantasien bezeugten. Sie verbot sich Emotionen, bekam keinen Orgasmus, weil sie Angst hatte, die Emotionen könnten sie töten. Nachdem sie wegen einer ambulant durchgeführten Operation unter Selbstmordandrohung Verständnis vom Analytiker erlebt hatte und schließlich den chirurgischen Eingriff ohne die erwarteten Angstzustände und Herzinfarkt überstanden hatte, sprach sie über den Tod ihrer Mutter, der für sie ein einschneidendes Ereignis gewesen war. Sie berichtete in derselben Sitzung von ihrem ihr völlig fremden Körper. Ihr Mann teilte ihr mit, wann sie sexuell erregt war. Sie selbst konnte nur Schmerz wahrnehmen, den sie lustvoll masochistisch besetzt hatte. Ein Körpergefühl hatte sie nur, soweit sie Schmerzen verspürte. Sie empfand ihren Körper dann als lästig und unförmig. Sie hatte die Mutter sehr gern umarmt und geküßt und dabei ein seliges Gefühl der Geborgenheit gehabt. Die Mutter war jedoch nie zärtlich zu ihr gewesen. Einmal hatte sie mitangehört, wie die Mutter einer Nachbarin sagte, sie liebte nur ihren Sohn.

Die Patientin war ein Siebenmonatskind gewesen. Sie hatte immer das bedrückende Gefühl gehabt, die Mutter hätte sie gar nicht haben wollen, da sie sich selbst als Frau minderwertig vorgekommen war. Dabei wäre sie als junge Frau begabt gewesen, hätte gemalt und Ballett getanzt, diese Liebhabereien jedoch mit der Heirat schlagartig aufgegeben. Sie war hilflos und kindlich, wie die Patientin selbst und behandelte ihre Tochter wie ihre einzige Partnerin, mit der sie wie zu einer Erwachsenen redete. Sie klärte sie ausgiebig über sexuelle Praktiken auf, die sie selber als ekelhaft bezeichnete, die jedoch von den Männern gefordert würden.

Andererseits hätte die Mutter die Patientin gar nicht ernst genommen. Als Säugling wurde sie in Watte gepackt und nicht gestillt. Sie hätte der Mutter mit ihrer Geburt die Sylvesterfeier verdorben. Sie hatte das Gefühl, die Mutter geliebt zu haben, ihr aber lästig gewesen zu sein. Als Einjährige konnte sie noch nicht lachen und erst nach drei Jahren hätte sie Laufen gelernt. Sie wurde jedoch schon als Zweijährige wie

eine Puppe hergerichtet, mit Dauerwellen im Haar und steifgestärkten Kleidern vorgeführt und mußte so tun, als könnte sie die auswendig dahergesagten Geschichten aus den Büchern vorlesen, wenn Besuch zugegen war. Wie eine Puppe, die man benutzen kann und so lange lebendig ist, wie man mit ihr spielt, so kam sie sich auch noch während der Analyse vor. Niemandem konnte sie vertrauen. Alle hätten sie betrogen. Alles war gleichgültig, so wie sie selbst gleichgültig und nichts wert war.

Sie benutzte jetzt ihr Kranksein, weil sie sich auf diese Weise meiner Zuwendung zu versichern hoffte. Gesundsein hieße totsein. Sie existierte nur durch andere, kam sich vor wie ein einjähriges Kind, das noch keine Fähigkeiten hat, das alles geboten bekommt und völlig abhängig ist. Manchmal hatte sie das Gefühl, sie könnte gar nicht gehen und müßte in einen Abgrund stürzen. In einem zweiteiligen Traum erkannte sie ihre ganze ödipale Problematik und ihren Kastrationskomplex:

1. Teil: Die Mutter ist krank. Sie besucht sie, kann sie aber gar nicht wahrnehmen. Erst als sie tot ist, kann sie sie erkennen. Da stellt sich heraus: die Mutter hat die Familie betrogen. Sie hatte gar keinen Krebs. Sie hatte einen kleinen Keil im Herzen, der war herausgerutscht und hatte ein kleines Loch hinterlassen.

2. Teil: Der Analytiker habe vor, den Stuhl der Patientin zu untersuchen. Die Tutorin (von der die Patientin ein wichtiges Zeugnis bekommen soll) wird vom Analytiker angerufen, um zugegen zu sein. Sie kommt aber nicht. Die Patientin empfindet eine sehr intensive Beziehung zum Analytiker und ein sehr schönes Gefühl.

Das dargestellte Material ist zunächst ganz offensichtlich Zeugnis einer im wesentlichen ödipalen Konfliktsituation, wie schließlich auch die Traumqualität beweist. Die Konversionssymptome, denen es nicht gelingt, die Angst vollständig zu binden, sind als Ausdruck der verdrängten Triebimpulse klar verständlich. Im therapeutischen Prozess war es zunächst zu einer Vaterübertragung gekommen, die durchgearbeitet werden konnte, ohne daß indessen eine entscheidende Änderung eingetreten wäre. Im Verlauf der Therapie erlebte die Patientin im Zusammenhang mit ihren homosexuellen Tendenzen auch ihre Mutterbeziehung gegenüber dem Therapeuten wieder. Auffallend war jedoch ein grundsätzliches Mißtrauen, das jeglicher Übertragungssituation einen fragwürdigen oberflächlichen Charakter gab. Eine starke Objektbeziehung war der Patientin nie gelungen. Ihre Partner dienten ihr in monotoner Wiederholung dazu, ein Ich-Gefühl zu haben, das sich phallisch gebärdete.

Wichtig zum Verständnis dieser Haltung sind die anamnestischen Angaben, welche erst in der Bearbeitung der Beziehung zur Mutter von der Patientin in die Analyse eingebracht wurden. Die ablehnende Haltung der Mutter gegenüber einer Tochter, der Frühgeburt an und für sich, (sie hatte der Mutter die Sylvesterfeier verdorben; alle hätten gesagt, sie würde nie durchkommen; welch großartige Leistung der Mutter, daß sie

sie doch durchgebracht hätte) und die offenbar übersorgfältige kompensatorische Bemühung stellen Anhaltspunkte für eine gestörte primäre Mutter-Kind-Beziehung dar. Hinzu kommt die eigentümlich infantile Haltung der heranwachsenden Tochter gegenüber, die u. a. auch für ihre erotischen Bedürfnisse herhalten mußte (die Mutter war bei der überausführlichen Darstellung der sexuellen Praktiken, die sie offensichtlich mit dem Vater selbst ausübte, sehr erregt). Entscheidend dürfte indessen gewesen sein, daß beide Eltern eine Tochter, die zudem noch eine Frühgeburt war, als primär minderwertig erlebt haben.

Somit ist meines Erachtens das ausgeprägte Gefühl der Minderwertigkeit, das sich auch auf das Körperleben der Patientin erstreckt, nicht mit dem Kastrationskomplex allein verständlich. Der Kastrationskomplex als Äußerung eines jüngeren Ich-Zustands pfropft sich hier vielmehr einem archaischen Ich-Defizit auf. Man könnte geradezu sagen, im Kastrationskomplex als Ausdruck einer Störung sekundärer Ich-Funktion würde das ödipale Erbe einer primären Ich-Funktionsstörung aus der Zeit des primären Narzißmus angetreten. In der Inszenierung der eigenen Wertlosigkeit — die Patientin bezeichnet sich selbst als Abfall wie die Mutter — gelingt es ihr, ähnlich wie in dem Konversionssymptom, eine narzißtische Lücke reparativ zu füllen, welche sie aufgrund der narzißtischen Bedürftigkeit der Mutter erlitten hat. Deshalb kann sie auch die hilflose Haltung in der Therapie nicht aufgeben, noch die Interpretationen aus ödipaler Ebene akzeptieren.

Interessanterweise berichtete die Patientin im Verlauf der Therapie öfter von ihren enormen Schwierigkeiten in Gruppen, in denen sie sich trotz großer Anstrengungen klein und unfähig vorkam. Der spontan geäußerte Wunsch, an einer Gruppenpsychotherapie teilzunehmen, die sie zu Beginn ihrer Analyse abgelehnt hatte, scheint mir ein eindrucksvoller Beweis dafür zu sein, wie symbiotische Bedürfnisse im Zuge einer therapeutischen Arbeit den Weg zu ihrer adaequaten Behandlungsform weisen können.

Conversion and Psychosomatic Symptom Formation

Jan Pohl

Freud reduces the specific ability of patients to manifest their psychic conflicts in somatic symptoms to a so called 'somatic compliance' which is inherent to the body. The author understands this somatic compliance as the manifestation of a defective body ego, which is caused by a disturbed mother-child symbiosis, similar to *Ammon*'s conception of the genesis of the psychosomatic syndrome.

If one understands the choice of neuroses as an achievement of the ego, the development of the conversion symptom has to be understood as a partial regression to the level of the body ego. The symptomatic organ

lesion is at the same time the manifestation of a defective body image, as *Schilder* calls the representation of the body, as it is the manifestation of a reparative attempt to restore it in an archaic autoaggressive way.

The author substantiates with a case study of a patient with conversion symptoms, in which way the choice of the conversion mechanism is an enactment of the archaic defective body ego and in which way it is used as stage for the later vicissitudes of instincts. The author concludes that a basic distinction between conversion symptom and psychosomatic symptom no longer can be maintained, but that according to the degree of the archaic lesion of the body ego and its relation to primary and secondary disturbances of the ego-functions, psychic illnesses with somatic symptoms have to be arranged on a gliding scale, ranging from the actual neurotic reaction, the organ neurosis to the psychosomatic and the psychotic reaction.

Literatur

Alexander, F. (1951): Psychosomatische Medizin. (Berlin: de Gruyter)
Ammon, G. (1972): Zur Genese und Struktur psychosomatischer Syndrome unter Berücksichtigung der psychoanalytischen Technik, in: Dyn. Psych., Jhg. 5, H. 17
Fenichel, O. (1945): The Psychoanalytic Theory of Neurosis. (London: Routledge & Kegan Paul)
Ferenczi, S. (1913): Entwicklungsstufen des Wirklichkeitssinns, in: S. Ferenczi, Gesammelte Schriften Bd. I (Frankfurt a.M.: Fischer)
Freud, S. (1894): Die Abwehr-Neuropsychosen. Ges. Werke, Bd. 1 (London: Imago)
— (1895): Studien über Hysterie. Ges. Werke, Bd. I, aaO.
— (1905): Bruchstücke einer Hysterie-Analyse. Ges. Werke, Bd. V, aaO.
— (1909): Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose, Ges. Werke, Bd. VII, aaO.
— (1910): Die psychogene Sehstörung in psychoanalytischer Auffassung. Ges. Werke, Bd. VIII, aaO.
— (1926): Hemmung, Symptom und Angst, Ges. Werke, Bd. XIV, aaO.
Greenacre, Ph. (1958): Early Physical Determinants in the Development of the Sense of Identity, in: Am. J. Psychoanalyic Association
Kries, D. v. (1972): Psychosomatische Syndrome als Ich-Aufbau-Kategorien, in: Dyn. Psych., Jhg. 5, H. 17.
Kütemeyer, W. (1953): Körpergeschehen und Psychose. (Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag)
Nunberg, H. (1931): Allgemeine Neurosenlehre (Bern: Huber, 3. unveränderte Aufl. 1971)

Adresse des Autors:
Dr. med. Jan Pohl
1 Berlin 12
Pestalozzistraße 88 b

Buchbesprechungen

W. Th. Winkler

Übertragung und Psychose

Verlag Hans Huber, Bern/Stuttgart/Wien, 142 Seiten, DM 14,—

W. Th. Winklers Buch „Übertragung und Psychose" stellt einen beachtenswerten Beitrag zum Verständnis der Psychodynamik von Psychosen dar. Die Psychodynamik von Psychosen sei am überzeugendsten an Beispielen von übertragungsbedingten Psychosen zu veranschaulichen, sagt *Winkler*, da das Phänomen der Übertragung besonders gründlich erforscht und relativ leicht durchschaubar sei; vor die Abhandlung des eigentlichen Themas „Übertragung und Psychose" hat er, dem Leser zur Erinnerung, eine Begriffserklärung und Übersicht über die verschiedenen Modi der Übertragung vorausgeschickt. Dieses Kapitel allein macht das Buch lesenswert, es zeichnet sich durch sichere Handhabung der Problematik und Klarheit der Formulierung aus.

Anhand von mehreren, mit minutiöser Sorgfalt dargestellten Krankengeschichten und Therapieverläufen zeigt *Winkler*, daß sich die in der Übertragungssituation entstehenden Übertragungskonflikte bei Psychosen, Neurosen und auch bei „Gesunden" weder in ihrer Thematik noch formal voneinander unterscheiden, bei den Psychosen lediglich durch eine besondere Intensität ausgezeichnet sind. Zu der Problematik der von Winkler diskutierten Behandlungstechnik, die sich allerdings auf die Behandlung der Fälle aus den fünfziger Jahren bezieht, wäre noch manche Kritik anzubringen, insbesondere wegen der Anwendung des Neurosenmodells. Die Psychose wird nach *Winkler* nicht einfach durch eine quantitative Steigerung der Übertragungsdynamik zustande kommen und durch eine Regression in präödipale Entwicklungsstufen, vielmehr wird die Psychose erst durch das Inkrafttreten bestimmter Abwehrmaßnahmen des Ichs ausgelöst, die als ausgesprochen pathologisch gewertet werden müssen. Diese psychotogenen Abwehrmaßnahmen des Ichs dienen wie alle Abwehrmaßnahmen des Ichs der Ich-Entlastung, sie gestatten ein z. T. sehr weitgehendes „Aus-dem-Felde-gehen", doch haben sie psychotische Erlebnisweisen zur Folge. Sie sind gekennzeichnet durch eine qualitative Veränderung des Realitätsbezuges.

Der Struktur und Dynamik dieser Abwehrmaßnahmen des Ichs hat *Winkler* ein besonderes Interesse gewidmet, sie zum Teil neu formuliert und besser verständlich gemacht.

Die Abwehrmechanismen des Ichs, die zur Psychose führen, sind Varianten der „Projektion": a) die Subjekt-Objekt-Umkehr, b) die Exter-

nalisierung des Über-Ichs, c) die Ich-Anachorese, d) die Ich-Mythisierung, e) die Verleugnung der Realität mit Hilfe der Phantasie.

Das Phänomen der Subjekt-Objekt-Umkehr, erstmalig in diesem Buch formuliert, beinhaltet folgendes: „Die Subjekt-Objekt-Umkehr besteht in eine Umkehr der Intentionalität, also darin, daß eigene, auf einen anderen bezogene Intentionen dem anderen unterstellt werden und nun auf einen selbst gerichtet zu sein scheinen (S. 52). Die Subjekt-Objekt-Umkehr ist eine Abwehrmaßnahme des Ichs, die zwangsläufig in den Wahn hineinführt, da ihre Konsequenz darin besteht, daß eigene Impulse fälschlicherweise als Fremdimpulse erlebt werden."

Die Auswahl der Fallbeispiele hat *Winkler*, wie er sagt, nach didaktischen Gesichtspunkten getroffen. Es ist beeindruckend zu sehen, wie schonungslos mit sich selbst und mutig er Schizophrenieanalysen beschreibt, die man als gescheitert betrachten muß.

Günter Ammon (Berlin)

Paul W. Pruyser

A Dynamic Psychology of Religion
Harper & Row, New York, 1968, 367 Seiten, $ 10.

Die Ursache des Glaubens
Scherz, Bern, München, Wien, 1972, 420 Seiten, DM 29,50

Seit dem Niedergang der sog. Würzburger Schule stellt die empirische Religionspsychologie im Gegensatz zur neu erwachenden Pastoralpsychologie ein stark unterbelichtetes Feld deutscher Forschung dar. Ob es sich um die psychologische Durchdringung des Kirchenkampfes, um die Neuentstehung von Orden nach dem 2. Weltkrieg, um den Zusammenhang von Homoerotik und Religiosität oder um das 2. Vaticanum handelt — um wahllos einiges zu nennen —, es fehlt an wissenschaftlichen Arbeiten, die diesen und anderen Phänomenen aus psychologischer und vor allem psychoanalytischer Sicht zu Leibe rücken. So werden weiterhin massive Rationalisierungen als „Theologie" ausgegeben, und Kirchenfürsten bangen um ihre und ihrer Institutionen Identität, wo nicht länger das gewohnte neuorthodoxe Vokabular einen sanften Kirchenschlaf gewährleistet. Man kann nur hoffen, daß dieses brachliegende Forschungsgebiet bald wiederentdeckt wird, gerade auch im Dienste der revolutionären Kräfte, für die die Kirche steht und die sie „Evangelium" nennt.

Eine entscheidende Hilfe erfährt die kontinentale Religionspsychologie durch zahlreiche Publikationen amerikanischer Autoren. Unter diesen kommt *Pruysers* Werk eine hervorragende Bedeutung zu, so daß sich *Seward Hiltner* und *Philip Woollcott* veranlaßt sehen, es mit *William James'* „The Varieties of Religious Experience" zu vergleichen. Eines

der Verdienste *Pruysers* liegt zweifellos darin, daß auch die tiefenpsychologischen Zusammenhänge zwischen unbewußter Motivation und bewußter theologischer Gedankenbildung aufgezeigt werden („Thought Organization in Religion"). Dabei schließt sich der Autor *S. Freuds* Konzept von der Wunsch-Religion in spezifischer Weise an, indem Wünsche als „die direkteste Erfahrung der Fülle" interpretiert werden. Die christlichen Erlösungsvorstellungen beziehen sich nach *Pruyser* alle auf „die drei intrapsychischen Strukturen, mit denen sich das Ich auseinandersetzen muß: Über-Ich, Ideal-Ich und Es. Sie haben es zu tun mit Schuldgefühlen, Scham und Angst. Das Inkarnationsmodell wirkt in der entscheidenden Dimension seiner Aktivität direkt auf das Ich: „Diese entscheidende Dimension wird konstituiert durch die Rollen, in denen Väter und Söhne sich gegenseitig Freude machen", meint *Pruyser*. Religion wird schließlich definiert als notwendige „Illusion" im *Freud*schen — oftmals fehlinterpretierten — Sinne, die einen Aspekt der individuellen Welt- und Selbsterfahrung im Dienste der Lebensbewältigung darstellt. Der Religionspsychologe kann konstatieren, daß Menschen allenthalben religiöse Vorstellungen bzw. Bilder produzieren und projizieren, die eine „andere Seite der Projektionswand" implizieren. Ob diese „andere Seite" einer absoluten Realität entspricht, entzieht sich psychologischer Beurteilung. Entscheidend ist „the goodness of fit", d. h. der Übereinstimmungsgrad zwischen projiziertem Bild und tatsächlicher psychischer Erfahrung.

Seinen Ansatz skizziert *Pruyser* folgendermaßen: „Die alte Frage lautet: Welches sind die charakteristischen Daten religiöser Erfahrung? Die neue Frage ist: Welche Erfahrungsdaten sind von religiöser Signifikanz?" Gegenüber dem Klassiker *W. James* kann sich der Autor hier u. a. auf *A. T. Boisen,* den Vater der amerikanischen Seelsorgebewegung (vgl. *D. Stollberg,* Therapeutische Seelsorge, München, 1969) berufen. Zu seinen Gewährsleuten gehören u. a. ferner *R. Otto, O. Pfister, K. Jaspers* und *P. Tillich.*

Ein wichtiges Werk für alle, die in ihrer therapeutischen und wissenschaftlichen Praxis die menschliche Religiosität nicht verdrängt haben!

Dietrich Stollberg, Bethel

Anna Freud, Thesi Bergmann

Kranke Kinder, ein psychoanalytischer Beitrag zu ihrem Verständnis
S. Fischer Verlag, Conditio Humana, Frankfurt, 1972, 144 Seiten, DM 18,—

Dieses Buch basiert auf einer fast 20jährigen Erfahrung einer Kinderkrankenhaustherapeutin, die auf subtile Weise die psychotherapeutische Erste Hilfe im Krankenhaus als Zusatz zum gesamten Krankenhauserlebnis beschreibt. *Anna Freud* hebt in einer bescheidenen Art hervor,

daß sich ihr eigener Anteil an diesem Buch auf die Auswahl der Beispiele, Formulierung der Texte, das Vor- und Nachwort beschränkt.

Die Krankenhaustherapeutin stellt hier das Bindeglied in der Patienten-Arzt-Beziehung dar, da die Rolle des Arztes oder des Chirurgen bei Kindern oft ein Vertrauensverhältnis ausschließt. Ein Krankenhaustherapeut unterstützt, jenseits der direkten Hilfe, die er den Kinderpatienten gewährt, Eltern, Ärzte und Krankenschwestern in ihrer jeweiligen Rolle. Bei tiefergehenden Störungen können Eltern und Kinder Einsicht in Entwicklungsprobleme der Eltern-Kind-Beziehung gewinnen und eine spätere Kinderanalyse kann psychologisch vorbereitet werden.

Das harte Schicksal und entbehrungsreiche Leben der jungen Patienten, ihre Ängste und Verleugnungen, ihre Gefügigkeit und Auflehnung, ihre Einstellung zu Hoffnung und Resignation, Genesung oder Tod werden geschildert, psychoanalytisch verstanden und den Kindern bei der Bewältigung dieser Probleme geholfen.

Das Rainbow-Krankenhaus, in einem Vorort von Cleveland, Ohio ist ein Langzeitkrankenhaus, in dem die meisten der Kinder monatelang, manche sogar jahrelang in Gips oder nach chirurgischen Eingriffen verbleiben. Dieses Krankenhaus muß nicht nur für die physische Wiederherstellung, sondern auch für das psychische Wachstum und die Erziehung der Kinder Vorsoge treffen.

Für jedes Kind ist eine normale emotionale Abhängigkeit der Kinder von ihren Eltern für ihre Entwicklung von größter Wichtigkeit. Die Beziehungen in einem Krankenhaus können deswegen für die Familienbeziehungen nur ein schaler Ersatz sein. Akzeptiert man diese Fakten, so ist die Lockerung der Besuchsvorschriften eine unausweichliche Konsequenz. In Rainbow können die Eltern ihre Kinder jederzeit besuchen, sie können der physikalischen Therapie ihrer Kinder zuschauen; oder die Kinder spielen mit den Geschwistern, während die Eltern mit dem Arzt oder den Schwestern sprechen. Die kleineren Kinder genießen es, von ihren Müttern zu Bett gebracht und eingekuschelt zu werden, während die älteren stolz sind, möglichst lange mit den Eltern aufzubleiben. Den Eltern wird auch durch das Pflegepersonal demonstriert, wie mit Idiosynkrasien oder Abneigungen gegen bestimmte Speisen, die bei kranken Kindern in viel stärkerem Maß auftreten, umgegangen wird. Die Abneigung wird respektiert, Eßlust ohne Zwang angeregt und Essen nur in kleinen Mengen vorgesetzt.

Die Kooperation der Mutter ist oft die Voraussetzung dafür, daß die Kinder in unangenehme Maßnahmen einwilligen, z. B. steht Shirley, ein 5jähriges Mädchen, ständig aus dem Bett auf, obwohl sie strengste Bettruhe einhalten soll. Sie wird mit einer Jacke an das Bett gebunden, woraus die Mutter sie wieder befreit. Erst als die Mutter ihre eigenen Gefühle der Schmach, die diese Situation für sie selbst bedeutet, begriffen hat, kann sie ihrer Tochter die Notwendigkeit dieser Maßnahme

vermitteln und bindet die Tochter am Bett wieder fest.

Älteren Kindern fällt es leichter, Beziehungen zum Pflegepersonal aufzunehmen. Sie können zwischen den verschiedenen Rollen der Erwachsenen unterscheiden, indem sie an Vater, Mutter, Lehrer, Arzt und Krankenschwester jeweils andere Erwartungen stellen. Jedoch ist die Pflege der Kleinsten eine fast übermenschliche Aufgabe. Ein Kleinkind, dessen Körper bisher ausschließlich von der Mutter gepflegt und betreut wurde, ist nicht in der Lage zu verstehen, daß die Mutter sich ihm entzieht, wenn das Kind die Mutter am intensivsten braucht. Fremde Hände, die das Kind pflegen, vergrößern die Not des kleinen Kindes. Die Kinder richten daher eine intensive und permanente Feindseligkeit gegen die pflegenden Schwestern und verhalten sich so, als hätten die Pflegerinnen ihre Mutter vom Platz bei ihnen verdrängt.

Vernachlässigte Kinder dagegen, die im Elternhaus zuwenig Liebe und Zuwendung bekommen haben, geraten in große Freude, wenn sie bemerken, daß man sich um ihr Wohlergehen sorgt und danken Ärzten und Schwestern mit Anhänglichkeit und Ergebenheit.

In einem kurzen Kapitel wird die Vorbereitung auf die Operation bearbeitet. Früher hielt man es für besser, Kinder auf einen chirurgischen Eingriff nicht vorzubereiten, um keine angstvolle Erwartung zu wecken. Jede Ankündigung eines Eingriffs erweckt Angst, selbst wenn es sich nur um kleine Eingriffe wie Mandeloperation, Blinddarmoperation, Entfernung von Polypen oder Bruchoperationen handelt. Es entstehen hier bewußte Erwartungen von Schmerz, Unbehagen, Verlust oder Verstümmelung. Das Ich des Kindes kann die Grenzen zwischen Bewußtem und Unbewußtem, Wirklichkeit und Einbildung, Vernunft und Affekt noch nicht ziehen. So vermischen sich leicht archaische Ängste aus allen Entwicklungsphasen mit realen Gefahren, so daß das Kind medizinische Eingriffe oft mit Strafe, Operation mit Kastration verwechselt.

Im Idealfall müßte der Erwachsene, der das Kind vorbereitet, über detaillierte Informationen verfügen; er müßte wissen, ob und wann es Operationen im Familien- oder Freundeskreis gegeben hat, ob das Kind schon vorher einen chirurgischen Eingriff erlitten hat und wie es darauf vorbereitet wurde. Darüber hinaus sollte man wissen, wie das Kind sich in Gefahrensituationen verhält, und diese wiederum müßte man in Beziehung setzen sowohl zur Trieb- und Ich-Entwicklung des Kindes als auch zu seinen Phantasien. Nur wenn innere und äußere Realität des Kindes verstanden werden, kann es annähernd auf eine Operation vorbereitet werden. Auf der präverbalen Lebensstufe des ersten Lebensjahres vermag nur die Mutter eine Vorbereitung durchzuführen. Hier ist es von großer Wichtigkeit, daß die Mutter auch im Prozeß der Genesung verfügbar ist und immer wieder Trost geben kann.

Die schwierigste Gruppe betrifft Kinder zwischen dem ersten Lebensjahr bis zu zweieinhalb Jahren. In diesem Alter können die Kinder

weder Gefühle verbal ausdrücken noch Erklärungen begreifen. Auf Schwierigkeiten reagieren sie deshalb oft mit Panik oder Regression.

Anna Freud weist darauf hin, daß die seelischen Entwicklungsschwierigkeiten des Kindes durch die Psychoanalyse erkannt und der Erziehung zugute kommen konnten. Jedoch sind die tiefenpsychologischen Folgen, resultierend aus körperlichen Krankheiten, kaum bearbeitet: Das vorliegende Buch ist ein ausgezeichneter Beitrag für alle die mit Kindern arbeiten.

Gisela Ammon (Berlin)

Horst-Eberhard Richter, Dieter Beckmann

Herzneurose

Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1969, 147 S., 12 Abb., 18 Tab., DM 18,—

H.-E. Richter, Direktor der Psychosomatischen Klinik der Universität Gießen und *D. Beckmann*, als Psychologe Assistent an derselben Klinik, richten sich mit ihrer Monographie der funktionellen Herzsymptome an den praktischen Arzt und Internisten. Das psychosomatische Syndrom der Herzneurose — *Freud* hatte es in die Gruppe der Angstneurosen aufgenommen — wird nach einem historischen Überblick von internistischer und psychodynamischer Seite beleuchtet, neben der Klärung der Nomenklatur und der Beschreibung der Symptomatologie wird auf soziologische, testpsychologische und therapeutische Aspekte eingegangen. Eigene Untersuchungen an Patienten der Gießener Klinik werden in die Darstellung einbezogen.

Die Kapitel über die Psychodynamik der herzneurotischen Patienten sind der zentrale Beitrag des Buches. Deutlich ist von den Autoren neben den phobischen Elementen — Herzbeschwerden als Angstäquivalente — die von diesen verdeckte, stets vorliegende depressive Struktur herausgestellt worden. Die typische Auslösesituation für dieses Syndrom besteht in Trennungserlebnissen, besonders in Todesfällen in der Umgebung des Patienten. In der Kindheitsgeschichte wurden in der Regel Anhaltspunkte für Störungen der „Ausbildung von Selbstsicherheit" (S. 25) gefunden, ausgeübt von Müttern, „welche die späteren Patienten als Kinder sehr stark symbiotisch an sich gebunden und in bestimmter Weise eingeschüchtert haben" (S. 26), sie haben die „Autonomiebestrebungen ihres Kindes" (S. 64) behindert.

Die Autoren lehnen die klassische Analyse als therapeutische Methode zur Behandlung von Patienten mit funktionellen Herzsymptomen ab, sie halten besonders Gruppenpsychotherapie für indiziert, die sie mit in ihrer Klinik stationär aufgenommenen Patienten durchführen konnten.

Besonders für den psychologisch nicht vorgebildeten Arzt ist das Buch wegen der Einbeziehung internistischer Ergebnisse und differentialdia-

gnostischer Hinweise aufschlußreich und auch als Einführung in die Psychodynamik psychosomatischer Erkrankungen zu begrüßen. Es werden für den praktischen Arzt Vorschläge für therapeutisches Verhalten gemacht und auf mögliche Gegenübertragungsreaktionen hingewiesen. Drei charakteristische Falldarstellungen, ein ausführliches Literaturverzeichnis und ein Sachregister schließen das lesenswerte Buch ab.

Mathias Hirsch (Berlin)

Dietrich Stollberg
Seelsorge durch die Gruppe
Vandenhoeck & Ruprecht Verlag, Göttingen, 1971, 217 Seiten, DM 19,80

Dietrich Stollberg legt mit diesem Buch eine Übersicht seiner Arbeit im Rahmen der Pastoralpsychologischen Seminare an der Universität Erlangen-Nürnberg vor. Die Gruppenarbeit in diesen Seminaren hatte als Ziel „die Schulung des Einfühlungsvermögens für die seelsorgerliche Praxis". Dies ist auch das Ziel dieses Buches: Aus der Praxis kommend bietet es eine umfassende Information über Fragen und Probleme, die bei seelsorgerlicher Arbeit in Gruppen auftreten. Der Autor setzt für dieses Buch die „gründliche Selbsterfahrung seiner Leser voraus". Erst eine solche eigene Erfahrung ermöglicht es dem Seelsorger, diese Informationen über das Geschehen in einer Gruppe zu verstehen und für seine Arbeit fruchtbar zu machen.

Ausgehend von der zentralen Bedeutung, die der Gruppe schon immer in der Geschichte der Kirche zukam, gibt *Stollberg* einen Überblick über verschiedene Gruppenmodelle mit ihren jeweiligen Lernzielen. Der zweite Teil des Buches beschreibt die Konstituierung und den Prozeß des Werdens und Arbeitens einer Gruppe bis zu ihrer Beendigung. Ausführlich werden die dabei auftauchenden Probleme wie die Kriterien der Zusammensetzung einer Gruppe, die Phasen des Gruppenprozesses, die Rolle und Funktion des Gruppenleiters und Krisen einer Gruppe unter gruppendynamischer und psychoanalytischer Sicht dargestellt und interpretiert. So erhält der Leser die Möglichkeit, ein und dasselbe Gruppengeschehen gruppendynamisch und (oder) psychoanalytisch, entsprechend seiner eigenen Erfahrung wahrzunehmen und zu verstehen. Prägnante Protokollausschnitte machen diese Darstellung lebendig und anschaulich.

Im dritten Teil des Buches beschreiben *Stollberg* und andere Autoren spezielle Gruppen und deren Arbeitsweise: Ehepaar-, Familien- und Lerngruppen. An praktischen Beispielen wird hier über die Bedeutung der Gruppendynamik besonders für die Lerngruppen berichtet. In seiner Kürze und Zufälligkeit bleibt dieser Teil unbefriedigend und findet keinen Zusammenhang im Rahmen des Buches.

Schließlich geht *Stollberg* auf die theologische Interpretation der Seelsorge ein und versucht einen Beitrag der Theologie für die Seelsorge zu

leisten. Seit *Paul Tillich* ist die Bedeutung der Psychoanalyse für das Selbstverständnis und den Vollzug der Theologie erkannt. Erst allmählich freilich beginnt diese Erkenntnis sich gegen Dogmen der dialektischen Theologie durchzusetzen. Im Rahmen dieser Auseinandersetzung ist der Versuch *Stollbergs*, die Seelsorge in ihrem Verhältnis zu den Humanwissenschaften auf der einen und zur Theologie auf der anderen Seite einzuordnen, hilfreich.

Für Pastoren und darüber hinaus für alle, die in Gruppen arbeiten, ist die Lektüre dieses Buches ein Gewinn, sofern sie als Ziel ihrer Arbeit mit *Stollberg* die „Befreiung der einzelnen wie der Gruppe von emotionaler Abhängigkeit untereinander sowie vom Leiter" ansehen.

Manfred Link (Berlin)

Hartwig Röhm

Kindliche Aggressivität
Raith Verlag, Starnberg, 1972, 176 Seiten, DM 9,80

Gegenüber der lärmenden, durch die Fragestellung der Friedensforscher höchst aktuellen Aggression der Erwachsenen ist das Problem kindlicher Aggressivität etwas aus dem Blickfeld der Öffentlichkeit gerückt. Dabei scheint es praktisch nicht weniger wichtig, denn gerade im Umgang mit dem kindlichen Adgredi der Umwelt entscheidet sich ja, ob und in welchem Ausmaß ursprünglich konstruktive Aktivität in destruktive Aggression „umgebogen" oder verwandelt wird.

Hartwig Röhm hat nun in einem kurzen Buch untersucht, was an den gegenwärtig diskutierten Aggressionstheorien für eine „Theorie und Praxis konfliktlösender Erziehung" wesentlich ist. Er weist auf den einseitigen Biologismus der Konzeption von *Konrad Lorenz* ebenso hin wie auf das Versagen einer starren Frustrations-Aggressions-Hypothese, mit der sich die Yale-Schule (*Dollard, Miller* u. a.) den Blick auf die Notwendigkeit von Frustrationen (etwa um konstruktive Lösungen zu stimulieren) verstellt hat.

Ohne eine eindeutige Position zu beziehen oder eine Synthese der unterschiedlichen Interpretationen aggressiven Verhaltens zu versuchen, neigt *Röhm* am ehesten einer gemäßigt orthodoxen, psychoanalytischen Auffassung zu. Offensichtlich hat er manche der zitierten Autoren nur recht flüchtig gelesen: den *Lorenz*-Schüler *Wolfgang Wickler* zitiert er konsequent als „*L. Winkler*"; *Günter Ammons* Theorie der Aggression als Ich-Funktion findet sich unter die Frustrations-Aggressions-Theorie subsumiert. Diese Mängel werden freilich durch die sonst außerordentlich materialreiche Arbeit ausgeglichen, vor allem durch den zweiten Teil, der dem pädagogischen Umgang mit kindlichen Aggressionen gewid-

met ist und eine Reihe unterschiedlicher Positionen kritisiert: Die unreflektierte Prügelpädagogik à la *Hävernick*, welche „Schläge als Strafe" eben deshalb feiert, weil sie von einer Mehrheit der Bevölkerung gutgeheißen werden, aber auch das „Hohelied des Gehorsams" laut *Elisabeth Plattner* („ein Lehrstück unechter und verlogener, aufdringlicher Vertrauenspädagogik, der sich ein Kind noch weniger entziehen kann als brutaler physischer Gewalt").

An Vorbildern wie *Aichhorn* und *Zulliger* orientiert, plädiert *Röhm* für „Hellhörigkeit und Sensibilität für unsere eigene Aggressionsneigung im Umgang mit Kindern" und wendet den Begriff *Mitscherlichs* von der „ungekonnten Aggression" auf das Verhalten des Erziehers an, der sich — angeblich um dem Kind zu dienen — nur am eigenen Wohlergehen orientiert. Ebenfalls „ungekonnte Erzieheraggression" sei aber auch ein Verhalten, das auf Kosten der Tragfähigkeit des Erwachsenen den Impulsen des Kindes in allen Stücken ängstlich nachgibt. (*Mitscherlich* versteht unter ungekonnter Aggression freilich etwas anderes: die unkontrolliert hervorbrechende, nackte Destruktion, die ein solcher Erzieher, der „es ja nur gut meint", eben nicht verwirklicht).

Mit dem Postulat: „Eltern und Erzieher haben nicht nur die Aufgabe, ihre Kinder Liebe zu lehren, sondern auch die Verpflichtung, deren Haßgefühle anzunehmen, überfordert *Röhm* wohl die Eltern aufgrund einer vorgefaßten, wahrscheinlich falschen Theorie. Viel spricht nämlich dafür (man denke an die einschlägigen Arbeiten von *Gisela Ammon*), daß es solche kindlichen Haßgefühle in der ungestörten kindlichen Entwicklung gar nicht geben muß.

Wolfgang Schmidbauer (München)

Piet Nijs

Psychosomatische Aspekte der oralen Antikonzeption
Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1972, 111 Seiten, ktn. DM 24,—

In unserem „antikonzeptiven" Zeitalter ist die anfängliche Euphorie über die zuverlässige und bequeme Anwendung der oralen Antikonzeption inzwischen etwas gedämpft, obwohl die Verhütung eine vollständige psychosexuelle Entfaltung ohne Schwangerschaftsängste versprach. Heute ist der Arzt mit einem vielfältigen Spektrum von Funktionsstörungen konfrontiert, die auf unbewußten psychischen Konflikten basieren. Zwar ist schon eine Fülle von Publikationen über den physiologisch- chemischen Wirkungsmechanismus der oralen Antikonzeption erschienen, aber der psychopathologische Aspekt wurde dabei außer acht gelassen. In der somatisch orientierten Medizin konnte sich nur mühsam die Einsicht durchsetzen, daß Antikonzeptionsprobleme auch psychosoziale Ursachen haben können. Deshalb trifft der Patient mit seinen emotionalen Konflikten

meist auf einen Arzt, dessen Ausbildung in diesem Gebiet mangelhaft ist und dessen eigene Ängste vielfach interferieren mit dem Studium sexueller Probleme bei Patienten. Das Buch schließt so eine entscheidende Lücke, indem es dem Arzt tiefere Einsicht in die psychodynamischen Hintergründe der oralen Antikonzeption vermittelt.

Mit der oralen Antikonzeption wurde die Verbindung von Sexualität und Fortpflanzung grundsätzlich aufgehoben. Damit ist aber nicht nur das Selbstverständnis der Frau, ihre Identifikation als Mutter in Frage gestellt, sondern auch ihre Einstellung zur Sexualität. Daher ist es nicht verwunderlich, daß die orale Antikonzeption nicht gleich akzeptiert werden konnte. Tiefverwurzelte Vorstellungen, die durch Erziehung, kirchliche und gesellschaftliche Leitbilder konservativ traditionell geprägt wurden, stehen dem entgegen.

„Das Bild des antikonzeptiven Syndroms", sagt der Verfasser in seiner Einführung, „ist zu erkennen im breiteren gesellschaftlichen Rahmen des antisexuellen Syndroms". An einer Fülle von psychoanalytisch orientierten Untersuchungen wird gezeigt, wie affektgeladen die Einstellung vieler Menschen unserer Gesellschaft zur oralen Antikonzeption ist und wie heftig die Abwehr trotz des emanzipatorischen Charakters der Verhütungsmittel bleibt. Angstsymptome, Potenzstörungen, Anpassungsstörungen und somatische Beschwerden sind die Folge dieser unbewältigten Konflikte. Aufgrund seiner Studien konnte der Verfasser feststellen, daß Störungen nach Einnahme von Antikonzeptiva vielfach auf dem krankhaft aufrechterhaltenen Widerstand gegen jede Trennung des Begriffspaares Sexualität und Fortpflanzung beruhen. Die von dem Prinzip der Fortpflanzung losgelöste Sexualität behält ihren verbotenen, strafbaren Charakter bei und wird so als schuldbeladen erlebt. Nachlässigkeiten in der Einnahme der Antikonzeptiva konnten interpretiert werden als Verlangen nach einer Schwangerschaft, die eine Buße sein sollte für verbotene Sinnenlust. Auch wird die Antikonzeption vielfach als Verstoß gegen die biologische und göttliche Ordnung erlebt, was mit Not und Schuld verbunden ist. Die Schwangerschaftsprävention wird so unbewußt als Abtreibung empfunden, als destruktive Handlung, die das neue, aufkeimende Leben tötet. Die hormonale Medikation provoziert in jedem Fall eine ernsthafte Auseinandersetzung mit der eigenen Geschlechtlichkeit und Identität. Furcht vor Identitätsverlust und Entwertung des sexuellen Verkehrs bei verhüllten Schwangerschaftswünschen sind psychologische Ursachen für eine unbewußte Ablehnung der Antikonzeption. So kann in einigen Fällen die orale Antikonzeption geradezu eine psychotraumatische Bedeutung haben, indem bei neurotischen Persönlichkeiten die Antikonzeption als einschneidende Verletzung der körperlichen Integrität erlebt wird. Der Autor zeigt deutlich, daß die orale Antikonzeption kein Hilfsmittel ist, das sozusagen außerhalb des Patienten eine neutrale Stellung einnimmt, sondern immer findet ein Eingriff in das

psychosexuelle Leben und in die neurotische Problematik statt. Während diese Medikation schon für die gesunde Frau eine ernsthafte Auseinandersetzung mit ihrer Identität bedeutet, kann bei einer neurotischen Struktur durch die Aktivierung von Konflikten eine psychische Dekompensation erfolgen. „Die orale Antikonzeption kann in solchen Fällen geradezu als Neurosendetektor fungieren". Eindringlich weist so der Autor auf die große Verantwortung des Arztes hin, der der Patientin psychomedizinische Hilfe geben soll. Dazu benötigt der Arzt neben einer entsprechenden Vorbildung selbst eine gesunde psychosexuelle Einstellung zur Antikonzeption. Der sexuell gehemmte Arzt befreit die Patientin nicht von Schuldgefühlen, sondern überträgt seine eigenen Ängste und Widerstände in der therapeutischen Situation. Im weiteren Rahmen fordert der Autor eine freiere Sexualerziehung in Elternhaus, Kindergarten und Schule, damit der segensreiche Aspekt der oralen Antikonzeption zur Geltung kommen und eine befriedigende sexuelle Partnerschaft ohne Schuldgefühle und Schwangerschaftsängste erlebt werden kann.

Das hervorragend medizinisch und psychoanalytisch fundierte Buch ist mit seinen reichhaltigen Fallbeispielen ein wichtiger Ratgeber für jeden, der im ärztlichen Bereich tätig ist.

Karin Ammon (Berlin)

Zu dem in Heft 16/1972 besprochenen Werk, Wolfgang Schmidbauer/Jürgen vom Scheidt, Handbuch der Rauschdrogen, teilt uns der Verlag mit, daß inzwischen auch eine preisgünstige Paperbackausgabe zu DM 14,80 erschienen ist.

V. Internationales Symposium für Analytische Gruppentherapie

vom 1.—7. August 1973 in der Tagesklinik für Intensive Gruppenpsychotherapie Stelzerreut in Kumreut bei Passau im Bayerischen Wald.

Erste Ankündigung.

Referate zum Thema des Symposiums

„Theorie und Technik der Gruppenpsychotherapie von Psychosen"

bitten wir, an die wissenschaftliche Leitung des Symposiums, Dr. med. *Günter Ammon*, 1 Berlin 15, Wielandstraße 27/28 zu senden. Die Referate sollten nicht länger als 30 Minuten dauern. Einsendeschluß für die Synopsen ist der 31. März 1973. Einsendeschluß für die Referate ist der 1. Mai 1973.

Geeignete Referate werden in der internationalen Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse „Dynamische Psychatrie/Dynamic Psychiatry" oder eventuell gesammelt in Buchform durch den Verlag Pinel-Publikationen Berlin, 1 Berlin 15, Wielandstraße 27/28 veröffentlicht.

Während des Symposiums finden sechs Arbeitsgruppen statt, für die wir um rechtzeitige Anmeldung bitten.

Arbeitsgruppe 1

Die Strukturierung therapeutischer Gruppen — Auswahl und Zusammensetzung von psychotherapeutischen Gruppen mit psychotisch reagierenden Patienten — homogene oder heterogene Gruppen.

Arbeitsgruppe 2

Therapeutische Techniken der Psychosenpsychotherapie in bzw. mit Gruppen. (Co-Therapeuten, direkte Interpretation, Rollenspiel, kombinierte Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Anwendung von Psychopharmaka, vorübergehende Klinikaufenthalte, Zusammenarbeit mit Familienmitgliedern, Wohngemeinschaften)

Arbeitsgruppe 3

Die Familienmitglieder des psychotisch reagierenden Patienten — Formen der Kooperation mit ihnen bis hin zur psychoanalytisch orientierten Familiengruppentherapie.

Arbeitsgruppe 4

Die besondere Bedeutung der die Gruppenpsychotherapie erweiternden Milieutherapie und die Rolle der therapeutischen Gemeinschaften.

Arbeitsgruppe 5

Theoretische Konzepte der Psychosenpsychotherapie unter besonderer Berücksichtigung der psychoanalytisch orientierten Schizophreniepsychotherapie.

Arbeitsgruppe 6

Der Einfluß der Institutionsstruktur auf die Psychosenpsychotherapie.

Die Arbeitsgruppen bilden den wesentlichen Bestandteil des Symposiums. Die nicht länger als 30 Minuten dauernden Referate sollen zur Diskussion in den Arbeitsgruppen anregen.

Die Kongreß-Sprachen sind deutsch und englisch.

Eingeladen zur Teilnahme sind: Psychoanalytiker und Psychiater, die Erfahrung in der Gruppenpsychotherapie und der Psychosentherapie besitzen, sowie fortgeschrittene Ausbildungskandidaten psychoanalytischer Fachgesellschaften.

Die Teilnahmegebühr (auch für Referenten) beträgt DM 300,—, für noch in Ausbildung befindliche Personen DM 200,—. Die Registration zur Teilnahme ist erst nach erfolgter Überweisung der Kongreßgebühr auf das Konto Nr. 510 500 202 der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft e. V. bei der Berliner Commerzbank gültig.

Alle Fragen bezüglich der Organisation bitten wir an Herrn *M. S. El-Safti,* Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik (LFI), 1 Berlin 15, Wielandstraße 27/28, Telefon: 03 11 — 8 83 92 24/8 83 93 24 zu richten.

Über die Unterbringung in Hotels oder Pensionen erteilen folgende Fremdenverkehrsämter Auskunft:

Fremdenverkehrsamt Freyung, 8393 Freyung, Bayerischer Wald

Fremdenverkehrsamt Waldkirchen, 8392 Waldkirchen, Niederbayern

Fremdenverkehrsamt Röhrnbach, 8391 Röhrnbach über Passau.

V. International Symposium on Analytic Group Therapy

held from August 1st.—7th., 1973 at the Day-Hospital for Intensive Group Psychotherapy Stelzerreut in Kumreut near Passau in the Bavarian Forest, organized by the German Academy for Psychoanalysis (Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e. V.) and the German Group Psychotherapeutic Society (Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft (DGG) e. V.)

The leading theme will be:

Theory and Technique of the Group Psychotherapy of Psychoses

Papers should be submitted to *Günter Ammon,* M. D., 1 Berlin 15, Wielandstraße 27/28. The synopses of the papers should be sent before: March 31st.

Papers admitted should be sent before: May 1 st., 1973.

Since the symposium will mainly focus on workshops the papers should not be longer than 30 minutes.

Selected papers held at the Symposium will be published in the „Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry", the International Journal for Psychiatry and Psychoanalysis, or collected in a book, edited by Pinel-Publikationen Berlin.

Workshops

1. The structuring of therapy groups — selection and structuring of psychotherapy groups with psychotically reacting patients — homogeneity versus heterogeneity.

2. Techniques in the psychotherapy of psychoses in — and with — groups. (Use of co-therapists, direct interpretation, role play, combined individual and group psychotherapy, use of psychopharmaca, temporary hospital-stays, cooperation with family members, communes)

3. The family group of the psychotically reacting patient — forms of cooperation ranging from interviews with individual family members to analytically oriented family group therapy.

4. The special significance of milieutherapy and the role of therapeutic communities.

5. Theoretical conceptions of the psychotherapy of psychoses with special reference to psychoanalytically oriented psychotherapy of schizophrenia.

6. Influences of institutional structures on the psychotherapy of psychoses.

Congress languages will be German and English.

Eligibility: The symposium is open to psychoanalysts and psychiatrists experienced in group psychotherapy and in the psychotherapy of psychoses, as well as to advanced candidates of psychoanalysis.

The fees for the Symposium will be DM 300,— per person (referents included) and DM 200,— for candidates. The registration is not valid unless the fee is remitted to the bank account of the Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft (DGG) e. V. at the Berliner Commerzbank, cto. 510 5002 02.

All correspondence concerning the organization of the Symposium should be adressed to the Organization Committee of the 5. International Symposium, Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik (LFI) Berlin, 1 Berlin 15, Wielandstraße 27/28, tel.: (03 11) 8 83 92 24/8 83 93 24.

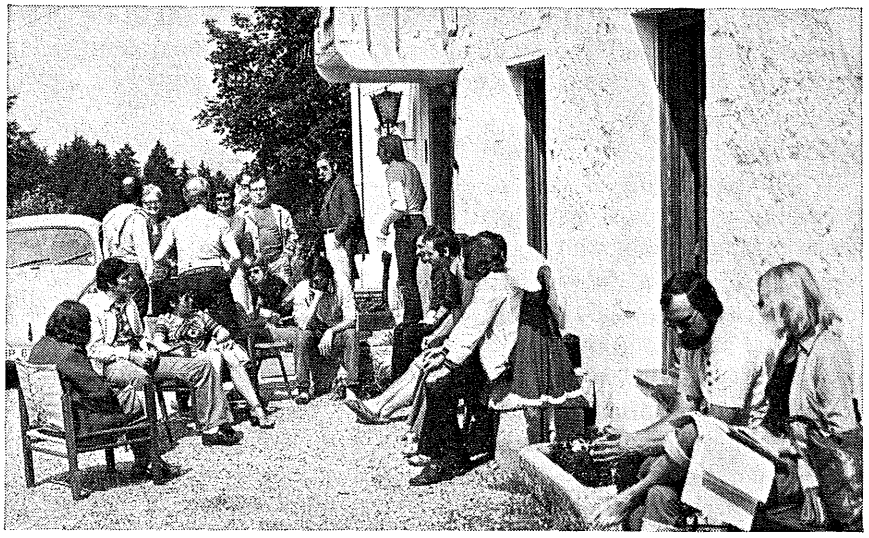
Participants in the Symposium are invited to arrange their own accommodations. We suggest to address to the following tourist-offices:

Fremdenverkehrsamt Freyung, 8393 Freyung, Bayerischer Wald

Fremdenverkehrsamt Waldkirchen, 8392 Waldkirchen, Niederbayern

Fremdenverkehrsamt Röhrnbach, 8391 Röhrnbach über Passau

The congress address will be: Tagesklinik für Intensive Gruppenpsychotherapie Stelzerreut, 8391 Kumreut ü. Passau, tel. (08 55 1) 45 66.



Während der Klausurtagung Stelzerreut 1972 vor der Tagesklinik

Günter Ammon während seines Vortrags in Rom in der Ignatius-von-Loyola-Universität, in Verbindung mit dem Istituto Psicoterapia Analitica Individuale e di Gruppo, am 17. 5. 1972 über „Prozesse von Ich- und Aggressionsentwicklung in der analytischen Gruppenpsychotherapie"

IV. Internationales Forum für Psychoanalyse in New York vom 28. September — 2. Oktober 1972

Vom 28. 9.—2. 10. 1972 fand in New York das IV. Internationale Forum für Psychoanalyse statt, an dem eine neunköpfige Delegation der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e. V. unter der Leitung von *Günter Ammon, Jan Pohl* und *Dietrich v. Kries* teilnahm. Das internationale Forum, das von der Föderation psychoanalytischer Gesellschaften veranstaltet wird und dieses Jahr vom *William Alanson White Institute* in New York organisiert worden war, wurde von etwa 100 Teilnehmern aus den USA, den Lateinamerikanischen Staaten und aus Europa besucht. Es stand unter dem Leitthema: „Das Irrationale in der Psychoanalyse: Theoretische und klinische Aspekte".

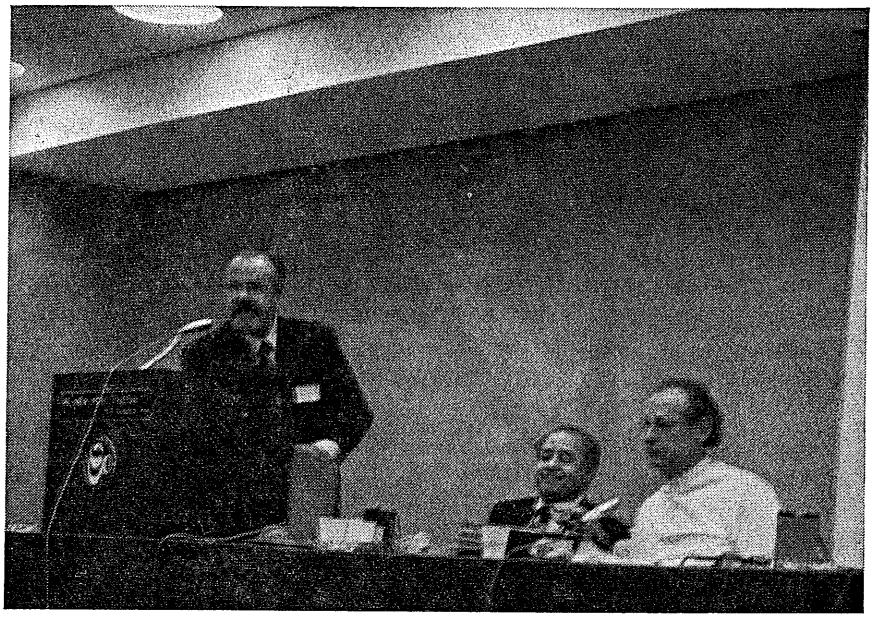
Die Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e. V. wurde am Eröffnungstag durch einen Vortrag von *Günter Ammon* repräsentiert: „Der Traum als Ich- und Gruppenfunktion." *Ammon* erweiterte die psychoanalytische Lehre vom Traum durch das Gruppenkonzept, das, wie er darstellte, bereits bei *Freud* zu finden ist, z. B. bei den Gruppen von Verdichtungen, Vorstellungen, was allerdings von *Freud* nicht weiter verfolgt wurde, nicht zuletzt der Konflikt der Familiengruppe.

Ammon wies überzeugend nach, daß in jedem Traum sowohl die primäre wie die aktuelle Lebensgruppe, aber auch die Gruppen von Vorstellungen dargestellt werden, deren Analyse notwendig ist. Besonders bestärkt wurde das *Ammon*sche Konzept durch seine Befunde bei der Gruppenanalyse. Fußend auf *Isakower* und *B. Lewin* stellte er auch für die analytische Gruppe eine dream screen fest, die dann auftritt, wenn sich das Gruppen-Ich gebildet hat, und auf deren Hintergrund dann die ersten Träume in der Gruppe geträumt werden.

Essentiell für *Ammon* ist der Fokus hinsichtlich der Identität und Identitätserweiterung bei der Traumanalyse. Beide oben ausgeführten Thesen wurden durch traumanalytische Beispiele belegt.

Das anschließende Referat von *Horus V. Brazil* (Rio de Janeiro) zu dem Thema „Bedeutungsvolle Träume in der Gruppenbehandlung" führte zu einem erfreuten Erstaunen, da er, ohne in Kontakt mit *Ammon* gestanden zu haben, dessen Thesen mit Traumbeispielen und der Handhabung des gruppenanalytischen Prozesses belegte.

Gislinde Bass und *Dietrich v. Kries* nahmen mit einem Kurzvortrag an einem Panel über Probleme der Adoleszenz und der Jugend teil. Ihre Hauptthese war, daß die pathologischen Probleme der verlängerten Adoleszenz denen der narzißtischen Charakterstörung vergleichbar sind, daß die Jugendlichen Angst vor einer eigenen Identität haben und es vorziehen, in die Umklammerung mit „grandiosen" Objekten, wie politisie-



Günter Ammon bei seinem Vortrag auf dem IV. Internationalen Forum für Psychoanalyse in New York am 30. 9. 1972 zu dem Thema „Der Traum als Ich- und Gruppenfunktion"

rende Gruppen, symbiotische Partnerbeziehungen und narzißtische Gruppen im allgemeinen zu flüchten.

Auf einem Panel über Supervision referierte von der DAP *Jan Pohl* und stellte die wesentlichen Punkte des Supervisionsprozesses heraus, wie die Analyse der Gegenübertragung, der Reflexion der therapeutischen Situation hinein in die Supervisionssituation, die dynamische Situation der Supervision, nämlich, daß in den therapeutischen Prozeß eine dritte Person eingebaut wird, was zur Distanzierung des Therapeuten von den regressiven Momenten der analytischen Situation führt, ferner die Berücksichtigung der Angst des berichtenden Ausbildungskandidaten und dadurch blockierte Lernprozesse; Vermeidung von Als-ob-Supervision, was zu einer intensiven und weitgehenden Diskussion der am Berliner Zentralinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e. V. durchgeführten Supervision führte.

In der speziellen Kongreßnummer des Newsletter des *William Alanson White Institutes* war ein Abstract einer Arbeit *Ammons* über „Brauch und Mißbrauch der Lehranalyse" in deutscher, englischer und spanischer Sprache als Leitartikel erschienen, der ebenfalls zur Diskussion von Fragen der psychoanalytischen Ausbildung beitrug.

An besonders wichtigen Beiträgen seien erwähnt:

Paul Matussek (München), „Glauben und Ideologie: Rationale und irrationale Gesichtspunkte“, *Armando Suarez* (Mexico D. F.), „Psychoanalyse und Ideologie“, *T. A. Schelkopf* (Starnberg), „Psychoanalytische Aspekte politischer Verführung und Verführbarkeit“, *Silvano Arieti* (New York), „Zwei Arten der Irrationalität“, *Friedrich Beese* (Stuttgart), „Übertragung und Gegenübertragung bei stationär durchgeführter psychoanalytischer Behandlung“, *Igor Caruso* (Wien), „Genügt die psychoanalytische Ratio zur Aufhebung der destruktiven Irrationalität?“, *Tess Forrest* (New York), „Gewalttaten in der Familie“, *Ferdinand Knobloch* (Vancouver), „Zur theoretischen Integration der Psychotherapien“, *Fritz Riemann* (München), „Psychoanalyse und Astrologie“, *David E. Schecter* (New York), „Das ideale Selbst und das andere“, *Gerard Chrzanowski* (New York), „Das rationale Es und das irrationale Ich“, *Gaetano Benedetti* (Basel), „Das Irrationale im schizophrenen Prozeß“.

Zu einem besonderen Ereignis wurde die gemeinsame Tagung des Kongresses mit der Amerikanischen Akademie für Psychoanalyse, auf der *Marianne Horney Eckardt* (Washington D. C.) über die „Veränderte Auffassung des Irrationalen und ihren Einfluß auf Behandlungsmethoden“, *Erik D. Wittkower* (Montreal) über „Magisches Denken und die Integration psychoanalytischer und anthropologischer Theorien“ u. a. sprachen.

Viele bedeutende Referate und Workshops können hier aus Raumgründen nicht weiter erwähnt werden.

Wichtiges Ergebnis der Teilnahme an diesem Forum waren die vielen freundlichen Kontakte zu verschiedenen psychoanalytischen Gesellschaften und Instituten, darunter dem *William Alanson White Institute*, dem *New York Psychiatric Institute*, dem *Postgraduate Center for Mental Health* u. a. Ein besonderer Höhepunkt war die feierliche Verleihung des *Werner-Schwidder-Awards* an *Franz Heigl*, dem *Ammon* als erster sehr herzlich gratulierte.

Petra Schneider und *Peter Moldenhauer* (Berlin)

Wochenendseminar zur ärztlichen Fortbildung „Dynamische Psychiatrie”

In Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis „Dynamische Psychiatrie“ veranstaltete die Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e. V. am 14.—15. Oktober in den Räumen des Lehr- und Forschungsinstituts für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik (LFI) ein Wochenendseminar zur ärztlichen Fortbildung unter dem Leitthema: „Dynamische Psychiatrie“. Die Veranstaltung erfreute sich eines starken Interesses, be-

sonders der jungen Psychiater der größten Berliner Nervenkliniken, die sich in lebhaften Diskussionsbeiträgen, vor allem aber auch in einer regen Kommunikation mit den Mitarbeitern des LFI auch außerhalb des offiziellen Veranstaltungsrahmens, ausdrückte.

In seinem Eröffnungsreferat: „Dynamische Psychiatrie — ein multidimensionaler Ansatz in der Psychiatrie" diskutierte Dr. med. *Günter Ammon* theoretische Konzepte, Forschungsergebnisse und die eigenen, in einer zehnjährigen Praxis in den USA gewonnenen Erfahrungen im Aufbau einer Dynamischen Psychiatrie. Im Anschluß an den Vortrag entspann sich eine lebhafte Diskussion der Konzepte *Ammons* mit konstruktiven Beiträgen, welche eine Atmosphäre der Kooperation entstehen ließen, die in der anschließenden Besichtigung der Räume des LFI und des Psychoanalytischen Kindergartens deutlich sichtbar wurde.

Während des ersten Referates am Nachmittag konnte Dr. med. *Jan Pohl* in seinem Vortrag über: „Konversion und ihre Beziehung zur psychosomatischen Symptombildung" das Konversionssymptom, an Hand einer detaillierten Fallbeschreibung, als eine partielle Regression auf der Stufe des Körper-Ichs veranschaulichen. In der symptomatischen Organläsion drückt sich nach *Jan Pohl* gleichzeitig ein Defekt der von *Schilder* als 'body image' bezeichneten Körper-Ich-Vorstellung aus, wie der reparative Versuch seiner archaisch autoaggressiven Restituierung. Die grundsätzliche Unterscheidung zwischen dem Konversionssymptom und dem psychosomatischem Symptom wurde in Frage gestellt.

Zum Abschluß des ersten Tages schilderte *Peter Moldenhauer* in seinem Vortrag „Gruppendynamik in der psychiatrischen Praxis" die Beziehungen zwischen verschiedenen Ich-Zuständen und Interaktionsweisen von Patienten in und mit einer Gruppe. In einem Fallbeispiel wurde die Wiederherstellung typischer Gruppenstrukturen geradezu als Inszenierung der frühkindlichen Problematik eines psychosomatisch reagierenden Patienten transparent.

Die lebendige Kooperation und die im fachlichen Interesse wirkende konstruktive Dynamik des ersten Tages spiegelte sich in der durch die Gäste angeregten Veränderung der frontalen Sitzordnung in eine, der Längsgerichtetheit des Raumes entsprechende, ovale Anordnung der Sitzplätze wieder, was von den Veranstaltern freundlich aufgenommen und vor Beginn der Vortragsreihe des zweiten Tages in die Tat umgesetzt wurde.

Über „Psychoanalytische Kindertherapie", deren Theorie und Praxis, referierte Dr. med. *Regine Schneider* an Hand mehrerer Fallbeispiele, die durch Demonstrationen mit dem Sceno-Test und Kinderzeichnungen an Anschaulichkeit gewannen und den Zuhörern eine intensive Diskussion ermöglichten.

Dietrich v. Kries benutzte in seinem Vortrag über „Psychosomatische Syndrome als Ich-Aufbau-Kategorien" das Konzept der Ich-Grenze, um

zwei Klassen psychosomatischer Symptombildung zu unterscheiden. Das psychosomatische Symptom übernimmt zwei konträre Funktionen. Im Falle überpermeabler Ich-Grenzen kann es neben anderen Symptomen als Abgrenzungsversuch des Ichs von der Umwelt verstanden werden. Sind die Ich-Grenzen rigide geschlossen, öffnet sich das Ich häufig ausschließlich mit Hilfe des psychosomatischen Symptoms zur Umwelt hin und ermöglicht einen rudimentären emotionalen Austausch mit der umgebenden Gruppe. Beide Ich-Störungen werden als frühinfantile Ich-Schädigung begriffen.

Zum Abschluß des Wochenendseminars leitete *Gisela Ammon* eine Panel-Diskussion über die Arbeit und die Entstehung des Psychoanalytischen Kindergartens, in der das Geflecht der Dynamik aller im Kindergarten tätigen Gruppen, seien es Kindergruppen, Elterngruppen und die Gruppe der Mitarbeiter beleuchtet und die Aktivitäten der verschiedenen Gruppen sowie ihre Interaktionen mit- und untereinandetr der interessierten Zuhörerschaft vorgestellt wurden.

Das in solcher Konzeption erstmalig von der Deutschen Akademie für Psychoanalyse durchgeführte Wochenendseminar wurde von allen Beteiligten als eine wissenschaftliche Bereicherung empfunden, welche in einer Atmosphäre offenen Meinungsaustausches und angeregter Kooperation gelingen konnte. Unter diesem Vorzeichen wird die Fortsetzung der Reihe der Wochenendseminare zur ärztlichen Fortbildung der DAP als Notwendigkeit erscheinen müssen.

7. Ordentliche Mitgliederversammlung der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V. am 25. 11. 1972

Auf dieser Sitzung wurde die wissenschaftliche Weiterentwicklung der Psychoanalyse in Theorie und Praxis durch die Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) e. V. begrüßt. Ganz besonders der theoretische Ich-psychologische Ansatz für die psychosomatischen Syndrome, die das psychosomatische Symptom als die Kompensation eines "narzißtischen Defizits" *(Ammon)*, eines in frühester Ich-Entwicklung geschaffenen sogenannten „Lochs im Ich", beschrieb, und die daraus folgenden Konsequenzen für die therapeutische Technik, bei der *Ammon* davor warnte, das psychosomatische Symptom direkt analytisch anzugehen (siehe die in diesem Heft veröffentlichte Arbeit von *Günter Ammon*), und die Weiterentwicklung der *Freud*schen Traumlehre, nicht nur in Hinblick auf die Ich-Funktion des Traumes, sondern besonders *Ammons* Theorie, daß jeder Traum eine für den Träumer wichtige Gruppe mit der für ihn bedeutsamen Dynamik darstellt; das Träumen in der analytischen Gruppe,

träte erst dann ein, wenn die analytische Therapiegruppe zur Gruppe geworden sei, d. h. eine Identität und ein abgrenzendes Gruppen-Ich entwickelt habe. Dann erst können sich auch die einzelnen Mitglieder in der Gruppe abgrenzen, wobei die Gruppe den Traumhintergrund bilde.

Die DAP konnte sich auch in diesem Jahr weiter in ihrer Ausbildung und in ihrer Organisation konsolidieren. Es konnten vierzehn neue Mitglieder aufgenommen werden, darunter drei renommierte Psychoanalytiker, die aus anderen Schulen zu uns gestoßen sind. Die Mitgliederversammlung beschloß, das Mitgliederverzeichnis, das nunmehr 55 Mitglieder umfaßt, zu veröffentlichen, jedoch den Status der Mitglieder als eine vereinsinterne Angelegenheit zu betrachten. Die Mitgliederversammlung erarbeitete ein Ausbildungsprogramm für die Münchener Sektion und beauftragte Frau Dr. *Maria Helmrich* (München) mit Lehranalysen für die DAP im süddeutschen Raum. Die Drs. *Wolfgang Schmidbauer* und *Siegfried Gröninger* wurden mit dem organisatorischen Aufbau beauftragt, während Dr. med. *Jan Pohl* und Dipl.-Psych. *Dietrich v. Kries* von Berlin aus durch regelmäßige Besuche das wissenschaftliche und das Ausbildungs-Programm unterstützen werden.

Als Geschäftsführer für die DAP und der mit ihr affilierten DGG wurde Dr. jur. *Uwe Lehmann-Brauns* eingeführt, als sein Vertreter Dr. jur. *Dietrich Mahlo.*

13. Ordentliche Mitgliederversammlung der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG) e.V. am 26. November 1972

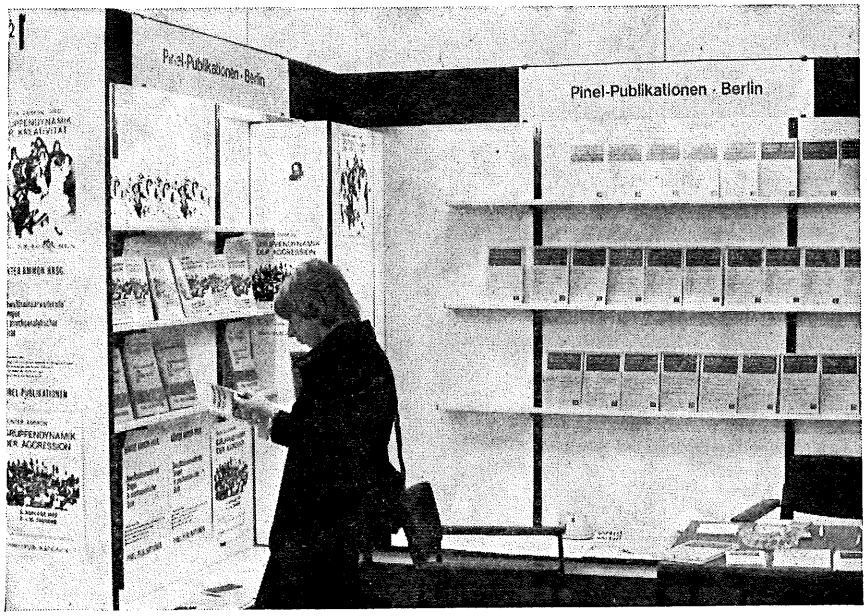
Auch die DGG, die mit der DAP affiliiert ist, konnte sich im letzten Jahr weiter konsolidieren. Es wurde beschlossen, daß sie mit dem im Aufbau befindlichen DAP-Institut in München aufs engste zusammenarbeiten wird. Es konnten zehn neue Mitglieder aufgenommen werden.

Im Mittelpunkt standen die Beratungen über das von der DGG anerkannte gruppendynamische Ausbildungsprogramm und die auf diesem Gebiet im letzten Jahr durchgeführten Lehrveranstaltungen und gruppendynamischen Kurse. Wissenschaftstheoretisch wurde von *Günter Ammon* das Prinzip der von ihm begründeten Analytischen Gruppendynamik in Theorie und Praxis eingehend erläutert.

Der Vizepräsident der Gesellschaft, Akad. Rat *M. S. El-Safti,* lic. lett., beglückwünschte *Ammon* für die Ehrungen, die ihm im letzten Jahr zuteil wurden, u. a. seine Berufung in das Nominating Committee des International College of Psychosomatic Medicine, seine Berufung in den Advisory Board der von S. H. Foulkes (London) herausgegebenen internationalen Zeitschrift „Group Analysis", seine Berufung als Co-Editor an

mehreren internationalen Fachzeitschriften und für die Verleihung der Ehrenbürgerschaft von Paestum/Capaccio; *El-Safti* würdigte diese Ehrungen als Anerkennung der wissenschaftlichen Leistungen der DAP und der DGG.

Einen besonderen Punkt der Mitgliederversammlung bildete der Bericht der Verlagsleitung der Pinel-Publikationen GmbH über die Erfolge des Verlages in Hinblick auf die Verkaufszahlen der Bücher, die immer steigende Abonnentenzahl der „Dynamischen Psychiatrie/Dynamic Psychiatry" im In- und Ausland, so daß die Zeitschrift nunmehr ab 1973 sechsmal jährlich erscheinen wird. Frau *Rave* berichtete über Abschlüsse für Lizenzausgaben und den Erfolg auf der Frankfurter Buch-Messe (s. Bild).



Stand der Pinel-Publikationen GmbH auf der Frankfurter Buchmesse 1972

Unter großem Beifall der Versammlung wurde die *Gemeinnützigkeitsanerkennung der DGG* in drei Punkten bekanntgegeben:

1. *für ihre wissenschaftlichen Leistungen,*
2. *für ihren Beitrag für die Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens und*
3. *für ihren Beitrag auf dem Gebiet der Berufsausbildung.*

Damit erhielt der *Psychoanalytische Kindergarten,* der eine Abteilung der DGG ist, ebenfalls seine Gemeinnützigkeitsanerkennung.

Der *Psychoanalytische Kindergarten* hat zur Zeit 30 Kinder und viele Kinder, deren Eltern zur Mitarbeit bereit sind, stehen auf der Warteliste.

Nachrichten

Gratulation der Ärztekammer Berlin zur Verleihung der Ehrenbürgerschaft in Paestum an Günter Ammon

Ich habe gehört, daß man Ihnen die Ehrenbürgerschaft der Stadt Paestum verliehen hat. Ich möchte Ihnen dazu namens des Vorstandes der Ärztekammer Berlin herzlich gratulieren. Ebenso möchte ich Ihnen unsere Glückwünsche für die Verleihung der Ehrenmitgliedschaft der Internationalen Medizinischen Gesellschaft Rinnovamento aussprechen. Wir haben uns über diese Ehrungen, die Ihnen zuteil wurden, sehr gefreut.

Dr. Schmidt (Präsident der ÄKB)

In den Wissenschaftlichen Beirat des Lehr- und Forschungsinstituts für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik (LFI) der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) wurden neu aufgenommen:

Prof. Dr. *I. A. Caruso* (Salzburg/Wien), Psychoanalyse, Sozialpsychologie

Dr. *S. H. Foulkes* (London), Analytische Gruppenpsychotherapie (Group Analytic Psychotherapy)

Dr. phil. *G. H. Graber,* (Bern), peri- und pränatale Psychologie, Psychoanalyse

Prof. Dr. *H. W. Janz* (Ilten/Hannover), Klinische Psychiatrie, Psychiatrische Beschäftigungstherapie

Dr. med. habil., Dr. phil. *Wolfram Kurth* (Wiesbaden), Psychoanalyse, Sexualmedizin

Prof. Dr. *D. Stollberg* (Bethel), Psychoanalyse, Pastoralpsychologie

Dr. med. *W. Schindler* (London), Analytische Gruppenpsychotherapie, Psychoanalyse

Dr. med. *M. Tuovinen* (Vanha Vaasa), Psychoanalyse, Kriminalpsychologie

Prof. Dr. W. Schulte †

Prof. Dr. *W. Schulte,* ständiger Mitarbeiter unserer Zeitschrift „Dynamische Psychiatrie" ist im August 1972 gestorben. Mit seinem Tod verlieren wir einen der progressivsten Vertreter der Deutschen Psychiatrie. In der Landesheil- und Krankenanstalt Gütersloh/Westf., deren Direktor er von 1954—60 war, wurde in dieser Zeit wegweisend die

Milieu- und Arbeitstherapie eingeführt. Seit 1960 war er bis zu seinem Tode als Nachfolger von *Ernst Kretschmer* Ordinarius für Psychiatrie und Neurologie und Direktor der Universitätsnervenklinik Tübingen. Unter seinen vielen beachtenswerten Veröffentlichungen sind besonders die über Anstaltspsychiatrie zu erwähnen: Arbeiten über Arbeits-, Milieu-, Gruppentherapie, über sozialpsychiatrische und forensisch-psychiatrische Fragen, Psychosomatik, Suchtkrankheiten.

Unermüdlich kämpfte Prof. Dr. *Schulte* für eine Verbesserung der Situation psychisch Kranker in den Anstalten. Erfolgreich bemühte er sich darum in seiner Funktion als Hochschullehrer, als Mitglied zahlreicher Gremien und in Veröffentlichungen, ein Bewußtsein für die katastrophale Lage der deutschen Anstaltspsychiatrie zu schaffen. Ihm ist es zu verdanken, daß sich der Deutsche Ärztetag erstmalig mit diesem Problem beschäftigen mußte.

Die Dynamische Psychiatrie, die ebenso für diese Ziele eintritt, um die sich Prof. Dr. *Schulte* mit so viel persönlichem Einsatz bemüht hat, beklagt den Verlust, der ein Verlust für die gesamte fortschrittliche Psychiatrie ist.

Anschrift des Herausgebers / editor's address:
Dr. med. Günter Ammon, 1 Berlin 15, Wielandstr. 27/28
Manuskripte nehmen entgegen / manuscripts should be sent to:
Hauptschriftleitung: Dr. med. Günter Ammon und Gisela Ammon,
1 Berlin 15, Wielandstr. 27/28

Weitere Mitglieder der Redaktion / members of the editorial staff:
Dr. med. Karin Ammon, Gislinde Bass, Dr. med. Jürgen Götte, Hans-Joachim Hameister, Mathias Hirsch, Dipl.-Psych. Ursula Keller, Dipl.-Psych. Dietrich v. Kries, Peter Moldenhauer, Dr. med. Jan Pohl, Elke Regehr, Mohamed Said El-Safti, Petra Schneider, Dr. med. Regine Schneider,
alle 1 Berlin 15, Wielandstr. 27/28
Dipl.-Psych. Hartwig Wennemar, Marienheide. Graphische Gestaltung: Elke Regehr

Es werden in allen Sprachen Manuskripte in dreifacher Ausfertigung entgegengenommen, deren Umfang nach Möglichkeit acht engzeilige Schreibmaschinenseiten (ca. 3500 Wörter) nicht überschreiten soll. Das Manuskript soll eine kurze Zusammenfassung 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. Fortdrucke können vom Autor 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 das Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik, Berlin, (LFI), über.

Die Dynamische Psychiatrie erscheint vierteljährlich. Jahresabonnement DM 26,— (Zustellgebühr im Preis enthalten), für alle Mitglieder der Deutschen Akademie für Psychoanalyse e. V. (DAP) und der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft e. V. (DGG), für Ärzte im Vorbereitungsdienst und Studenten gegen Nachweis nur in Deutschland DM 22,— (Zustellgebühr im Preis enthalten). Einzelheft DM 8,—.

Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn es nicht vier Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres gekündigt wird. Zahlung des Jahresabonnements bis zum 1. 4. d. J. auf das Postscheckkonto Berlin West 274 19 oder Berliner Commerzbank 506 003 303.

Manuscripts will be accepted in all languages. Three copies, each no exceeding eight typed pages (about 3500 words), should be submitted. All manuscripts must have a short summary in either German or English. 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. Reprints of articles can be obtained upon request.

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 Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik, Berlin, (LFI), reserves the copyrights in all countries and languages. This journal, or parts thereof, may not be reproduced in any form, by photocopy or any other means without written permission from the publisher.

Dynamic Psychiatry is published quarterly. Annual subscription rate $ 10.—, postage included, per individual copy $ 3.—, postage included. Air mail delivery with additional payment on special request. The subscription is prolonged for one year, if it has not been cancelled four weeks befor 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-Publikationen Postscheck Berlin West 274 19 or Berliner Commerzbank 506 003 303.

Verlagsleitung und Anzeigenannahme / publishers and advertising management:
Pinel-Publikationen Berlin, Verlag der Pinel-Gesellschaft zur Förderung von Fortschritten auf den Gebieten der Psychiatrie und Psychoanalyse mbH, Calina Rave, 1 Berlin 15, Wielandstr. 27/28, Tel.: 883 92 24 und 883 93 24.
Druck / Print: Druckerei Dr. Hans Muschke, 1 Berlin 36, Taborstr. 21

PSYCHIATRY

JOURNAL FOR THE STUDY
OF INTERPERSONAL PROCESSES

Selected Articles, Vol. 36, 1973

GENE ABROMS, NORMAN GREENFIELD – A New Mental Health Profession
GUNNAR AXBERGER – Arson and Fiction: A Cross-Disciplinary Study
JOHN BATTISTA, RICHARD ALMOND – The Development of Meaning in Life
R. E. FINUCANE – Faith Healing in Medieval England: Miracles at Saints' Shrines
RUSSELL MEARES – Beckett, Sarraute, and the Perceptual Experience of Schizophrenia
PETER NEWTON, DANIEL LEVINSON – The Work Group within the Organization
ORHAN OZTURK – Ritual Circumcision and Castration Anxiety
MARC ROZELAAR – Seneca - A New Approach to His Personality
EDWIN SHNEIDMAN – Suicide Notes Reconsidered
WEN-SHING TSENG – The Concept of Personality in Confucian Thought
WALLACE WILKINS – Client's Expectancy of Therapeutic Gain

Subscriptions: $ 12.50 U.S. and territories, Canada, Mexico;
$ 13.00 all other countries. Payable in advance.

The William Alanson White Psychiatric Foundation, Inc. 1610 New Hampshire Ave., N. W., Washington, D. C. 20009

Dynamische Psychiatrie / *Dynamic Psychiatry*

Register und Einbanddecken für die bisherigen Jahrgänge sind beim Verlag erhältlich.

Bitte, bestellen Sie umgehend

An Pinel-Publikationen, 1 Berlin 15, Wielandstr. 27/28

Ich bestelle

... Stück Einbanddecken	1/2	1968/69	6,— / .....
... Stück Einbanddecken	3	1970	6,— / .....
... Stück Einbanddecken	4	1971	6,— / .....
... Stück Einbanddecken	5	1972	6,— / .....
		gesamt	

Den Betrag von DM ..... habe ich auf das Postscheckkonto BlnW 274 19-109 mit dem Vermerk „Einbanddecken" überwiesen

Name:

Adresse: ( )

Straße:

BEITRÄGE ZUR KINDERPSYCHOTHERAPIE

Herausgeber: Prof. Dr. Gerd Biermann

1. **Anna Freud, Einführung in die Technik der Kinderanalyse**
   6. Auflage. 80 Seiten. Kt. DM 5.50
2. **Werner Kemper, Bettnässer-Leiden (Enuresis)**
   Zur Entstehung, Vorbeugung und Behandlung frühkindlicher Fehlentwicklungen. *Erscheint 1973.*
3. **Alice Bálint, Psychoanalyse der frühen Lebensjahre**
   2. Auflage. 119 Seiten. Kt. DM 7.80, Ln. DM 10.80
4. **Nelly Wolffheim, Psychoanalyse und Kindergarten**
   und andere Arbeiten zur Kinderpsychologie
   282 Seiten. Kt. DM 16 — Ln. DM 19.—
5. **D. W. Winnicott, Kind, Familie und Umwelt**
   234 Seiten. Ln. DM 15.—
6. **Madeleine L. Rambert, Das Puppenspiel in der Kinderpsychotherapie**
   194 Seiten 25 Abb Ln. DM 16.—
7. **August Aichhorn, Psychoanalyse und Erziehungsberatung**
   126 Seiten. Kt. DM 8.50
8. **Gerd Biermann, Die psychosoziale Entwicklung des Kindes in unserer Zeit**
   ca. 200 S. mit 21 Kinderzeichnungen auf 10 Tafeln.
   Pbck. ca. DM 14.—, Ln. ca. DM 18.—. *Erscheint Herbst 1972.*
9. **Rudolf Ekstein, Grenzfallkinder**
   Klinische Studien über die psychoanalytische Behandlung von schwergestörten Kindern. *Erscheint 1973.*
10. **Melanie Klein, Die Psychoanalyse des Kindes**
    2. Auflage. 323 Seiten. Ln. DM 18.—
11. **Virginia M. Axline, Kinderspieltherapie im nichtdirektiven Verfahren**
    2. Auflage, 342 Seiten Ln. DM 28.—
12. **Julia Schwarzmann, Die Verwahrlosung der weiblichen Jugendlichen**
    Entstehung und Behandlungsmöglichkeiten.
    123 Seiten. Kt. DM 11.—
13. **John Bowlby, Mutterliebe und kindliche Entwicklung**
    218 Seiten. Pbck. DM 17.—, Ln. DM 20.80. *Neuerscheinung 1972*
14. **Michael Fordham, Das Kind als Individuum**
    Kinderpsychotherapie aus der Sicht der Analytischen Psychologie C. G. Jungs *Erscheint 1973.*
15. **Edith Kramer, Kunst-Therapie mit Kindern**
    Erscheint 1973.
16. **Marianne Frostig, Erziehung durch Bewegung**
    Neue Wege der Heilpädagogik. *Erscheint 1973.*

ERNST REINHARDT VERLAG MÜNCHEN / BASEL

In Vorbereitung

Ludwig J. Pongratz

Lehrbuch der Klinischen Psychologie

Psychologische Grundlagen der Psychotherapie

Ca. 460 Seiten, ca. DM 38,—

Der 1. Hauptteil dieses Lehrbuches befaßt sich mit den zentralen Fragestellungen des Themas und der Bestimmung „abnormaler", „abweichender" und „neurotischer" Verhaltensweisen. — Gegenstand der Erörterungen des 2. Teiles sind die drei wichtigsten Therapieformen (analytische, client-centered und Verhaltens-Therapie), ihr jeweiliger empirischer Unterbau und ihre unterschiedlichen Techniken. — Die 3. Hauptfrage gilt den Forschungsmethoden; die Fallstudie, die „experimentelle Neurose" und die Verlaufs- und Erfolgskontrolle werden geprüft. — Weiterhin werden Fragen der klinisch-psychologischen Diagnostik, der Indikation, der Psychohygiene und der Geschichte erörtert.

Das Werk ist erstens problemzentriert, indem es die Fragestellungen des Themas und ihre Lösungen herausarbeitet und gleichzeitig darstellt, wo das System noch offen ist. Ferner ist es um eine „exemplarische" Behandlung bemüht, wie sie vom heutigen Stand der Wissenschaft und aus didaktischen Gründen gefordert ist. Dabei wird die Wissenschaftlichkeit einer Aussageeinheit (Satz, Abschnitt) in einem Belegindex transparent gemacht, d.h., es wird erkennbar, ob es sich um eine Meinungsäußerung, eine Lehrmeinung, ein deskriptives Konstrukt, eine begründete Hypothese oder ein Ergebnis experimentell-statistischer Untersuchungen handelt.

Bereits in der 2. Auflage

Peter Gottwald und Wiltraud Redlin

Verhaltenstherapie bei geistig behinderten Kindern

Grundlagen, Ergebnisse und Probleme der Verhaltenstherapie retardierter, autistischer und schizophrener Kinder

63 Seiten, DM 7,80

Im größeren Rahmen der Verhaltenstherapie bei geistig behinderten Kindern gilt das Interesse der Autoren der Behandlung autistischer und schizophrener Kinder. Obwohl dadurch die Literaturauswahl bestimmt wurde, finden sich zahlreiche Hinweise auf die Verhaltenstherapie mit Retardierten (Selbsthilfe, Sprachtraining) und auf Verfahren, die bei allen geistig behinderten Kindern eingesetzt werden können (Verhaltensformung, Hilfestellung, Aufbau generalisierter Imitation). Eine kurze Darstellung der Grundlagen des operanten Konditionierens und der Einstellung der meisten Verhaltenstherapeuten zu Fragen der Klassifikation geistig behinderter Kinder leitet diese Übersicht ein; es folgt eine kritische Betrachtung der Methoden und Ergebnisse von Publikationen aus den letzten Jahren. Abschließend werden aktuelle Probleme und Aufgaben dieser Richtung innerhalb der Verhaltenstherapie besprochen.

VERLAG FÜR PSYCHOLOGIE · DR. C. J. HOGREFE

3400 Göttingen · Rohnsweg 25 · Postfach 414

Harald Schultz-Hencke

Einführung in die Psychoanalyse

Unveränderter Nachdruck der Erstausgabe von 1927
1972. VII, 387 Seiten, kart. DM 28,–

Harald Schultz-Hencke

Die psychoanalytische Begriffswelt

Erstveröffentlichung aus dem Nachlaß
Hrsg. von Eduard Jorswieck
1972. 145 Seiten, kart. DM 16,80

Franz Heigl

Indikation und Prognose in Psychoanalyse und Psychotherapie

Für die Praxis des Arztes, Psychotherapeuten und Klinischen Psychologen
1972. 279 Seiten, kart. DM 25,–

Beihefte zur „Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse"

1 · Dieter Beck

Das Gallensteinleiden unter psychosomatischem Aspekt

Beihefte zur „Zeitschrift für Psychoanalytische Medizin und Psychoanalyse", Heft 1
1970. 110 Seiten, kart. DM 16,80

2 · Hans Quint

Über die Zwangsneurose

Studie zur Psychodynamik des Charakters und der Symptomatik. Anmerkungen zur pyschoanalytischen Behandlung.
1971. 141 Seiten, kart. DM 23,–

3 · Peter Hahn

Der Herzinfarkt in psychosomatischer Sicht

Analyse und Darstellung der Grundlagen mit psychosozialen Untersuchungen an 50 männlichen Herzinfarktpatienten
1971. 232 Seiten mit zahlreichen Tabellen und Fragebogen, kart. DM 30,–

Verlag für Medizinische Psychologie

im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht · Göttingen