A 2442 F

Dynamische Psychiatrie *Dynamic Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse
Herausgegeben von Günter Ammon

Angel Garma
Gruppenpsychoanalyse bei Patienten mit Ulcus pepticum
Psychoanalysis of a Special Group of Peptic Ulcer Patients

Gisela Ammon
Vorstufen psychosomatischer Erkrankungen
Pre-Stages of Psychosomatic Diseases — Observations in the Psychoanalytic Kindergarten

Peter Moldenhauer
Beziehungen zwischen psychosomatischem Syndrom, Verhalten in der Gruppe und Selbst
Psychosomatic Syndrome, Group Behavior and Self

Mohamed Said El-Safti
Die Konzeption des Körper-Ichs unter besonderer Berücksichtigung der Beiträge von Paul Schilder
The Conception of the Body-Ego in Regard to Paul Schilder's Contributions

6. Jahrgang 1. Heft 1973

18

PINEL-PUBLIKATIONEN BERLIN

Dynamische Psychiatrie / *Dynamic Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse

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

6. Jhg., 1. Heft 1973, Nr. 18

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 — T. C. Sinha, Calcutta — J. Sutherland, Edinburgh — V. Tähkä, Helsinki — Y. Tokuda, Tokio — E. Weigert, Chevy Chase — W. Th. Winkler, Gütersloh — W. Z. Winnik, Jerusalem — E. D. Wittkower, Montreal.

	Seite
Mitteilung des Herausgebers Editor's Note	1
Angel Garma (Buenos Aires)	
Gruppenpsychoanalyse bei Patienten mit Ulcus pepticum	2
Psychoanalysis of a Special Group of Peptic Ulcer Patients	9
Gisela Ammon (Berlin)	
Vorstufen psychosomatischer Erkrankungen	11
Pre-Stages of Psychosomatic Diseases — Observations in the Psychoanalytic Kindergarten	29
Peter Moldenhauer (Berlin)	
Beziehungen zwischen psychosomatischem Syndrom, Verhalten in der Gruppe und Selbst. Eine Fallstudie	33
Psychosomatic Syndrome, Group Behaviour, and Self	54
Mohamed Said El-Safti (Berlin)	
Die Konzeption des Körper-Ichs unter besonderer Berücksichtigung der Beiträge von Paul Schilder	57
The Conception of the Body-Ego in Regard to Paul Schilder's Contributions	63

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

Mitteilung des Herausgebers

DYNAMISCHE PSYCHIATRIE/DYNAMIC PSYCHIATRY wird ab 1973 sechsmal jährlich erscheinen. Das breite internationale Echo auf unsere Publikationen ermutigte uns zu dieser Entscheidung.

Die stets wachsende Zahl unserer Abonnenten im In- und Ausland sowie die Erweiterung des Mitarbeiterstabes veranlaßten uns jedoch erst zu diesem Schritt. Insbesondere fühlen wir uns den Abonnenten verpflichtet, die uns bisher die Treue gehalten haben und es damit ermöglichten, daß die Zeitschrift jetzt im 6. Jahrgang erscheinen kann.

Mein Dank gilt aber auch den Mitarbeitern, die an der erfolgreichen Entwicklung der Zeitschrift entscheidend mitgewirkt haben. Ebenso danke ich sehr herzlich den Autoren, die die neuesten Ergebnisse der Forschung und der therapeutischen Erfahrung in unserer Zeitschrift veröffentlichten.

Nicht zuletzt möchte ich dem jungen und mutigen Verlag Pinel-Publikationen Berlin für sein unermüdliches Engagement meine Hochachtung aussprechen.

Editor's Note

Encouraged by the broad international echo, which found its expression by growing subscriptions and the growth of the editorial board, the editorial staff decided to publish DYNAMISCHE PSYCHIATRIE/ DYNAMIC PSYCHIATRY as a bi-monthly journal from January 1973.

As editor of this journal I feel indebted to all our loyal subscribers who made it possible to make this decision by their support of the journal, so that we are now able to publish it in the 6th year.

My special thanks however, go to all my co-workers who took part in the development of this journal with active help and to all the authors who published the most recent results in research and therapeutic work in DYNAMISCHE PSYCHIATRIE/DYNAMIC PSYCHIATRY.

Last not least, I take the opportunity to render thanks and my estimation to the Publishing House Pinel-Publikationen Berlin, for its unremitting concern in this journal.

Gruppenpsychoanalyse bei Patienten mit Ulcus pepticum**

Angel Garma *

Der Autor, ein Pionier der psychoanalytischen Erforschung psychosomatischer Erkrankungen, besonders des Magen-Darm-Ulcus, beschreibt den Prozeß einer therapeutischen Gruppe, deren Mitglieder anfangs nur Ulcus-Patienten waren. Die Psychodynamik der Patienten wird beherrscht von der internalisierten aggressiven Mutter und der Regression auf die oral-digestive Stufe.
Ein Stagnieren des Gruppenprozesses wird mit Erfolg durch die Aufnahme zweier Patienten mit Colitis ulcerosa durch deren entgegengesetzte Dynamik überwunden. Der Autor behandelte aufgrund dieser Erfahrung später Ulcus-Patienten nur noch in heterogen zusammengesetzten Gruppen.

Ich habe eine Gruppe von Patienten mit Magen- und Duodenalgeschwüren ausgewählt, um über ihre psychoanalytische Psychotherapie zu sprechen, weil ich glaube, daß einige ihrer Besonderheiten für die Diskussion auf diesem Symposium von Interesse sein werden.

Alle diese Patienten kamen aus der privaten Praxis eines sehr bekannten und qualifizierten Gastroenterologen aus Buenos Aires. Ich war daran interessiert, daß sie neben der Gruppentherapie auch weiterhin bei ihm in Behandlung blieben und legte daher die Sitzungen so, daß wir die Patienten gleichzeitig behandeln konnten.

Während der Sitzungen interpretierten wir beide die Äußerungen der Patienten, aber natürlich waren meine Interpretationen zahlreicher. Der Internist war eine intelligente und ausgeglichene Persönlichkeit mit gutem psychologischen Einfühlungsvermögen. Er selbst hatte keine psychoanalytische Ausbildung und wollte Erfahrung in der Praxis der Tiefenpsychologie sammeln.

Wie man erwarten konnte, akzeptierte er viele meiner Interpretationen, während er andere ablehnte. In seiner Opposition neigte er zu rein organischen Interpretationen, doch konnte ich die latente Bedeutung seiner Interventionen nicht in der aktuellen Gruppensituation analysieren. Im allgemeinen war der Internist ein guter Mitarbeiter, aufgeschlossen und verständig. Viele seiner Beobachtungen waren für mich sehr hilfreich, sie erweiterten meine Kenntnisse über das digestive Verhalten bei Magengeschwür-Patienten; andererseits, glaube ich, war auch die Gelegenheit, den Gruppenprozeß zu beobachten, für sein eigenes Verständnis der Psychologie der Patienten sehr nützlich.

* Dr. med., Lehranalytiker, Buenos Aires
** Vortrag gehalten auf dem I. Int. Symposium für Analytische Gruppentherapie, Paestum/Italien, 2.—7. 8. 1969

Bevor ich mit der Behandlung dieser Gruppe begann, hatte ich schon große Erfahrungen mit individueller Psychotherapie bei Magen- und Duodenalgeschwür-Patienten gesammelt, deren Behandlung sich über mehrere Jahre erstreckt hatte. An Patienten dieser Art war ich schon seit vielen Jahren interessiert und hatte auch schon einige Artikel und ein Buch über diese Fälle veröffentlicht.

Ich entdeckte bei ihnen typische Charakteristika, die folgendermaßen zusammengefaßt werden können:

1. Aktive Genitalität, von der die Patienten mit Stolz sprechen.
2. Diese genitale Aktivität wird gewöhnlich mit frustrierenden Geschlechtspartnern ausgeübt.
3. Eine Tendenz zu paranoiden Reaktionen, die manchmal systematisiert werden und einen nahezu bewußten homosexuellen Inhalt haben.

Meine psychoanalytische Theorie über die Entstehung von Magen- und Duodenalgeschwüren könnte man so umreißen: Die schlechte internalisierte Mutter verhält sich aggressiv gegen den Menschen, der in oral-digestiver Regression verharrt. Dies bedeutet: die Konflikte, die der Erwachsene nicht richtig lösen kann, weil er sich weiterhin unbewußt den Kindheitsforderungen und Verboten seiner Eltern unterwirft, verstärken die schmerzhaften psychischen Folgen früherer Konflikte während seiner Kindheit und Pubertät. Dies wiederum verstärkt das unbewußte Bild des Individuums von seiner schlechten, verinnerlichten Mutter, die ihn von innen her angreift. Bei Menschen, die zu Magen- und Duodenalkrankheiten neigen, nehmen diese inneren Aggressionen mit Vorliebe digestiven Charakter an. Wegen dieser besonderen fortschreitenden Trieb-Entwicklung befindet sich dieser Mensch in einer oral-digestiven Regression, die ihn veranlaßt, seine Konflikte mit quälenden Rückwirkungen in digestive Organe zu dramatisieren.

Angesichts der Bedeutung, die meine Theorie der schlechten verinnerlichten Mutter bei der Entstehung von Magen- und Duodenalkrankheiten zumißt, bemerkte ein bekannter Psychoanalytiker einmal humorvoll: „Nach *Garmas* Theorie müßte man bei der Autopsie eines Magen- oder Duodenalkranken die falschen Zähne seiner Mutter in seinem Magen finden."

Obwohl das eine sehr grobe Karikatur ist, illustriert sie tatsächlich meine Theorie.

Meine große Erfahrung mit langdauernder individueller psychoanalytischer Behandlung erwies sich als sehr hilfreich für das Verständnis dieser Gruppe, deren Behandlung von beschränkter Dauer sein mußte. Die Behandlung dauerte insgesamt anderthalb Jahre mit je einer Wochenstunde am Anfang, später wurden die Sitzungen auf eineinhalb Stunden ausgedehnt. Eine weitere Besonderheit bei der Behandlung

dieser Gruppe, die sich ausschließlich aus Patienten mit Magen- und Duodenalgeschwüren zusammensetzte, ergab sich dadurch, daß ich zwei Patienten mit Colitis während der zweiten Hälfte der Behandlungsdauer hinzunahm, um die Widerstände der Gruppe zu überwinden.

Während der Sitzungen kommentierte und interpretierte ich wesentlich häufiger als bei gewöhnlichen Therapiegruppen. Das war notwendig, weil die Gruppe eine besonders deutliche Passivität zeigte. Das Ziel dieser Sitzungen vor Augen, machte ich jede Anstrengung, um den Teilnehmern die psychischen Ursachen für das Auftauchen und Wiederkehren ihrer Krankheitssymptome verständlich zu machen, indem ich diese Symptome in die Reaktionen der Gesamtpersönlichkeit des Patienten einbezog.

Es war relativ leicht, den Patienten ihre gefühlsmäßigen Reaktionen zu zeigen, wenn sie mit Schwierigkeiten in ihrer Umgebung konfrontiert waren. Beispielsweise mußten der Gastroenterologe oder ich eine Sitzung aus persönlichen Gründen absagen; die Patienten reagierten darauf mit dem Gefühl, innerlich verletzt worden zu sein. Ich konnte ihnen zeigen, daß sie mit masochistischem Verhalten reagierten, welches auf Grund ihrer besonderen Persönlichkeitsstruktur sehr häufig zu oral-digestiven Beschwerden führte. So reagierten z. B. einige Patienten damit, daß sie entweder nicht aßen oder ihre Mahlzeiten in schädigender Weise zu sich nahmen, exzessiv rauchten oder tranken und dadurch ihre digestiven Störungen hervorriefen. Die Patienten begannen zu spüren, daß ihre digestiven Komplikationen durch Umweltsituationen hervorgerufen wurden, von denen sie zermürbt wurden und die sie, wie man sagen könnte, nicht verdauen konnten, zu deren „guter Verdauung" sie auch keine Anstrengungen machten.

Allmählich waren die Patienten in der Lage, einige Zusammenhänge zwischen dieser Art von digestiven Reaktionen und ähnlichen Reaktionen in anderen Bereichen ihrer Persönlichkeit zu entdecken, zum Beispiel in ihrem genitalen Verhalten. Es war auch klar zu erkennen, daß sie wegen ihrer psychischen Konflikte eine Tendenz zu genitalen Exzessen entwickelt hatten, der andererseits ihre asketische Persönlichkeit gegenüberstand. Sie reagierten sehr oft damit, daß sie einen ganzen Tag Sport trieben ohne zu essen, oder sie blieben häufig von ihren Liebesobjekten fern oder hielten diese fern und schufen so Situationen, in denen sie Schwierigkeiten zu überwinden hatten, um diese Objekte wiederzubekommen.

Einige Entwicklungsaspekte der Gruppe waren folgende: Bei Beginn der Psychotherapie war es deutlich, daß die Männer herzlicher zueinander waren als die Frauen oder die Männer den Frauen gegenüber. Meine Interpretation des Verhaltens machte es den Teilnehmern möglich, ihre Ängste in bezug auf Frauen zu erfahren, und zu gleicher Zeit

wurden sie gewahr, daß sie auf mich wie auf ihre Väter reagierten, daß sie aber alle Übertragungen mit mütterlichen Kennzeichen unterdrückten. Einige Träume, die mir während dieser Zeit berichtet wurden, halfen mir, das Vorhandensein von Angst der Mutter gegenüber deutlich aufzuzeigen. Eine Frau berichtete einen Traum, den sie während der Pubertät gehabt hatte: Sie schlief mit ihrer Mutter in einem Raum. Plötzlich öffnete sich die Tür, und jemand trat ein. Es war ein Mann. Sie sah sich um und sah ihre Mutter. Sie bekam schreckliche Angst und floh, indem sie in den verschiedenen Räumen des Hauses hin- und herlief, die Türen öffnete und wieder schloß, wobei sie versuchte, die Türgriffe an den verlängerten Teilen zu fassen und es vermied, den abgerundeten Teil zu ergreifen. Mit Hilfe von Assoziationen der Gruppenmitglieder zu diesem Traum war ich in der Lage, die Angst dieser Frau zu interpretieren. Durch Steigerung ihrer sexuellen Wünsche, nicht nur in der Pubertät, sondern auch jetzt während der Gruppenbehandlung, war diese Frau verängstigt, sowohl von ihrer wirklichen Mutter als auch von dem inneren Bild, das sie von ihrer Mutter hatte. Infolgedessen versuchte sie, aus der infantilen Fixierung an ihre Mutter zu entkommen und verstärkte als Abwehr ihre Suche nach einem Mann. Ich deutete ihnen auch, daß die Mutter, die im Traum hinter ihrer Tochter herrannte, als ob sie ihr helfen wollte, den Analytiker repräsentierte, der die unbewußte Bedeutung eines inneren Mutterbildes hatte, das sie aus ihrer kindlichen Unterwerfung befreite und sie zur Suche nach heterosexueller Genitalität veranlaßte. Die wahrscheinliche Bedeutung der mütterlichen Brust und Genitalien im Hinblick auf die gerundeten Teile der Türklinken und die phallische Bedeutung des langen Teils wurden in dieser Sitzung nicht interpretiert. — In späteren Sitzungen war ich in der Lage, das scheinbar aktive, freundliche Verhalten der Magen- und Duodenalgeschwür-Patienten als Verdeckung ihrer latenten Kastrationsangst zu interpretieren.

In einer der Sitzungen drückte ein Patient seine Konflikte aus, der bis dahin sehr selten gesprochen hatte. Die anderen Teilnehmer sahen in ihm den einzigen Gesunden unter ihnen, sie sagten auch, er sei der einzige, der durch eine Operation geheilt werden könne. Doch dann, scheinbar ohne Hemmung, erzählte dieser Patient den anderen Teilnehmern von seinem freien und aktiven sexuellen Verhalten. Er berichtete, er habe mit zwei oder drei Frauen Verkehr, und es mache ihm Spaß. Einige Mitglieder deuteten dieses Verhalten als eine Verdeckung latenter sexueller Ängste, und es wurde in den folgenden Sitzungen klar, daß es eine Verbindung zwischen dem digestiven Symptom dieses Patienten und seinen Ängsten gab.

Zur gleichen Zeit war ein anderer Patient in der Lage zu verstehen, daß das Symptom, das er „Schmetterlinge im Magen" nannte, immer

dann auftauchte, wenn er sich in Konfliktsituationen mit jemandem befand, der seine Mutter repräsentierte, und er bemerkte, daß sein Magen unter dem Druck der angsterzeugenden Situation zitterte, geradeso, wie bei manchen Menschen die Hände zittern.

Ich konnte darlegen, daß einige Patienten soziale oder berufliche Aktivitäten übertrieben, was in früheren Sitzungen von der Gruppe als Überkompensation gedeutet worden war, geradeso, wie ihre große Aktivität und ihr freundliches Verhalten die latente Bedeutung von Ablehnung hatte. Ich erklärte auch, daß ihre digestiven Spasmen ebenfalls die Bedeutung übertriebener Aktivität hatten. Jetzt wurde allmählich die widersprüchliche Haltung deutlich, die in der Persönlichkeit aller Patienten zu finden war. Diese Haltung stammt von der Unterordnung unter und Rebellion gegen die internalisierten verfolgenden Objekte, die als jedes Wohlbefinden verbietend erlebt wurden. Die Verfolgungsaspekte in der Haltung eines Gruppenmitgliedes paßten genau zu diesem Muster. Er war Angehöriger des Militärs und war in seinem Eifer, gegen den vorgesetzten Offizier zu rebellieren, länger vom Camp entfernt geblieben als notwendig. Er war offensichtlich sehr stolz darüber, obwohl er unbewußt große Schuldgefühle hatte. In dieser psychischen Situation begann er übermäßig zu essen, was außerordentlich schmerzhaft für ihn war. Als Folge davon litt er an schmerzhaften Verdauungsstörungen, die schließlich das Duodenalgeschwür hervorriefen. In späteren Sitzungen zeigte er ein ängstliches, instinktives Verhalten, von dem man annehmen konnte, daß es verborgene homosexuelle Bedeutung habe. Das wurde deutlich in bezug auf verschiedene Symbole. Beispielsweise beschäftigten sich die Gruppenmitglieder in einer der Sitzungen mit den Bildern in dem Raum, in dem ihre Behandlung gerade stattfand. Es waren moderne, nicht gegenständliche Bilder. Sie erwähnten die Bilder und sagten, daß sie schief hingen und gerade gerichtet werden müßten und auch, daß sie Leute oder Dinge darstellten, die zerstört wären. Man könnte interpretieren, daß diese Inhalte sich auf sexuelle Inversion beziehen und auf die Angst, die Beziehung zu den Mitpatienten drücke Homosexualität aus. Dies hatte möglicherweise bei ihnen zu dem aktiven, freundlichen Benehmen geführt, wobei sie sich sehr anstrengten, angenehm und ehrlich zu erscheinen.

In einigen Sitzungen wurde das Verhalten der Patienten in ihrer Kindheit in Bezug auf die Eltern und besonders der Mutter gegenüber deutlich, ebenso die daraus resultierenden melancholischen Schuldgefühle und masochistischen Verhaltensweisen. Diese beiden Gefühle könnten in Zusammenhang mit dem Leiter der Gruppe gesehen werden, z. B. begannen die Patienten ihre Sitzungen mit den Worten, sie würden sich jetzt auf die Anklagebank setzen. Darauf folgte eine starke Idealisierung des Gastroenterologen und meiner Person. Sie betrachteten uns

als perfekte Wesen, die ihre Probleme leicht lösten. Diese Idealisierung war schmerzlich für mich, sie zeigte etwas Schlechtes, das die Patienten in der unbewußten Absicht, meine therapeutische Leistungsfähigkeit zu zerstören, in mich hineinzulegen versuchten. Ich interpretierte, daß dieses idealisierende Verhalten der Patienten aus einem Aspekt ihrer Psyche resultierte, den ich als ihren Zwang bezeichnete, schlechte Objekte zu verschlucken.

Es war ein Bedürfnis dieser Patienten, Personen aufzusuchen, die schädlich auf sie einwirkten. Sie konnten durch Idealisierung als tragbar angesehen werden. Unbewußt identifizierten die Patienten diese Leute mit Nahrung, die sie auch als gut betrachteten, die sie aber in Wirklichkeit leiden ließ, direkt oder als Folge psychosomatischer Störungen, die die Patienten produzierten, indem sie den Mechanismus einer oral-digestiven Regression benutzten. Die digestiv-masochistischen Vorstellungen der Patienten waren verbunden mit ihrer Angst, sich dem Problem ihrer Genitalität zu stellen. Während einer Sitzung sagten sie, daß der Mensch bis zum Alter von 17 oder 18 Jahren in völliger sexueller Unwissenheit gehalten werden solle, doch solle er von da an absolute sexuelle Freiheit haben. Bei späteren Sitzungen hatten die Patienten Phantasien mit dem Inhalt, daß der Internist oder der Analytiker sie in den Konsultationsraum führen wollte, wo sie behandelt werden sollten, um dort ihre sexuellen Aktivitäten auszuüben. Als diese Phantasien weiter verfolgt wurden, stellte sich heraus, daß die Patienten sich vorstellten, dort in dem Raum Frauen zu treffen, doch darauf beschränkt seien, ihre nackten Brüste zu sehen, während der übrige Körper vollständig bekleidet blieb. Dies war eine Phantasie, welche die Angst vor vollständiger geschlechtlicher Aktivität und auch die unbewußte Suche nach sexuell frustrierenden Objekten zeigte. Diese Phantasien halfen mir, den Patienten deutlich ihre masochistischen digestiven Regressionen zu zeigen.

Dies war verhältnismäßig einfach, denn diese digestive Regression war sehr deutlich in einigen anderen Assoziationen der Patienten; z. B. erwähnten sie bei einer Gelegenheit die Geschichte von Adam und Eva, die aus dem Garten Eden verbannt wurden, weil sie den verbotenen Apfel gegessen hatten. Die Patienten erklärten mir dies so, daß der verbotene Koitus repräsentiert werde durch den oral-digestiven Akt des Apfelessens.

Ich habe erwähnt, daß diese Gruppe der Magen- und Duodenalgeschwür-Patienten häufig während der analytischen Sitzungen schwieg. Ich hatte den Eindruck, dieses Schweigen würde durch das psychische Charakteristikum verursacht, das anscheinend allen Magen- und Duodenalgeschwür-Patienten gemeinsam ist: Das Verschlucken oder Bei-sich-Behalten dessen, was sie bedrückt. *Alexander* entsprechend besteht der

psychische Reiz, der die Dysfunktionen des Magens und Zwölffingerdarms verursachte, im Empfangen und Zu-sich-Nehmen.

Ich beschloß, den Widerstand zu überwinden, indem ich zusätzlich eine andere Methode zur Interpretation benutzte. Nachdem etwa dreißig Sitzungen vergangen waren, erweiterte ich die Gruppe durch zwei Teilnehmer, die an Colitis litten. Das bedeutete, daß ich Patienten in die Gruppe hineinnahm, deren Verhaltensweisen nicht darin bestand, ihre psychischen Inhalte zu verschlucken, sondern genau das Gegenteil zu tun. Ihre Reaktion war, sich von allem zu befreien, was in ihnen war. Diese Methode war erfolgreich. Die Colitis-Patienten kommunizierten während der Sitzungen lebhafter. Sie sprachen ohne Scham über Situationen, in denen sie in einem schlechten Licht erschienen, was die Magen- und Duodenalgeschwür-Patienten weniger taten. Aber bald übernahmen die Ulcus-Patienten diese Verhaltensweise und konnten seitdem ihre Gefühle leichter ausdrücken als bisher.

In späteren Sitzungen trat die widersprüchliche Persönlichkeit der Patienten in ihren Bemühungen, mir zu zeigen, wie angepaßt sie waren, was Nahrung, Sexualität und soziale Haltung betraf, deutlicher hervor. Unbewußt entsprachen sie in ihrem äußeren Verhalten damit den Anforderungen ihres mütterlichen Über-Ichs, tüchtige Leute zu sein. Diese Sitzungen zeigten auch, daß die Patienten ein strenges Über-Ich hatten, das instinktives Wohlbefinden verbot und gegen das sie revoltierten. Die Patienten fühlten sich deshalb schuldig und suchten nach Bestrafung. Es wurde deutlich, daß durch die oral-digestive Aggression der Verdauungstrakt litt, und daß sie damit dem strafenden Mutterbild gehorchten.

Am Ende der eineinhalb Jahre dauernden wöchentlichen Gruppensitzungen, kurz vor den Sommerferien und nach einem erschütternden Unfall des Gastroenterologen, wurde die Gruppentherapie beendet. Die Ulcus-Patienten kamen mich ab und zu besuchen, und so konnte ich ihre Fortschritte verfolgen. Organisch war niemand von ihnen geheilt worden, wie wir es erwartet hatten; nach ihrer eigenen Ansicht und der ihrer Verwandten war jedoch ein psychischer Fortschritt zu bemerken. Sie teilten mir auch ihre Dankbarkeit mit. Eine Patientin aus der Gruppe ging so weit, mir zu sagen, daß die Sitzungen eine Frau aus ihr gemacht hätten.

Nach diesen Erfahrungen habe ich auch andere Ulcus-Patienten in Gruppen behandelt, aber nie eine Gruppe, die nur aus diesen Patienten bestand. In diesen Fällen war ich geneigt, einen oder zwei dieser Patienten in eine Gruppe zu nehmen, deren Mitglieder an anderen psychosomatischen oder neurotischen Krankheiten litten.

Ich glaube, daß auf diese Weise die Psychotherapie wirksamer ist und therapeutische Erfolge leichter erzielt werden, obwohl in den aktuellen

Sitzungen die typischen Merkmale der Ulcus-Patienten nicht so spezifisch studiert werden können wie in der Gruppe, die ich beschrieben habe. Doch würde ich dieses Experiment sicher wiederholen, wenn ich wieder Gelegenheit hätte, mit einem Gastroenterologen zusammenzuarbeiten, der dazu bereit ist, einige seiner privaten, ambulanten Patienten an einer psychoanalytischen Gruppenbehandlung teilnehmen zu lassen.

Psychoanalysis of a Special Group of Peptic Ulcer Patients

Angel Garma

Having treated for a long time patients who suffered from gastro-duodenal ulcus in individual psychoanalytic therapy, the author started, together with an internist, a homogeneous therapeutic group with these patients which lasted for one and a half year.

Garma describes the main characteristics of these patients as follows:

1. They enjoyed an active genital life, but
2. were tied to frustrating love objects, and
3. they showed tendencies to act out paranoiacally with homosexual aspects nearly on the conscious level.

According to *Garma* their psychodynamics result from a bad internalized mother, who attacks the patient from the inside. The patient remains in an oral-digestive regression and directs his aggressions against himself under the dominance of a rigid maternal super-ego. This finds its dramatization in the digestive system.

Since this group was marked by passivity the therapist often gave interpretations which included the somatic symptoms as aspects of the whole personality structure. The patients reacted towards frustration with the feeling to be hurt from the inside and behaved with masochism.

They tended to refuse eating, or to do it only irregularly. They smoked excessively and went on drinking which aroused new gastro-duodenal symptoms. In the process of the group therapy the following aspects came to the fore: The fear of the mother was manifested in an augmented reserve towards the female patients. Manifestations of a mother transference were suppressed but could be analyzed in dreams. Gastrical symptoms appeared in the course of treatment in connection with persons who represented the mother. The specific character structure of these patients was a defensive one. Their castration anxiety was covered by superficial kindness, their sexual fears by sexual hyperactivity.

In the transference on the therapist the tendency became obvious to idealize the bad aggressive mother followed by guilt feelings and masochistic behaviour.

For these patients idealization was identical with the swallowing of the object. The frustrating sexual partner, too, was idealized.

Finally the therapeutic process became stalemated. The long phases of silence were understood as swallowing and keeping by oneself the psychic contents. This stagnation found its termination by the introduction of two new patients into the group, who suffered from colitis ulcerosa. According to their dynamics, which were opposite to the gastro-duodenal dynamics, these patients could speak freely and without shame on disagreeable feelings. This behaviour encouraged the duodenal patients to speak about themselves.

After one and a half year the group could be terminated though the patients were not healed totally from their somatic symptoms. But the patients had won a lot of psychic insights and had made a good psychic progress. Based on these experiences the author no longer holds indicated a homogeneous group for gastro-duodenal patients, but favours to add one or two patients to the group with other psychosomatic or neurotic symptoms.

Literatur

Garma, A. (1944—45): Psicogénesis de la úlcera péptica. In: Revista de Psicoanálisis, II, 53
— (1950): On the pathogenesis of peptic ulcer. In: Int. J. Psychoanal., XXXI: 53
— (1951): Eine Theorie über die Entstehung von Magen- und Darmgeschwüren. In: Psyche, XV: 293
— (1953): The internalized mother as harmful food in peptic ulcer patients. In: Int. J. Psychoanal., XXXIV: 102. (In collaboration with W. Baranger, J. Bisi and A. Figueras.)
— (1957): Oral-digestive superego aggressions and actual conflicts in peptic ulcer patients. In: Int. J. Psychoanal., XXXVIII: 73
— (1957): Psychische Faktoren bei gastrischen und Duodenalulcera. In: Z. psychosom. Med., IV: 57

Author's address:
Dr. Ángel Garma
Av. del Libertador 2392
Buenos Aires

Vorstufen psychosomatischer Erkrankungen*

Gisela Ammon **

Mit ausführlichen Berichten über psychosomatische Erscheinungen bei Kindern im Alter von 2 bis 4 Jahren, die im Psychoanalytischen Kindergarten gewonnen wurden, belegt die Verfasserin die These, daß die psychosomatische Reaktion des Kindes eine Signalfunktion für die Psycho- und Soziodynamik der Familiengruppe besitzt und als ein pervertierter Kommunikationsversuch des Kindes mit der Mutter zu verstehen ist.
In dem Maße, wie es gelingt, mit Hilfe der Gruppe der Mitarbeiter und der Eltern im Psychoanalytischen Kindergarten, die hier eine Hilfs-Ich-Funktion übernehmen, die Kommunikation zwischen Mutter und Kind über dessen Bedürfnisse herzustellen, verliert das psychosomatische Symptom seine Funktion.

Die meisten Autoren, die sich mit psychosomatischen Reaktionen bei Kindern beschäftigen, stimmen darin überein, daß spätere manifeste psychosomatische Reaktionen ihren Ursprung in der frühen Kindheit haben. Insbesondere wird der Übergang vom primärprozeßhaften zum sekundärprozeßhaften Denken als der Ort angesehen, der für die spätere psychosomatische Erkrankung entscheidend ist *(Greenacre,* 1958). Das Kind, das seine Emotionen zunächst nur in der Körpersprache ausdrücken kann, muß im Zuge seiner Entwicklung lernen, diese auch verbal auszudrücken. Beispiele für diesen Desomatisierungsprozeß finden sich bei *Lewis* (1963).

Max Schur (1955), der ein Ich-analytisches Konzept vertritt, meint, daß beim späteren psychosomatisch Reagierenden die Neutralisierung von Triebenergie mißlungen sei (zur Kritik am *Hartmann*schen Neutralisierungsbegriff siehe *Ammon,* 1972 a). Er spricht in diesem Zusammenhang von einer physiologischen Regression auf die somatopsychische Phase vor Einsetzen des Primats des Sekundärprozesses. Er erwähnt auch, daß diese mißlungene Neutralisierung nur bestimmte Teilbereiche des Ichs betrifft, daß daher beim psychosomatisch Reagierenden eine völlige Regression auf die Stufe des primärprozeßhaften Denkens nicht stattfindet, wie z. B. in der Psychose.

Ich selbst halte das psychosomatische Symptom für den Versuch des Ichs, eine Lücke zu schließen, ein „Loch im Ich" (*Ammon,* 1972), das durch eine mangelhafte Kommunikation zwischen Mutter und Kind in der frühen Symbiose entstanden ist. Ein Prozeß, der diese frühkind-

* Überarbeitete Fassung eines Vortrages, gehalten auf der Arbeitstagung der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e. V. vom 21.—28. Mai 1972 in Paestum/Italien und vor dem Psychotherapeutischen Institut der Ignatius-von-Loyola-Universität in Rom am 13. Juni 1972

** Psychoanalytikerin, Leiterin des Psychoanalytischen Kindergartens der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG) e. V.

liche Schädigung durch ein erlerntes Verbalisieren im Sinne einer Desomatisierung ersetzt, kann daher nicht stattfinden, weil die spontane körperliche Geste des Kindes von der Mutter aufgrund ihrer eigenen Konflikte emotional nicht begriffen wurde, wobei ich „begreifen" hier zunächst ganz sinnlich als „greifen" meine. Der Übergang vom primärprozeßhaften Denken, das auch die Körpersprache des Kindes miteinbeschließt, zum sekundärprozeßhaften Denken ist eine Ich-Leistung, die von einem defekten Ich nicht geleistet werden kann.

In diesem Sinne halte ich es nicht für korrekt, von einer Regression auf die somatopsychische Stufe zu reden, auch würde ich *Elisabeth Garma* (1957) nicht zustimmen, daß das psychosomatische Symptom des späteren Ulcuspatienten erst in der ödipalen Phase manifest wird mit einer damit verbundenen Regression, die masochistisch oral-digestiven Charakter hat. Jedoch fehlen detaillierte Untersuchungen über die Entstehung von psychosomatischen Symptomen bei Kindern. Ich beschränke mich daher darauf, in meiner Arbeit von „Vorstufen" der psychosomatischen Erkrankungen zu sprechen. Ich fühle mich insbesondere deshalb dazu berechtigt, weil die Mütter, die *Ammon* (1972) als psychosomatisch krankmachend beschreibt, den Müttern der hier beschriebenen Kinder gleichen und die Kinder auffällig mehr und strukturierter körperlich auf ein bestimmtes Fehlverhalten ihrer Mütter reagieren.

In der psychosomatischen Reaktion handelt es sich meines Erachtens um die bewußte oder unbewußte Ablehnung der Ganzheit des Kindes durch die Mutter. Oft meint sie damit direkt die Körperlichkeit ihres Kindes, die ihr unvollkommen erscheint. Dem liegt zugrunde, daß die Mutter selbst kein integriertes Körper-Ich besitzt oder daß eine bestimmte Einstellung der umgebenden Gruppe, z. B. der Familiengruppe, der Mutter keinen körperlich-emotionalen Kontakt mit ihrem Kind gestattet.

Das psychosomatische Symptom bei Kindern, das nicht explizit medizinisch faßbar zu sein braucht, signalisiert diesen Bruch in der Kommunikation mit der Mutter. Gelingt es, die gestörte Kommunikation aufzuheben, d. h. kann die Mutter die vitalen Bedürfnisse des Kindes, die sie bisher vernachlässigt hat, erkennen und verstehen, worauf wir im Psychoanalytischen Kindergarten in der Arbeit mit den Eltern und den Kindern höchsten Wert legen, wird sich das psychosomatische Symptom nicht verfestigen, sondern wieder auflösen.

Wichtig ist hierbei das Verhalten der umgebenden Gruppe, die der Dyade von Mutter und Kind ein „facilitating environment" *(Winnicott,* 1969) verschaffen und garantieren muß, damit beide ihre Bedürfnisse untereinander ausdrücken können. Insbesondere ist die Rolle des Vaters hervorzuheben, der trotz allen Autoritätsverlustes der Stel-

lung des Mannes in unserer Gesellschaft für den Schutz der Dyade von Mutter und Kind verantwortlich ist. Entzieht er sich dem, indem er entweder weggeht oder aber aufgrund eigener infantiler Bedürfnisse die Einheit von Mutter und Kind stört, so wird es der Mutter schwerfallen, sich des Kindes wirklich annehmen zu können. Für eine gesunde Entwicklung des Kindes ist es wichtig, daß die Mutter sich in ihrer Rolle als Mutter anerkannt und sicher fühlt.

Im folgenden möchte ich fünf Beispiele aus dem Psychoanalytischen Kindergarten vorstellen. Die ersten beiden handeln von Kindern, bei denen vor allem die Dynamik mit der Mutter beschrieben wird, weil die Väter ihre Kinder vor der Geburt bereits verlassen hatten; die beiden nächsten Beispiele betonen hingegen mehr die Dynamik zwischen neurotisch gestörten Ehepaaren und dem Kind, während im letzten Beispiel dargestellt wird, wie verschiedene Reaktionen auf das mütterliche Fehlverhalten in der Geschwistergruppe auftauchen können.

Bevor ich jedoch damit beginne, möchte ich kurz den Psychoanalytischen Kindergarten, der jetzt bereits fünf Jahre besteht, beschreiben. Ich habe 1969 auf dem 1. Internationalen Symposium für Analytische Gruppenpsychotherapie der Deuschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG) e. V. erstmals über die Arbeit des Kindergartens gesprochen. Ein interessanter Punkt, der damals vorgetragen wurde, war, daß Kinder von neurotisch gestörten Eltern nicht zwangsläufig auch gestört sind, und zwar dann nicht, wenn die Eltern ein Problembewußtsein haben und sich z. B. in eine psychotherapeutische Behandlung begeben. Heute werde ich Vorstufen psychosomatischer Erkrankungen bei Kindern darstellen und aufzeigen, unter welchen Umständen diese Symptome bei Kindern entstehen und wie sie wieder aufgelöst werden können.

Der Schwerpunkt der Arbeit im Psychoanalytischen Kindergarten liegt in der Erwachsenenarbeit, d. h. in der Arbeit mit den Eltern und den Mitarbeitern. Die Eltern sind auf den regelmäßigen, wöchentlichen Elternabenden in Gruppen zusammengefaßt, parallel zu den Gruppen ihrer Kinder. Die Kindergruppen haben jeweils eine feste Bezugsperson, die Elterngruppe wird von einem Psychoanalytiker geleitet. Auf dem Elternabend erfahren die Eltern, wie die Entwicklung und die Beziehungen ihrer Kinder im Kindergarten sind, und umgekehrt erfahren die Mitarbeiter im Kindergarten mehr Details aus der häuslichen Familiensituation. Durch den Einblick in die Familiendynamik können wir den Kindern im Kindergarten bei ihren Problemen mit den Mitarbeitern und anderen Kindern helfen, und wir können auch oft korrigierend auf die Familiensituation einwirken. Der Elternabend findet in der Form eines offenen Gruppengespräches statt.

Alle Mitarbeiter nehmen wöchentlich einmal an einer Kontrollgruppe teil, in der Verhalten und Entwicklung aller Kinder besprochen wird. In einer gruppendynamischen Gruppe werden die gruppendynamischen Spannungen unter den Mitarbeitern reflektiert, d. h. hier können die Mitarbeiter über sich selbst reden. Einmal in der Woche findet ein Seminar statt, das die einschlägige Theorie über die psychische Entwicklung des Kindes vermittelt, an dem Mitarbeiter und Eltern, aber auch Kindergärtnerinnen aus der Stadt teilnehmen.

Der Psychoanalytische Kindergarten arbeitet mit geistig und körperlich gesunden Kindern. Zur Zeit besuchen 35 Kinder zwischen 2 und 6 Jahren den Kindergarten. Sie sind entsprechend ihrem Alter in drei Gruppen aufgeteilt, die je eine feste Bezugsperson haben.

Im Rahmen dieser Arbeit ist zu bemerken, daß die hier mit einer psychosomatischen Symptomatik geschilderten Kinder in einem üblichen Kindergarten nicht aufgefallen wären, weil man dort dem einzelnen Kind nicht diese Aufmerksamkeit geben kann und auch keine Elternarbeit stattfindet. Auch die Mütter dieser Kinder zeigen keine direkte Krankheitssymptomatik. Sie machen eher den Eindruck, tüchtige und besorgte Mütter zu sein.

1. Beispiel

Sven kam im Alter von zwei Jahren, vor nunmehr einem halben Jahr, zu uns in den Kindergarten. Die Mutter hatte in der Stadt und an der Universität vom Psychoanalytischen Kindergarten gehört und sich sofort auf den Weg gemacht.

Sie wollte bei ihrem Kind unbedingt alles richtig machen, äußerte Kritik an dem Kinderladen, in dem ihr Sohn augenblicklich noch war. Sie klagte über die Aggressivität der Kinder, die Lust- und Interesselosigkeit der Eltern, die den Kinderladen nur als Mittel der Kinderaufbewahrung ansahen. Sie wollte Anleitung haben und wirklich hören, was sie bei ihrem Kind falsch mache. Äußerlich vermittelte sie das Bild einer überbesorgten Mutter, die sich auf der Suche nach einem sicheren Ort auf dieser Welt für ihr Kind befand, voller Klagen darüber, was die „anderen" alles schlecht gemacht hätten.

Sven, ein äußerst ansprechendes Kind, war auf den ersten Blick kontaktfreudig und charmant. Doch dann fiel seine Unruhe auf, sein ständiges Suchen nach etwas, was er nicht fand. Sven konnte keinen Augenblick bei einer Sache verweilen, er wollte auf den Arm der Mutter und gleich wieder fort. Bei anderen Erwachsenen verhielt er sich genauso. Spielsachen konnten seine Aufmerksamkeit nur für einen kurzen Augenblick fesseln. Zu Menschen und Dingen nahm Sven nur einen flüchtigen Scheinkontakt auf und war ständig auf der Suche nach Neuem.

In der Kindergartensituation stellte sich bald eine diffuse, ziellose Aggressivität heraus, die darin bestand, daß Sven sich den Weg frei biß. Er biß Kinder und Erwachsene, Ermahnungen darüber freuten ihn. Spitzbübisch lächelnd suchte er dann Blickkontakt zu einem Dritten, der nicht in das unmittelbare Geschehen einbezogen war. Die Mutter führte auf Befragen zu diesem Verhalten an, daß man die Kinder im Kinderladen ermuntert hätte, sich zu wehren. Seine einzige Möglichkeit, sich durchzusetzen, wäre eben Beißen gewesen. Die Kinder sollten nach der Theorie des Kinderladens ihr Gruppenverhalten ohne die Hilfe von Erwachsenen selbst erlernen und über den Weg der Erfahrung herausfinden, welche Mittel dazu am geeignetsten seien.

Ferner fiel bei Sven sein enormer Appetit auf, er konnte Unmengen von Essen jeglicher Art verschlingen. Es ging ihm viel zu langsam, wenn er den Löffel benutzte, deshalb nahm er die Hände, aber auch eine Hand konnte nicht genug stopfen, also nahm er die Fäuste voll und stopfte das Essen in sich hinein. Sein Körpergewicht bewegte sich aber im Bereich des Normalen: breiiger Stuhl mit ca. drei oder mehr Darmentleerungen pro Tag sorgte für den Ausgleich. Die Mutter selbst hat kein Verhältnis zur Nahrungsaufnahme und kann ihrem Kind auch keins vermitteln. Wenn sie in der Kindergartensituation beim Abholen ihrem Sohn ein paar Nüsse oder kleine Näschereien mitbringt, ist sie ganz stolz, wenn Sven fast alles verteilt und ganz wenig für sich übrigbehält. Werden aber Näschereien im Kindergarten verteilt, so reißt Sven sie an sich und gibt sie um keinen Preis her. Er zittert dann am ganzen Leib und wird blaß. Man könnte sagen, die Süßigkeiten symbolisieren in diesem Augenblick die Mutter, die man ihm wegnehmen will.

Die Mutter zeigt allein äußere Fürsorge für das Kind, eine Beschäftigung mit dem Kind, die nur an dem kleinen männlichen Körper Gefallen findet. Diese idolisierende Beziehung der Mutter zu ihrem Kind, hat *Khan* (1968) ausführlich beschrieben, und seine Formulierung kann in gewisser Weise auch für die Psychosomatik angewendet werden. Das Kind wird nicht als Ganzes gesehen, sondern nur Teilaspekte werden bejaht. Sven dient seiner Mutter als Ding-Objekt im Dienste der Abwehr ihrer Isolierungsangst. Wenn sie ihn auf dem Arm hat, hat er gleichzeitig Schutzfunktion für die Mutter; er ist ein Allzweckkind. Die Mutter gibt sich als Naive, sexualisiert aber jeden heterosexuellen Kontakt. Sie signalisiert das naive Weibchen mit dem Kind = Penis. Auch innerhalb der Kontaktaufnahme zur Mutter dient Sven als Medium. Mutter und Freunde spielen mit und an dem Kind. Das Kind selbst ist aber nicht gemeint. Bei Traurigkeit oder Unzufriedenheit des Kindes kitzelt es die Mutter so lange, bis es lachen muß. Sie entzieht sich ihm aber immer wieder, weil sie sich eigentlich selbst meint. Die Mutter löst bei dem Kind eine Gegenreaktion aus, Traurigkeit wird durch Lachen

zugedeckt, und die Mutter hat somit die Bestätigung, eine gute Mutter zu sein. So ist auch Svens ausgesprochen sexuelles Verhalten gegenüber den Mitarbeitern aufgefallen, das in keinem Einklang zu seinem Alter steht. Sven kitzelt mit seiner Zunge beim Wickeln die Mitarbeiterin an der Nasenspitze, oder er versucht, unter dem Pullover zu kitzeln, usw.

Svens Mutter lebt — vom Vater ihres Kindes getrennt — mit einem anderen Partner und ihrem Sohn zusammen. Wie sie selbst sagt, ist Sven ein Wunschkind, aber gleich nach der Geburt brach bei ihr eine Schwangerschaftspsychose aus. Mutter und Kind waren vier Monate voneinander getrennt. Die Mutter des Kindes hatte ihr ganzes Leben unter dem Gefühl gelitten, daß niemand sie liebte und daß sie auf dieser Welt überflüssig sei. Ihre eigene Mutter hat sich ihr das ganze Leben psychosomatisch entzogen. Sie verbrachte die meiste Zeit in Sanatorien, weit von ihren Kindern entfernt, und hatte die Kinder in verschiedene Kinderheime verteilt. Svens Mutter klagte, daß sie durch diesen ständigen Wechsel nie Freunde hatte. Weder zur Mutter noch zu den Geschwistern konnte sie eine Beziehung aufbauen. Sie stand ihnen wie fremd gegenüber. Ihr sehnlichster Wunsch war, eine große Familie zu haben und zu wissen, wo sie hingehört. Als Kind hatte sie immer davon geträumt, adoptiert zu werden. Damals stand die Mutter im Wege, die noch lebte, aber für sie doch tot war.

Svens Mutter sieht in ihrem Leben keinen Sinn, sie ist mit sich selbst völlig ratlos und ebenso ratlos mit ihrem Kind. Mit dem Kind lächelnd auf dem Arm zeigt sie das Bild einer Mutter, die in der Sorge für ihr Kind aufgeht. Dieses Bild hatte die eigene Mutter ihr auch vorgespielt, obwohl sie real für die Kinder nie da war.

In der Kindergartensituation wurde versucht, Svens Freß- und Beißgier mit Spielen aufzufangen. Dabei wurden im Spiel Mitarbeiter, Gummipuppen und Stofftiere mit großer Begeisterung verschlungen. Eine Mitarbeiterin berichtete: „Wenn ich Sven mittags schlafen lege, spielt er in letzter Zeit mit mir immer ‚Auffressen'. Er ruft dann: ‚Hunger, Hunger, Hunger' und will sich auf mich stürzen und mich beißen. Er greift meinen Arm und tut, als würde er ihn in den Mund stopfen und verschlingen."

Durch seine flüchtigen, freundlichen Kontakte erntete Sven anfangs eigentlich genau das, was er nicht wollte. Jeder wandte sich ihm im Vorbeigehen zu, so auch die Mitarbeiter des Instituts auf dem Weg in ihre psychoanalytischen Behandlungszimmer.

Svens Situation im Kindergarten hat sich innerhalb eines halben Jahres folgendermaßen verändert (nicht zuletzt dadurch, daß die Mutter an einer analytischen Gruppenpsychotherapie teilnimmt): Bei Sven kommt jetzt eine enorme Wut zum Durchbruch, seine Aggressionen haben das Ziel, alle anderen Kinder von der Mitarbeiterin zu vertreiben,

so daß er mit ihr allein sein kann. Hat er das erreicht, kann er sich endlich entspannen, und sein Zorn zerfällt. Aggression und Depression treten bei Sven in ständigem Wechsel auf. Das hyperphage Symptom ist abgeklungen.

Aus der bisherigen Elternarbeit wäre die Dynamik folgendermaßen zu verstehen: die Mutter, die keinen Sinn in ihrem Leben sieht, will von ihrem Kind alle ihre Sehnsüchte befriedigt wissen. Sie gebar das Kind, um den Partner zu binden, um von ihm mehr geliebt zu werden. Als sie verstand, daß das Kind Forderungen an sie als Mutter stellte und sie dem Kind das geben sollte, was sie selbst nicht bekommen hatte, entzog sie sich durch eine Schwangerschaftspsychose ihren Aufgaben als Mutter, so, wie ihre Mutter sich ihr selbst psychosomatisch entzogen hatte. Es wird in der Elternarbeit immer deutlicher, daß sich mit der Überbesorgtheit um das äußere Wohl und Gut-Aufgehoben-Wissen im Kindergarten auch der Wunsch nach Entlastung von Schuldgefühlen verbindet. Der Kindergarten soll die gute Mutter sein, die sie selbst nicht sein kann; es soll mit dem Kind gespielt werden, wo sie selbst nicht spielen kann, weil sie sich lieber mit dem Partner beschäftigen möchte, dem sie nichts geben muß, demgegenüber sie passive Erwartungen hat.

Im Fall von Sven sehen wir, wie das psychosomatische Symptom, Hyperphagie und Diarrhoe, einen Restitutionsversuch darstellt. Das narzißtische Defizit, eine direkte Körper-Ich-Schädigung, wird durch das Symptom ausgefüllt. Allein der viermonatige Entzug der Mutter durch eine Schwangerschaftspsychose stellt eine schwere orale Frustration dar, die wir an Svens zaghaftem Beißen ablesen können. Darüberhinaus hat die Mutter nur einen Pseudokontakt zu ihrem Sohn. Sie liebt nur Teilaspekte, das lachende und niedliche Kind, sie behandelt ihn als „Ding-Geschöpf". Immer standen ihre eigenen Interessen und Wünsche im Vordergrund. Durch Interpretation und psychotherapeutische Aufarbeitung tritt eine Symptomverschiebung beim Kind ein, von der Hyperphagie und Diarrhoe zur Aggression, der die anaklitische Depression folgt.

2. Beispiel

Immer wieder begegnen wir der Mutter mit dem Kind auf dem Arm, rat- und tatlos um Hilfe suchend, die klagend zu berichten weiß, was dem Kind geschehen ist und was ihm angetan wurde. Auf diese Weise kam auch Sebastian zu uns. Die Mutter hatte einen Vortrag über den Kindergarten gehört und kam gleich am nächsten Tag zu uns. Sebastian war damals eineinhalb Jahre alt. Die Mutter verhielt sich dem Kindergarten gegenüber hilfreich, so daß keiner ihr mehr abschlagen konnte, sie und das Kind aufzunehmen. Die Mutter hatte anfangs Einschlafstörungen angedeutet. Sebastians Bett zu Hause stand in einer kleinen Kammer,

die dadurch vollkommen ausgefüllt war. Er könne nur in diesem „erweiterten Uterus" schlafen. Sebastian hielt sich im Kindergarten mit einer solchen Anstrengung wach, daß er weder im Schlafraum, noch im Kinderwagen oder auf dem Arm es wagte, sich dem Schlaf zu überlassen. Man hatte den Eindruck, er könne dem nicht trauen, was im Schlaf mit ihm geschehen könnte. Wenn er auf dem Schoß saß, vermied er es, sich anzulehnen, um den Körperkontakt und die Wärme zu meiden, die ihn zum Entspannen eingeladen hätten. Ähnlich verhielt er sich im Kinderwagen, er warf die Kissen hinaus und saß steif da. Wenn er dann einschlief und umfiel, wachte er von dem harten Aufprall des Kopfes sofort wieder auf.

Durch fortgesetztes Fehlen wegen Krankheiten wurde sein Eingewöhnungsprozeß in den Kindergarten über ein halbes Jahr ausgedehnt. Wenn er einmal länger als eine Woche ohne Unterbrechung im Kindergarten war und wir uns alle freuten, daß sich sein Befinden besserte und er mehr Kontakt zu den Kindern bekam, fehlte er garantiert am nächsten Tag wieder wegen Fieber, einer Erkältung, eines Kreislaufkollaps (nach den Worten der Mutter) oder wegen Ernährungsstörungen.

Die Mutter von Sebastian, die selbst mit dem Leben nicht zurechtkam, wollte eigentlich kein Kind haben. Sie versuchte mit verschiedenen Praktiken, das Kind bis zum sechsten Schwangerschaftsmonat abzutreiben. Vom Vater des Kindes hatte sie sich getrennt, bevor es geboren wurde.

Der Vater der Mutter hatte nur ein schattenhaftes Dasein geführt, während ihre Mutter, eine Hausfrau, die ganze Familie dominierte. Sie war als einziges Mädchen unter vier Brüdern aufgewachsen und hatte sich in ihrer Rolle eingeengt gefühlt. Sie litt in ihrer Kindheit an psychosomatischen Symptomen, wie Anorexia nervosa und Hyperphagie im Wechsel. Sie empfand sich selbst und ihren Körper als ekelerregend und abstoßend. Später, nach einer Trennung vom Elternhaus, sandte die Mutter ihrer Tochter Lebensmittelpakete bis ins Ausland nach, ein Zeichen für die einseitige und schuldhafte Mutter-Kind-Beziehung. Die Tochter erlebte unter Schuldgefühlen die Botschaft der Mutter, die lautete: „Schau, wie deine Mutter dich liebt und an dich denkt. Sie ist die Beste auf der Welt, sie schickt Eßpakete mit selbstgemachten Sachen den weiten Weg zu dir."

Sebastian wurde nach der Geburt, wie auch schon vorher, von seiner Mutter offen abgelehnt. Sie konnte ihn nicht berühren. Als sie sich zum Stillen überwand, spie das Kind die Nahrung wieder aus. Die gestörte Beziehung der Mutter zu ihrem eigenen Körper wurde hier in der Beziehung zum eigenen Kind wiederholt. Sebastian wurde wie ein fremder, störender Gegenstand betrachtet, dem ein Auseinandergehen einer sym-

biotisch begehrten Partnerschaft vorausgegangen war. Die Beziehung zu Sebastian ist symbiotisch fordernd und ambivalent ablehnend zugleich. Die Angst der Mutter, „die anderen", z. B. die Mitarbeiter des Kindergartens, könnten besser sein als sie, hatte zur Folge, daß der Kontakt im Kindergarten ständig durch psychosomatische Reaktionen des Kindes unterbrochen wurde. Dies bedeutete gleichzeitig: „Ich bin deine Mutter, ich brauche dich und du brauchst mich, du darfst dich nur bei mir wohlfühlen." Mittlerweile sind Sebastian und seine Mutter in einer kombinierten Mutter-Kind-Psychotherapie.

Wie die Mutter von Sven, so hat auch die Mutter von Sebastian eine stark erotisierte Beziehung zu ihrem kleinen Sohn. Der kleine männliche Körper wird begehrt, dann wieder zurückgestoßen und verlassen. Das Kind gerät in eine totale Orientierungslosigkeit. Wenn man die Mutter mit einer dunklen, erotisierten Stimme Sebastian fragen hört, wie es denn im Kindergarten gewesen sei, assoziiert man das verführerische Liebesgeflüster zu ihrem Partner.

Da die Mutter ihre eigene Körperlichkeit so stark ablehnt, reagiert sie auf die Körperlichkeit des Kindes in allen seinen Funktionen genau so ablehnend. Ein Herumspielen mit angelutschten, klebrigen Bonbons kann stärkste Ekelreaktionen bei der Mutter auslösen. Doch versuchte die Mutter immer wieder, Sebastians Schwierigkeit von der psychischen auf die rein somatische Ebene zu verschieben und sich selbst dabei völlig auszuklammern. Sie suchte mit Sebastian viele Ärzte auf, obwohl sie selbst vor Ärzten große Angst erlebte. Als Sebastian mit zwei Jahren noch nicht sprach, suchte sie ohne Wissen des Kindergartens einen Arzt auf und ließ sein unteres Zungenband operativ lösen, da dies die Ursache für sein Nicht-Sprechen sein sollte.

An Sebastians Verhalten im Kindergarten, seinem Wohlbefinden und stets erneutem Hervorbringen psychosomatischer Symptome, wie Ernährungs- und Einschlafstörungen, unspezifischen Fieberreaktionen, Zeichen von Hospitalismus, Erkältungskatarrhen der oberen Luftwege und rezidivierenden Bronchitiden, konnte das Befinden der Mutter wie an einem Seismographen abgelesen werden. Sie brauchte das Kind zu ihrer eigenen Bestätigung oder aber, um einer frustrierenden Arbeitssituation fernbleiben zu können.

Sobald sich in der Lebenssituation der Mutter etwas änderte, konnten wir dies an der Symptomaufhebung des Kindes ablesen.

Zur augenblicklichen Situation Sebastians im Kindergarten ist folgendes zu sagen: er fühlt sich leicht beeinträchtigt und wird wütend, wenn ihm ein anderes Kind im Vorbeigehen oder Laufen anrempelt. Er hat eine sehr geringe Frustrationstoleranz. Wir haben mit der Mutter auch daran gearbeitet, dem Kind sinnvolle Grenzen zu setzen. Anfänglich hob die Mutter ihrem Kind ein Spielzeug 50mal auf und meinte,

dadurch zu beweisen, daß sie eine „gute Mutter" sei. Man hatte den Eindruck, daß es für sie von existentieller Bedeutung war, von ihrer Umgebung als „gute Mutter" anerkannt zu werden.

Seine Spielsachen verteidigt Sebastian energisch und verbissen, weil sie ein Andenken an seine Mutter, ein „transitory love object", sind. Wenn er abends von seiner Mutter abgeholt wird, schiebt er sie von den Mitarbeitern und anderen Kindern weg, läßt niemanden mit ihr sprechen und sagt nur: „Meine Mama, meine Mama." Als ob er fürchtet, man könne ihm das streitig machen. Zu Kindern, besonders zu kleinen Mädchen, hat er eine zärtliche Beziehung angeknüpft. Wir sehen darin eine besonders günstige Entwicklung, einen ersten Schritt in Richtung einer Objektbeziehung.

Aus dieser Falldarstellung einer destruktiven Mutter-Kind-Symbiose können wir die archaische Körper-Ich-Schädigung ablesen, die sich in einer diffusen Symptomatik äußert. Aus der Ablehnung des Kindes durch die Mutter vor und nach seiner Geburt resultiert ein mangelndes Urvertrauen, was sich am offensten darin zeigte, daß es nicht einschlafen wollte. Heute hält Sebastian seinen Mittagsschlaf im Kindergarten und auch zu Hause haben sich seine Schlafgewohnheiten normalisiert. Sebastian konnte von der Mutter nur sexualisiert wahrgenommen werden oder im Zustand einer Krankheit. Zuwendung und Symptomatik gehörten zusammen. In dieser Hinsicht haben die psychosomatischen Symptome ihre Funktionsbedeutung in der jetzigen Situation verloren.

3. Beispiel

Bodo, zweieinhalb Jahre alt, litt seit seinem fünften Lebensmonat an chronischer Diarrhoe. Er kam in den Kindergarten, als er 15 Monate alt war, anfänglich nur ein oder zwei Stunden pro Tag zusammen mit seiner Mutter. Sie schleppte Bodo ständig auf dem Arm oder auf ihre Hüfte geklemmt im Kindergarten umher. Wenn die Mutter ihn einmal absetzte, durfte sie sich nicht außer Sichtweite begeben, sonst begann sofort ein verzweifeltes und wütendes Geschrei. Hatte sie Bodo wieder auf dem Arm, langte er nach den Kindern und zog ihnen schnell im Vorbeigehen ein Büschel Haare aus. In Gegenwart des Kindes versuchte die Mutter immer, mit Mitarbeitern über ihn zu sprechen oder zu klagen, wie „mickrig" ihr Kind sei. Sie sprach völlig unkontrolliert über ihre negativen Gefühle dem Kind gegenüber und wurde von den Mitarbeitern des Kindergartens hiermit konfrontiert.

Bodos Mutter hatte ein schwierige Kindheit. Sie ist ohne Vater aufgewachsen und konnte zu ihrer Mutter keine emotionale Beziehung entwickeln. Sie hatte täglich Prügel wegen irgendwelcher Lappalien zu erwarten. Manchmal wurde auch gar nicht auf sie reagiert. Wenn sie bei der Mutter in der Küche saß und spielte oder später ihre Schulauf-

gaben machte und die Mutter sich ihr näherte, zog sie reflexartig den Kopf ein, weil sie Schläge erwartete, so unmotiviert waren die Aggressionen der Mutter. Sie lutschte bis in die Schulzeit hinein am Daumen und hatte eine Vielfalt von psychosomatischen Symptomen, wie Rheuma, Magenbeschwerden, Blasenkatarrhe. Während der Schwangerschaft war sie erstmals von ihren psychosomatischen Beschwerden befreit, psychisch aber ging es ihr schlechter.

Aus ihrer Kindheit berichtete sie wörtlich: „Die einzige Zeit, in der meine Mutter zu mir freundlich war und mich umsorgte, war, wenn ich krank war. Ich war sehr oft krank. Ich habe es sogar fertiggebracht, im Alter von acht Jahren nach einer einfachen Blinddarmoperation ein Vierteljahr im Bett zu bleiben. Ich war immer ein Einzelgänger, meine Mutter kontrollierte alle meine Freunde, ich durfte nie mit anderen Kindern auf der Straße spielen und auch keine Freunde nach Hause einladen. Ich war immer ein schlechter Esser."

Ihre primären Erwartungen dem Ehemann gegenüber sind, von ihm wie ein Kind verwöhnt zu werden. Er soll immer bei ihr sein und ihr alle ihre Wünsche von den Augen ablesen. Bodos Vater ist ein geschickter, wortkarger Mann mit etlichen „Berufen". Er leidet an Depressionen und ist introvertiert. Er nimmt ständig alle Schuld in einer Abwehrhaltung auf sich und entzieht sich so jeder wirklichen Auseinandersetzung. Er war der Liebling seiner Mutter, hatte jedoch darunter gelitten, daß seine Mutter so ungebildet und nur Hausfrau war. Er stand im Schatten seines jüngeren Bruders, der wegen seiner Intelligenz der Liebling des Vaters gewesen war.

So ist die Dynamik zu verstehen, daß die Beziehung interessant war und funktionierte, solange die Frau die „Bessere" war. Das änderte sich dann schlagartig, als Bodo unterwegs war. Der Vater leugnete die negative Beziehung zu seinem Sohn. Es werde ja alles getan, damit es dem Jungen gut gehe. Das Kind kam aber zu früh, unerwünscht, und der Vater entwickelte sofort ein Konkurrenzverhältnis zu seinem Sohn. Zwischen den Eheleuten herrschte eine tödliche Rivalität darum, wer die „bessere Mutter" für das Kind sei. Alle Aggressionen werden verleugnet, besonders vom Vater dem Sohn gegenüber. Auch die Ehefrau wird bemuttert, aber er entzieht sich der wirklichen Auseinandersetzung.

In ihrer Ehe, die bei Schwangerschaftsbeginn geschlossen wurde, war sie erstmals, im Gegensatz zu der gemeinsamen Studienzeit, ihrem Mann unterlegen. Sie beschreibt sich selbst vor der Ehe und vor der Geburt des Kindes als kontaktfreudig; sie stellte alle Freundschaften her. Seit der Geburt leidet sie unter großen Ängsten, die sie vorher nicht kannte, dafür haben sich ihre psychosomatischen Beschwerden wesentlich verringert. Bodos Mutter hat außerdem eine Insektenphobie entwickelt. Die

Familie lebt ohne Freunde, die Mutter hat den Beruf aufgegeben, um sich ganz dem Kind zu widmen.

Als Bodo schon längere Zeit im Kindergarten war und beide Eltern an einer gruppentherapeutischen Behandlung teilnahmen, vermutete der Vater, daß vielleicht doch ein Gehirndefekt bei seinem Sohn wegen der extrem starken Aggression vorliegen müsse, die er sich als guter, liebevoller Vater einfach nicht erklären konnte. Auch seine eigene Depression und Lethargie versuchte er, auf angeborene Anomalien zurückzuführen, und als seine Mutter an einem Tumor erkrankte, hatte er sofort die Vorstellung, daß sie an Krebs sterben würde, was er ohne Gefühl als Tatsache mitteilte. Für Störungen und anomales Verhalten sollte jeweils eine letztlich organische Ursache gefunden werden, die Ärzte konnten dies aber nicht bestätigen.

Die anwesende Mutter im Kindergarten blockierte alle Schritte des Kindes zur Selbständigkeit. So besprachen wir mit ihr die allmähliche Trennung und zwar folgendermaßen, daß das Kind stundenweise allein im Kindergarten bleibt. Zuerst schrie Bodo verzweifelt, dann kam eine große Wut zum Durchbruch. In weniger als einer Woche hatte Bodo die Kindergruppe akzeptiert, weinte nur kurz, wenn die Mutter ging, und wandte sich anderem zu. Die Argumentation der Mutter gegen das Verbleiben von Bodo im Kindergarten führte folgende Gründe an: z. B. „Er ist doch so zart — er hat schon wieder Durchfall — heute morgen hat er ganz blutigen Stuhl gehabt — es ist doch nicht gut, wenn er sich so aufregt, wenn ich nun weggehe, es könnte ihm schaden, wenn er so schreit." Das spiegelte auch die Trennungsängste der Mutter wider.

Nach zwei Monaten ohne Mutter im Kindergarten war Bodo kaum wiederzuerkennen; der chronische Durchfall hatte ohne Diät aufgehört. Bodo ißt mit den anderen Kindern zusammen, allerdings noch weniger, dafür besteht ein Heißhunger auf Süßigkeiten. Mit dem Abklingen der Symptomatik setzte ein Zunehmen aggressiver Handlungen ein: Kratzen, Kneifen, Haare-Ausreißen und Kindern und Erwachsenen gezielt mit einem Finger ins Auge-Stechen. Es traf alle unvorbereitet und die Wirkung freute ihn kolossal, oft streichelte er dann hinterher mit traurigem Gesicht seine „Opfer".

Es wurde bemerkt, daß er besonders aggressiv wurde, wenn seine Mutter ihn abholte. Dann hatte er ein kumpelhaftes Verhältnis zur Mutter und führte schnell und gewandt alle Streiche vor, indem er im Vorbeigehen die Kinder aggressiv attackierte. Dabei strahlte er seine Mutter an, als ob er sagen wollte: „Guck mal, was ich für dich getan habe." Wenn Bodo Kindern Aggressionen zufügte, stand er beziehungslos seiner Handlung gegenüber. Ermahnungen prallten von ihm ab, er strahlte freudig. Ältere Kinder wehrten sich und schlugen zurück. In solchen Situationen war Bodo untröstlich und schluchzte lange. Ag-

gressionen austeilen und Aggressionen wiederbekommen standen in keinem Verhältnis zueinander.

Das Konkurrenzverhältnis der Eltern wird von Bodo deutlich widergespiegelt. Zu der Betreuerin der Gruppe der jüngsten Kinder hat Bodo eine intensive Beziehung entwickelt. Sie stellt für ihn die gute Mutter dar. Bodo löst sich aus seiner Spielgruppe und wendet sich ostentativ einer anderen Mitarbeiterin zu, zu der er sehr zärtlich ist. Dabei schielt er aus den Augenwinkeln nach Reaktionen seiner Betreuerin. Dieses Spiel wird in der letzten Zeit öfter wiederholt.

Bodo schlief lange in der Mitte des elterlichen Bettes, weil er sonst wie am Spieß schrie. Es gab Situationen, in denen die Eltern eine Woche und länger nicht miteinander sprachen, wohl aber mit dem in der Mitte liegenden Kind, dessen Krankheiten zum wesentlichen Kommunikationsmittel zwischen den Eltern wurden.

Bodos Aggressionen nahmen ab, je mehr die Eltern untereinander ihre Aggressionen ausdrücken konnten und das Kind als Träger der Aggression seine Funktion in der Homöostase der Familiengruppe verlor.

Es folgte danach ein erneuter Wandel, die Aggression wurde durch Depression abgelöst. Trennungsängste traten auf, die sich besonders beim Einschlafen äußerten. Einmal legte ihn die Mutter, die gerade Elterndienst hatte, im Kindergarten schlafen. Da er nicht schlafen wollte, legte sich die Mutter zu ihm. Als er dann eingeschlafen war, ging die Mutter weg. Nach einer Viertelstunde stand Bodo völlig aufgelöst auf dem Korridor und suchte seine Mutter.

Eine andere Situation: als die Mitarbeiterin sich mit einem anderen Kind beschäftigte und Bodo im selben Augenblick zu ihr wollte, erbrach er und entwickelte eine Fieberreaktion. Als letzte Phase seiner Entwicklung äußerte Bodo an den Tagen, an denen es ihm besonders gut ging, zunehmend Aggressionen gegenüber den erwachsenen Mitarbeitern.

Auch Bodos Mutter hatte eine Beziehung zu ihrem Kind, die Teilaspekte bejahte, er sollte immer lieb sein und keine Aggressionen zeigen. Die Mutter wiederholte hier den Unterdrückungszwang gegenüber Aggressionen, dem sie in der eigenen Kindheit gefolgt war. Sie isolierte ihren Sohn von den anderen Kindern, so wie sie durch ihre Mutter isoliert wurde. Die Mutter behandelte ihr Kind wie ein fremdes, unbekanntes Wesen, das sie nur in psychosomatischen Symptomen und aggressiven Handlungen wahrnehmen konnte. Als diese in den Hintergrund traten, kam eine Depression zum Vorschein, die das emotionelle Klima, den erlittenen Mangel in der Beziehung von Mutter und Kind, widerspiegelte.

4. Beispiel

Es folgt nun das Beispiel von Martina, die an Anorexia nervosa, Obstipation, Neurodermatitis und Enuresis nocturna litt. Martina ist 4 Jahre alt, macht äußerlich einen resoluten und energischen Eindruck und überrascht durch ihre Redegewandtheit und ihren überdurchschnittlichen Wortschatz. Martinas Kommunikation mit den anderen Kindern vollzieht sich auf rein intellektueller Ebene, emotional ist sie völlig hilflos. Sie läßt auch keine Situationen entstehen, in denen sie emotional überrascht werden könnte und berechnet die Reaktionen der anderen Kinder immer im Voraus. Sie beherrscht und kontrolliert die Kinder durch ihren Intellekt, wie sie es von ihrer Mutter erfahren hat. Martina kann nur in einer Kindergruppe spielen, wenn sie die führende Rolle übernehmen kann. Sie versteht es, diese mit guten und überzeugenden Argumenten an sich zu bringen. Erst später merken die anderen, daß sie wieder überrumpelt worden sind. So stauen sich mit der Zeit Aggressionen der anderen Kinder im Kindergarten auf, die wiederum intellektuell von Martina abgefangen werden.

Die Mutter, eine Studienrätin, die sich scheiden ließ, als Martina 2 Jahre alt war, stammt aus einer kleinen Beamtenfamilie. Sie weist auch psychosomatische Symptome auf, wie Anorexia nervosa, Obstipation und Ekzeme. Aus der Kindheit berichtet sie, zuerst der Liebling des Vaters gewesen zu sein und den älteren Bruder dominiert zu haben. Später sei sie von der jüngeren Schwester in ihrer Rolle als Vaters Liebling, zu dem sie eine starke intellektuelle Beziehung gehabt habe, entthront worden, sie war damals 10 Jahre alt. Von diesem Zeitpunkt an sei es mit ihr bergab gegangen, sie habe sich zutiefst abgelehnt gefühlt, insbesondere mit ihrer Körperlichkeit eines Mädchens. Sie habe sich nicht mehr verstanden gefühlt und habe dagegen angekämpft. In dieser Zeit entwickelte sie eine schwere Dermatitis.

Diese Dermatitis sei schlagartig verschwunden, als sie sich wieder geliebt fühlte. Sie lernte damals ihren späteren Ehemann kennen, der seine Abhängigkeit von der eigenen Mutter mit Unabhängigkeit überspielte. Sie habe ihn geheiratet, weil er ihr als das Gegenteil zu ihrem Vater erschienen sei.

Vor und auch noch während der Schwangerschaft habe sie sich sehr glücklich gefühlt. Jedoch mußte der Mann sie kurz vor der Geburt wegen eines Examens an einer Universität in einer weit entfernten Stadt verlassen, so daß er seine Tochter erst sah, als diese bereits drei Monate alt war. Die Mutter habe das Gefühl gehabt, als lehne er seine Tochter ab und damit auch sie. Sie bekam sehr starke Schwierigkeit beim Stillen, das ihr bis dahin sehr viel Freude gemacht hatte.

Die Ablehnung ihres Kindes stürzte sie in eine ähnliche Krise wie in der Pubertät. Sie entwickelte nacheinander eine Reihe hysterischer

Krankheitssymptome und nahm ihr altes Verhalten wieder auf, ihren Vater, d. h. hier ihren Mann, intellektuell an sich zu binden. Dieses Verhalten übertrug sie auch auf ihr Kind und meinte, sie beide könnten nur geliebt werden, wenn sie durch ihren Intellekt beeindrucken. „Weibliche Hausarbeit" d. h. vor allem, das Essen zuzubereiten, wurden von nun an vernachlässigt. Das Kind wurde schon recht früh intellektuell überfordert, der emotionale Kontakt zwischen Mutter und Tochter fand nur noch im Geheimen statt in einer Atmosphäre, die sehr depressiv gefärbt war.

Später entwickelten sich oft lange Auseinandersetzungen zwischen Mutter und Tochter, wobei jeder versuchte, den anderen zu übertrumpfen und seine Forderung durchzusetzen. Aber in dieser Auseinandersetzung um die Macht zog das Kind schließlich den kürzeren, denn es hatte seine eigenen Bedürfnisse und Wünsche immer denen der Mutter unterzuordnen.

Martinas Verhalten kann man gespalten sehen in intellektuelle Beherrschung und Depression. Diese Traurigkeit im Kind wird von der Mutter geliebt wie ein Spiegelbild ihrer selbst.

So schließen sich die beiden Hälften, bestehend aus Mutter und Tochter, in der Symbiose zu einem Schutz- und Trutzbündnis zusammen. Beide sind Verlassene. Die Mutter ist von ihrem Vater und Ehemann verlassen, die kleine Tochter von ihrem Vater. Die Außenwelt wird als Aggressor erlebt, der sie gemeinsam entgegentreten. Dem Zuschauer wird deutlich, wie hier die Mutter das Kind zu ihren Zwecken mißbraucht und wie das Kind in der gestörten Symbiose mitspielt, worauf die Ablehnung sich gegen beide richtet.

Martinas Verhalten im Kindergarten entsprach wie in einem Spiegel der Rolle der Mutter in der Elterngruppe. Jeder Versuch, an der Problematik zu arbeiten, wurde von der Mutter als ein totaler Angriff gegen sie selbst erlebt und als solcher abgewehrt. Mutter und Tochter bildeten eine Festung, und Martinas Verhalten im Kindergarten verschlechterte sich schlagartig, wenn die Mutter in Abwehrhaltung stand. Sie wurde dann gegen die Mitarbeiter aggressiv, wie gegen die kleinen Kinder, die Zuwendung bekamen, die sie nur kurz und unvollkommen von ihrer Mutter erhalten hatte. Doch Zuwendung von den Mitarbeitern konnte Martina wie unter Zwang nicht annehmen, da dies einen Verrat an der Mutter bedeutet hätte.

In dem Maße, wie die Mutter ihr Selbstgefühl zurückerhielt und sich nicht mehr abgelehnt fühlte, wurde Martina zusehens mehr in die Kindergruppe integriert.

Die Eßstörungen von Martina sind unauffällig. Sie ißt nur wenig und nur einige ausgewählte Speisen. Man merkt, daß sie keine Beziehung zum Essen hat. Das Körpergewicht ist als normal anzusehen, mit zwei

Jahren jedoch war sie dick und unbeweglich. Vielleicht wird die Eßstörung durch die Obstipation ausgeglichen.

Obwohl bei diesem Beispiel die psychosomatischen Komponenten nicht im Vordergrund des Geschehens stehen, handelt es sich doch um eine präödipale Störung. Es wurde deutlich, wie die Mutter Martina für ihre Bedürfnisse benutzte und wie das Verhalten der Mutter vom Kind psychosomatisch in Szene gesetzt wurde. Parallel zum Verhalten der Mutter gestaltete sich auch Martinas Verhalten konfliktfreier und glücklicher.

5. Beispiel

Im Nachfolgenden soll das Geschwisterpaar Marc, 4 Jahre und Marlies, 1 1/2 Jahre alt, beschrieben werden, die für einige Zeit den Kindergarten besuchten. Während Marc seine Aggressionen destruktiv nach außen auslebte und oft zu einer Gefahr für die Kindergruppe wurde, reagierte seine kleine Schwester psychosomatisch, mit Hyperphagie und Bronchitiden. Das unterschiedliche Verhalten der beiden Kinder läßt sich vielleicht in der unterschiedlichen unbewußten Einstellung der Mutter den Kindern gegenüber sehen.

Da die Mutter sich jedem Kontakt gegenüber verschloß, haben wir trotz größter Bemühungen um Mutter und Kinder nichts erreichen können. Die Ehe ging in der Zeit, als die Kinder den Psychoanalytischen Kindergarten besuchten, auseinander, da der Vater sich weigerte zu arbeiten und mehr und mehr dem Alkohol verfiel.

Die Mutter der Kinder war eine zarte, feingliederige Frau, die immer nervös und abgehetzt erschien. Ihr maskenhaft starres Gesicht, das von auffallend großen, aber hilflos fragenden Augen beherrscht wurde, unterdrückte jede Emotion. Ich habe die Mutter nie frei lachen oder weinen sehen. Die anderen Eltern des Kindergartens bemühten sich sehr intensiv um sie, aber alle Vorschläge wurden von ihr abgewehrt, alles Gesprochene prallte an ihr ab. Die Mutter sprach nur Gebote und Verbote den Kindern gegenüber aus.

Ihre gestörte Kommunikation mit ihren Kindern ließ sich an deren Verhalten ablesen. Marc reagierte extrem aggressiv und es gelang ihm, wenn auch schimpfend und schlagend, mit der Mutter in Kontakt zu kommen. Die jüngere Schwester erhielt von der Mutter nur Aufmerksamkeit, wenn sie krank war, hohes Fieber hatte oder eine erneute Bronchitis. Die Mutter versuchte, sich am körperlichen Geschehen festzumachen, ihre Tochter ärztlich versorgen zu lassen oder selbst die Rolle des Arztes zu übernehmen. Ihr eigenes Verhalten in Frage zu stellen, wies sie weit von sich und gab dem Ehemann die Schuld an der häuslichen Misere.

Im Kindergarten war Marc eine ständige Gefahr. Er stieß Möbelstücke, wie z. B. Stühle und kleine Tische, die Rutschbahn hinunter, so

daß sie zerbrachen und eine Gefahr für die Kinder darstellten. Seine Taten wurden heimlich geplant, und manchmal gelang es ihm, sie gezielt und schnell auszuführen. Wenn die Mitarbeiter ihm Grenzen zu setzen versuchten, wurden sie aus sicherer Entfernung mit Bauklötzen bombardiert. An einem Tag warf er ein Kind die Treppe hinunter, ein anderes wurde von ihm im Handumdrehen gebissen. Das geschah so schnell, daß die dicht dabei stehenden Mitarbeiter es nicht verhindern konnten. Die Kindergruppe reagierte darauf mit Empörung und erhob sich zum Richter, was ihn für eine Weile nachdenklich stimmte.

Bei beiden Kindern fiel auf, daß sie ebenso wenig wie die Mutter in der Lage waren, Frustrationen zu ertragen. Vor allem Marc geriet sofort in Wut, während Marlies mit mehr Phlegma darauf reagierte. Manchmal konnte man mit den Kindern sprechen, ohne daß sie eine Reaktion zeigten. Man hatte das Gefühl, durch sie hindurchzureden, was sich in der Kommunikation, die von den Kindern an die Mutter gerichtet wurde, wiederholte.

Wegen der Gefährlichkeit von Marc für die Kindergruppe und der Uneinsichtigkeit der Mutter, die meinte, wir sollten nur hart durchgreifen, eine Ohrfeige täte Wunder, mußten wir sie bitten, den Jungen aus dem Kindergarten zu nehmen. Ohne daß eine weitere Kommunikation möglich war, verließ sie mit beiden Kindern dann den Kindergarten.

Zusammenfassend läßt sich über die Struktur der hier beschriebenen Kinder sagen, daß sie alle an einer Störung der Objektbeziehung leiden. Vorbild für den Aufbau der ersten Objektbeziehung, die zunächst durch den körperlichen Kontakt hergestellt wird, ist die Mutter. Der Aufbau dieser ersten Objektbeziehung war den Kindern nur mangelhaft gelungen und war mit einer Störung der Ich-Integration verbunden. Dem korrespondiert gleichzeitig eine orale Gier nach Objekten, wie auch ein intensives Anklammern. Auch an der Mutter wird in einer sehr engen Weise festgehalten, die Kommunikation mit anderen Beziehungspersonen ist gestört.

Bei den Müttern ließ sich nachweisen, daß sie in ihrer Kindheit auch von ihren eigenen Müttern abgelehnt worden waren. Sie hatten sich ebenfalls als ganze Person nicht von der Mutter und der Familiengruppe angenommen gefühlt und in ihrer Körperlichkeit abgelehnt gefühlt. In ihrer Kindheit zeigten sie auch psychosomatische Reaktionen. Die Mütter, die selbst keine gelungenen Objektbeziehungen eingehen konnten, können zu ihren Kindern nur Dingbeziehungen entwickeln. Sie lieben nur Teilaspekte ihrer Kinder, und so entsteht ein primäres Ich-Defizit. Die frühe Ich-Entwicklung wird arretiert. Das Kind wird oft zum direkten Mittel für die Mutter, sich die Liebe und Anerkennung zu verschaffen, die sie selbst in der Kindheit nicht bekommen hat. Das Kind

spielt daher als Kommunikationsmittel in den neurotischen Partnerbeziehungen, die diese Mütter eingehen, eine große Rolle.

Die körperlichen Beziehungen der Mütter zu ihren Kindern haben einen depersonalisierten Charakter. Die Mütter zeigen oft eine übergroße Fürsorge für ihre Kinder, insbesondere was die Pflege des kranken Körpers betrifft. Diese körperlichen Forderungen an das Kind haben einen symbiotisch-ambivalenten Charakter. Die Mütter beklagen sich gleichzeitig darüber, daß ihr Kind schlecht ißt, daß es noch nicht sauber ist, ihnen soviel Arbeit macht usw.

Der emotionale Kontakt der Mutter zu ihrem psychosomatisch reagierenden Kind ähnelt dem, den der pervers Reagierende zu seinem Objekt unterhält, worauf *Günter Ammon* (1972) hingewiesen hat. *Ammon* sagt: „Es besteht eine auffallende Verwandtschaft zwischen der pervers und der psychosomatisch-krankmachenden Mutter: Beide können sich nur auf den Körper des Kindes libidinös beziehen." Und er führt weiter aus, daß die psychosomatisch krankmachende Mutter nur auf die Defekte und Krankheiten ihres Kindes libidinös reagiert, im Gegensatz zur pervers-machenden Mutter, die alle Handlungen, die den gesunden Körper des Kindes betreffen, libidinös besetzt, z. B. Waschzeremonien, Ankleiden des Kindes usw. Beide Mütter jedoch ignorieren die wachsende Ich-Identität des Kindes. Nach meinen Beobachtungen legten die Mütter der hier beschriebenen Kinder alle einen besonders großen Wert darauf, „gute Mütter" zu sein, dem Kind alles geben zu können. Sie lebten in ständiger Sorge, daß man sie in ihrer Position als eine gute Mutter angreifen könnte, und befanden sich ständig in der Verteidigungsposition. Dahinter standen einerseits Isolierungsängste und Besitzansprüche, andererseits eine Ich-Schwäche. Die eigene Identität mußte ständig von außen bestätigt werden.

Die Väter spielen in den hier beschriebenen Fällen kaum eine wesentliche Rolle. Die beiden beschriebenen Väter waren selbst farblose und schwache Persönlichkeiten.

Ich habe versucht aufzuzeigen, wie abhängig die Haltung der Mutter, die sie zu ihrem Kind entwickelt, auch von ihrer Beziehung zu ihrem Partner und zu einer umgebenden Gruppe ist. Fühlt sie sich in diesen Beziehungen sicher und als Mutter bestätigt, kann es ihr auch gelingen, dem Kind gegenüber eine Mutter zu sein, die das Kind als ganze Persönlichkeit liebt und ihm eine Ich-Entwicklung ermöglicht.

Ich hoffe, mit dieser Arbeit einen kleinen Beitrag zum Problem der Entstehung der psychosomatischen Erkrankungen geleistet zu haben. Anhand der Beobachtungen im Psychoanalytischen Kindergarten konnten wir aufzeigen, daß das psychosomatische Reagieren des Kindes als eine Reaktion auf frühes Fehlverhalten der Mutter, bzw. der Eltern, zu betrachten ist. Durch eine psychotherapeutisch orientierte Arbeit, aber

auch in der Form von Beratungsgesprächen mit den Eltern der Kinder, konnten die Vorläufer psychosomatischer Reaktionen aufgehoben werden. Wichtig erscheint mir auch die Beobachtung, daß Kinder auf ein emotionales Entziehen der Mutter psychosomatisch reagieren. In der speziellen Familiendynamik der hier beschriebenen Kinder war eine verbalisierte Antwort nicht möglich, da es für das Familienklima kennzeichnend war, daß über bestimmte, emotionale Bedürfnisse nicht gesprochen wurde. Erst indem diese Kommunikation durch die Mithilfe anderer Eltern, sowie der Mitarbeiter im Psychoanalytischen Kindergarten, erleichtert wurde und den Müttern geholfen werden konnte, sich ihre Emotionen den Kindern gegenüber einzugestehen, in einem „facilitating environment" *(Winnicott,* 1969), wurde die Geste des Kindes verstanden und das psychosomatische Symptom löste sich auf.

Pre-Stages of Psychosomatic Diseases — Observations in the Psychoanalytic Kindergarten

Gisela Ammon

The author refers to the conception that the transitional phase between the dominance of the primary processes to the dominance of the secondary processes is of main importance for the forthcoming of psychosomatic symptoms. The child who develops psychosomatic reactions is not able to leave the level of body language.

She agrees with *Günter Ammon* that the psychosomatic symptom is the manifestation of a "hole in the the ego", but prefers to speak of "pre-stages" of psychosomatic diseases in childhood which she has observed in her Psychoanalytic Kindergarten.

Gisela Ammon's observations are based on the close work with children in the kindergarten, on the informations from coworkers and from parents, and on their behaviour. If the group succeeds in establishing a communication between the parents and the child, the psychosomatic symptoms lose their functions.

She describes 5 case studies of children with psychosomatic reactions. The two first ones deal exclusively with the dynamics between mother and child, the next two studies lay more emphasis on the interactions between mother and father and the effects on the child. The last example shows different reactions of two siblings to the behaviour of the mother.

1. Sven, 2 years old, suffered from hyperphagia and diarrhoe. A remarkable lack in object-relations became obvious in his play with children, with grown-ups, and with toys. He behaved towards them as his mother treated him, who saw in her little son a thing-object to defend isolation and separation anxiety.

The mother herself never felt accepted in her childhood. Her symbiotic relationship with the father of Sven was broken before Sven was born. This induced a pregnancy psychosis in the mother, who was separated from her little son in the first four months of his life.

2. Sebastian was also left by his father before he was born. His mother procured abortion until his 6th intrauterine month of life. He was openly rejected before and after his birth. Sebastian's time getting accustomed to the kindergarten was extremely prolonged because of his staying at home nearly three days a week. He suffered from various psychosomatic symptoms, e. g. feeding and sleeping disturbances, unspecific feverish reactions, bronchitis, signs of hospitalism like head banging. His mother had strong feelings of rivalry towards the co-workers of the kindergarten; the elementary question was: "Who is the best mother?"

Sebastian's psychosomatic syndromes had also the function for his mother to escape a frustrating work situation. The child's symptomatic behaviour was like a seismograph, from which we got to know how his mother was feeling.

3. Bodo, 2 and a half years old, suffered from earliest infancy from diarrhoe. The mother had married because she unconsciously expected to be loved as a child by her husband. Bodo's father had been the favourite child of his mother, but not of the father who prefered the brother. This pattern was repeated in his marriage, where he, too, expected from his wife to be loved as the favourite child. When Bodo was born, he became jealous on his son, as he had been on his brother. He covered his feelings by competition with his wife on the position, who is the better mother. This arouse in Bodo's mother anxieties and guilt feelings with the result that she could not leave anymore her child alone. The more the kindergarten succeeded in giving the child more independence, and the more the parents came to an understanding of their mutual expectations, the more the child could give up his psychosomatic protest.

4. Martina, 4 years old, suffered from anorexia nervosa, obstipation, neurodermatitis, and enuresis nocturna. While her intellectual capacities were highly developed she was extremely helpless when confronted with emotions.

Her mother had been very dependent upon her own father, who liked the child because of her intellect but rejected her as a girl. She felt very happy when she married, since she felt accepted as a woman. But when Martina's father took no interest in his little daughter, the mother was no longer able to breastfeed Martina, that means to identify with the role of a mother. She assumed the role of an intellectual woman, feeling that she and her daughter could only be loved, when

being intellectually outstanding. Emotional contacts with the child were exchanged in secrecy, being shadowed by depressions.

5. The last example *Gisela Ammon* describes, had a negative outcome since the mother of the children defended all criticism in the same manner as she defended the needs of her children. Her communication with her children, with Marc a boy of 4, and Marlies, a girl of 1 and a half, consisted in demands and inhibitions. While Marc behaved very aggressively and thus had contact with his mother, though by scolding and beating, Marlies established contact in being sick, suffering very often from bronchitis. Her aggressions were expressed orally by an immense hyperphagia.

These different reactions of the children might be due to an unconscious attitude of the mother. Since a communication with the mother could not be established and since Marc endangered the children in the kindergarten with his aggressions, the kindergarten was not able to care for the children any longer.

Literatur

Alexander, F. (1951): Psychosomatische Medizin (Berlin: de Gruyter)

Ammon, Gisela (1969): Beobachtungen in einem Psychoanalytischen Kindergarten — Zum Problem der Frustrationsregulation (Berlin: Pinel-Publikationen)

— (1970): Handhabung von Aggression im Psychoanalytischen Kindergarten. Vortrag gehalten auf dem II. Int. Symp. f. Analytische Gruppenherapie vom 15. bis 20. Mai 1970 in Paestum/Ialien.

— (1971): Stufen der Kreativität in der Vorlatenz. In: Dyn. Psychiat., (4) 296—305 und in: Ammon, Günter (Hrsg.): Gruppendynamik der Kreativität (Berlin: Pinel-Publikation, 1972)

— (1972): Psychosomatische Syndrome bei Kindern und ihre Aufhebung. Vortrag gehalten vor dem Psychotherapeutischen Institut der Ignatius-von-Loyola-Universität in Rom am 13. Juni 1972

Ammon, Günter (1970): Gruppendynamik der Aggression — Beiträge zur psychoanalytischen Theorie (Berlin: Pinel-Publikationen)

— (1971): Zum Problem der Soziogenese psychosomatischer Erkrankungen. Vortrag gehalten am Sozialmedizinischen Institut der Freien Universität am 16. November 1971

— (1972): Zur Genese und Struktur psychosomatischer Syndrome unter Berücksichtigung psychoanalytischer Technik. In Dyn. Psychiat., (5) 223—251 (mit ausführlicher Literaturangabe)

— (1972 a): Hrsg. Gruppendynamik der Kreativität (Berlin: Pinel-Publikationen)

Freud, A., Bergmann, T. (1972): Kranke Kinder — Ein psychoanalytischer Beitrag zu ihrem Verständnis (Frankfurt: S. Fischer)

Garma, E.: (1957): The Predisposing Situation to Peptic Ulcer in Children. In: The Int. of Psycho-Analysis. 1957, 130—133

Gitelson, M. (1959): A Critique of Current Concepts in Psychosomatic Medicine. In: Bull. Menn. Clinic, 1959, 165—178

Greenacre, Ph. (1958): Toward an Understanding of the Physical Nucleus of Some Defence Reactions. In: Int. J. Psycho-Anal. 1958, 69—76

Khan, M. R. (1968): Reparation to the Self as an Idolised Internal Object. In: Dyn. Psychiat. (1) 92—97
Lewis, W. C. (1963): Some Observations Relevant to Early Defences and Precursors. In: Int. J. Psycho-Anal. 1963, 132—142
Mitscherlich, A. (1966/67): Krankheit als Konflikt — Studien zur psychosomatischen Medizin I/II (Frankfurt: Suhrkamp)
Schultz-Hencke, H. (1951): Lehrbuch der analytischen Psychotherapie (Stuttgart: Thieme)
Schur, M. (1955): Comments on the Metapsychology of Somatization. In: Psychoanalytic Study of the Child. Vol. 10, 119—164
Winnicott, D. W. (1969): Kind, Familie und Umwelt (München: Reinhardt)

Adresse der Autorin:
Gisela Ammon,
1 Berlin 28
Hattenheimer Str. 4

Beziehungen zwischen psychosomatischem Syndrom, Verhalten in der Gruppe und Selbst** - Eine Fallstudie

Peter Moldenhauer *

In der hier vorgelegten Arbeit soll am Beispiel eines psychosomatisch reagierenden Patienten dargestellt werden, wie sich eine frühe Ich-Schädigung auf das Verhalten in, bzw. gegenüber Gruppen auswirkt. Der Arbeit liegt die Annahme zugrunde, daß typisches Rollenverhalten in Gruppen in der pathogenen Mutter-Kind-Beziehung entstanden sein und in therapeutischen und anderen Gruppen wieder aufgefunden werden kann.
Im einzelnen wird in dieser Arbeit beschrieben, wie das Ich des psychosomatisch reagierenden Patienten als ausgebildetes Falsches Selbst, das auf einem narzißtischen Defizit beruht, in der Interaktion zwischen Patient und Gruppe beobachtet werden kann. Dabei sollen typische Verhaltensmuster als „Figur" auf dem Hintergrund der Gruppe gesehen und als Hinweis für die Therapie verstanden werden. Es wird dargestellt, wie der beschriebene Patient seinen archaischen Ambivalenzkonflikt ausagiert, indem er verschiedene Gruppen aufsucht, organisiert und kontrolliert: neben der Psychotherapie-Gruppe seine Wohngemeinschaft, Kinderladen- und Arbeitsgruppen. Weiter, wie der Patient versucht, durch Manipulation der Gruppen den für ihn bedrohlichen therapeutischen Prozeß zu steuern und die in der frühen Kindheit erlebte symbiotische Beziehung zur Mutter in seinem Verhältnis zu Gruppen wiederherzustellen. Dies geschieht unter dem Druck eines rigiden Über-Ichs und mit der Funktion, sich und anderen gegenüber das Falsche Selbst aufrechtzuerhalten.

Günter Ammon begreift die psychosomatische Reaktion als Resultat einer gestörten Mutter-Kind-Symbiose. Nach *Ammon* hat das somatische Symptom — unter anderem — die Funktion, die Lücke im Ich zu füllen, die in der Symbiose mit der Mutter entstand. Dieses „narzißtische Defizit", das „Loch im Ich" (*Ammon*, 1972 c), konstituiert die Krankheit, nicht das somatische Zustandsbild.

Im Rahmen dieser Arbeit werde ich mich der Unterscheidung von Ich und Selbst anschließen, wie sie *Spitz* (1959) entwickelt hat. Er faßt „das Selbst als eine zu einer Vorstellung führende Verarbeitung emotioneller und somatischer Erfahrungen auf, gegründet auf dem Bewußtwerden des Eigendaseins eines Individuums" (104). Es ist für ihn ein kognitives Produkt des Erlebens, ein „Niederschlag einer Summe von Erfahrungen" (104). Dagegen sei das Ich ein Postulat, ein theoretisches Konstrukt, durch seine Funktionen definiert und daher „als solches der Eigenwahrnehmung nicht zugänglich ..." (96). Das Selbst sei Produkt der Ich-gesteuerten Wahrnehmung und habe die Konstitution der Ich-Instanz zur Voraussetzung (97).

* Mitarbeiter des Lehr- und Forschungsinstituts der DAP

** Überarbeitete Fassung eines Vortrages gehalten am 24. Mai 1972 auf der Arbeitstagung der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e. V. vom 21.—28. Mai 1972 in Paestum/Italien

Spitz unterscheidet somit zwischen dem theoretischen Konstrukt — dem Ich, und der Erfahrungsdeskription — dem Selbst. Während das Ich als integriert oder lückenhaft und aufgesplittert gedacht werden kann, wird das Selbst in verschiedenem Umfang wahrgenommen.

Winnicott (1960) unterscheidet zwischen dem Wahren Selbst, dem Ausdruck für die latenten und potentiellen, in der Entwicklung behinderten Ich-Funktionen, und dem Falschen Selbst, einem rigiden und stereotypen Selbst-Anteil, der aus einer zentralen Unsicherheit aufgebaut wird, einem Gefühl der Schwäche. Das Falsche Selbst überdeckt das Fehlen eines Gefühls der eigenen Realität und Identität als selbständige Person und zwar sowohl dem Individuum selbst gegenüber wie auch seiner Umgebung. Es handelt sich also um einen entfremdeten Ich-Zustand. Je nach Art und Ausmaß der Ich-Spaltung werden Teile des Falschen Selbst als Ich-fremd oder Ich-synton erlebt. Dieser andauernde Split in der Ich-Organisation des Patienten ist seine Krankheit, die ihren Ausdruck findet in psychosomatischen Symptomen, der Schein-Identität des Falschen Selbst oder Als-ob-Beziehungen zur umgebenden Gruppe (*Winnicott*, 1966, 510; *Ammon*, 1972 c, 231—232).

Das Falsche Selbst konstituiert sich in der frühen Mutter-Kind-Symbiose, dann, wenn die Mutter die aggressiven und Omnipotenzwünsche des Kindes nicht verstehen kann, ihnen nicht zu begegnen weiß und der „spontanen Geste" des Kindes nicht entsprechen kann, sondern an deren Stelle ihre eigene Handlung setzt. Das Nachgeben seitens des Kindes, das ambivalenten Charakter trägt, ist die erste Stufe des Falschen Selbst (*Winnicott*, 1960, 145). *Winnicott* beschreibt eine Reihe von Organisationsstufen des Falschen Selbst, die dem Ausmaß der frühkindlichen Ich-Schädigung und der daraus resultierenden Angst vor der Integration des Ichs und ihrer Abwehr entsprechen (142—143):

1. Je schwächer das Ich ist, umso mehr gebärdet sich das Falsche Selbst als real, ein Beobachter könnte es für die wirkliche Person halten. Erst wenn in einer lebendigen Beziehung die Person als integrierte gefordert wird, wird das Loch im Ich spürbar.

2. Auf einer anderen Stufe kann das Wahre Selbst als Potential akzeptiert und ihm eine Existenz im Verborgenen gestattet werden: Das Falsche Selbst dient dem Wahren Selbst als Schutz gegen die feindlichen Umweltbedingungen.

3. Auf einer weiteren Stufe hilft das Falsche Selbst dabei, Bedingungen zu schaffen oder aufzusuchen, die die Entwicklung, das Hervortreten des Wahren Selbst gestatten. Ein Beispiel dafür ist das Aufsuchen einer therapeutischen Situation.

4. Das Falsche Selbst versucht, zur Abwehr einer psychischen Desintegration, neue Identifikationen anstatt der mit der Mutter aufzu-

bauen, sei es mit anderen Verwandten oder außerhalb der Familie stehenden Bezugspersonen (*Ammon,* 1972 a).

5. Am sogenannten „gesunden" Ende der Reihe organisiert das Falsche Selbst die Totalität der sozialen Handlungen, die Übernahme der kulturellen Normen und Rollen in einer bestimmten sozialen Umgebung. Dies hat u. a. *Goffman* (1959) als „front organization" beschrieben.

Zwei Aspekte der Beziehung zwischen Falschem Selbst und psychosomatischem Syndrom sollen in dieser Arbeit hervorgehoben werden. Der erste ist die Gemeinsamkeit ihrer Entstehung in der frühen Mutter-Kind-Beziehung, in der beide über die Körpersprache miteinander kommunizieren. Die Mutter kann ihre Ambivalenz überspielen, wenn sie das kranke Kind pflegt. Dann ist eine Beziehung zwischen beiden gestattet, die aber unzuverlässig bleibt und nur für eine begrenzte Zeit besteht (ausführlich bei *Ammon,* 1972 c). In dieser Zeit werden die Unsicherheit des Kindes und seine Unterwerfung unter die ambivalenten Forderungen der Mutter überdeckt, genauso wie später das Falsche Selbst die Desintegration von Ich und Körper-Ich verbirgt.

Es entwickeln sich interdependent mit Unsicherheit und Schuldgefühlen belastete Beziehungen zwischen dem Kind und seinem Körper, den es einmal vernachlässigt und einmal versorgt erlebt, mit der Folge eines uneindeutigen Körper-Selbst-Gefühls und einer Unsicherheit darüber, was „krank" und was „gesund" ist. Entsprechend der uneindeutigen Beziehung zur Mutter werden später soziale Beziehungen zur Gruppe grundsätzlich als unsicher erlebt. Der Herangewachsene weicht, wie im unten folgenden Fallbeispiel, auf die Kommunikation durch und über die Krankheit aus. Das ist der zweite Aspekt der Beziehung zwischen Falschem Selbst und psychosomatischer Reaktion, der in der aktuellen Gruppensituation sichtbar wird. Hier sind Falsches Selbst und seine Als-ob-Beziehungen für das schwache Ich notwendige Verteidigungsformationen. Da das gespaltene Ich nicht integriert auf eigene und fremde Bedürfnisse antworten kann, schützt es sich gegen ihre Wahrnehmung durch den Panzer des Falschen Selbst. Es grenzt sich von der umgebenden Gruppe rigide, sich selbst isolierend, ab. Die daraus zu verstehende partielle Unfähigkeit zum Umgang mit Menschen und Gruppen belastet das labile, wenig anpassungsfähige innere Gleichgewicht. *Ackerman* (1958, 64) beschrieb diese Wechselwirkung als „the close association between the emergence of psychosomatic disorders and the adaptive breakdown of characteristic role patterns — or more accurately, . . . the psychosomatic desintegration associated with unresolved conflict between the requirements of antithetical roles."

Die Kindheit des Patienten

Am folgenden Fallbeispiel möchte ich die Beziehung zwischen psychosomatischem Syndrom, Falschem Selbst und Gruppenverhalten darstellen. *)

Herr B., ein 22jähriger Chemiestudent, kam in die Sprechstunde und klagte in der psychoanalytischen Voruntersuchung über seine in der Pubertät aufgetretene Akne und die seit Verlassen des Elternhauses sich ständig verschlimmernde Gastritis. Er sei nur drei bis vier Stunden täglich ohne Magenschmerzen, die besonders stark morgens als Nüchternschmerz aufträten. Als psychische Störungen führte er seine Ängste im Flugzeug, in der Bahn und im Auto an, die aber nicht vorhanden seien, wenn er selbst am Steuer säße. Er leide an Gehzwängen auf dem Bürgersteig und habe ständig Angst vor lauten Geräuschen, z. B. vor Sirenengeheul, weil dies ein Anzeichen eines nahenden Atomkrieges sein könne. Er habe Angst vor der Zukunft ganz allgemein. Trotz seiner somatischen und psychischen Beschwerden habe er bisher arbeiten können; er habe keine Leistungsstörungen, sondern habe sogar ein erstes Studium mit gutem Erfolg absolviert.

Der Patient wurde in eine neu zusammengestellte Gruppe aufgenommen, die sich wöchentlich für zwei doppelstündige Sitzungen traf, und von zwei Co-Therapeuten geleitet wurde. In dieser Gruppe blieb er von Mai bis November. Anschließend suchte er für sechs Wochen ein Krankenhaus auf und reagierte dort auf die Behandlung seiner somatischen Symptome psychotisch.

Darauf erhielt er für längere Zeit analytisch orientierte Einzeltherapie im Sitzen, wurde zuerst sechsmal, später viermal in der Woche gesehen. Die Sitzungen dauerten oft nur etwa 15 Minuten, bei Bedarf wurden sie länger ausgedehnt.

Als ältestes von vier Kindern war Herr B. zusammen mit Vater, Mutter, Großmutter und Geschwistern — ein Bruder, zwei Schwestern — in einem Hotelbetrieb aufgewachsen, den die Großmutter leitete und in dem die Eltern regelmäßig mitarbeiteten. Der Haushalt der Familie war von dem der Großmutter und vom Hotel völlig getrennt. Außerhalb des durch den Betrieb vorgegebenen Rahmens hätte die Familie nie Kontakt zu anderen Menschen gehabt. Der Patient spielte nur mit seinen Geschwistern. Im ganzen läßt sich die Familie als eine paranoide, isolierte beschreiben, deren Mitglieder keine Identität besaßen (vgl. *Ammon*, 1970 a, 147 ff). Vater, Großvater, Tante und Bruder litten unter psychosomatischen Symptomen.

* Diese gleiche Krankengeschichte wurde von Günter Ammon insbesondere hinsichtlich des Zusammenhangs von Psychosomatik, Paranoia und Perversion dargestellt (Ammon, 1972 c, 239—243).

Die Schilderung, die der Patient von den einzelnen Familienmitgliedern gibt, drückt die Isolierung innerhalb der Familie deutlich aus. Die Beziehungen sind verdinglicht, die Personen nur noch Objekt ihrer gegenseitigen narzißtischen Bedürfnisse. Die Ungewißheit der Beziehungen in der Familie, über die wenig kommuniziert wurde, füllte der Patient schon früh mit paranoiden Phantasien aus, die parallel zu seinen somatischen Affektionen auftraten.

Herr B. schildert seine Mutter als hart gegen sich selbst und andere. Sie sei nie krank gewesen oder habe es jedenfalls nicht gezeigt. Die Kinderkrankheiten des Patienten wurden dann beachtet, wenn sie in die üblichen Schemata paßten; dann wurde er vorübergehend gepflegt und umsorgt. Ängste und Phantasien hätten die Eltern nie ernst genommen; Herr B. wurde ausgelacht, und es wurde ihm gesagt, er bilde sich das alles nur ein und solle sich nicht so anstellen.

Vor seiner Geburt habe die Mutter aus Unwissenheit oder Unachtsamkeit fahrlässig abgetrieben. Die Mutter habe ihm früher auch erzählt, daß sie nicht genug Milch zum Stillen des Sohnes gehabt hätte. Der Patient war ein unerwünschtes Kind. Er hat immer vermutet, daß die Mutter ihn haßte und gefürchtet, daß diese ihm Gift ins Essen mischen könnte.

Der Vater ist 18 Jahre älter als die Mutter. Herr B. beschreibt ihn als „analen Zwangscharakter, typischen Bürobeamten mit sexuell verklemmten Ansichten, Gastritis und schwachen Nerven". Der Vater scheute die Auseinandersetzung mit der Mutter und ordnete sich ihr unter. Nach der Pubertät ging Herr B. dem Vater zunehmend aus dem Wege; es bestand zwischen beiden eine ständig wachsende Spannung, die von ihm beobachtet und manipuliert wurde und sich in gelegentlichen heftigen Wutausbrüchen des Vaters entlud. Herr B. fühlte sich dann immer ungerecht behandelt, konnte aber seine Enttäuschung und Wut nie ausdrücken und hoffte, daß der Vater später „im Himmel" bestraft werden würde.

Auf den Kindergeburtstagen seiner Geschwister organisierte und gestaltete der Patient alles, kasperte herum und spielte Theater. Er half seinem Bruder später bei den Schulaufgaben, aber auf eine Weise, daß seine eigene intellektuelle Überlegenheit, die er vor der Mutter zur Schau trug, bestätigt und gefestigt wurde. Herr B. eroberte sich eine Position als der einzige Intellektuelle in der Familie, während der Bruder noch vor dem Abitur die Schule verließ.

Herr B. berichtet von einer rigiden Organisation, der die Kinder unterworfen wurden. Die Hausarbeit war in sogenannte „Dienste" eingeteilt, die regelmäßig zu verrichten waren, deren Erfüllung aber keineswegs Lob oder Zuneigung einbrachte, sondern nur die Angst verminderte: Die Mutter war dann lediglich nicht unzufrieden. Die Kinder

mußten brav sein und durften nicht auffallen; lautes Spielen und Zanken hätte die Hotelgäste gestört. Dem Patienten wurde die Schuld gegeben, wenn es doch Streit gab. Mitunter ärgerte er aber seinen Bruder, steckte dann von ihm Prügel ein und zeigte damit den Eltern, wie schlecht der Bruder sei. Diese Unterwerfung unter das Familienritual erschien Herrn B. nicht außergewöhnlich zu sein.

Später, in der Therapie, versuchte der Patient oft, diese spannungslose, symbiotische Beziehung wiederherzustellen. „Einer Meinung mit dem Therapeuten" zu sein, forderte er als Bedingung für die therapeutische Situation.

Diese Anpassung an die Ansprüche der Mutter gab Herrn B. die Möglichkeit, seine Aggressionen versteckt auszudrücken dadurch, daß er die Anweisungen wörtlich und übergenau, dem Buchstaben nach, erfüllte und sich nicht mit ihnen identifizierte. Sowohl symbiotische Einheit wie unbewußte aggressive Distanzierung wurden gleichzeitig phantasiert und durch gehorsame Unterwerfung abgesichert (ein Verhalten, das aus der Bürokratie bekannt ist).

Die Berichte, die Herr B. gern und ausführlich über die somatischen Aspekte seiner Entwicklung gibt, zeigen ein verdinglichtes Interesse an seinem Körper und dessen Mängeln. Dabei werden affektive Erfahrungen, die Herr B. in seiner Kindheit gemacht haben muß, weitgehend ausgelassen. Er befolgt damit die internalisierte Norm, die durch die Mutter bei der Behandlung des Körpers des Kindes und seiner Ausscheidungen gesetzt wurde. Die Mutter konnte vermutlich ihre eigene Angst vor Gefühlen, insbesondere auch vor Sexualität, nur durch Gefühlskälte abwehren, ihrem Sohn nur als einem Kranken, von der Familiengruppe als pflegebedürftig Anerkannten ihre Zuneigung ausdrückten.

Der Patient berichtet, er habe bis zum siebten Lebensjahr alle Kinderkrankheiten, „die es gibt", gehabt: Zweimal eine schwere Lungenentzündung, mit sechs Jahren eine schwere Mittelohrentzündung, mit sieben Jahren eine operative Entfernung der Mandeln, vier- oder fünfmal langwierige Erkältungen mit Fieber. „Psychosomatische Krankheiten" habe er früher nie gehabt, im Gegensatz zu seinem Bruder, der an Asthma und Heuschnupfen litt.

Er sei sehr früh sauber gewesen, habe ihm die Mutter stolz berichtet. Der Patient erinnert, daß er stundenlang auf einem durchsichtigen Topf gesessen und daß seine Mutter seine Defäkation mißtrauisch beobachtet habe. Sie habe darauf mit Spannung und Abscheu gewartet und dann die Fäces als ekelerregend fortgeworfen.

Entsprechend der Abtrennung von Krankheit, Fäces wie auch Sexualität durch die Mutter sieht der Patient seine Krankheit als isoliertes Geschehen. Ein Traum zeigt diese Trennung. Herr B. erzählte ihn in einer der ersten Gruppensitzungen und drückte damit seinen Anspruch

an die Therapie aus: Er sehe in einem Krankenhaus einen Arzt ein Baby auf einem Tisch herumfahren. Sein Kopf und Bauch seien riesig groß, der Bauch solle wegoperiert werden. Gleich darauf sehe sich der Patient in einer Schulklasse als Lehrer, vor ihm sitze das Baby, das gesund und klug aussehe.

Diese Trennung von Kopf und Bauch, von krankem Körper und idolisiertem Intellekt ist typisch für das depersonalisierte Denken bei falschem Selbst: „When a False Self becomes organized in an individual who has a high intellectual potential there is a very strong tendency for the mind to become the location of the False Self, and in this case there develops a dissociation between intellectual activity and psychosomatic existence" *(Winnicott,* 1960, 144).

Es fällt auf, daß mit dem Beginn der Volksschulzeit die Kinderkrankheiten und paranoischen Ängste verschwanden. In der Kindheit hatte Herr B. diese als Ängste vor Falltüren hinter der Wohnungstür erlebt, als Angst davor, von der Mutter vergiftet zu werden und als Zweifel an seiner natürlichen Geburt (vgl. die Beschreibung bei *Ammon,* 1973 c 241). Sie wurden ersetzt durch die intellektuelle Leistung, mit der der Patient sich nun vor der Mutter exhibitionierte. Lernen und Wissen wurden zentral für sein Selbstwertgefühl. Sein Körper war ihm scheinbar unwichtig geworden: Sport war das einzige Schulfach, in dem er keine guten Noten erzielte.

Die Beziehungen des Patienten zu Gruppen

Nach einer Volksschulzeit mit geringen Beziehungen zu Mitschülern — er hatte erst nach sechs Monaten den Namen seines Nachbarn kennengelernt —, hatte Herr B. in der Oberschule sich zum ersten Mal einer Gruppe zugehörig gefühlt, als er in eine konfessionelle Jugendgruppe eintrat, die eine festgefügte Minderheit innerhalb der Schulklasse bildete. Sie erlaubte dem Patienten, aus seiner bisherigen Isolierung herauszutreten. Er lernte, sich in Gruppen zu bewegen.

In der Jugendgruppe schloß Herr B. sich an deren Leiter an, mit dem zusammen er später einen Jugendclub gründete. An der Universität wurde er in das Studentenparlament gewählt und half, Arbeits- und Wohngruppen zu organisieren.

Alle diese Gruppen bildeten für Herrn B. einen Hintergrund zur Organisation seines Falschen Selbst. Sie halfen ihm bei der Orientierung in einer neuen sozialen Umgebung, wirkten als Hilfs-Ich und übernahmen teilweise kollektiv die Funktionen der Wahrnehmung und der Definition der sozialen Situation für den Patienten. Außerdem ergaben sich eine Vielzahl von Möglichkeiten, sein narzißtisches Defizit zu kompensieren. So war er in der Jugendgruppe beliebt als guter Sänger,

Gitarre- und Pantomime-Spieler; an der Universität glänzte er durch hervorragende wissenschaftliche Leistungen.

Unter Ängsten, paranoiden Phantasien und sexuellen Schwierigkeiten leidend, suchte er, nach einem Wechsel des Studienortes, die psychotherapeutische Praxis auf. In den ersten zwei Monaten warb er um die beiden Therapeuten und engagierte sich in der Gruppe. Er beanspruchte bewußt eine Sonderstellung und führte sich mit einem Redeschwall ein, indem er seine somatischen Leiden und Zwänge beschrieb, seinen „Narzißmus" und seine „verdrängten Aggressionen" beklagte. Damit zeigte er eine intellektuelle Einsicht in seine Konflikte, die jedoch verhindern sollte, daß die Gruppe sich zu sehr mit ihnen beschäftigte. Aus seinen eigenen Aufzeichnungen über die ersten therapeutischen Sitzungen ist ersichtlich, daß er aus dem, was er bei *Reich* und *Abraham* gelesen hatte, seine Vorstellungen über den therapeutischen Prozeß und therapeutische Techniken bezog. Er beschrieb in der Gruppe nicht seine eigenen Erfahrungen und Gefühle, sondern quasi sich als „Fall", er beschrieb sein Falsches Selbst.

In seinem Freundeskreis stellte er seinen Eintritt in die therapeutische Gruppe und seine aggressiven Äußerungen gegen die Therapeuten als eine große Tat dar. In seinen privaten Notizen jedoch bezeichnete er sein erstes Auftreten als mißglückt und lächerlich. Gegenüber der Freundesgruppe spielt er den Helden, allein gelassen bricht diese Fassade zusammen, die eines Adressaten bedarf. Seine Unsicherheit in der therapeutischen Gruppe versuchte er durch Beeinflussung der Mitpatienten zu verringern.

Das illustriert ein späterer Traum: „Ich fuhr mit meinem alten Kinderfahrrad los und kam in eine sehr schöne Gegend. Es war ein See, hinter dem sich große, weite Berge erhoben. Durch den See führte eine Straße, die aus zwei weiten, flachen, wellenförmigen Erhebungen bestand. Die Straße lag fünf Zentimeter über dem Niveau des Sees. Trotzdem floß das Wasser leicht über die Straße hinweg. Weit hinten stieg es langsam an, floß darüber hinweg und fiel auf der anderen Seite wieder leicht ab. Ich fuhr darüber, ohne Angst zu haben. Auf der anderen Seite traf ich einige Anwohner. Ich fragte sie, wie es zustande käme, das Wasser könne doch von sich aus nicht steigen. Doch, doch, das sei aber so. Ich fuhr wieder nach Hause zurück, um meinen Freunden zu erzählen, was ich alles erlebt hatte und um ihnen klarzumachen, was sie alles versäumt hätten."

Der Patient assoziierte zu den zwei flachen Erhebungen unter der Wasseroberfläche die mütterliche Brust. Von dieser Assoziation fühlte er sich bedroht, was zu einem aggressiven Ausbruch gegen die Therapeuten führte. Der Traum beschreibt die Angst des Patienten vor seinen Gefühlen gegenüber der Mutter, vor seinem Gefühl, von den

Therapeuten keine Antwort auf Fragen zu bekommen und seine Abwehr von Erfahrungen in der Therapie dadurch, daß er diese von seiner Freundesgruppe beurteilen läßt.

Einmal will er sich stärker auf die anderen Patienten beziehen, mehr auf sie eingehen und sich wie ein Therapeut verhalten, dann wiederum wünscht er sich, weinen zu können und hat gleichzeitig große Angst davor. In eine der ersten Sitzungen bringt er einen anderen Traum mit: Er sitzt auf einer Bühne, erhöht in einem großen Saal. Unter ihm befinden sich einzelne Gruppen von jungen Leuten, die ihm freudig und lange zuklatschen. Die Gruppen hatten irgendwelche Sprüche geübt, die sie ihm begeistert zurufen. Herr B. freut sich, daß man ihn so sehr in den Mittelpunkt stellt und ihm Sympathiekundgebungen bereitet, andererseits jedoch fühlt er sich nicht wohl dabei und möchte ständig sagen, daß das alles doch nicht nötig sei.

Der Patient erwartet von der Gruppe narzißtische Gratifikation, zweifelt aber gleichzeitig die Aufrichtigkeit der Gruppe an. In dem Problem „Geben und Nehmen" wird die Problematik seiner Objektbeziehungen ausgedrückt. Er sucht die Nähe, braucht aber die Distanz zur Gruppe, die die einzelnen Mitglieder unpersönlich läßt, damit er sich der Gruppe gegenüber relativ angstfrei bewegen kann. Später, nach seinem Ausscheiden aus der Gruppe, berichtet er, daß er zu niemandem in der Gruppe eine Beziehung gehabt hätte, die anderen hätten ihn nur interessiert als Objekte seiner Therapeutenrolle, seines zwanghaften Analysierens. Am liebsten wäre er mit den Therapeuten allein gewesen.

In dieser angenommenen Therapeutenrolle fühlt er sich gleichzeitig verletzbar, seine hervorgehobene Position in der Gruppe macht ihm Angst. Dann erzählt er von seinen früheren Minderwertigkeitsgefühlen, die ihn beim Sportunterricht in der Schule quälten. Ständig ist er auf Ausgleich und Konfliktvermeidung bedacht. Wenn er sich durch die Gruppe oder die Therapeuten abgelehnt fühlt, bricht er völlig zusammen, sitzt dann weinend, fröstelnd und zusammengekauert auf seinem Platz neben der Tür und klagt über seine Ängste und Schmerzen. Er zweifelt, ob die Therapie ihm helfen kann; es gehe ihm doch ständig schlechter. Die Therapie mache ihn so kaputt, wie das früher seine Eltern getan hätten. Als Abwehr dieser Erfahrung entwickelt er einen besonderen Stolz auf seine Fähigkeit, aus der Therapie Probleme, die er nicht allein lösen kann, so lange auszuklammern, bis er genügend Informationen über sie gesammelt hat und ihre Lösung der Gruppe präsentieren kann.

Die Angst vor einer Trennung von der Mutter zeigte sich als Angst vor dem Schluß der Therapiesituation. Insbesondere vor den Ferien versuchte der Patient, den Schluß unendlich hinauszuzögern oder aber ihn

selbst vorzeitig herbeizuführen, indem er vor Beginn der Ferien bereits die Gruppe verließ. Er nahm diese Angst vor der Trennung zuerst nur als ein körperliches Unwohlsein wahr. Dieses diffuse Körper-Ich-Gefühl mit dem Namen einer Krankheit versehen zu können, entspannte die Situation.

Zusammenfassend kann man diese erste Zeit in der Gruppe kennzeichnen als eine Phase, in der der Patient sich dagegen wehrt, sein Falsches Selbst von der Gruppe in Frage stellen zu lassen, in der er um die Sympathie der Therapeuten kämpft und die Gruppe als Ganze mit den im bisherigen Leben bewährten Verhaltensstrategien faszinieren und kontrollieren will.

Nach und nach begann er, neben der therapeutischen Gruppe andere zu suchen, um sich — wie früher schon — Anerkennung zu verschaffen und auch sich bei der Lösung konkreter Probleme des Alltags helfen zu lassen, wie Essen, Wohnen, Umweltkontakt. Zentral war die Funktion, den Einfluß der Therapie zu kontrollieren und auszubalancieren.

Nach den Sommerferien zog Herr B. zusammen mit Freunden aus seinem Heimatort in eine gemeinsame Wohnung. Aus dieser Wohngemeinschaft ging eine Kinderladen-Initiativ-Gruppe hervor, in der der Patient nach seiner eigenen Darstellung in der Rolle einer fachlichen Autorität, einer grauen Eminenz, Anerkennung fand, aber keine offene Leiterfunktion übernahm.

Die eigene Ernährung ist für Herrn B. außerordentlich konfliktbeladen. Nach seiner Geburt hatte die Mutter zu wenig Milch. Milch war das Wort, welches er sich erinnert, als erstes gelesen zu haben. Als kleines Kind hat er sich vor der Vergiftung durch die Mutter gefürchtet. Jede Mahlzeit ist noch heute eine mühsame Prozedur, die er nur innerhalb der Familie oder der Wohngruppe, am besten allein in seinem Zimmer, zu bestimmten Zeiten vornehmen kann (auch der Vater ißt getrennt von der Familie). Er hat, soweit er sich erinnern kann, beim Essen gelesen, „um sich abzulenken". Die Wohngemeinschaft hilft ihm ganz real bei der Organisation dieses Problems dadurch, daß sie immer einen gefüllten Kühlschrank bereitstellt.

Sein Problem, was richtig und was falsch, was real und was Phantasie, was Milch und was Gift ist, drückt sich auch in seinen Zweifeln gegenüber der Therapie aus. Eine Zeitlang wehrte er diese ab, indem er wie ein Missionar andere zur psychoanalytischen Behandlung überredete. Das wurde so verstanden, daß er allen die Milch anbietet und erwartet, daß die Freunde sie prüfen und trinken — dann ist sie gut und er hat weniger Angst, sie selbst zu trinken. Gleichzeitig erscheint Herr B. selbst den anderen gegenüber in der Rolle der guten, Milch spendenden Mutter.

Nach und nach schickte Herr B. mehrere Freunde in die Praxis, zuerst jeden. Als dann aber zwei sich als zu wenig motiviert erwiesen, nahm er sich vor, in Zukunft nur noch Geeignete und Motivierte zu schicken. Er hat das Gefühl, diese Gruppe „seiner Patienten" fest unter Kontrolle zu haben und sie jederzeit zurückziehen zu können.

Anfang dieses Jahres war die Wohngruppe vom Zerfall bedroht. Einige Mitglieder wollten ihren Mietanteil nicht zahlen und drohten auszuziehen. Der Binnenkonflikt der Gruppe wurde bald nach außen gewendet: warum muß die Wirtin soviel Geld nehmen? Den Konflikt, daß die Freunde nicht zahlen wollten, Herr B. aber der Wirtin gegenüber verantwortlich war, löste er zunächst dadurch, daß er die Differenz selbst bezahlte. Dann ging die Gruppe unter der Führung seines Rivalen zum Rechtsanwalt, um Klage gegen die Wirtin einzureichen. Der Patient versuchte, zwischen beiden Parteien zu vermitteln. Dabei gab er ihnen unterschiedliche Informationen, worauf der Anwalt sein Mandat niederlegte. Schließlich berichtete Herr B. von einer Situation, in der die Wirtin in der Wohnung sich mit seinen Freunden stritt. Der Patient schaute zu, als ob es ihn gar nichts anginge und erinnerte sich an Kindheitsszenen, in denen die Mutter die Geschwister zur Ordnung rief.

Die Aufspaltung der Beziehungen wird hier offensichtlich. Auf der einen Seite die Freunde, auf der anderen die Wirtin; zu beiden streitenden Parteien will Herr B. konfliktfreie Beziehungen aufrechterhalten; kommen beide zusammen, entflieht er der Konfliktsituation in die Vergangenheit, statt seine Interessen zu vertreten.

Die therapeutische Gruppe empfand die anderen Gruppen als Konkurrenz, insbesondere, nachdem bekannt geworden war, daß Herr B. in der Wohngemeinschaft regelmäßig „therapeutische" Sitzungen leitete. Ganz richtig deutete die Therapiegruppe die Wohngruppe als eine Situation, die Herr B. in den Dienst seines Widerstandes stellte, indem er seine Therapie aus der therapeutischen in die Wohngruppe, unter seine eigene Kontrolle, zu verlegen suchte. Wie sich erst später herausstellte, setzte sich die Wohngemeinschaft fast nur aus Mitgliedern zusammen, die schwere psychosomatische Symptome ausgebildet hatten.

Für seine Gruppen engagierte sich Herr B. sehr. Ständig war er für sie beschäftigt und klagte über seine Überbelastung, über sein abgehetztes Leben. Wenn Ansprüche von der Therapiegruppe an ihn gestellt wurden, bekam er Angst, von der Gruppe verschlungen zu werden und führte entschuldigend seine Zeitnot an. Dieses Gefühl der Überlastung, des Keine-Zeit-Habens war keineswegs Ausdruck eines wirklich ausgefüllten Lebens, sondern fehlender Identität und mangelnden Integrationsvermögens, der inneren Leere, wie sie für das Falsche Selbst kenn-

zeichnend sind. Zur Verschleierung der wirklichen Unausgefülltheit spielte Herr B. dann eine Gruppe gegen die andere aus.

Die Therapiegruppe setzte dieser Haltung eine Grenze und forderte vom Patienten, sich mit dem gemeinsamen therapeutischen Ziel und der Rolle als Patient zu identifizieren. Seine Angst davor, die Auswirkungen der Therapie nicht kontrollieren zu können, drückte Herr B. in einem Traum aus:

„Ich hatte von meinem Vater einen VW-Cabrio, neuestes Modell, den ‚Weltmeister', geschenkt bekommen. Er war knallgelb, so wie der Mantel meiner Freundin. Das Verdeck war schwarz und voll aufklappbar. Der Wagen hatte einige technische Mängel, beispielsweise war der Rückspiegel nicht fest angeschraubt, die Schrauben, vier Stück, mußten nachgezogen werden. Der Wagen war sehr sauber und glänzte, ein Prachtexemplar. Ich fuhr zu einem Freund von mir, um ihn mitzunehmen, da ich nicht allein fahren wollte. Sein Vater öffnete mir die Tür, nachdem ich geklingelt hatte. Er ist Pfarrer. Er war in einem grauen Nachthemd und war böse, daß ich ihn durch mein Klingeln geweckt hatte. Mein Freund kam, sein Vater sagte, wir sollten ihn nicht nochmals wecken, sollten den Hausschlüssel mitnehmen. Dann fuhren wir los. Ich fuhr in einem zu niedrigen Gang — der Motor lief sehr hochtourig —, ohne den Wagen richtig vorwärts zu bringen. Dann konnten wir plötzlich nichts mehr sehen, das Auto war irgendwie zu, die Straße, nichts war mehr zu erkennen. Da fand ich schlagartig den richtigen Gang, ich schaltete hoch und sah die Tachonadel deutlich auf 100—180 klettern. Wir fuhren rasend schnell. Da bekam ich Angst und meinte, wir könnten doch gar nichts sehen, wir müßten sofort bremsen. Ich bremste stark ab und wunderte mich dabei, daß wir doch noch immer auf der Straße waren. Wir wurden langsamer, und dann sah ich plötzlich eine scharfe Rechtskurve, gerade als unser Tempo wieder normal war, und wir schafften die Rechtskurve gerade so."

In diesem Traum ist seine Einstellung zu seinem Körper als „sauberes, glänzendes Prachtexemplar", mit rasch zu behebenden „technischen Mängeln", vor allem als depersonalisierte Maschine deutlich. Die Analyse ergab, daß er seine Lebensweise als hochtouriges Fahren ohne Vorwärtskommen ansah. Er hatte Angst vor dem Abgleiten in die Psychose, davor, nichts mehr sehen und seine Welt nicht mehr kontrollieren zu können.

Der Patient berichtete vier Wochen vor Weihnachten, wegen seiner Überarbeitung würde er sich am liebsten vier Wochen in ein Sanatorium zurückziehen, sich nur passiv verhalten und pflegen lassen. Eine Ursache seiner Erschöpfung war der innere Kampf für und gegen die intensive therapeutische Arbeit. Herr B. verwandte seine ganze psychische Energie dazu, das von ihm bisher als einzigen Halt erlebte

Falsche Selbst zu stabilisieren und gegen die Forderungen der therapeutischen Gruppe zu verteidigen, die er als gegen sein Ich gerichtet erlebte.

Kurze Zeit später besuchte er mit Freunden einen Film, dessen Folterszenen er als erschreckend real erlebte, der seine Freunde aber kalt ließ. Seine Freundin brach am selben Abend ein Versprechen und nahm LSD. Ihr Abgleiten in den Rausch, verbunden mit Angstzuständen, verstärkte bei Herrn B. das Gefühl der Entfernung von ihr und führte auch bei ihm zu einer heftigen Angstreaktion. Er zitterte am ganzen Körper, fror innerlich, konnte und wollte aber nichts dagegen unternehmen. Einen Arzt oder Freund zu rufen hätte für ihn das Eingeständnis bedeutet, daß etwas bedrohlich seinem Einfluß entgleite. Der Anfall war von starker Angst und Depersonalisationsgefühlen begleitet und dauerte mehr als eine Stunde mit mehreren unerträglichen Höhepunkten. Zum Schluß habe er sich übergeben, und es ging ihm langsam besser.

Der Patient erinnerte sich später, daß er einen ähnlichen Anfall in der Kindheit erlebt hatte, ebenfalls nach dem Besuch eines Films. Auch damals habe er eine gefährliche Situation im Film angstvoll mitempfunden, während der Rest der Familie sich unbeeindruckt gab. Er habe damals anschließend eine Erkältung bekommen. Im Verlauf der Therapie traten noch zweimal Angstanfälle in ähnlichen Situationen auf, die der Patient zunehmend besser kontrollieren und mit geringerer Angst überwinden konnte. Herr B. sagte dazu, daß er sich jedesmal von aller Welt, insbesondere von seiner Freundin und den Therapeuten verlassen gefühlt habe. Seine eingeschränkte Kontrolle über die Situation habe er als totale Hilflosigkeit und Abhängigkeit erlebt. Sein Körper sei die letzte freie und unabhängige Zone gewesen, die er habe einsetzen müssen, um sich seine Eigenständigkeit und Existenz bestätigen zu können.

Im Anschluß an diesen Anfall bekam er Gelenkschmerzen im Knie und Fieber. Seine Wohngruppe kümmerte sich nicht um ihn und seine Freundin weigerte sich, einen Arzt zu rufen. Nach fünf Tagen sei er dem Zusammenbruch nahegewesen. Seine Hausärztin wies ihn ins Krankenhaus ein. Dort diagnostizierte man akute Polyarthritis rheumatica und vermutete einen Infektionsherd, der jedoch nie gefunden werden konnte. Infolge der Cortisonbehandlung verstärkten sich Gastritis und Akne.

Nach Entlassung aus dem Krankenhaus folgten Grippe, Husten, gefürchtet als Vorläufer einer chronischen Bronchitis, eine Entzündung der Speicheldrüse und Ohrenschmerzen.

In dieser isolierten Krankenhaussituation waren dem Patienten seine äußeren Hilfsmittel zur Stabilisierung und Ablenkung von seinen Ängsten und Phantasien genommen. Er erlebte eine zunehmende Dekompensation, alle Stufen seiner früheren Ängste, paranoische Phantasien und psychosomatische Symptome, die er in der Vorpubertät er-

litten hatte. Dieser Prozeß gipfelte in einer psychotischen Reaktion am Heiligabend. Herr B. bat die Therapeuten um Hilfe, kam täglich aus dem Krankenhaus in die Praxis und erreichte schnell seine frühere Fähigkeit wieder, seine Konflikte externalisierend abzuwehren.

Neben der Manipulation seiner somatischen Leiden bezog er den befreundeten Arzt, die behandelnde Ärztin und vier Mitpatienten in sein Agieren ein. Der Ärztin klagte er erst seine Ängste, brachte aber bald das Gespräch auf die psychischen Konflikte der Ärztin, und nach kurzer Zeit kam diese in unsere Praxis und bat um Psychotherapie. Seinen Mitpatienten gab er Ratschläge und überredete einen Drogensüchtigen zu zeitweiliger Abstinenz.

Mit dem Arzt diskutierte Herr B. medizinische und gesellschaftliche Probleme. Er verschaffte sich Einblick in seine Krankenblätter und verfolgte die Entwicklung der Testwerte bald mit einer gewissen Sachkenntnis. Daß im Krankenhaus die vermutete Ursache der rheumatischen Erkrankung nicht gefunden wurde, stürzte Herrn B. in neue Zweifel über die Fähigkeiten der Ärzte, über die Realität seiner Krankheit und seiner Existenz, doch hätte er jeden medizinisch eindeutigen Befund ebenso angezweifelt. Schließlich wurde er an ein zweites Krankenhaus überwiesen und zusätzlichen Untersuchungen unterworfen durch einen Arzt, von dem er wußte, daß dieser die Verursachungstheorie des ersten Arztes nicht teilte. Damit waren die Ärzte mattgesetzt. Was sie auch sagen und finden würden, es konnte von Herrn B. durch den anderen widerlegt werden.

Der Patient hatte das Bedürfnis, sich in eine mütterlich-schützende Situation zurückzuziehen. Er konnte aber das von der starren, ihn unpersönlich verwaltenden Institution angebotene „Ich-Außenskelett" nicht akzeptieren. Die Behandlung seines somatischen Leidens, die er von den Ärzten ausdrücklich verlangte, komplizierte sein Problem der Ich-Abgrenzung. Der reale Aspekt der nur partiellen Versorgung und die Unerfüllbarkeit der narzißtischen Wünsche des Patienten trafen zusammen mit seiner paranoischen Zerstörung der Objektbeziehungen im Krankenhaus. Er konnte also das Krankenhaus nicht als Hilfs-Ich akzeptieren.

Der Patient agiert seinen Konflikt aus, indem er aus Angst vor einer genuinen Beziehung seine Objektbesetzungen aufsplittert, seine Gefühle auf verschiedene Personen und Gruppen so verteilt, daß „Gute" und „Böse" voneinander getrennt bleiben. Die Grenzen und Schwächen der „Guten" bleiben ebenso unbeachtet wie früher akzeptierte Aspekte der „Bösen". Auf der Bühne seiner Gruppen setzt Herr B. seinen eigenen Konflikt in Szene. Unbewußt will er seine Bezugsgruppen aufspalten in Repräsentanten seiner Wünsche und Ängste, damit den inneren Konflikt in einen äußeren verwandeln, den er dann kontrollieren zu können

glaubt. Der Patient kann seiner eigenen inneren Objektwelt nicht vertrauen, sucht und schafft sich eine entsprechende Umwelt und findet dort sein paranoisches Mißtrauen immer wieder bestätigt.

Er hatte so die Ärzte verunsichert und gegeneinander ausgespielt, die Krankenhausszene zu einem großartigen Psychodrama umgestaltet und sie damit, zum Teil real, zum Teil in seiner Phantasie, unter seine Kontrolle gebracht. Dieses Agieren wurde in der Psychotherapie verstanden als angstvolles Abwehren der andererseits ersehnten Zuwendung und Pflege, als Externalisieren seines inneren Ambivalenzkonfliktes. Er wolle sicher auch die Therapeuten gegeneinander ausspielen! Hier mußte therapeutisch eine Grenze gesetzt werden, um seiner Angst zu begegnen, daß er auch die therapeutische Situation aggressiv zerstören könne. Während er im Krankenhaus rasch wechselnde falsche Identitäten als „guter" Patient, als intellektualisierender Freund, als somatisch Leidender erlebt hatte, welche ihn aber nicht stabilisierten, sondern die er paranoisch in Frage stellte und ablehnte, konnte der Patient jetzt die therapeutische Beziehung wieder als real und zuverlässig akzeptieren.

Ein typisches Rollenverhalten gegenüber der Gruppe als Ganzheit

Die meisten Gruppentherapeuten sind sich darin einig, daß in der therapeutischen Gruppe die Patienten ihre Familiensituation wiedererleben, daß die Eltern-Imagines auf den oder die Therapeuten projiziert, die Erfahrungen mit den Geschwistern an den Mitpatienten wiedererlebt werden. Nicht so allgemein akzeptiert wird, daß „es die Gruppe als ganze (ist), die im Zuge des Übertragungsprozesses als Mutter wiedererlebt wird" (*Ammon*, 1970 a; vgl. *Corsini* u. *Rosenberg*, 1955, 345). *Ammon* beschreibt den Ambivalenzkonflikt der Patienten, der in dieser Übertragungsbeziehung aktualisiert wird, als Konflikt zwischen der Sehnsucht „nach der Symbiose mit der Mutter, nach einem orgiastisch-dionysischen Zusammensein mit ihr" und zwischen dem Streben nach der „Befreiung von dieser mütterlichen Umklammerung...". Die Angst vor der Psychotherapiegruppe spiegele bei diesen Kranken nicht Angst vor autoritärer Abhängigkeit wider, sondern im Gegenteil „die Angst vor dem Aufgehen in der andererseits so sehr ersehnten Symbiose" (1970 a, 26—27). Eine auf den ersten Blick als ödipaler Autoritätskonflikt zu deutende Ambivalenz in der Beziehung zu einzelnen Gruppenmitgliedern oder zum Therapeuten (interpersonale Ebene) kann damit auf eine genetisch frühere Basis zurückgeführt werden, die sich in der Mutterübertragung auf die Gruppe als Ganzer äußert.

Es ist ein alltägliches Phänomen, daß Menschen sich Gruppen gegenüber anders verhalten als gegenüber einzelnen. Viele haben Angst, vor ihnen unbekannten Gruppen vom Podium zu sprechen, während sie sich

im kleinen Kreis frei fühlen. Weniger häufig ist der umgekehrte Fall, daß jemand spielend und spielerisch ihm unbekannten Gruppen gegenübertreten kann, sie hinreißen und begeistern kann, während er zurückhaltend, ängstlich und schweigend in Situationen handelt, in denen er nur ein Mitglied unter anderen ist.

Herr B. berichtete, daß er sich dann in einer Gruppe wohl fühle, wenn er sie kontrollieren, leiten könne, sie „im Griff habe". Die Kontrolle der sozialen Situation ist hier eine Abwehr der Angst, die paranoisch Reagierende vor der „Mutter Gruppe" empfinden. Sie erleben die nicht-kontrollierte Gruppe als verfolgende Mutter; mit der kontrollierten Gruppe versuchen sie, eine symbiotische Beziehung einzugehen. Auffällig war der Unterschied zwischen den Beziehungen des Patienten zu ihm fremden und ihm bekannten Gruppen. In Gruppen, zu denen keine Mutter-Übertragung bestand, konnte er sich nicht bewegen, saß isoliert herum und sprach nicht einmal mit einzelnen Gruppenmitgliedern. Zu Gruppen, die er kontrollierte oder deren Kontrolle er in seiner Phantasie ausübte, verhielt er sich so, wie früher seiner Mutter gegenüber. Einem unbewußten Zwang folgend, produzierte er sich in diesen Gruppen, exhibitionierte sich, faszinierte sie, spielte Theater und bot sich derart diesen Gruppen als zentrale Figur dar. Seine leitende Rolle in Gruppen während der ersten Studienzeit kann so verstanden werden: Unter Leistungsdruck organisierte er diese Gruppen, verführte sie und gab ihnen dabei andererseits die Funktion, seinen Narzißmus zu füttern und ihm als Ich-Stütze von außen zu dienen, sein Loch im Ich zu überdecken. Unter diesen Bedingungen konnte er funktionieren.

Die Rolle von Herrn B. in den ersten Monaten in der Therapiegruppe ist die, die *Frank* und Mitarbeiter (1952) als „doctor's assistant" charakterisiert haben (vgl. auch *Arsenian* und *Semrad*, 1951, 152; *Yalom*, 1970, 295 f.). Patienten, die die Rolle des „doctor's assistant" übernehmen, verteidigen die Autorität des Therapeuten, um ihm damit zu gefallen. Sie bieten anderen Patienten ihren Rat an, verbergen aber ihre eigenen Schwächen und versuchen ganz allgemein, mit ihrer Überlegenheit zu beeindrucken. Dieses Verhalten stammt für die Autoren aus einer Idealisierung von Autorität und aus einer Überzeugung des Patienten, daß die Zuneigung einer Autorität nur dann zu gewinnen sei, wenn er eigene Loyalität und Überlegenheit demonstriere. Gleichzeitig werden jene Autoritätsfiguren abgelehnt, die den eigenen idealisierenden Ansprüchen nicht genügen. *Frank* und Mitarbeiter sehen das Verhalten dieser Patienten primär als auf den Therapeuten hin ausgerichtet.

Sie formulieren als zentralen Konflikt des „doctor's assistant": Für diese Patienten muß eine abgelehnte Autoritätsfigur mit Loyalität beeindruckt werden. Dabei muß aber zumindest der Anschein von Überlegenheit in der therapeutischen Situation aufrechterhalten werden, die

andererseits die Darstellung der eigenen Schwächen, der eigenen Konflikte fordert. Der Patient will nicht die Hilfe des Therapeuten, sondern will von ihm als Partner und Kollege akzeptiert werden: „He felt the need for psychiatric help but paradoxically thought, that the only way of winning it was to demonstrate self-reliance, self-control, competence and superiority" (*Frank* et al. 1952, 311).

Herr B. will in der Therapie nach besten Kräften mitarbeiten, er will keinesfalls „Widerstand leisten" und bemüht sich, als „braver" Patient akzeptiert zu werden. Doch gleichzeitig muß er seine Einfälle kontrollieren. Er will sicher gehen, daß der Therapeut sie auch richtig versteht, vollständig über seine Lage informiert ist, damit er dann die von Herrn B. überprüften Teile zu einem Bild zusammenfügen kann. Seine aufrichtige Motivation zur Therapie verwandelt sich unter dem Leistungsdruck und dem paranoischen Kontrollzwang zur Widerstandsformation.

In ihrer Formulierung des zentralen Konfliktes beachten *Frank* et al. nur die Beziehung zur zentralen Figur. Andererseits aber berichten sie, daß „... the presence of peers aggravated their conflicts and they behaved quite differently in group and private sessions" (311). Die Patienten konnten über ihre persönlichen Schwächen oder Probleme sprechen, wenn sie allein mit dem Therapeuten waren, „... when there were no peers present whom they had to impress with their superiority."

Ich meine, daß das Verhalten des Patienten in der ersten Phase der Gruppentherapie eine weitergehende Deutung erlaubt. Die Therapeuten waren zwar, wie bei *Frank* et al., Orientierungspunkte für sein overtes Verhalten. Zu den einzelnen Mitgliedern in der Gruppe, den peers, hatte Herr B. nur eine unpersönliche Beziehung. Darüber hinaus meine ich, daß die Gruppe als Ganze — als Erlebniseinheit — den zentralen Bezug für das Verhalten des Patienten in der Übertragungssituation darstellt. Er wünscht und fürchtet unbewußt die gleiche Beziehung zur Gruppe, wie sie zu seiner Mutter bestanden hatte. Diesen Aspekt vernachlässigen die genannten Autoren. Dem Wunsch nach symbiotischer Einheit mit der Mutter korrespondiert der Versuch, von der Gruppe auf der Basis des Falschen Selbst akzeptiert zu werden. Beiden zeigt der Patient seine somatischen Symptome vor, beide versucht er durch intellektuelle Brillanz zu faszinieren. Ich habe versucht, in Abb. 1 die im Kräftefeld der Gruppe präsenten Ebenen der gegenwärtigen interpersonellen Beziehungen und die aktualisierte Übertragungsebene der Gruppe als Ganzer darzustellen, wie auf sie die Familiensituation bzw. die frühkindliche Symbiose übertragen wird.

Ich verstehe das typische Verhalten des Patienten nicht nur als Konflikt zwischen dem Wunsch, die Sympathie des Therapeuten zu gewinnen und dem therapeutischen Ziel der Gruppe. Die Übertragung

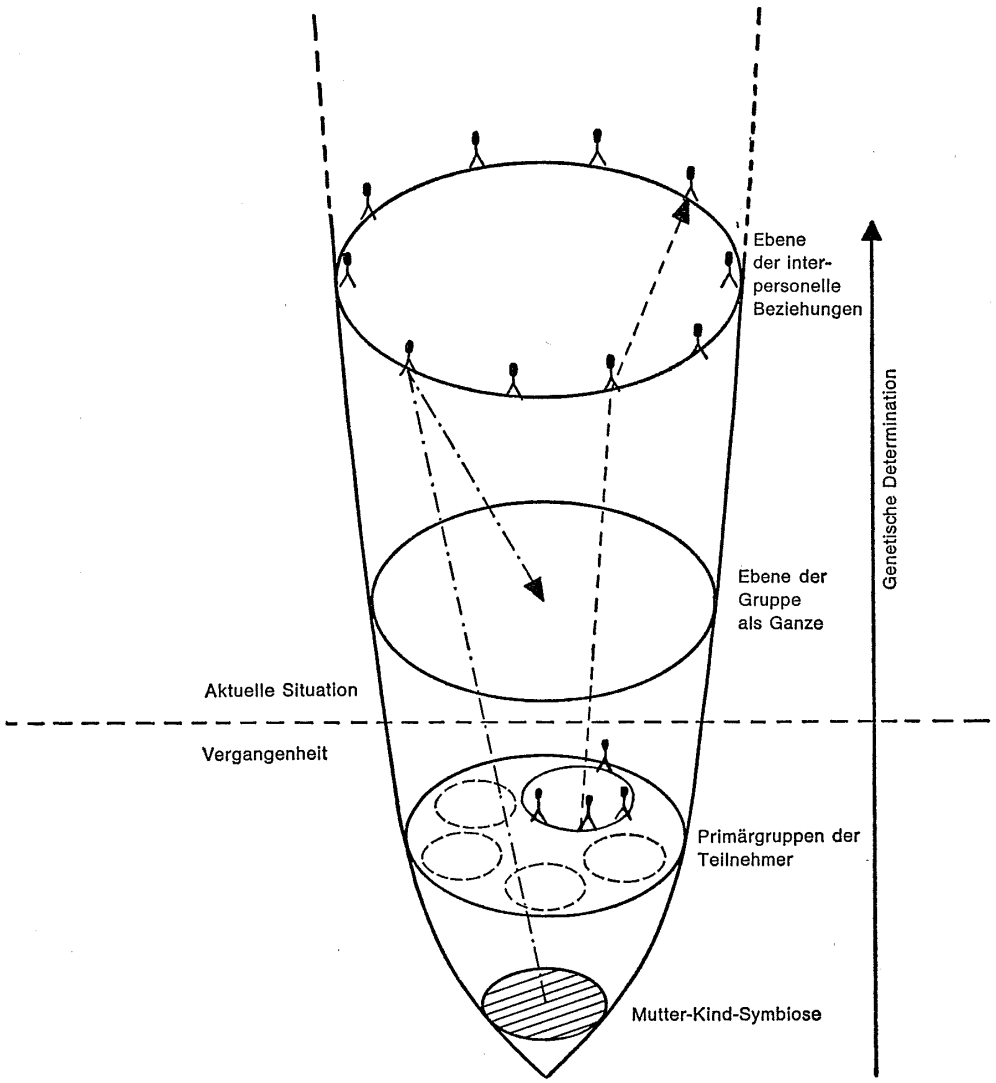


Abb. 1:
Vater- oder Geschwisterübertragung auf der interpersonellen Ebene im Gegensatz zur präödipalen Mutterübertragung auf die Gruppe als Ganze.

auf die Gruppe als Ganze hat eine mehr archaische Qualität gegenüber der ödipalen Übertragung auf die Therapeuten. Das Verhaltensmuster des „doctor's assistant" ist als Ausdruck der Mutter-Übertragung auf die therapeutische Gruppe als Erlebniseinheit zu sehen.

Die Interaktion zwischen Falschem Selbst und Gruppe

Am Beispiel des Patienten, Herrn B., sollte dargestellt werden, wie das Falsche Selbst des psychosomatisch Kranken und das Rollenangebot der Gruppe interagieren. Wie bei der Perversion *(Khan,* 1968) spielt

auch beim psychosomatisch Kranken eine rigide Ritualisierung in der Interaktion eine große Rolle. Der zwischenmenschliche Kontakt wird auf einzelne Aspekte beschränkt, bürokratisch organisiert, um zu ermöglichen, daß der Mensch in einem abgegrenzten Aufgabenbereich als Teil von sich selbst funktionieren kann.

Drei Beispiele für die Antwort von Ich und Falschem Selbst auf das Rollenangebot der Gruppe konnten beschrieben werden:

1. Im ersten Beispiel verhindert der Panzer des Falschen Selbst die Wahrnehmung und die Übernahme der angebotenen Rolle. Das Individuum bleibt in narzißtischer Kontaktlosigkeit in einer „Symbiose mit sich selbst" isoliert. Es versucht, den phantasierten Erwartungen der internalisierten, rigiden Mutter zu entsprechen. Der Patient hat sein Verhalten in den ersten Schuljahren so geschildert.

2. Bei Konformität des Falschen Selbst mit den Umweltanforderungen oder seiner Unterwerfung unter die Rollenerwartungen der Gruppe kommt es zu einer Als-ob-Rollenübernahme. Ein Beispiel dafür ist das depersonalisierte Funktionieren des Patienten unter Leistungsdruck während seines Studiums. Diese von Schuldgefühlen beladene Beziehung wird oft in passiv-destruktive Aggression einmünden. Das ist als Versuch des Individuums zu sehen, sich aus dieser Situation zu befreien. Oder es entwickelt sich eine Komplizenschaft, ein stillschweigendes Einverständnis über die Als-ob-Identität des Individuums in der Gruppe, die als labiles Gleichgewicht von der Gruppenkonstellation abhängig bleibt. Jede Veränderung dieser Konstellation läßt das Ich die Unsicherheit spüren und es mit Angst reagieren. Das Ich versucht, Veränderungen abzuwehren, die es als Bedrohung des Falschen Selbst erlebt; die Beziehung zwischen Ich und Gruppe tendiert daher zu Rigidität und Formalisierung.

Eine solche Komplizenschaft auf der Basis des Falschen Selbst und seine Akzeptierung durch die Gruppe findet sich z. B. in der Identifizierung des psychosomatisch Reagierenden als eines nur physisch Kranken, dem diese feste Rolle durch die Gesellschaft so zugewiesen wird. *Parsons* beschreibt diesen sozial institutionalisierten Rollentyp und charakterisiert ihn „durch eine ihm zugeschriebene generalisierte Störung der Leistungsfähigkeit des Individuums" (1967, 71), unabhängig vom realen Ausmaß körperlicher und psychischer Dysfunktion. Der Kranke wird für seine Leistungsunfähigkeit nicht verantwortlich gemacht, sondern wird von den Rollen- und Aufgabenverpflichtungen eines „Gesunden" befreit. Jedoch muß er sich in die Abhängigkeit von Spezialisten begeben und wird von der Gesellschaft abgesondert *(Parsons,* 1967, 72) durch Bettruhe, Ausgehverbot, Einschränkung des Sozialkontaktes. Die Krankheit wird diagnostisch eingegrenzt, objektiviert und von der Gesamtperson des Kranken abgetrennt.

Diese Rolle des somatisch Kranken, das Definieren einer Scheinidentität und des somatischen Aspekts als die ganze Krankheit durch Ärzte und Gesellschaft ist meines Erachtens die sozial generalisierte Institutionalisierung des Falschen Selbst. Dem Kranken wird ein „Außen-Skelett" zur Verfügung gestellt. Das Ich kann diese Hilfsgrenzen akzeptieren *(v. Kries,* 1972) oder es wird in der Isolierung desintegrieren.

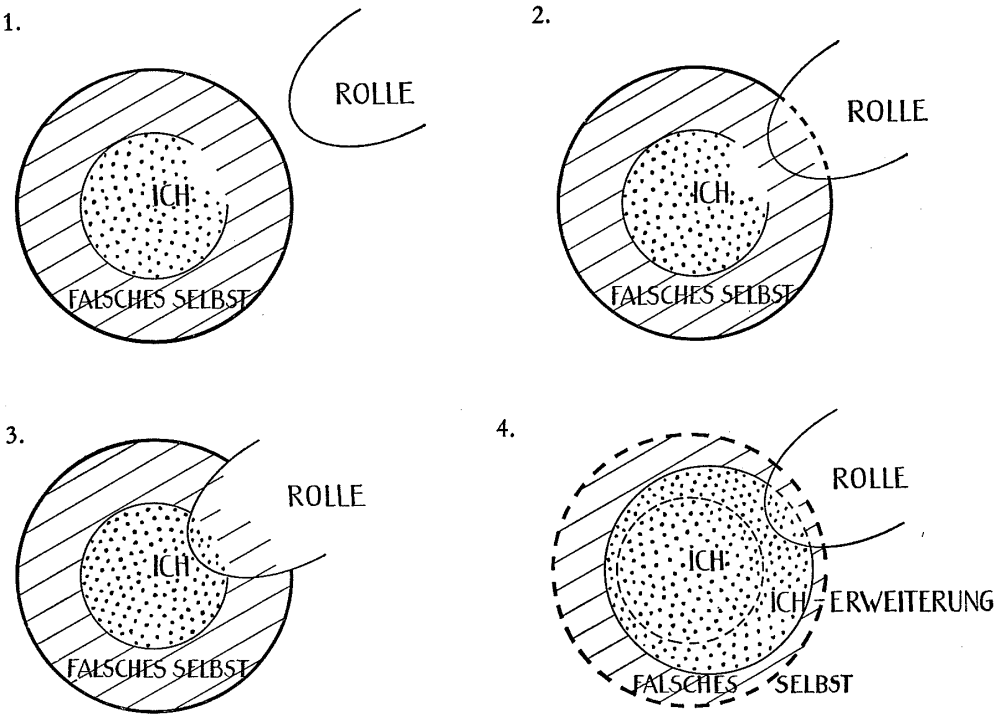


Abb. 1: Verharren in narzißtischer Isolation
Abb. 2: Unterwerfung unter Umweltansprüche, Als-ob-Rollenspiel des Falschen Selbst
Abb. 3: Hilfs-Ich-Funktion der Rolle durch Identifikation mit der Rollenaufgabe
Abb. 4: Ich-Erweiterung und Integration der Rollenfunktion

3. Wenn das Ich sich gestatten kann, einen Teil seines Falschen Selbst aufzugeben, eine Gruppe als Hilfs-Ich in Anspruch zu nehmen und in eine benigne Symbiose mit der Gruppe einzutreten, kann es die Identifikationsmöglichkeiten zur Ich-Stärkung nutzen, welche die Gruppe und die von ihr gestellten realen Aufgaben bieten *(Ammon,* 1971 b). Im Gegensatz zum zweiten Beispiel wird hier eine lebendige, Veränderungen und Entwicklung gestattende Auseinandersetzung stattfinden wie z. B. in der therapeutischen Gruppe.

Zusammengefaßt läßt sich sagen: Im Kontext der Gruppenbeziehungen wird das Ich-Defizit verdeckt und ein Falsches Selbst vorgestellt. Das geschieht im ersten Beispiel der narzißtischen Isolation durch eine

„Symbiose mit sich selbst" d. h. mit der introjizierten Mutter, im zweiten Beispiel durch Unterwerfung des Falschen Selbst unter die Ansprüche der Umwelt in Verbindung mit einer Als-ob-Existenz und im dritten Beispiel durch eine symbiotische Rollenübernahme mit der Chance Ich-stärkender Identifikationen.

4. Je Ich-stärker ein Individuum ist, desto eher kann es sich mit seiner Gruppe auseinandersetzen. Es wird die Rollenangebote der Gruppe nicht einfach annehmen, sondern sie bearbeiten (*Hodgson* et al., 1965) oder sie schuldfrei ablehnen, in jedem Fall aber aktiv mit der Gruppe darüber kommunizieren.

Die Entwicklung aus der präödipalen Symbiose (Beispiele 1—3) heraus zur eigenen Identität kann durch die Gruppe entweder gefördert oder gehemmt werden (*Ammon,* 1972 b). Diese Erfahrung haben psychosomatisch reagierende Patienten in ihrer Kindheit nicht machen können. Ihrer Trennung von Soma und Psyche entsprechend braucht ihr lückenhaftes Ich eine Vielzahl von relevanten Bezugspersonen, die jedoch voneinander getrennt gehalten werden. *Winnicott* beschreibt dies als „scatter of therapeutic agents". Es werde organisiert aufgrund innerer Bedürfnisse, welche Teil eines hochorganisierten und starken Abwehrsystems seien. Diese Abwehr richte sich gegen die Gefahr, die für die Patienten aus der Integration ihrer Erfahrungen und überhaupt der Integration ihrer Persönlichkeit erwachse. Diese Patienten brauchten eine „Psycho-Somatic Group" von Ärzten und anderen Bezugspersonen, welche voneinander getrennt gehalten werden, aber doch im Hintergrund für die Bedürfnisse des Patienten eine vereinte und zusammenarbeitende Gruppe darstellten (*Winnicott,* 1966, 514; vgl. *Ammon,* 1959).

Etwas Ähnliches hat im beschriebenen Beispiel Herr B. für sich organisiert. Neben dem verantwortlichen Arzt und den beiden Gruppenpsychotherapeuten sucht er regelmäßig eine Hausärztin und nach Bedarf einige befreundete jüngere Ärzte auf. Neben der Therapiegruppe hat er die Wohngemeinschaft, die Kinderladen-Gruppe, Mitstudenten und Bekannte in politisch arbeitenden Gruppen. Insbesondere aber erlaubt ihm die Gruppe von befreundeten Patienten, die bei verschiedenen Therapeuten in Behandlung sind, die Gruppe der Therapeuten teilweise zu kontrollieren und seine Angst vor der Therapie abzuwehren. Auf diese Weise hat Herr B. sich ein differenziertes therapeutisches Milieu aufgebaut, wie es keine Klinik organisieren könnte. Sicher steht dieses setting, jedenfalls soweit es sein Falsches Selbst stützt, auch im Dienst seines Widerstandes. Die Entwicklung des therapeutischen Prozesses wird an dem Wandel der Beziehung zwischen dem Patienten und seinen Bezugsgruppen beobachtet werden können.

Psychosomatic Syndrome, Group Behaviour, and Self

Peter Moldenhauer

This case study is based upon *Günter Ammon's* theory that the psychosomatic syndrome is a manifestation of pathological ego development and as such is related to other preoedipal reactions. The author demonstrates in which way the early interpersonal relationship between child and mother is transfered to actual group behaviour under repetition compulsion and substantiates the intercorrelation between psychosomatic and behavioural symptoms.

According to *Ammon,* the psychosomatic symptom is the attempt to fill the "hole" in the ego, which is a relict of early pathological mother-child symbiosis. The author describes the dynamics between the defective ego, the False Self *(Winnicott)* and acting out in different group settings the patient lives in (therapeutic, friends, commune, hospital, family). The described ego disturbed patient is able to function in certain groups, for which he exploits the healthy parts of his ego but in the service of his False Self. This extremely outer directed role behaviour is characterized by an as-if-style and a lack of identity. The roles offered by the groups are accepted, especially then when they promise to fill the ego deficit, but the result will always be an unstable equilibrium. The patient experiences unconscious anxiety and guilt feelings when complying to the external demands and the achievements of the ego thus cannot be experienced as significant parts of reality and cannot be integrated into the ego. These patients are not able to differentiate between ego and non-ego, between demands of their True Self and of groups. They need group norms and reassurances as guide lines for their behaviour. Driven by the necessity to be permanently admired and reassured by other people, the patient in the described case organized groups, participated as an active member in them, when he could keep up control over them. He was subdued to his rigid super-ego, this means to the demands of his internalized mother. This behaviour ran parallel to passive-obedient compliance to reference persons, who were experienced as being powerful.

The author discusses the conception of *Frank* et al. of the role of the "doctor's assistant" in therapeutic groups, who see the genesis of the patient's conflict in the ambivalent experience of authority figures. He interprets the patient's behaviour in this case as a conflict between the patient and the group as a whole, on which the patient transfers his mother imago. By dreams and the description of specific group settings the author demonstrates how the patient enacts his conflict and how this acting out produces typical role constellations in the group.

The False Self enables the functioning of the person in an environment experienced as being hostile. It fills the ego deficit, but is connected with an as-if identity. The therapeutic group, refusing to participate in this acting out, could break through this pattern and induce a positive development in the patient by confronting him with his destructive behaviour, which was in opposition to his and the common therapeutic aim.

Literatur

Ackerman, N. W. (1958): The psychodynamics of family life (New York: Basic Books)

Ammon, G. (1959): Theoretical aspects of milieu therapy. Menninger School of Psychiatry, Topeka, Kansas (USA)

— (1970 a): Gruppendynamik der Aggression (Berlin: Pinel-Publikationen)

— (1970 b): Die analytische Gruppentherapie im Rahmen der Sozialpsychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (3) 186—190

— (1971 a): Zum Problem der Soziogenese psychosomatischer Erkrankungen. Sozialmedizinisches Institut der Freien Universität Berlin, 16. November 1971

— (1971 b): Freizeitgestaltung im Rahmen einer gruppendynamischen Arbeitstherapie. In: Z. Psychother. med. Psychol. (21) 197—204

— Hrsg. (1972 a): Gruppendynamik der Kreativität (Berlin: Pinel-Publikationen)

— (1972 b): Kreativität und Ich-Entwicklung in der Gruppe. In: Ammon, G., Hrsg.: Gruppendynamik der Kreativität, 6—32

— (1972 c): Zur Genese und Struktur psychosomatischer Syndrome unter Berücksichtigung psychoanalytischer Technik. In: Dyn. Psychiat. (5) 223—251

Arsenian, J., Semrad, E. V. (1951): Application of analytic observations to teaching group dynamics. In: J. Psychiat. Soc. Work (20) 120—158

Corsini, R. J., Rosenberg, B. (1955): Mechanisms of group psychotherapy: processes and dynamics. In: *Rosenbaum, M., Berger, M.*, eds. (1963): Group psychotherapy and group function. 340—351

Federn, P. (1952): Ego psychology and the psychoses. (New York: Basic Books)

Frank, J. D.; Margolin, J.; Nash, H. T.; Stone, A. R.; Varon, E., Ascher, E. (1952): Two behaviour patterns in therapeutic groups and their apparent motivation. In: Hum. Rel. (5) 289—317

Freeman, Th., Cameron, J. L., McGhee, A. (1969): Studie zur chronischen Schizophrenie (Frankfurt: Suhrkamp)

Freud, S., (1946): Zur Einführung des Narzißmus. Ges. W. X, 137—170 (Frankfurt: Fischer, 5. Aufl. 1969)

Goffman, E. (1959): The presentation of self in everyday life. (Garden City, N. Y.: Doubleday)

Guntrip, H. (1968): Schizoid phenomena, object relations and the self (London: Hogarth)

Hodgson, R. C.; Levinson, D., Zaleznik, A. (1965): The executive role constellation. An analysis of personality and role-relations in management (Boston: Harvard)

Kaplan, H. I., Sadock, B. J., eds. (1971): Comprehensive group psychotherapy (Baltimore: Williams & Wilkins)

Khan, M. M. R. (1968): Reparation to the self as an idolised internal object. In: Dyn. Psychiat. (1) 92—98

v. Kries, D. (1972): Psychosomatische Syndrome als Ich-Aufbau-Kategorien, in Dyn. Psychiat., (5) 266—276

Kubie, L. S. (1958): Some theoretical concepts underlying the relationship between individual and group psychotherapies. In: Int. J. Group Psychother. (8) 3—19

Moldenhauer, P. (1971): Aggressives Verhalten und Integrationsprozesse in einer Gruppendynamischen T-Gruppe. Vortrag auf dem 2. Int. Symposium für Analyt. Gruppentherapie, Paestum Italien Mai 1970

— (1972): Die Beziehung zwischen Gruppenverhalten und psychosomatischem Syndrom. Vortrag auf der Arbeitstagung der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e. V., Paestum/Italien Mai 1972

— (1972 a): Analytische Gruppendynamik: Beziehungen zwischen psychoanalytischer und gruppendynamischer Theorie. Vortrag gehalten auf dem Kongreß „Gruppendynamik und ihre emanzipatorische Anwendung" der Hess. Landeszentrale für polit. Bildung, Frankfurt/M., 19. Oktober 1972

Parsons, T. (1967): Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der Wertbegriffe und der sozialen Struktur Amerikas. In: *Mitscherlich, A.*, u. a., Hrsg.: Der Kranke in der modernen Gesellschaft (Köln, Berlin: Kiepenheuer & Witsch) 57—87

Rosenbaum, M., Berger, M., eds. (1963): Group psychotherapy and group function (New York, London: Basic Books)

El-Safti, M. S. (1972): Die Konzeption des Körper-Ichs unter besonderer Berücksichtigung der Beiträge von Paul Schilder. In: Dyn. Psychiat. (6) 57—64

Schilder, P. (1939): Results and problems of group psychotherapy in severe neuroses. In: *Rosenbaum, M., Berger, M.* (1963) 218—227

Schindler, W. (1951): Family pattern in group formation and therapy. In: Int. J. Group Psychother. (1) 100—105

— (1966): The role of the mother in group psychotherapy. In: Int. J. Group Psychother. (16) 198—202

— 1972): Controversial aspects of group-analytic theory and techniques. In: Dyn. Psychiat. (5) 44—58

Spitz, R. (1959): Nein und Ja. Die Ursprünge der menschlichen Kommunikation (Stuttgart: Klett)

Winnicott, D. W. (1960): Ego distortions in terms of true and false self. In: ders.: The maturational processes and the facilitating environment (London: Hogarth) 1965, 140—152

— (1966): Psycho-somatic illness in its positive and negative aspects. In: Int. J. Psycho-Anal. (47) 510—516

Yalom, I. D. (1970): The theory and practice of group psychotherapy (New York, London: Basic Books)

Zaleznik, A., Moment, D. (1964): The dynamics of interpersonal behaviour (New York, London, Sydney: Wiley)

Adresse des Autors:
Peter Moldenhauer
1 Berlin 19
Rönnestraße 28

Die Konzeption des Körper-Ichs unter besonderer Berücksichtigung der Beiträge von Paul Schilder *

Mohamed Said El-Safti **

Das Körperschema bezeichnet die Vorstellung, die der Mensch vom eigenen Körper hat. Es beinhaltet die Vorstellung von den Einzelorganen und ihrer Lage zueinander, es reguliert die räumliche Orientierung und die Bewegung des Körpers und vermittelt ein Gesamtbild von der Stellung des Körpers und seiner Grenzen. Es ist eine dynamische, veränderbare Vorstellung des eigenen Körpers, die aus der Erfahrung entsteht und den weiteren Erfahrungen als Grundlage und Maßstab dient. Bei psychosomatischen Störungen stehen die Verzerrungen des Körperschemas im Vordergrund, die durch eine mangelhafte „Sozialisierung" des Kindes hervorgerufen werden.

Der Begriff „Körperschema", den *Paul Schilder* in die psychoanalytische Forschung eingeführt hat, wurde in der Neurologie entwickelt, um Änderungen in den Körpervorstellungen von Patienten mit Gehirnläsionen begrifflich zu erfassen. Diese Patienten können z. B. die rechte von der linken Körperhälfte nicht unterscheiden oder die Inaktivität von gelähmten Körperteilen nicht erkennen. Andere Störungen in der Körperwahrnehmung manifestieren sich in der Unfähigkeit, sich im Raum zu orientieren oder im bekannten Phänomen des Phantomglieds, in dem nach einer Mutilation der Patient noch für eine bestimmte Zeit das Vorhandensein des mutilierten Körperteils empfindet.

Der englische Neurologe *Henry Head* postulierte die Existenz eines Modells, das jeder Mensch von sich entwirft und nach dem er alle seine Körperbewegungen und -haltungen beurteilt. Ohne ein solches Modell können wir den kohärenten Übergang von einer Körperhaltung zu einer anderen nicht verstehen. Jede neue Bewegung wird bewertet im Verhältnis zu einem „Standard", der die jetzige Bewegung mit der vorherigen in Zusammenhang bringt. *Head* nennt diesen Vergleichsmaßstab „Schema". Zwar bezeichnet das Schema hauptsächlich die Regulierung der Körperhaltung und -orientierung, jedoch wurde dieses Erklärungsmodell von anderen Neurologen, besonders in Deutschland und Österreich, aufgegriffen und auf weitere neurologische Syndrome und Phänomene angewandt (z. B. in *Bartletts* Arbeit über selective memory). *Paul Schilder* gehörte zu einer Gruppe von Neurologen in Wien, die sich mit den pathologischen Aspekten des Körperschemas befaßten und das Studium solcher Störungen über die Neurologie hinaus in die Psychiatrie einführten.

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

** Lehranalytiker, Akademischer Rat an der Freien Universität Berlin

Schilder (1925) hat in der Schizophrenie und anderen psychotischen Reaktionen ähnliche Verzerrungen im Körperbild wie bei Hirngeschädigten beobachtet. Im Zustand der Hypochondrie oder der Depersonalisation tritt eine Aufspaltung des Ichs auf, in der ein Teil des Ichs den anderen beobachtet. In der Hypochondrie ist der beobachtete Teil ein Organ. *Schilder* erklärt dieses Phänomen durch eine narzißtische Überbesetzung eines Organs, der Verdrängungstendenzen des Über-Ichs entgegenwirken. Er führt das Beispiel einer Frau an, die nach einer leichten Verletzung am Daumen eine Hypochondrie entwickelte mit der Vorstellung, daß ihre Hände ganz unbrauchbar seien, daß sie nicht mehr arbeiten könne. Es stellte sich heraus, daß die Frau eine Ehe eingehen wollte, die sie unbewußt ablehnte. Diese Ablehnung drückte sie durch die Ablehnung ihrer Hände aus, die sie früher stets sehr gepflegt hatte und als „die schönste Zierde einer Frau" bezeichnet hatte.

Das narzißtisch besetzte Organ ist dem Ich lästig, es wird zum Gegenstand der Beobachtung und dem eigenen Erleben entfremdet. In der Hypochondrie, so meint *Schilder*, wird Empfindung zur Wahrnehmung gebracht. Der sekundäre Narzißmus hat aber nicht nur den Körper zum Gegenstand sondern auch Vorstellungsbilder des eigenen Körpers.

Das sind jene Elemente, aus denen das Körperschema besteht (Seite 35 bis 36, Entwurf zu einer Psychiatrie auf psychoanalytischer Grundlage): „Das Körperschema enthält die Einzelorgane und die Lage der Einzelorgane zueinander. Es kann in primitiver Weise gestört werden durch Störungen im groben Material, es kann aber auch Störungen unterliegen, welche ungefähr den agnostischen und apraktischen Störungen entsprechen, d. h. das vorhandene Körperschema kann im Erkennen und Handeln nicht ohne weiteres verwertet werden. Das Körperschema hat nicht nur zur Motilität enge Beziehungen, sondern vom Körperschema können, wahrscheinlich auf dem Wege über die vasovegetativen Apparate des Zwischenhirns, vegetative Funktionen dirigiert werden."

Er meint zum Phantomglied, daß es „die Wirkung eines körperschematischen Eindrucks ist, der aus früherer Zeit stammt" und fügt hinzu: „Das Körperschema ist also ein sehr komplex gebautes psychisches Gebilde, das aus mehreren historischen Schichten besteht."

Schilder hat das *Head*sche Konzept vom Körperschema erweitert. Es beinhaltet nicht nur eine psychische Organisation des Körpers und seiner Teile, sondern erstreckt sich auch auf das Verhältnis von Individuum und Gesellschaft. Es handelt sich um eine dreidimensionale Einheit von interpersonalen, umweltlichen und zeitlichen Faktoren.

Obwohl *Schilder* hauptsächlich mit Störungen des Körperbildes befaßt war, so hat er auch versucht, einige allgemeine Körperwahrnehmungen bei den normalen Personen zu bestimmen: Variationen im Körperbild treten bei verschiedenem Muskeltonus auf, so wie z. B. gymna-

stische Übungen zu einem Fremdheitsgefühl des Körpers führen können. Die Wahrnehmung der Haut ist auch verschieden: in gewohnten Situationen wird die Hautoberfläche nicht glatt und nicht fest umrissen wahrgenommen. Erst wenn die Haut mit Gegenständen in Berührung kommt, verliert sie diese Unbestimmtheit. Auch die Erfahrung des Körpergewichts und der Körpermasse ist verschieden — je nach der Situation. Das Schmerzempfinden zieht die Aufmerksamkeit auf den schmerzenden Körperteil, während die anderen Teile ihre Bedeutung verlieren, beziehungsweise in den Hintergrund treten. Das schmerzende Glied wird isoliert, und es entsteht die Tendenz, es aus dem Körper zu drängen.

Das Körperschema hat die wichtige Funktion, dem Individuum die Kontrolle über unwillkürliche Körpervorgänge zu ermöglichen. „Jedermann benutzt die kleinen alltäglichen Erfahrungen der organischen Krankheiten, um nachträglich über das Körperschema zu experimentieren und eine key-representation (Schlüsselvorstellung) für ein bestimmtes Organ zu erwerben, die nicht unmittelbar im Handlungsmodell vertreten ist. Mit „Schlüsselvorstellung" meine ich, daß wir in der Lage sind, die Funktionen des Darms (und anderer Organe), welche uns sonst unerreichbar sind, durch bestimmte willkürlich ausgewählte Vorstellungen zu ändern. Wir können nicht darüber entscheiden, unsere Pulszahl zu erhöhen, aber wir können uns vorstellen, daß wir uns in beängstigenden Situationen befinden und dabei eine Änderung der Pulszahl hervorrufen" (zitiert nach *Fischer* und *Cleveland,* 1958).

Das Experimentieren über das Körperschema ist, wie mir scheint, eine sekundär erworbene Tätigkeit, die ein spontanes Experimentieren mit dem Körper voraussetzt. Das Körperschema entsteht mit der Betätigung der körperlichen Apparate. Wir können uns schwer vorstellen, daß das neugeborene Kind ein Körperschema schon besitzt. Erst mit der Entfaltung seiner Aktivität wird es stufenweise gebildet. Das Körperschema ist mehr als eine einfache Organisation des sensorisch-motorischen Apparates; es ist vielmehr ein offenes System, in das sich immer neue Elemente einfügen können. Das Kind erfährt allmählich eine Kontrolle über seinen Körper und diese Fähigkeit, oder diese Macht ist eine wesentliche Dimension seiner Vorstellung von seinem eigenen Körper. Anders ausgedrückt, das Körperschema entsteht aus der Erfahrung und ermöglicht selbst weitere Erfahrungen.

Hierin liegt meines Erachtens die Besonderheit des menschlichen Körpers. Der menschliche Körper erlebt sich selbst, ist zugleich Subjekt und Objekt. *Husserl* (1952) bemerkt dazu: „Wenn ich mit der rechten Hand meine andere Hand berühre, empfinde ich diese als ‚physisches Ding', aber gleichzeitig beginnt meine linke Hand die Rechte zu empfinden, das ‚physische Ding' wird Leib, es empfindet. Der eigene Körper voll-

zieht eine Art ‚Reflexion'." Wir können diese Beobachtung mit der schon zitierten Bemerkung *Schilders* vergleichen, nämlich, daß die Hautoberfläche erst Konturen gewinnt, wenn sie mit anderen Dingen in Kontakt kommt. Der menschliche Körper wird erst lebendig (wird Leib), wenn er mit Dingen und Menschen in Berührung kommt. Die Struktur dieser Lebendigkeit oder deren Erfahrung ist meines Erachtens auch das Körperschema.

Solche phänomenologischen Beschreibungen können als unanalytisch erscheinen. Sie decken Strukturen auf, ohne die Genese in Betracht zu ziehen. Aber auch die Theorie der Libido-Organisation ist nichts anderes als eine Strukturtheorie. Die Gruppierung von Lust-Unlust-Empfindungen in einem bestimmten Körperteil (Mund, After oder Genitalien) bedeutet die Bildung eines Schemas, denn die Organbestimmung ist hier nicht zufällig. Die Libido verbindet sich — sozusagen — mit dem Organ, das in einem bestimmten Entwicklungsstadium die größte Bedeutung für seine Beziehung zur umgebenden Welt und nicht nur für sein individuelles Wachstum hat. Dieser bestimmte Körperteil überwiegt nicht nur in der Körperbewegung des Kindes, sondern vor allem in der Exploration der Außenwelt. (Diese Exploration ist mit dem ad-gredi fast identisch, ist eine bedeutende Ich-Funktion.) Das Kind entdeckt das Andere zunächst durch den Mund und halluziniert in seiner Abwesenheit das Objekt als Brust z. B., als Objekt *für* den Mund. Mit dem Hauptorgan verbinden sich die Bewegungen anderer Organe und bilden ein einheitliches Ganzes (Konästhesie, Beispiel: Hand = Mund). Es entstehen dann Verhaltensmuster, die von diesem zentralen Organ geprägt und geordnet sind (Beispiel: anales Verhalten, Retention, Loslassen — Geben).

Die Bildung von Organkonstellationen und Verhaltensmustern bedeutet nicht nur, daß die frühere menschliche Entwicklung einen teleologischen Sinn hat; sie liefert darüber hinaus das Fundament des „symbolischen Systems" beim Menschen, z. B. können Körperteile das Hauptorgan der erogenen Zonen repräsentieren (Augen und Nase den Penis). Äußere Gegenstände können die Körperteile symbolisieren und so die eigenen Körpervorstellungen ausdrücken (das Haus z. B.).

Was ermöglicht diese symbolische Funktion des eigenen Körpers? Meines Erachtens können wir im Körperschema zwei Systeme, die miteinander verbunden sind, unterscheiden:

1. ein System von Äquivalenzen,
2. ein System von Identifikationen.

1. In der Vorstellung des eigenen Körpers werden Gegenstände, sei es ein Körperteil selbst, seien es Teile der Außenwelt, mit dem Hauptorgan gleichgesetzt und zwar aufgrund irgendeiner Ähnlichkeit in der Erscheinungsform (Öffnung, Umschließung, Bewegung usw.). Diese

Äquivalenz ist keine bloße Assoziation, sondern ist motiviert. Die Substitution eines Bildes oder einer Vorstellung ist Resultat einer Unlustempfindung, einer Verdrängung oder Reparation eines Verlustes.

Das Körperschema ist in dem Sinn veränderbar, wie das Zusammenspiel von Gestalt und Hintergrund in der Gestaltpsychologie beschrieben wird. Eine Gestalt tritt aus einem Hintergrund hervor, während die bis dahin wahrgenommene Form in den Hintergrund zurückgedrängt wird.

2. Diese Artikulation des Körperbildes spiegelt die Situation des Kindes in der umgebenden Welt wider und wird von den Hauptpersonen dieser Situation (Mutter und Vater) mitgeprägt. Die Einstellungen dieser Personen zu seinem Körper werden durch Identifizierung mit ihnen ins Körperbild aufgenommen. In den Arbeiten von *Günter Ammon* (1972), *Gisela Ammon* (1973), *Pohl* (1972), *v. Kries* (1972) erfahren wir, wie das introjizierte Objekt die Einstellung und das Verhalten des Patienten dem eigenen Körper gegenüber bestimmt. Das erklärt auch, wie ein Organ über seine eigentliche Funktion hinaus, als Folge der libidinösen Besetzung von Objekten, von denen eine Befriedigung erwartet wird, eine neue Bedeutung erhält. Orale Vorstellungen und Phantasien bedeuten nicht nur Verlangen nach Nahrung, sondern auch nach Liebe und Zuwendung. Andererseits zentrieren sich die Phantasien des Kindes um den eigenen Körper in seiner Wechselbeziehung mit den umgebenden Personen. In den drei Urphantasien (Urszene, Verführung und Kastration) tritt der Körper des Kindes in einer inszenierten Situation mit den Körpern der anderen auf.

Der menschliche Körper kann also nicht als ein Körper unter anderen „animalischen" Körpern betrachtet werden, er ist der Ort, der Schauplatz (oder die Szene) des menschlichen Dramas. Und die Organisation, die wir Körperschema genannt haben, bedeutet kein mechanisches Koordinatensystem, sondern die Antwort auf eine menschliche Situation. Es ist auch kein Anpassungsautomatismus in dem Sinne, daß Anpassung die einseitige Modifikation im Hinblick auf eine vorhandene Situation bedeutet, die Situationen ändern sich, sobald der menschliche Körper als Akteur auf der Bühne auftritt. Das Vorhandensein eines Körperschemas lehrt uns, daß die mechanistische Auffassung des menschlichen Körpers als Teil der Natur die besondere Stellung nicht erklären kann, die er in unserer und der Wahrnehmung anderer einnimmt. Es lehrt uns auch, daß der Körper nicht durch reine Reflexion oder durch ein „cogito" (ich denke) konstituiert ist. Im Gegenteil, er birgt in sich das Rudiment einer Reflexion und hat die Fähigkeit, sich selbst zu konstituieren. Mit anderen Worten, der menschliche Körper wird vom Augenblick seiner Geburt an beseelt, oder in psychologischer Terminologie, die Entwicklung des Körpers geht mit der Entwicklung eines Ichs einher.

Aber wie ist es möglich, daß der eigene Körper uns auch als Objekt erscheint? Wir meinen, daß er im Spannungsfeld zwischen zwei Allgemeinheiten steht: der biologischen und der sozialen. Als Lebewesen ist er ausgestattet mit Apparaten und Bedürfnissen, die der Art gemeinsam sind. Als soziales Wesen ist er in seiner äußeren Haltung und seinem Verhalten Vertreter seiner speziellen Gruppe. Das Erleben des Zusammenspiels beider Kräfte, derjenigen der biologischen Substanz (oder nach *Schilder* des groben Materials) und der sozialen Kräfte, die mit Ja oder Nein seinen Bedürfnissen begegnen, nennen wir die Erfahrung des eigenen Körpers, die den Anfang der Individuation bildet. Indem das körperliche Individuum durch Identifizierung die Haltung der umgebenden Personen internalisiert, bilden sich subjektive Systeme (Ich, Ich-Ideal und Über-Ich).

Das Ich kann seinen Körper nur dann als Objekt betrachten, wenn es sich mit einem anderen Menschen identifiziert und den Körper unter die biologische Allgemeinheit (Gesetzmäßigkeit) subsumiert.

Er wird dann anonym. Aber diese Operation hat ihre Grenze im Erleben, die weder vom Ich noch durch einen äußeren Beobachter — ohne daß diese entmenschlicht sind — überschritten werden kann. Anfang und Ende des objektiven Denkens ist das Körpererleben. Der menschliche Körper wird nie ganz Objekt.

Wenn *Schilder* und *Federn* (1952) das Körperschema ein psychisches Gebilde nennen, so meinen sie meines Erachtens nicht, daß wir wissen, daß unser Körper gegenständlich ist, noch, daß durch dieses Wissen der Körper transzendiert wird. Das Körperschema ist die Artikulation (die Gliederung) des Körpers, und dieser transzendiert sich selbst. Und es ist das Verdienst *Paul Schilders,* das Körperschema von einem sozusagen impressiven (d. h. Eindrücke koordinierenden) zu einem expressiven System gewandelt zu haben. Das Körperschema läßt die Körperbewegungen als Ausdruck erscheinen (ein Beispiel dafür ist die Sprache).

Wenn in jeder Phase der Körperentwicklung eine neue, von der Situation bedingte Organisation auftritt, so verweist das auf einen neuen Sinn in dieser Entwicklung und auf die Art und Weise, wie wir die Genese der psychischen Entwicklung überhaupt verstehen müssen. In der Ausbildung des Körperschemas handelt es sich nicht um eine einfache Abfolge der Stadien oder einer Triebreifung, sondern um eine neue Strukturierung, die die alte erweitert und in sich aufnimmt. Die orale, anale oder genitale Organisation ist bedingt durch eine neue Situation, die zu bewältigen ist. Phänomene wie Fixation und Regression bedeuten die Erstarrung des Körperschemas. Das Körperschema, sagt *Schilder,* ist ein historisches Gebilde.

Die Bildung eines Körperschemas zeigt, daß der Körper sich als biologisches Wesen transzendiert und daß dieser Prozeß ihm nicht von

außen zukommt, was das Wort „Sozialisation" vielleicht andeuten könnte, sondern daß er im Spannungsfeld zwischen zwei Kräfteordnungen steht. Dies ist ein anderer Ausdruck für das, was die existentielle Philosophie mit dem „In der Welt sein" begreift. Die Erfahrung des eigenen Körpers ist deshalb eine fundierende, weil sie als Prototyp für alle anderen Erfahrungen dient. Das Handeln des menschlichen Körpers ist, wie jedes menschliche Handeln, durch und durch symbolisch.

Es bedeutet mehr als seine eigentliche Funktion. Es bildet neue Zusammenhänge und erfaßt die Dinge und die Situation in Zusammenhängen. Die Haltung, die Modifikation eines Körperteils drückt die Haltung des Ganzen aus. Wenn ein Organ geschädigt ist, so sehen wir symbolische Aktionen, die den Zusammenhang wieder restituieren wollen. Umgekehrt, wenn höhere Strukturen gestört sind, so kann das auf die niederen Strukturen einwirken, die dann neue symbolische Funktion erhalten. Sie drücken „psychische", besser „existentielle" Haltungen aus, Ablehnung, Ruf nach Hilfe, Protest usw. Weil das Körpergeschehen ein geschichtliches ist, d. h. sinnbildend, kann das pathologische Geschehen auch einen Sinn haben. Die psychosomatische Störung bedeutet eine existentielle Entscheidung und eine Art des „In der Welt sein". Warum eine symbolische Aktion die Form einer organischen funktionellen Störung einnimmt, liegt meines Erachtens an der Bereitschaft des Körpers zur Desintegration, die im Körperschema angelegt ist und die, wie wir gesehen haben, geschichtlich und gesellschaftlich bedingt ist.

The Conception of the Body-Ego in Regard to Paul Schilder's Contributions

M. S. El-Safti

Paul Schilder introduced the conception of the body-image out of the field of neurology into psychoanalysis and thus contributed to the development of an ego-theory. The conception "body-image" designates the representation of one's own body. It includes the representation of the individual organs and their relationship to each other. It regulates the special orientation and the body movements, giving a total representation of the location of the body and of its boundaries.

The body-image is no static knowledge but is a dynamic representation of the body based on experience and serving as basis and standard for further experiences. The specific characteristic of the human body is the simultaneity of being a subject and an object.

In normal as in pathological development of the individual the body-image undergoes different modifications, which are equivalents to different body feelings and body sensations, as e. g. pain, fear, disgust.

These feelings are structured as a part of the body-image and are not incidentally associated with each other and the body-image. This means too, that the body-image might be influenced by unconscious psychic mechanisms.

Paul Schilder reduces the genesis of a disturbed body-image to a faulty socialization process in childhood, this means that the development of the body scheme is dependent upon the social environment and that the body is experienced as a social phenomenon. The norms concerning outer appearance and the way of relation to one's own body are shaped by the group and in a wider sense by society.

Literatur

Ammon, Gisela (1973): Vorstufen psychosomatischer Erkrankungen. In: Dyn. Psychiat. (6) 11—32

Ammon, Günter (1972): Zur Genese und Struktur psychosomatischer Syndrome unter Berücksichtigung psychoanalytischer Technik. In: Dyn. Psychiat. (5) 223—251

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

Fischer, S., Cleveland, S. (1958): Body Image and Personality (Princeton: van Nostrand)

Husserl, E. (1972: Ideen zu einer reinen Phänomenologie II (Den Haag: M. Nijhoff)

Kolb, L. C. (1959): Disturbance of the Body-Image. In: *Arieti, S.* (Ed.): Am. Handbook of Psychiat., Vol. I (New York: Basic Books)

v. Kries, D. (1972): Psychosomatische Syndrome als Ich-Aufbau-Kategorien. In: Dyn. Psychiat. (5) 266—276

Merleau-Ponty, M. (1964): Phänomenologie der Wahrnehmung (Berlin: de Gruyter)

Pohl, J. (1972): Konversion und psychosomatische Symptome. In: Dyn. Psychiat. (5) 277—289

Schilder, P. (1924): Das Körperschema (Berlin: Springer)

— (1925): Entwurf zu einer Psychiatrie auf psychoanalytischer Grundlage (Leipzig· Int. Psychoanal. Bibl.)

Adresse des Autors:
Akad. Rat M. S. El-Safti
1 Berlin 31
Schwarzbacher Str. 5

Dieser Ausgabe liegen Prospekte des Herder Verlages, Freiburg, und des Verlages für Psychologie, Dr. C. J. Hogrefe, Göttingen, bei.

The Psychoanalytic Review proudly offers

A UNIQUE HISTORICAL RECORDING OF SIGMUND FREUD

Speaking of His Struggles to Establish
A Science of Psychoanalysis

A 7-inch 33 1/3 r.p.m. L.P. Record

containing

Side 1: THE VOICE OF SIGMUND FREUD

A hitherto undiscovered, original transcript of an interview granted by the founder of psychoanalysis in London in December 1938, less than a year before his death.

Side 2: THE VOICE OF THEODOR REIK

The one-time student of Freud reads passages from his recent book, VOICES FROM THE INAUDIBLE, illustrating Freud's influence on his method of teaching psychoanalysis.

$4 each

$3.50 each
for subscribers and new subscribers

Only prepaid orders will be filled. Prices include postage. No returns accepted.

PSYCHOANALYTIC REVIEW, 150 W 13th Street, New York, N. Y. 10011

☐ I enclose $4.00 for Record alone.

☐ I enclose $3.50 (for subscribers).

☐ I enclose $18.50 for Record plus 1-year *Review* subscription.

NAME .....

STREET .....

CITY ..... STATE ..... ZONE .....

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
1970. 110 Seiten, kart. DM 19,80

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

GROUP PROCESS

Edited by DR. MAX ROSENBAUM

Group Process is an international journal for social and behavioral scientists, practitioners and students; its aim is to present worthwhile and stimulating articles and issues that capture the significant group processes of our time and day. By being eclectic and pragmatic, **Group Process** hopes to contribute to the existing body of knowledge in our field. By drawing upon the diversity of our source material and being open to change and innovation, **Group Process** seeks to be relevant to the needs of those whom we serve as group leaders.

Subscription Rates (per volume postpaid). 4 issues per volume

	Great Britain	U.S.A./Elsewhere
Libraries and Institutions	£6.35	$18.00/£7.50
Individuals	£2.50	$9.00/£3.75

Subscriptions may be sent to Gordon and Breach Ltd., 41-42 William IV Street, London W.C.2, England or to Gordon and Breach Inc., 1 Park Avenue, New York, N.Y. 10016, U.S.A.

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

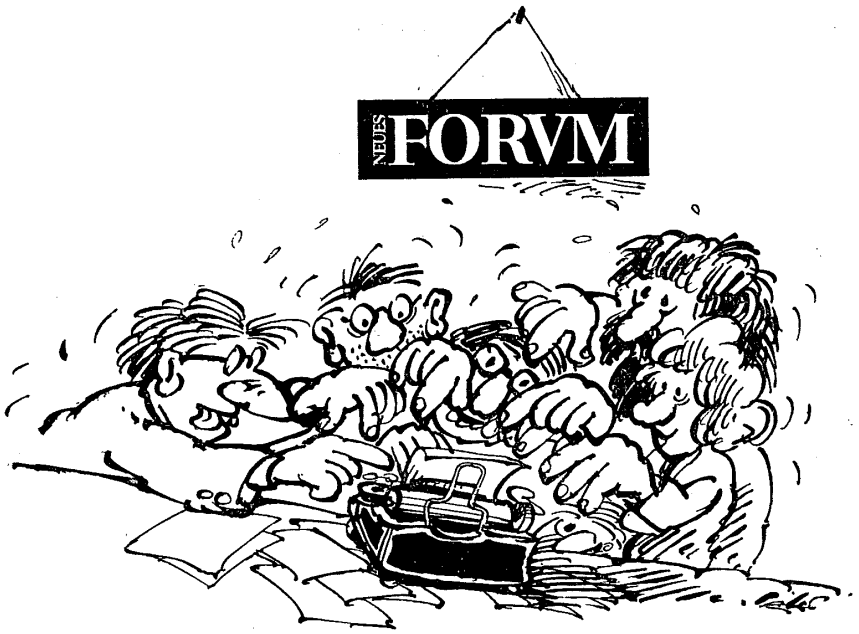
... Stück Einbanddecken	1/2	1968/69	6,— / .....
... Stück Einbanddecken	3	1970	6,— / .....
... Stück Einbanddecken	4	1971	6,— / .....
... Stück Einbanddecken	5	1972	6,— / .....
		gesamt	

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

Name:

Adresse: ( )

Straße:



z. B. 1972

Januar
- Mandel: Krise des Sowjet-kommunismus
- Camara: Ich bin Erzbischof und Sozialist

Feb
- Beauvoir: Heraus aus der Ehe
- Lombardo-Radice: Für 2. Revolution im Ostblock

Mär
- Burian: Freud und Reich
- Nenning: Warum der Dialog starb

Apr
- Sozialdemokraten und Linke

Mai
- Nono: Komponist im Klassenkampf
- Siegert: Frühsexualismus

Juni
- Zur Politischen Ökonomie der Verhütungsmittel
- Gollwitzer: Grundgesetz deckt Linksradikale

Juli
- Wem helfen Gefängnis und Irrenhaus?
- Debray: Wie lange noch Allende?

Sept
- Sport als Industrie
- Ledda: Die Prager Genossen lügen

Nov
- Zustand der Linken
- Christen für Fristenlösung

Dez
- Kärnten bleibt deutsch
- Marcovic: Zukunft der Selbst-verwaltung

Das Neue Forvm ist eine internationale Zeitschrift engagierter Christen und Sozialisten

An NF-Vertrieb Museumstraße 5 A 1070 Wien (Tel. 93 33 53)

Ich bestelle ☐ die Hefte . . . . . um je öS 27 DM 3.80 sfr 4.50
☐ 1 Jahresabo um öS 270 DM 38.50 sfr 45 ☐ kostenloses älteres Probeheft
NAME ADRESSE

Corrective Psychiatry and Journal of Social Therapy

Corrective Psychiatry and Journal of Social Therapy advances the social and cultural techniques of the therapeutic community. It fosters wider use of the scientific approach in institutional mental health fields. It disseminates information on the origin, nature, and treatment of anti-social behavior. It is a forum for progressive techniques and programs emphasizing practicability and functionally demonstrating the effectiveness of such programs.

EDITORS

NATHAN K. RICKLES, M.D.
President, *Medical Correctional Association,*
605 North Alta Drive
Beverly Hills, California 90210

CLYDE V. MARTIN, M.D.
President, *Corrective Psychiatry and Journal of Social Therapy, of Kansas, Inc.*
122 North Cooper
Olathe, Kansas 66061

MANAGING EDITOR

FRED M. BANKS, M.A.
Brandon Psychiatric Group,
Kansas City, Mo.

EDITORIAL BOARD

JOHN A. CLIPPINGER, PH.D.
Baker University
Baldwin, Kansas

BERNARD L. DIAMOND, M.D.
University of California

ARTHUR N. FOXE, M.D.,
New York, N. Y.

ARTHUR V. HUFFMAN, M.A.
State Criminalogist
Springfield, Illinois

DONAL E. J. MCNAMARA
John Jay College
New York, N. Y.

MAIER TUCHLER, M.D.
Phoenix, Arizona

Prior issues contained articles of special interest such as:

ALVORD, JACK R., PH.D. The Token Economy, a Motivational System for the Home

HALSTEAD, LESTER M., M.S. A New Approach to Teaching Retarded Children to Read

MARTIN, CLYDE V., M.D., and PARISH, SISTER MARY JEANNE, M.S., M.Ed. The School as a Social Psychotherapeutic Tool

SCURA, WILLIAM C., M.A., and EISENMAN, RUSSELL, PH.D., Punishment Learning in Psychopaths with Social and Nonsocial Reinforcers

SUBSCRIPTION RATE: $10.00 annually for four issues. (Add $1.50 for foreign subscription). Make checks payable in advance. Subscriptions accepted only on a calendar-year basis.

. . . . . .

Send This Order Form to:
Martin Psychiatric Research Foundation, Inc.
122 North Cooper
Olathe, Kansas 66061

NAME_____

ADDRESS_____

CITY_____

STATE_____ ZIP_____

Keupp

Psychische Störungen als abweichendes Verhalten

Zur Soziogenese psychischer Störungen

Von Dr. Heinrich Keupp, Psychologisches Institut der Universität München.

Etwa 256 Seiten. Kartoniert DM 28,—
ISBN 3-541-05781-5

Fortschritte der Klinischen Psychologie

Herausgegeben von Jarg B. Bergold, Niels Birbaumer, Irmela Florin, Dieter Kallinke, Dietmar Schulte, Wolfgang Tunner.

Band 1:

Rachman

Verhaltenstherapie bei Phobien

Von S. Rachman, M. A., Ph. D., London. Aus dem Englischen übersetzt von Jarg B. Bergold, München.

2., unveränderte Auflage 1972. VII, 93 Seiten. 9 Abbildungen. Kartoniert DM 14,80
(Mengenpreis ab 10 Expl. je DM 13,30)
ISBN 3-541-02282-5

Band 2:

Keupp

Der Krankheitsmythos in der Psychopathologie

Darstellung einer Kontroverse

Von Dr. Heinrich Keupp, München. Mit Beiträgen von Th. Szasz, D. Ausubel, A. Ellis, Th. Sarbin, D. Mechanic, E. Goffman, Th. Scheff, übersetzt von Hannelore Benkeser.

1972. VII, 156 Seiten. Kartoniert DM 19,80
(Mengenpreis ab 10 Exemplare je DM 18,—)
ISBN 3-541-05731-9

Neue Bücher Psychologie

Urban & Schwarzenberg Verlag für Medizin und Naturwissenschaften

Jan Foudraine
WER IST AUS HOLZ ?

Neue Wege der Psychiatrie

Aus dem Holländischen von Marga Baumer-Thierfelder. 1.-20.Tsd. 384 Seiten. Leinen DM 29.80

»So gut wie sicher das bedeutendste Buch dieses Jahres.« Handelsblad

»Alles in allem: ein mutiges und ermutigendes Buch. Versäumen Sie es nicht.« Leeuwarder Courant

»In der holländischen Buchwelt herrscht seit geraumer Zeit Staunen. Seit einem halben Jahr steht der Titel ›Wer ist aus Holz?‹ des Amsterdamer Psychiaters Foudraine auf der Liste der zehn meistverkauften Bücher. Und das ist rundheraus ein Wunder. Unter den Fachkollegen Foudraines herrscht eisiges Schweigen, aber das Publikum stürzt sich auf das Buch. Pro Woche verlassen 2000 Exemplare den Verlag. In einigen psychiatrischen Anstalten wurde das Buch für Klinikpersonal und Patienten bereits auf den Index gesetzt. Aber bei Foudraine, der als Psychiater in Amsterdam praktiziert, stehen die Menschen mit dem Buch unterm Arm auf der Treppe.« Algemeen Dagblad

Piper

Fortbildungskurse der
Schweizerischen Gesellschaft
für Psychiatrie,
Vol. 5
Herausgeber der Reihe:
F. Labhardt (Basel)

Aktuelle Aspekte der Toxikomanie Aspects actuels de la toxicomanie

Herausgeber des Bandes:
F. Labhardt (Basel)

IV + 135 p., 30 fig., 10 tab., 1972
SFr.35.70/US $ 10.00/DM 35.70/£ 3.96
ISBN 3–8055–1296–1

Inhalt

Ätiologie, Pathogenese und Symptomatologie
Die Typen von Drogenabhängigkeit
Prophylaxe und Therapie
Probleme der Drogenabhängigkeit Jugendlicher
Die Entwicklung der Drogenabhängigkeit Jugendlicher in fünf schweizerischen Universitätsregionen

„Aktuelle Probleme der Toxikomanie" umfaßt die anläßlich des Fortbildungskurses der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie 1971 gehaltenen Referate, die in verschiedenen Sitzungen durch Rund-Tisch-Gespräche erläutert wurden. Es werden sowohl allgemeine Fragen der Drogenabhängigkeit (Entstehung, Verbreitung, Therapie) wie auch das spezielle Problem des Drogengebrauchs durch Jugendliche abgehandelt. Dabei sind auch Referenten von nicht-medizinischen Sparten (Psychologen, Soziologen, Sozialarbeiter, Lehrer und Seelsorger) zugezogen worden. Speziell behandelt wird auch der Stand der Drogenabhängigkeit in den einzelnen Universitätsregionen der Schweiz. Die Broschüre beleuchtet in verschiedenster Hinsicht das heute hochaktuelle Gebiet der Toxikomanie.

S. Karger · Basel · München · Paris · London · New York · Sydney

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, 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

Die hier veröffentlichten Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

Manuskripte werden in allen Sprachen 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 die Pinel-Publikationen Berlin über.

Die Dynamische Psychiatrie erscheint zweimonatlich. Jahresabonnement DM 38,— (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 32,— (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 19-100 oder Berliner Commerzbank 506 003 303.

The author's opinions do not necessarily reflect the opinions of the editorial staff.

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 Pinel-Publikationen Berlin 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 bi-mouthly. Annual subscription rate $ 15.—, 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 19-100 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, Galina 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

P. Matussek:
Die Konzentrationslagerhaft und ihre Folgen
Mit R. Grigat, H. Haiböck, G. Halbach, R. Kemmler, D. Mantell, A. Triebel, M. Vardy, G. Wedel
19 Abb. 73 Tabellen
X, 272 Seiten. 1971
(Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie, Band 2)
Geb. DM 38,–

K. Hartmann:
Theoretische und empirische Beiträge zur Verwahrlosungsforschung
12 Abb. 33 Tabellen
X, 149 Seiten. 1970
(Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie, Band 1)
Geb. DM 38,–

W. F. Angermeier:
Kontrolle des Verhaltens
Das Lernen am Erfolg
51 Abb. XII, 205 Seiten
(Heidelberger Taschenbücher, Band 100)
1972. DM 14,80

Uprooting and after...
Editors: C. Zwingmann, M. Pfister-Ammende
Approx. 10 figures
Approx. 350 pages. 1973
Cloth ca. DM 77,80

H. H. Balmer:
Die Archetypentheorie von C. G. Jung
Eine Kritik
1 Abb. X, 154 Seiten. 1972
(Heidelberger Taschenbücher, Band 106)
DM 14,80

H. Hörmann:
Psychologie der Sprache
Verbesserter Neudruck
69 Abb. XII, 395 Seiten
1970. Geb. DM 58,–

Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie
Von H. Harbauer, R. Lempp, G. Nissen, P. Strunk
35 Abb. XVIII, 392 Seiten
1971. Geb. DM 98,–

E. Bleuler:
Lehrbuch der Psychiatrie
12. Aufl., neubearb. v. M. Bleuler
Unter Mitwirkung von J. Angst, K. Ernst, R. Hess, W. Mende, H. Reisner, S. Scheidegger, W. Schulte
145 Abb. XIX, 704 Seiten
1972. Geb. DM 78,–

■ Bitte fordern Sie Prospekte an!

Sozialpsychiatrische Texte
Psychische Krankheit als sozialer Prozeß
Psychiatrische Epidemiologie
Herausgeber: M. v. Cranach, A. Finzen. 9 Abb.
27 Tab. VIII, 281 Seiten
1972. DM 28,–

Zeitschriften

Psychologische Forschung

Psychopharmacologia

Social Psychiatry
Sozialpsychiatrie
Psychiatrie Sociale

Springer-Verlag
Berlin
Heidelberg
New York
München London Paris
Sydney Tokyo Wien