

Dynamische *Dynamic* Psychiatrie *Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse
Herausgegeben von Günter Ammon

Rudolf Kausen

Laios-Komplex und symbiotische Mutter-Kind-Beziehung

Regine Schneider

Psychoanalytische Kindertherapie

Rudolf Ekstein

Über die Verwendung der Begriffe „autoritär“ und
„anti-autoritär“ in der psychoanalytischen Ausbildung

Wolfgang Schmidbauer

Der psychosomatisch Kranke und die Gesellschaft

Gerd Overbeck

Über Gemeinsamkeiten von Ulkuskranken und Herzneurotikern
im klinisch-psychotherapeutischen Bild
und in der Testpsychologie

6. Jahrgang

5. Heft 1973

PINEL-PUBLIKATIONEN BERLIN

22

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., 5. Heft 1973, Nr. 22

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.

Rudolf Kausen (München)

	Seite
Laios-Komplex und symbiotische Mutter-Kind-Beziehung	283
Laios-Complex and Symbiotic Mother-Child-Relationship	289

Regine Schneider (Berlin)

Psychoanalytische Kindertherapie	292
Psychoanalytic Child-Therapy	302

Rudolf Ekstein (Los Angeles)

Über die Verwendung der Begriffe „autoritär“ und „anti-autoritär“ in der psychoanalytischen Ausbildung	304
Psychoanalytic Education: Authoritarian, Anti-Authoritarian, or Authoritative	312

Wolfgang Schmidbauer (München)

Der psychosomatisch Kranke und die Gesellschaft	314
The Psychosomatic Patient and Society	324

Gerd Overbeck (Gießen)

Über Gemeinsamkeiten von Ulkuskranken und Herzneurotikern im klinisch-psychotherapeutischen Bild und in der Testpsychologie	326
The Mutuality of Patients with Peptic Ulcer and with Heart-Neurosis in their Representation in Psychotherapy and in Psychological Testing	341

Buchbesprechungen/ <i>Book Reviews</i>	345
--	-----

This journal is regularly listed in *Current Contents* and *Social Science Citation Index*
GW ISSN 0012-740X

This publication is included in the abstracting and indexing coverage of the *Bio-Sciences Information Service of Biological Abstracts*

Laios-Komplex und symbiotische Mutter-Kind-Beziehung **

Rudolf Kausen*

Der Autor beschreibt den Laios-Komplex, zurückgehend auf die vollständige mythologische Ödipus-Sage, als den Sohn-Komplex der Väter, die die Entthronung durch die Söhne fürchten, und versteht die Aggression des Kindes gegen den Vater mit Adler als reaktiv. Er diskutiert die Begriffe des Todes- und Aggressionstriebes bei Adler, Freud und Ammon und betrachtet den Menschen im Gegensatz zu Freud als primär soziales Wesen. Er zieht eine enge Verbindungslinie vom Laios-Komplex zum Symbiose-Komplex, indem er den Laios-Komplex unter anderem auch zurückführt auf eine Eifersuchsreaktion des Vaters gegenüber einer zu engen und „verzärtelnden“ Beziehung der Mutter zum Kind, die wiederum durch die aggressive Haltung des Vaters verstärkt werden kann. Der Autor begrüßt die simultane Entwicklung dieser Konzepte in der individualpsychologischen und psychoanalytischen Theoriebildung und die damit verbundene Annäherung der Richtungen und wendet sich gegen urheberrechtliche Ansprüche von dogmatisch erstarrten Schulen.

Die folgenden Ausführungen stützen sich auf Grundgedanken der *Adlerschen Individualpsychologie*. Trotzdem ist nicht beabsichtigt, gegen die Psychoanalyse zu polemisieren, sondern es soll vielmehr an Hand zweier Konzeptionen, des Laios-Komplexes und der Mutter-Kind-Symbiose, aufgezeigt werden, daß es Annäherungen und teilweise Übereinstimmungen gibt zwischen der psychoanalytischen Ich-Psychologie und der Individualpsychologie. Wenn verschiedene „Schulen“ Gemeinsamkeiten aufweisen, ist ein freundschaftlicher Dialog angezeigt. Daß in dieser Zeitschrift Gelegenheit dazu geboten wird, vermerkt der Verfasser mit Dankbarkeit.

Laios-Komplex

Die orthodoxe Psychoanalyse versucht, das universelle Wirken des Ödipus-Komplexes mit dem Hinweis auf die antike Ödipussage zu belegen. In der Tat drückt sich in den alten Mythen ein Urwissen der Menschheit aus, und so ist der Vergleich beobachtbarer Verhaltensweisen mit mythischem Geschehen und auch die Benennung des von der Psychoanalyse als so zentral angesehenen Komplexes durchaus legitim. Eigentümlich bleibt nur, daß aus der ganzen Sage nur ein Teilstück beachtet wurde, und man kann sich vielleicht fragen, ob autoritäres Denken daran beteiligt war, im gesamten Geschehen nur die „Schuld“ des Sohnes zu erkennen.

Ödipus' Vater, Laios, hat nach der Sage den Sohn ermorden wollen, weil ihm das Orakel verkündet hatte, daß dieser ihn einmal totschiagen

* Prof. Dr. phil., Dozent an der kathol. Hochschule Eichstätt, Individualpsychologe

** Eine kürzere Fassung dieser Arbeit ist in englischer Sprache erschienen in: *Journal of Individual Psychology*, 1972 (28) 33—37

werde. *Graber* (1952) hat mit vollem Recht darauf hingewiesen, daß den von pathologischer Angst vor dem noch ungeborenen Sohn getriebenen Vater die Ur-Schuld traf, und hat in konsequenter Ausschöpfung des Ödipus-Mythos für den Sohn-Komplex der Väter den Terminus „Laios-Komplex“ geprägt. Darüber hinaus ist *Graber*, auch unter Bezugnahme auf weitere Mythen, zu dem allgemeinen Ergebnis gelangt, daß die Schuld der Väter gegenüber ihren Söhnen, die Opferung der Söhne aus Furcht vor Entthronung, immer älter ist als die Schuld der Söhne gegen die Väter. Die Schuld des Sohnes — man kann wohl sinngemäß ergänzen: der Komplex des Sohnes, also der Ödipus-Komplex — erweist sich somit als sekundär, als reaktiv. *Freud* hat dies übersehen, er hat den Mächtigeren geschont.

Angesichts der Beachtung, welche die Psychologie heute den Fragen der Macht und Aggression schenkt, kommt dem von *Graber* im Jahre 1952 vollzogenen Standpunktwechsel große Bedeutung zu. Etwa ein Jahr später hat *Dalma* (1953) den Terminus „Laios-Komplex“ gebraucht. In neuester Zeit befaßt sich besonders *Ammon* (1969 a; 1970 a, b) mit diesem Phänomen. Er sieht das Wirken des Laios-Komplexes auch innerhalb der traditionellen psychoanalytischen Organisationen. Hier manifestiere sich der Komplex u. a. darin, daß jüngeren Mitgliedern, die Psychoanalyse betreiben wollen, die berufliche Identität bis in ein relativ hohes Lebensalter hinein verweigert werde. „Die infantilisierende Wirkung einer solchen irrational hinausgezögerten Entwicklung liegt auf der Hand“ (1970 a, S. 12).

Nach *Ammon* (1971 a) müßte man in der Psychodynamik des Ödipuskomplexes die zwei Seiten betrachten: Die Aggression des Sohnes gegen den Vater und, als das Primäre, „die des Vaters gegen den Sohn bzw. die des Herrschers gegen den Untertan und dann den Aufstand der Unterdrückten gegen ihre Unterdrücker.“ Sieht man im Ödipus-Komplex allein die Rolle des Kindes und seine Aggression gegen den Vater, „wie *Sigmund Freud* und die orthodoxe Psychoanalyse es tun, so stellt man sich in der Erforschung der psychodynamischen Entwicklung auf die Seite der Unterdrücker.“

Ammon hat die Lehre vom Laios-Komplex noch um eine interessante Nuance bereichert, indem er darauf hinwies, daß nicht nur Laios seinen Sohn ermorden wollte, sondern darüber hinaus die Mutter, Iokaste, der Kindesaussetzung zugestimmt hat (1970 a). Dieser Gesichtspunkt könnte für einen mythologiekundigen Tiefenpsychologen Anreiz zum Weiterforschen sein. Es wäre freilich der Einwand möglich, ob Iokaste überhaupt die Macht besessen hätte, ihren Gatten an seinem verbrecherischen Vorhaben zu hindern. *Johanna Meixner* (1972) ist zu dem Ergebnis gekommen, daß die Ödipus-Sage zu einer Zeit entstanden sein dürfte, in der ein Übergang vom Matriarchat zum Patriarchat erfolgt ist, und so-

mit Iokaste von den Resten des Matriarchats her wohl genug Einfluß gehabt hätte, um etwas gegen die Aussetzung des Ödipus zu unternehmen.

Vom Standpunkt der Individualpsychologie sind die Gedankengänge, die zur Konzeption des Laios-Komplexes geführt haben, nicht ungeläufig. Die Auffassung von einer möglichen Ablehnung des Vaters durch den Sohn als Reaktion auf das Verhalten des Mächtigeren folgt recht zwanglos aus *Adlers* Theorie. Hingegen ist es verwunderlich und nur tiefenpsychologisch verständlich, wie es der orthodoxen Psychoanalyse entgehen konnte, daß sich das „ödipale“ Geschehen im Leben wie im Mythos nur als Teil in einem größeren Rahmen darstellt. Bei näherem Hinsehen bemerken wir, daß die Sage weitere Stellen aufweist, die der individualpsychologischen Interpretation näherliegen als der psychoanalytischen.

Die ganze Ödipus-Sage ist durchpulst von der Problematik der Macht. Bereits vor einer Reihe von Jahren versuchte der Verfasser, den Nachweis hierfür zu liefern (1959, S. 46): Es wurde hier darauf hingewiesen, daß nach dem Mythos das Mißgeschick beginnt mit dem Raub des Sohnes des Pelops durch König Laios. Wenn das Orakel diesem verkündete, daß er sein Leben durch die Hand des eigenen Sohnes verlieren würde, so ist dies als Sühne für seine aggressive, bemächtigende Handlungsweise zu verstehen. Um sich vor den Konsequenzen zu schützen, setzte er seinen kleinen Sohn mit durchbohrten Füßen in der Wildnis aus. Darüber hinaus wurde Ödipus vor seiner Tat Opfer einer verletzenden Aggression durch Laios und seine Leute, und ohne daß einer vom anderen wußte, erschlug Ödipus hierauf seinen Vater. Weiterhin berichtet die Sage von der blutigen Machtausübung durch die Sphinx. Ihr Ende kam, als Ödipus ihr Rätsel löste. Sie betrachtete dies als solchen Prestigeverlust, daß sie nicht überleben wollte; sie stürzte sich von ihrem Felsen und kam um. Während Ödipus König war, gab es Intrigen um die Macht, zwischen Kreon und den Söhnen des Ödipus spielten sich Kämpfe ab. Es geht also um Lieblosigkeit, Prestige- und Macht-hunger, eine Dynamik, die von der *Adlerschen* Individualpsychologie stärker herausgearbeitet worden ist als von der Psychoanalyse.

Graber (1952) hat entdeckt, daß die primäre Aggression durch die sich in ihrer Macht bedroht fühlenden Vater- bzw. Herrscherfiguren zu den Grundmotiven in der Mythologie überhaupt zählt. Mit dieser Entdeckung und mit dem aus seinem Verständnis der Ödipus-Sage heraus geprägten Wort „Laios-Komplex“ dürfte eine gemeinsame Basis gewonnen sein, von der Psychoanalytiker und Individualpsychologen ausgehen können, ungeachtet einiger abweichender Ansichten in Detailfragen. Das Hinzugewinnen verbindender Elemente ist unendlich wichtiger als der Streit um Einzelheiten.

Mutter-Kind-Symbiose

Unter den zahlreichen Gründen väterlicher Aggression soll an dieser Stelle die verfehlte Mutter-Kind-Beziehung erwähnt werden, wie sie *Adler* beschrieben hat. Wenn die Mutter ihr Kind verzärtelt, den Kontakt mit dem Kleinen übertreibt, so daß dieses keine weiteren Gemeinschaftsbeziehungen aufnehmen kann, geschieht es sehr oft, „daß der Vater diese falsche Entwicklung bemerkt und dem beikommen will, daß er beispielsweise eine härtere Erziehung einführt. Was geschieht? Das Kind schließt sich noch inniger an die Mutter an und schaltet den Vater noch mehr aus. Es will von ihm nichts mehr wissen“ (1926, S. 27).

Zu den bekannten Thesen *Adlers* gehört, daß zwischen verzärtelnden * Müttern und ihren Kindern eine wechselseitige Abhängigkeit entstehen kann, welche der psychischen Entwicklung der Kinder hinderlich ist. *Adler* spricht vom „Lebenskreis Mutter-Kind, mit dem alles andere ausgeschaltet wird“ (1926, S. 26). Von dieser Formulierung war nur ein kleiner Schritt zum Bild der Symbiose.

Ferdinand Birnbaum, Pädagoge und prominenter Mitarbeiter *Adlers*, gebrauchte den Symbiosebegriff in der folgenden Passage: „Der enge Anschluß an die Mutter . . . darf nicht zu einer isolierten Symbiose führen. Die Mutter selbst hat die Pflicht, den engen Rahmen der Mutter-Kind-Symbiose zu sprengen und dem Kinde zum Anschluß an andere Personen zu verhelfen. Zunächst kommt für die Erweiterung der *Vater* in Betracht“ (1931, S. 48). Zur selben Zeit spricht auch *Erwin Wexberg* (1931), der als erster Systematiker der Individualpsychologie gilt, von Symbiose, meint allerdings kritisch, seitens des Kindes würde sich besser von Parasitismus sprechen lassen. In einer Fußnote dazu führt er aus: „Um Mißverständnissen vorzubeugen, sei hier vermerkt, daß *Adler*, wenn er das Verhältnis zwischen Mutter und Kind als Symbiose bezeichnet, ebendasselbe meint, was hier Parasitismus genannt wird“ (1931, S. 81).

Wenn *Birnbaum* und *Wexberg* unabhängig voneinander im gleichen Jahr über die Symbiose von Mutter und Kind schreiben, und letzterer ohne literarische Quellenangabe sich auf *Adler* bezieht, so läßt sich daraus schließen, daß damals, 1931, das Bild von der Mutter-Kind-Symbiose im mündlichen Sprachgebrauch der Individualpsychologen, zumindest im Wiener Arbeitskreis, bereits geläufig gewesen ist.

Die psychoanalytische Ich-Psychologie hat diese Konzeption und Situation neu entdeckt; es handelt sich um eines ihrer meistdiskutierten Themen. *Biermann* (1968) meint, *Margaret Mahler* habe die symbio-

* Was *Adler* unter „Verzärtelung“ verstand, deckt sich weitgehend mit dem in der Psychoanalyse jetzt geläufigen Begriff „overprotection“.

tische Mutter-Kind-Beziehung zuerst beschrieben und zitiert eine Arbeit aus dem Jahre 1952. Die hier angesprochene Arbeit von *Mahler* ist später in revidierter Fassung auch in deutscher Sprache erschienen (1967). Es soll nicht geleugnet werden, daß die Psychoanalyse in der Erforschung dieses Phänomens Fortschritte gemacht hat. Wie wir gesehen haben, knüpft sie aber an individualpsychologische Gedanken an, ohne es zuzugeben und sicherlich oft auch unwissentlich.

Nach Ammon (1970 a, b) liegen im „Symbiose-Komplex“ — die Wortprägung dürfte auch die Zustimmung von Individual-Psychologen finden! — gegenwärtig häufiger als im Ödipus-Komplex die Wurzeln psychischer Schwierigkeiten, namentlich bei jungen Männern. Woher kommt es, daß bereits *Adler* die Bedeutung der präödipalen Störungen der Mutterbeziehung so klar bemerkt hat? Lag dies an einem Erkenntnisvorsprung vor *Freud*, oder kamen seine Patienten aus einer anderen sozialen Schicht als die des Begründers der Psychoanalyse? Bestanden vielleicht bei *Adlers* Patienten soziologische Übereinstimmungen mit den Patienten, die heute in psychoanalytisch orientierte Gruppentherapie kommen? Die hier gesetzten Fragezeichen sind nicht rhetorisch gemeint, sondern deuten auf lediglich vermutete Möglichkeiten hin.

Bedenken wir die Rolle, in die der Vater gemäß der Auffassung *Adlers* durch die Mutter-Kind-Symbiose geraten kann, und wie er wohl häufig darauf reagiert, so läßt sich aus individualpsychologischer Sicht annehmen, daß der Laios-Komplex unter Umständen aus dem Symbiose-Komplex folgen kann. Auf diesen möglichen Zusammenhang sollte an dieser Stelle besonders hingewiesen werden. Daß darüber hinaus der Laios-Komplex noch viel tiefer wurzelt, bleibt davon unberührt, ebenso wie der Symbiose-Komplex auch unabhängig von Ödipus- und Laios-Situationen betrachtet werden kann.

Ergänzende und abschließende Bemerkungen

Eine Annäherung von *Ammons* psychoanalytischer Ich-Psychologie an *Adler* erkennt man in seiner rückhaltlosen Zurückweisung der *Freud*-schen dualistischen Triebtheorie von Libido versus Destrudo, welche er für eine Sackgasse von Stagnation und Hoffnungslosigkeit hält. Statt dessen schlägt er die Konzeption der „konstruktiven Aggression“ vor (1969 a, b, 1971 a). Hier muß erinnert werden an *Adlers* wichtige Arbeit aus dem Jahr 1908, in welcher wohl erstmalig ein menschlicher „Aggressionstrieb“ beschrieben wurde. Es würde hier zu weit führen, auf den Unterschied zwischen dem Aggressionstrieb im Sinne von *Adler* und dem Todes- oder Destruktionstrieb im Sinne von *Freud* einzugehen. Wenn *Ammon* der Todestribspekulation *Freuds* widerspricht, so läßt sich eine Gegnerschaft zu *Adlers* ursprünglicher Aggressionstribskonzeption

sicher implizieren. *Ammon* versteht unter Aggression keinen Trieb, sondern eine Ich-Funktion; von der Umwelt hängt es ab, ob diese Ich-Funktion destruktiv oder konstruktiv wird (1971 a).

Adlers Triebtheorie der Aggression ist älter als *Freuds* Lehre vom Todestrieb und stammt aus einer Zeit, als der Bruch mit *Freud* noch nicht vollzogen war. Später hat *Adler* immer seltener vom Aggressionstrieb gesprochen. Einem Neudruck seiner Arbeit über den Aggressionstrieb schickt er eine Einleitung voraus, in der es heißt: „Nach mancherlei tastenden Versuchen gelangte ich zu der Anschauung, das Entscheidende im Leben des Kindes und des Erwachsenen sei seine Stellung zu den vor ihm liegenden Aufgaben. Wie einer diese Aufgaben anpackt, daran kann man ihn erkennen. Diese seine Haltung hat immer etwas Angreifendes... Ich nannte die Summe dieser Erscheinungen den Aggressionstrieb, um zu bezeichnen, daß der Versuch einer Bemächtigung, einer Auseinandersetzung damit zur Sprache käme“ (1922).

Ob *Adler* von der Triebkonzeption der Aggression völlig abgerückt ist oder ob er sie nur gegenüber der reaktiven Aggression stark in den Hintergrund gerückt hat, war dem Verfasser dieser Zeilen lange nicht klar, da es heute sehr schwer ist, in den Besitz der Originalliteratur zu gelangen. Zum Glück gibt es jetzt das Lehrbuch von *Ansbacher* (1972), welches durch *Adlers* Gedankenwelt führt und alles quellenmäßig belegt. Hier findet sich auch der Hinweis auf eine reichlich versteckte Quelle, wo *Adler* seine Aggressionstrieblehre eindeutig widerruft. 1931 schreibt er: „Im Jahre 1908 kam ich auf den Gedanken, daß sich jedes Individuum eigentlich stets im Zustand der Aggression befindet, und unvorsichtigerweise habe ich diese Stellungnahme Aggressionstrieb genannt... Bald erkannte ich jedoch, daß es sich dabei gar nicht um einen Trieb handelt, sondern um eine teils bewußte, teils unverstandene Stellungnahme den Aufgaben des Lebens gegenüber...“ (1931).

Ammons Lehre von der konstruktiven Aggression kann von der Individual-Psychologie ohne weiteres akzeptiert werden. Ansätze in dieser Richtung waren sinngemäß vorhanden. In der Neufassung des Artikels über den Aggressionstrieb, zu einer Zeit, da *Adler* sich von seiner Triebhypothese bereits distanziert hatte, ohne sie noch endgültig zu widerrufen, wird in einem Schlußabsatz (1922, S. 25) das Gemeinschaftsgefühl als der Regulator des Aggressionstriebes* bezeichnet, was dem Sinn nach durchaus so verstanden werden kann, daß ein positiv entfaltetes Gemeinschaftsgefühl die Aggression konstruktiv werden lassen kann.

Zum Wort „Gemeinschaftsgefühl“ ist zu sagen, daß es wissenschaftlich in Zukunft besser definiert werden müßte, wenn auch klar ist, was

* Das Wort *Aggressionstrieb* paßt eigentlich nicht mehr ganz.

darunter verstanden wird. *Adler* hielt, im Gegensatz zum späteren *Freud*, den Menschen für ein primär soziales Wesen, das seiner Natur nach zur Mitmenschlichkeit befähigt ist, wozu freilich die Erziehung wesentlich beitragen muß. Woraus sich das soziale Wesen des Menschen ableiten läßt, ist nicht endgültig geklärt. Von „sozialen Trieben“ zu sprechen, wäre wohl voreilig. Der Anthropologe *Keiter* spricht vorsichtig von einer biologisch verankerten „Soziotropie“ des Menschen (1966, S. 132 ff).

Vorstehende Ausführungen schließen sich an einen Leserbrief an (1971), welcher sich mit einem Bericht über *Ammons* Gedanken zum Laios-Komplex auseinandersetzt. *Ammon* hatte den Laios-Komplex psychoanalytischer Vereinigungen entlarvt, denen er vorwarf, „Denkmalspflege“ und „Heldenverehrung“ zu betreiben und *Freuds* Werk zu einem Dogma zu erniedrigen. Der Verfasser hat in seinem Leserbrief *Freud* selbst mit Laios verglichen, da er seinen aufmuckenden Anhänger *Adler* und andere rebellische „Söhne“ so nachhaltig verstoßen hat, daß es noch heute die meisten Freudianer kaum wagen, die Namen *Adler* etc. zu nennen. *Ammon* hat darauf in einem sehr freundlichen Leserbrief (1971 b) geantwortet, worin er das Totschweigen *Adlers* mit seiner eigenen Situation verglich und sich für eine sachliche Auseinandersetzung mit der individualpsychologischen Schule aussprach.

Der Verfasser möchte schließen mit der Bemerkung, daß dogmatisch erstarrte „Schulen“ in der Wissenschaft nur historische Gebilde sein können. Die Forschung geht weiter, entscheidend sind die Erkenntnisse; woher diese stammen, ist von zweitrangiger Bedeutung. Wenn verschiedene „Schulen“, die zur Erhaltung ihres Gedankenguts vorläufig weiterexistieren müssen, unabhängig voneinander zu ähnliche Einsichten kommen, wie es hier gezeigt wurde, so kann dies als gegenseitige Bestätigung dafür aufgefaßt werden, daß die Arbeitsergebnisse zutreffend sind.

Laios-Complex and Symbiotic Mother-Child Relationship

Rudolf Kausen

Referring to *Adler's* Individual Psychology the author compares similar conceptions of psychoanalytic Ego-Psychology and Individual-Psychology in order to begin with a friendly dialogue between the different schools.

Recurring to the ancient knowledge that is expressed in the Greek mythology, he shows that there the father's (Laios') fright of and aggression against the son (Oedipus) finds always primary attention, whereas the son's aggression against the father (named Oedipus-complex by *Freud*) must be recognized as secondary and reactive.

He discusses the instinct theory of aggressive drives and death-wishes (*Freud, Adler, Graber, Ammon*) in connection with the role of Oedipus' mother. The myth tells, that Iocaste had approved the exposure of her child. Taking into consideration all the parts of the Oedipus-saga (warfare, murder, and the struggle with the sphinx) the Laios-complex should be conceived as the socio-psychological expression of hard-heartedness, competition and striving for power, as *Adler* has pointed out in his theory.

The Laios-complex is genetically traced back to the early symbiosis between mother and child, where mother and child cling to each other and the mother does not let the child reach autonomy outside of the realm of her influence, and thus exclude the father and other persons from contacting the child. The father, besides his deep irrational fears of the power of his child might react with jealousy and aggression.

Finally the instinct-theory of aggression and death-instinct (*Freud*) is revised (*Adler*, the need for power; *Ammon*, constructive aggression as an ego-function, destructive aggression as expression of pathological development in the primary group) and the socio-psychological aspects of aggression are stressed.

The feeling of belongingness to a social group repels the aggressive strives (*Adler*). The author understands his considerations as a means of scientific exchange regardless of the different character of schools and holds the similar development of the concept of Laios- and Symbiosis-complex in both, psychoanalytic theory and individual psychology, as a proof for scientific justness.

Literatur

- Adler, A.* (1908): Der Aggressionstrieb im Leben und in der Neurose. In: Fortschr. Med. (26) 577—584
- (1922): Der Aggressionstrieb im Leben und in der Neurose. In: Adler u. Furtmüller (Hrsg.): Heilen und Bilden, 2. Aufl. (München: Bergmann)
- (1926): Schwer erziehbare Kinder (Dresden: Buchholz-Friedwald)
- (1931): Zwangsneurose. In: Int. Z. f. Individualpsychol. (9) 1—5
- Ammon, G.* (1969 a): Herrschaft und Aggression. In: Dyn. Psychiat. (2) 122—133
- (1969 b): Zur Gruppendynamik der Aggression. In: Wege zum Menschen (21) 167—177
- (1970 a): Psychoanalyse und Gruppentherapie — Anpassung oder Emanzipation? In: Z. Psychother. med. Psychol. (20) 1—10
- (1970 b): Zur psychoanalytischen Theorie und Praxis von Anpassung und Emanzipation. In: Dyn. Psychiat. (3) 4—16
- (1971 a): Kreativität und Ich-Entwicklung in der Gruppe. In: Dyn. Psychiat. (4) 269—295
- (1971 b): Von Ödipus zu Laios (Leserbrief). In: Selecta (13) 2261—2262
- Ansbacher, H. L.; Ansbacher, R.* (1972): Alfred Adlers Individualpsychologie (München/Basel: E. Reinhardt)
- Biermann, G.* (1968): Symbiotische Mutter-Kind-Beziehungen. In: Psyche (22) 875—895
- Birnbaum, F.* (1931): Die seelischen Gefahren des Kindes (Leipzig)
- Dalma, J. G.* (1953): Nota sobre el complejo de Layo. In: Prensa med. Argentina (40) 1806—1809
- Graber, G. H.* (1952): Der Sohn-Komplex der Väter. In: Der Psychologe (4) 250—258
- Kausen, R.* (1959): Wege zur Einheit in der Tiefenpsychologie (München/Basel: E. Reinhardt)
- (1971): Von Ödipus zu Laios (Leserbrief). In: Selecta (13) 773
- Keiter, F.* (1966): Verhaltensbiologie des Menschen (München/Basel: E. Reinhardt)
- Mahler, M.* (1967): Über Psychose und Schizophrenie im Kindesalter. Autistische und symbiotische frühkindliche Psychosen. In: Psyche (21) 895—914
- Meixner, J.* (1972): Vom Ödipus- zum Laioskomplex. Unveröffent. Zulassungsarbeit an der Päd. Hochschule Eichstätt
- Wexberg, E.* (1931): Individualpsychologie. 2. Aufl. (Leipzig)

Adresse des Autors:
 Professor Dr. Rudolf Kausen
 8 München 82
 Windhuker Straße 8

Psychoanalytische Kindertherapie

Regine Schneider *

Die Autorin stellt in dieser Arbeit ein neues Konzept der Kindertherapie vor, das aus den therapeutischen Erfahrungen mit Eltern und ihren Kindern entwickelt wurde. Fußend auf der Schule Anna Freuds erweitert sie die psychologisch orientierten kindertherapeutischen Konzepte um den Aspekt der Gruppe.

Mit Günter Ammon sieht sie als Ursache der gestörten Ich-Entwicklung des Kindes eine pathogene Dynamik der Familiengruppe.

Von diesem Ansatz her entwickelte sie die therapeutische Technik der Simultantherapie von Kind und krankmachender Familiengruppe, mit der sie ein optimales therapeutisches Milieu für das Kind herstellt, das sich aus dem Milieu der Kindertherapiestunde und dem Milieu des Elternhauses mit therapeutischer Einflußnahme zusammensetzt. Die Simultantherapie des Kindes als Krankheitsträger und der Familiengruppe, in der es krank geworden ist, sieht die Autorin, ausgehend von ihren Erfahrungen, als unbedingt notwendig an, wobei sich diese Technik als besonders günstig für Borderline-Kinder erwiesen hat.

Die historische Entwicklung der Kinderpsychotherapie nahm ihren Anfang nach dem ersten Weltkrieg. Während der zwanziger Jahre entwickelten sich in Wien, Berlin und in der Schweiz, basierend auf *Freuds* Entdeckungen und theoretischen Erkenntnissen der Psychoanalyse, drei kinderpsychotherapeutische Schulen: *Melanie Kleins* (1962) Schule der „Frühanalyse des Kindes“ mit der von ihr entwickelten speziellen Spiel- und Denktechnik, *Anna Freuds* (1970) pädagogisch ausgerichtete spieltherapeutische Schule mit geringerer Betonung einer verbalen psychoanalytischen Interpretation des kindlichen Spiels und *Hans Zulligers* (1965) Schweizer Schule der deutungsfreien psychoanalytischen Kindertherapie.

Die Vertreter aller drei Schulen und auch wir führen Kindertherapie im Spiel durch und betrachten das Spiel als wesentlichstes Kommunikationsmittel. Spielend kann das Kind dem Therapeuten die Vorstellungen, die es von seiner eigenen kindlichen Welt hat, demonstrieren; es kann ihm seine Gefühle dazu — Wut, Beunruhigung, Zweifel, Begeisterung, Zustimmung, Zärtlichkeit usw. — mitteilen; es kann Wünsche, Ängste, Phantasien und Erfahrungen, direkt oder symbolisch verschlüsselt, äußern. Freies Spiel hat oft Traumcharakter, worauf *Anna Freud* (1970) hinweist, wenn sie sagt, daß in der Analyse des Kindes das Spiel anstelle des Traumes als *via regia* zu seinem Unbewußten benutzt werden kann.

Melanie Klein (1962) spielt mit dem Kind, um zugleich dem Kind das eigene Spielverhalten psychoanalytisch zu deuten, mit dem Erfolg, daß neues Material im Spiel auftaucht. Diese Deutungsmethode war für

* Dr. med., Lehranalytikerin der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e. V.

ihre Technik charakteristisch und entsprach ihrer Meinung nach dem fundamentalen Prinzip des freien Assoziierens. Das Schwinden der kindlichen Angst nahm *Melanie Klein* als Kriterium der Heilung.

Demgegenüber steht *Hans Zulliger* (1965), der jede verbale Deutung ablehnt, da er der Ansicht ist, daß „die Sprache des Kindes nicht das Wort, sondern die Tat“ ist; durch aktives Eingreifen in das Spiel des Kindes versucht er sein Verhalten zu beeinflussen.

Anna Freud (1962) steht der Schule *Zulligers* näher als der *Melanie Kleins*, auch sie hält eine ausführliche verbale Deutung für zwecklos. Sie deutet „kindgerecht“, während sie mit dem Kind spielt, wobei sie die pädagogische Seite betont. Dabei bezieht sie sich auf die Tatsache, daß sich das Kind während der Psychotherapie noch in seiner Entwicklung befindet, seine Persönlichkeit noch geformt werden kann und Umerziehung — bei bisheriger Fehlerziehung mit der Folge der Fehlentwicklung — noch möglich ist.

Unsere Schule steht der *Anna Freuds* am nächsten hinsichtlich der Handhabung der verbalen bzw. non-verbalen Interpretation und Deutung des kindlichen Spiels; die pädagogische Absicht ist in unserer Schule jedoch nicht betont. Zwar hat Kindertherapie auch immer erzieherischen Charakter: z. B. identifiziert sich das Kind mit der Person des Analytikers, in der Spielaktion muß der Therapeut laufend Stellung beziehen, die häufig eine positive oder negative Bewertung beinhaltet. Erzieherischen Einfluß nehmen wir aber nur indirekt über die Erziehungsberatung der Eltern des Kindes, um die Verinnerlichung sich möglicherweise widersprechender Wertvorstellungen zu vermeiden.

Auch für uns ist das Spiel wichtigstes kindliches Kommunikationsangebot und therapeutisches Arbeitsmedium. Als Spielmaterial dienen die Gegenstände der kindlichen Miniaturwelt des Scenotest: Puppenväter, Puppenmütter, Puppenkinder, ein Baby, Tiere, Autos, Bauklötze, ein weiches Fellchen, Küchengeräte usw. Dieses Spielzeug ist für Kinder sehr ansprechend, fordert ihre Spieltätigkeit heraus und ist sehr geeignet zur symbolhaften Darstellung von Lebensgang, Erlebnisweise und Phantasie der Kinder.

Als weitere Möglichkeiten der nicht-verbalen Mitteilung bieten wir dem Kind Malfarben und Plastilin an; ein Sandkasten steht zur Verfügung; eine Badewanne und Waschbecken machen Spiele mit Wasser möglich; in einer Küche kann mit dem Kind gemeinsam gekocht werden und sein Eßverhalten studiert und besprochen werden; ein Kinderhaus, das nur für die Kinder über eine Leiter zugänglich ist und ein weiches Bett enthält, fordert vor allem die Kindergruppe zur Darstellung der eigenen Familiensituation mit verteilten Rollen auf. Manchmal bringen Kinder auch eigenes Spielzeug mit, was dann eine besondere Bedeutung hat. Das Vorlesen aus geeigneten Kinderbüchern und Bonbons und Obst

in unbegrenzter Menge haben die Bedeutung der oralen Zuwendung, der symbolischen Wunscherfüllung.

Der Schwerpunkt der Arbeit unserer Kindertherapeutischen Schule aber basiert auf dem von *G. Ammon* (1970) entwickelten dynamischen Gruppenkonzept. *Ammon* begreift den pathologischen psychischen Konflikt als eine Störung der Ich-Entwicklung in einer gestörten Gruppe. „Es ist also nicht das Individuum, das in seiner Anpassung versagt und das krank wird, wir müssen vielmehr die krankmachende Gruppe untersuchen.“ Für die Kindertherapie bedeutet dies, daß nicht das Kind in seiner Entwicklung fehl läuft oder versagt oder mit einem Zerstörungs- oder Todestrieb belastet ist, sondern daß es in seiner Primärgruppe krank gemacht wird. *G. Ammon* (1970) begreift „diese krankmachende Gruppe als eine Gruppe, welche erfahrungs- und lernunfähig gegenüber ihren Mitgliedern ist.“ Das heißt, daß die Mitglieder der Familiengruppe, insbesondere die Eltern, als engste Beziehungspersonen nicht fähig sind, die kindlichen Bedürfnisse in den einzelnen Entwicklungsphasen zu verstehen und zu bejahen und hilfegebend darauf zu reagieren, sondern eine ablehnend-unverständige Haltung einnehmen und so die Ich-Entwicklung ihres Kindes deformieren und blockieren.

So steht im Mittelpunkt unserer analytischen Kindertherapie die Therapie des Kindes und seiner krankmachenden Gruppe, d. h. die Simultantherapie von Kind und Eltern, insbesondere von Mutter und Kind im Sinne einer begrenzten Familientherapie. Kein Kind wird bei uns ohne die gleichzeitige Therapie zumindest der Mutter aufgenommen. Durch die Therapie der krankmachenden Gruppe versuchen wir nicht nur das für das Kind krankmachende Agens auszuschalten, sondern auch durch den Aufbau der Verständnisfähigkeit der Eltern für ihr krankes Kind, durch mehr Einsicht in seine Krankheitsdynamik ein therapeutisches Milieu innerhalb seiner Familiengruppe für das Kind herzustellen.

So erinnere ich mich an einen sechsjährigen Jungen, der während seiner Therapie zeitweilig in sein erstes Lebensjahr regrediert war; er war emotional extrem hilflos und ausgeliefert ohne die Mutter, tief verängstigt, fühlte sich in der Realität nur durch ständige Rückversicherung bei seiner Mutter sicher, wollte nur Brei essen und nüste ein. Damals riet ich der Mutter, ihn noch einmal mit all der Fürsorge, Hilfestellung und Zuwendung zu umgeben, die man einem einjährigen Kind zukommen lassen muß. Nur aufgrund der Einsichtigkeit der Mutter in die augenblickliche Krankheitssituation ihres Kindes war sie bereit und auch fähig, ihrem Sohn das frühkindliche emotionale Klima noch einmal herzustellen, in dem es dann gelang, die versäumte Ich-Entwicklung nachzuholen.

Das Alter unserer Kinderpatienten liegt zwischen zwei und neun Jahren. Die Borderline-Symptomatik herrscht als Krankheitsbild vor;

die Kinder leiden unter starken Ängsten, aggressiv-destruktivem Verhalten, schwacher Kommunikationsfähigkeit, Schlaf- und Eßstörungen, sekundärem Autismus, Sprachschwierigkeiten und psychosomatischen Beschwerden.

Wir haben bisher versucht, das theoretische Konzept unserer kinderpsychotherapeutischen Schule darzustellen. Zwei Schwerpunkte wurden gesetzt:

1. die in der frühen Mutter-Kind-Symbiose durch Erfahrungs- und Kommunikationsverbot arretierte und fehlgeschlagene Ich-Entwicklung des Kindes wird nachgeholt und ermöglicht, vorhandene Ich-Funktionen werden gestärkt und gefördert.

2. Die krankmachende Gruppe wird obligatorisch mitbehandelt, um sie zu einem für das Kind therapeutischen Milieu umzuformen.

Wir wollen nun im folgenden über Ziel und Technik unserer kindertherapeutischen Arbeit sprechen und theoretische Ansätze mit Beispielen belegen, wie wir sie in Kindertherapiesitzungen beobachten konnten.

Auf die völlig andere Situation des Kindes, das sich im Gegensatz zum Erwachsenen noch in einem Prozeß des Reifens und Wachsens befindet, muß mit einer Modifikation der Zielsetzung und Technik der Analyse geantwortet werden. Nach *Anna Freud* ist „das Kind . . . nicht wie der Erwachsene bereit, eine Neuauflage seiner Liebesbeziehungen vorzunehmen, weil — so könnte man sagen — die alte Auflage noch nicht vergriffen ist. Seine ursprünglichen Objekte, die Eltern, sind noch in Wirklichkeit und nicht, wie beim erwachsenen Neurotiker, in der Phantasie als Liebesobjekte vorhanden, zwischen ihnen und dem Kind bestehen alle Relationen des täglichen Lebens, alle Befriedigungen und Enttäuschungen werden noch realiter an ihnen erlebt“ (1970).

Das Kind ist Teil seiner Familie; entsprechend seinem Alter ist es zunächst vital und später sehr stark von seinen Eltern abhängig. In den ersten drei Lebensjahren innerhalb der natürlichen symbiotischen Phase ist das Kind Teil der Mutter. Diese symbiotische Beziehung ist der Boden, auf dem sich die Persönlichkeit des Kindes entwickelt, und eine freundliche Atmosphäre während dieser Zeit ist für die gesunde Entwicklung des Menschen von größter Bedeutung. Bei Mißlingen der Symbiose kommt es zu einer Fehlentwicklung in der oralen Phase.

Zu Beginn jeder Kindertherapie ist es daher wichtig, im orientierenden Gespräch von der Mutter zu erfahren, wie ihre Einstellung zum Kind in den ersten drei Lebensjahren war oder ist. Mit welchen Gefühlen wurde das Kind erwartet? War es erwünscht? Wie waren die Lebensumstände zur Zeit der Schwangerschaft, zur Zeit der Geburt und während des ersten Lebensjahres?

Jedes Lebensjahr des Kindes muß mit der Mutter durchgesprochen werden. Was für besondere Ereignisse fielen in die ersten drei Lebens-

jahre? Von größter Wichtigkeit ist zu erfassen, wie die Qualität der symbiotischen Atmosphäre zwischen Mutter und Kind war oder ist. Handelt es sich um eine kalte, vernachlässigende, dominierende, aggressive, überfürsorgliche Frau, lehnt sie ihr Kind verständnislos ab, oder besteht dagegen eine liebevolle, verständnisvolle, schuldfreie Zuwendung? D. h. handelt es sich um eine mißglückte oder eine geglückte Symbiose? Alle Entwicklungsstörungen oder Krankheitssymptome resultieren aus dem nicht kindgerechten Verhalten der Mutter bzw. der Eltern. Diese Kausalität macht das Ziel der Kindertherapie in den ersten drei Lebensjahren zwingend: die Herstellung oder Wiederherstellung der geglückten Mutter-Kind-Symbiose. Gelingt es nicht schnell genug, der Mutter in ihrer eigenen Therapie zu einer positiven Einstellung ihrem Kind gegenüber zu verhelfen, so muß der Therapeut ihre Rolle solange übernehmen, bis er sie an die Mutter wieder abgeben kann.

Ein kleiner Ausschnitt aus der Therapie eines sechsjährigen Jungen soll demonstrieren, wie der Therapeut die Rolle der guten Mutter zeitweilig übernehmen muß: Kuno wurde von seiner Mutter zur Kindertherapie gebracht, weil er unter schweren Schlafstörungen litt; wenn sie ihn abends ins Bett brachte, geriet er in panikartige Ängste, als wenn er sich für immer von ihr trennen sollte; er schrie, weinte und geriet so außer sich, daß sie keinen Schritt von seinem Bett weg konnte. Auch sonst fielen bei Kuno schwere Verhaltensstörungen auf: er war sehr scheu und mißtrauisch, dann wieder unberechenbar aggressiv, reagierte auf Zuwendung mit abwehrenden Hampeleien, ertrug es nur schwer, wenn er nicht im Mittelpunkt stand. In den kindertherapeutischen Sitzungen fiel auf, daß er spielunfähig war; er häufte chaotisch das Spielzeug übereinander, rührte darin herum und war glücklich, wenn er etwas kaputt machen konnte. Meist stand er weit entfernt von mir in einer Zimmerecke und beschimpfte mich laufend: „Geh weg mit deiner blöden Kindertherapie, hau ab, ich will hier nicht sein.“ Hinter seinem aggressiven Verhalten spürte ich eine tiefe, verzweifelte Einsamkeit, in der er nicht mehr emotional erreichbar war.

Die Mutter-Sohn-Beziehung war sehr ambivalent. Frau S. lehnte ihren Sohn ab, weil er sie in ihren sexuellen und beruflichen Aktivitäten einschränkte, weil er sie, wie sie sagte, an ihrem eigenen Leben hinderte. Zeitweilig wurde ihr die Ablehnung gegenüber ihrem Kind bewußt und, getrieben von Schuldgefühlen, überschüttete sie ihren Sohn mit zärtlicher Zuwendung und grenzenlosem Gewähren, bis ihre Kräfte erschöpft waren und sie in den Zustand starker Ablehnung zurückfiel. Dieses schwankende Verhalten in der Zeit der natürlichen Symbiose hatte bei ihrem Sohn alle Symptome einer Borderline-Erkrankung hervorgerufen.

Da Frau S.'s eigene Analyse eine geraume Zeit in Anspruch nehmen

würde, hatte ich in dieser Zeit die Rolle der guten Mutter für Kuno zu übernehmen.

Weil Kuno spielunfähig und damit auch kommunikationsunfähig war, verbrachte ich die kindertherapeutischen Sitzungen mit ihm damit, ihm lustige Geschichten vorzulesen, die ihn interessierten. Dazu aß er Unmengen von Süßigkeiten, die ich ihm mitbrachte. Zunächst stand er weit von mir entfernt und beobachtete mich mißtrauisch, manchmal weinte er vor sich hin oder begleitete mein Vorlesen mit aggressivem Reden, ich solle doch weggehen. Manchmal schlug er auch unverhofft zu. Während des Vorlesens bemühte ich mich, ihn voll anzusprechen, ihm immer wieder Kontakt anzubieten; die räumliche Entfernung zwischen ihm und mir aber bestimmte er selbst. Da ihn die Bilder in dem Buch interessierten, kam er näher, stellte sich dann neben mich, stets sprungbereit, und lehnte sich schließlich an mich. Ich veränderte meine gleichmäßige Zuwendung in der Qualität nicht, was ihn hätte beunruhigen können. Schließlich nahm er mein Angebot, es sich doch bequemer zu machen und sich neben mich zu setzen, an und kam dann endlich auf meinen Schoß. Dabei setzte er sich so, daß er mich ansehen konnte, hielt sich mit einem Arm an mir fest und lutschte am Daumen der anderen Hand. Mir wurde bewußt, daß es ihn nicht mehr interessierte, was ich ihm vorlas, sondern nur noch, daß ich mit ihm sprach. Dabei sah er mir voll in die Augen. Von diesem Verhalten überrascht, begriff ich, daß wir auf einer sehr frühen Entwicklungsstufe — wohl der Stillsituation — Kontakt zueinander gefunden hatten, wo ich ihn emotional erreichen konnte.

Die damals gegründete freundliche, vertrauensvolle Beziehung war das tragende Element unserer weiteren therapeutischen Arbeit und die nachgeholtte Erfahrung einer nicht durch Verlust bedrohten Zuwendung der Grundstein zu einer gesunden emotionalen Entwicklung. Nachdem die Mutter mit Hilfe ihrer eigenen Therapie eine überwiegend positive Einstellung ihrem Kind gegenüber hergestellt hatte, konnte ich die Rolle der guten Mutter für Kuno an die reale Mutter abgeben.

Unser Verhalten gegenüber der kindlichen Familiengruppe unterscheidet sich vom Vorgehen *Melanie Kleins* (1962). Diese verlangt eine vollständige Trennung des Kindes von seiner Familiengruppe zur Zeit der Analyse. Sie trägt unseres Erachtens damit der Tatsache Rechnung, daß jeder therapeutische Einfluß auf das Kind, jede Veränderung erfolglos bleibt, wenn das Kind nach den therapeutischen Sitzungen in das krankmachende Klima seiner Familiengruppe zurückkehrt und dort aufgrund seiner altersentsprechenden Abhängigkeit den zerstörerischen Einflüssen hilflos weiterhin ausgeliefert ist.

Anna Freud (1970) jedoch meint, und wir schließen uns ihrer Auffassung an: „Gegen die Entfernung des Kindes aus dem Elternhaus haben

wir große Bedenken. Wir greifen mit ihr der natürlichen Entwicklung in einem wichtigen Punkte vor, wir erzwingen die vorzeitige Ablösung des Kindes von den Elternobjekten zu einer Zeit, wo es weder zu irgendeiner Selbständigkeit seines Gefühlslebens befähigt ist noch den äußeren Umständen zufolge irgendeine Freiheit in der Wahl neuer Liebesobjekte hat.“

Unsere Schule hat deshalb die Konsequenz gezogen, die krankmachende Primärgruppe in das kindertherapeutische Konzept mit einzubeziehen, um dem Kind die nachholende Ich-Entwicklung während der kindertherapeutischen Sitzungen als auch im Elternhaus zu ermöglichen.

Wir möchten an dieser Stelle einem Irrtum vorbeugen: Unkritisch gesehen kann mit unserem Konzept leicht der Eindruck einer Verurteilung der sogenannten „bösen Mutter“, „die an allem Schuld hat“, entstehen. *Ackerman* (1966) meint, daß die Anprangerung der Mutter neue Schuldgefühle setzt, die die Mutter-Kind-Beziehung noch ambivalent-destruktiver gestalten. Er sagt: „Natürlich muß eine Solidarisierung des Therapeuten mit dem Kind gegen die Mutter stattfinden. Aber es gibt Kindertherapeuten, die als Missionare sich der Rettung geschädigter Kinder widmen.“ An anderer Stelle fährt er fort (1966): „Alles, was menschlich und gut war, wurde dem Kind zugesprochen, die Mutter war die Wurzel allen Übels. Die Verzerrung der Werte ist klar: um das Kind zu retten, müssen wir ebenso die Eltern retten.“ Die sogenannte „böse Mutter“ ist nicht böse, sondern selbst krank und braucht Hilfe und Unterstützung.

Hierzu wieder ein Beispiel, das das eben Gesagte erläutern soll: Ein sechsjähriges Mädchen wurde eingeschult. Seine Mutter war gewohnt, ein zwar etwas schüchternes, aber doch recht kontaktfreudiges Kind zu haben. Nun stellte sie mit Schrecken fest, daß ihre Tochter mit ungeheurer Ängstlichkeit auf ihre Schulklasse reagierte: sie weinte, wollte nicht in die Schule gehen, weil sie fürchtete, die Klasse und ihre Schulkameraden in dem Wirrwarr des Schulgebäudes nicht zu finden, sie hatte Angst, sich im Schulhaus zu verlaufen. Erschrocken beobachtete die Mutter, daß ihre Tochter, wenn sie von anderen Kindern ihrer Klasse angesprochen und zum Mitspielen aufgefordert wurde, sich abwandte, so tat, als wenn sie nicht hörte, keine Antwort gab und so schnell wie möglich zusah, wieder in die elterliche Wohnung zu gelangen. Gutes Zureden, Bitten, strenges Auffordern führten zu nichts, das Kind war nicht bereit, sein Verhalten zu ändern, wodurch seine Mutter zeitweilig in eine unangemessene, unkontrollierte Panik geriet. Diese demonstrierte sie in ihren eigenen Analysenstunden während der Berichte über das Verhalten ihrer Tochter und vermittelte dem Analytiker in der Gegenübertragung das Gefühl völliger Hilflosigkeit und Verwirrung. Diese Ge-

fühle erkannte der Analytiker als die Ängste des Kindes; das Kind nämlich agierte die Ängste des Nicht-Angenommenwerdens in einer Gruppe, des Stehengelassenwerdens seiner Mutter, in der Realität aus, eine Situation, die die Mutter in ihrer eigenen Kindheit oft genug erlebt hatte. Sie erwartete nun unbewußt, daß ihrer Tochter das gleiche widerführe, und die Tochter verhielt sich tatsächlich so, als wenn sie abgelehnt und stehengelassen sei. Das Ausmaß der Angst vor dem Nicht-Angenommenwerden, die Verlorenheit, verbalisierte das Mädchen konkret als das Verlorengehen im Schulgebäude. Die analytische Aufdeckung der Ängste der Mutter, d. h. die Korrektur ihrer Fehlhaltung, führte zu einer Auflösung der Symptome ihrer Tochter, die inzwischen allein und gern zur Schule geht und Schulfreunde gefunden hat. Wie unreal die Ängste des Mädchens waren, zeigt, daß sie in ihrer Therapiestunde durchaus in der Lage war, mir ihren Schulweg samt Grundriß des Schulgebäudes aufzuzeichnen. Eine Auflösung der Ängste über eine Konfrontation mit der Realität für das Kind wäre ohne die analytische Hilfe für die Mutter kaum gelungen.

In der präödiptalen Phase ist das Ziel der Kindertherapie die Herstellung einer gegliückten Mutter-Kind-Beziehung. Deshalb ist die Mutter in den Kindertherapiestunden meist als stummer Gast anwesend. Ihre Anwesenheit hat eine Reihe von Vorteilen:

1. Das Kind erlebt die Anwesenheit und das Ganz-für-sich-Haben der eigenen Mutter, dazu die freundliche Kindertherapeutin als große Gabe und genießt den Überfluß, den es sich sein Leben lang gewünscht hat.

2. Dem Therapeuten ist die Gelegenheit gegeben, das emotionale Klima in der Symbiose wahrzunehmen, ohne sich auf die Angaben der Mutter verlassen zu müssen. Er hat die Möglichkeit, die Kommunikationsabläufe zwischen Mutter und Kind zu beobachten. Hierzu wieder ein Beispiel: Angela, vier Jahre alt, sitzt zwischen mir und ihrer Mutter an einem Tisch vor dem Szenobaukasten. Sie ist unzufrieden und nörgelt, sie habe keine Lust zu spielen, wolle lieber nach Hause; dazu räumt sie den Kasten aus und häuft das Spielzeug ziellos aufeinander. Ihre Mutter wird zusehens unsicherer und schaut mich hilflos an. Angela beginnt, Spielzeug auf den Boden zu werfen und fordert ihre Mutter kommandierend und frech auf, es wieder aufzuheben. Die Mutter gehorcht der Tochter aufs Wort und verschwindet mehrmals unter dem Tisch. Angela wird immer diffuser und böser, die Mutter immer hilfloser und ängstlicher. Ich fordere die Frau auf, sitzen zu bleiben. Schreiend verlangt Angela, daß sie weiter aufhebt und wirft vehement das Spielzeug zu Boden. Schließlich gibt sie auf und sagt: „Du bist aber eine böse Mama.“ Damit trifft sie ihre Mutter empfindlich und aktiviert ihre Schuldgefühle. Ich erkläre Angela, ich habe ihre Mutter veranlaßt, das Spielzeug

nicht mehr aufzuheben, sie müsse es schon selber tun, wenn sie alles zu Boden werfe. Ihre Mutter habe den Tag über gearbeitet und sei nun müde. Daraufhin wirft Angela das Spielzeug nach mir, in der Absicht, mir weh zu tun. Ich erkläre ihr bestimmt, daß ich ihr Verhalten wenig freundlich fände und ich ihr das Spielzeug nicht aufheben würde. Ich würde aber gern mit ihr spielen. Da schlägt Angelas Stimmung plötzlich um, sie wird lieb und zugewandt und baut konstruktiv ein Bild mit dem Scenotest.

Dies ist ein Beispiel dafür, welche Vorteile die Anwesenheit der Mutter während der Kindertherapiestunde hat, um die Kommunikationsabläufe zwischen Mutter und Kind zu studieren, aber auch, um der Mutter, wie in diesem Fall, zu demonstrieren, daß mit freundlichem, aber bestimmtem Grenzsetzen destruktive Aggression in konstruktive umgewandelt werden kann. Hinter Angelas Verhalten aber stand der Konflikt der Mutter, Grenzen zu setzen.

3. Spielt der Therapeut mit dem Kind, so fühlt sich eine überlastete Mutter befreit, indem sie für kurze Zeit ihm die Verantwortung überlassen kann. Aus der Distanz und weniger gereizt kann sie ihr Kind beobachten und so unter Umständen schon von sich aus zu einer einsichtigeren Beurteilung ihres Kindes kommen.

4. Indem der Therapeut wie ein Bremsblock zwischen Mutter und Kind sitzt, verhindert er ein korrigierendes Eingreifen der Mutter in ein für sie vielleicht unangenehm empfundenen Spiel des Kindes. Er schafft damit dem Kind einen größeren Spielraum, in dem es sich frei spielend entfalten und mitteilen kann. Z. B. erinnere ich mich an eine Stunde, in der ein sechsjähriges Mädchen leidenschaftlich ausschließlich mit dem Spielklosett des Scenokastens spielte und dabei viele Phantasien mitteilte, und ich die Mutter hindern mußte, ihre Tochter zu unterbrechen.

5. Ein weiterer, sehr wesentlicher Störfaktor kann weitgehend verhindert werden: Die Mutter kann die Therapie ihres Kindes kontrollieren, fühlt sich nicht ausgeschlossen und verraten, sie wird kaum eifersüchtig. Keine Kindertherapie kann erfolgreich sein, wenn Mutter und Therapeut gegeneinander arbeiten. Das therapeutische Bündnis wird mit der Mutter-Kind-Dyade hergestellt.

Die Technik der Therapie mit Kindern in der präödipalen Phase und solchen, die auf dieser Entwicklungsstufe arretiert bzw. regrediert sind, besteht im nicht-deutenden Spiel. Das Kind spielt, der Therapeut versucht, seine Spielaussage zu begreifen und antwortet durch seine Spielaktion. Wichtig ist dabei, den Symbolgehalt des Spiels zu erfassen und auch symbolisch zu antworten. Bei Kindern um das vierte Lebensjahr ist manchmal schon eine verbale Deutung in kindgerechter Sprache verständlich. Der Kindertherapeut übernimmt in der präödipalen Phase die Rolle der guten Mutter, die sich aktiv dem Kind zuwendet. Von

größter Bedeutung ist dabei der gleichbleibende freundliche Kontakt. Das Kind muß das Gefühl haben, angenommen zu sein, wie es ist. Ziel dieser Therapietechnik ist es, dem Kind das Nachholen seiner Ich-Entwicklung und die Stärkung der Ich-Funktionen in einer geglückten Mutter-Kind-Symbiose zu ermöglichen.

Nun wird aber diese Therapieform nicht nur bei Kleinkindern angewandt. Auch Kinder in der ödipalen oder Latenzphase können in ihrer Entwicklung in der präödipalen Phase arretiert sein und vornehmlich Krankheitssymptome zeigen, die dem Symbiosekomplex zugeordnet werden müssen.

Das Ziel der Kindertherapie von Kindern der ödipalen und Latenzphase ist:

1. Nachholen der präödipalen Entwicklung, d. h. Simultantherapie von Mutter und Kind und Anwesenheit der Mutter in der Therapiestunde.

Diesen Therapieabschnitt beendet das Kind selbst. Eines Tages besteht es, als Zeichen seiner gewonnenen Eigenständigkeit, darauf, allein zur Therapiestunde zu kommen. Dieser Schritt hat größte Bedeutung. Er signalisiert, daß das Kind sich aus der Symbiose lösen und einen Schritt weiter zu seiner eigenen Identität tun will. Wichtig ist, diesen Schritt mit der Mutter durchzuarbeiten, damit sie ihr Kind freundlich loslassen und bei seinen Versuchen, eigene Schritte zu tun, hilfreich unterstützen kann.

2. Bearbeitung der ödipalen Problematik mit dem Kind allein, unter Umständen unter Hinzuziehen des Vaters in die Kindertherapiestunde.

3. Bei den Eltern muß der Entwicklungsstand ihres Kindes bewußt gemacht werden, um sie zu einem kindgerechten Verhalten zu veranlassen. Der gleichgeschlechtliche Elternteil muß die Haß- und Rivalitätsgefühle des Kindes verstehen und nicht gekränkt reagieren, der gegengeschlechtliche Elternteil muß den kindlichen Werbungen und Liebesanträgen freundlich begegnen.

Diese beiden Entwicklungsphasen, die nachholende und die altersentsprechende, verlaufen natürlich nicht streng chronologisch hintereinander ab, sondern überschneiden und überlagern sich. Wichtig für den Kindertherapeuten ist es, die Eigenarten jeder Entwicklungsphase genau zu kennen in ihren direkten und symbolischen Verschlüsselungen, um Regressionszustände zu erkennen und hierauf „kindgerecht“, entsprechend den emotionalen und geistigen Möglichkeiten der Entwicklungsstufe, einzugehen. Es ist zwecklos und schädlich, wenn man mit einem Kind auf einer anderen Entwicklungsstufe kommuniziert.

In der ödipalen Phase ist die Kommunikation während der Therapiestunde teils verbal, teils non-verbal spielend. Das Kind spielt nun eigenständiger, der Therapeut kann sich aus der aktiven Rolle etwas

zurückziehen und mehr Beobachter werden, der gelegentlich dem Spiel durch eine Frage andere Richtung gibt. Je älter und reifer das Kind wird, desto eher sind Gespräche und akzeptierbare Deutungen möglich. Im sechsten Lebensjahr gelingt es manchmal schon, Therapiestunden mit rein verbaler Kommunikation durchzuführen.

Es mag vielleicht im Laufe dieser Arbeit der Eindruck entstanden sein, daß wir Kindertherapie nach rigiden Regeln durchführen. Ich meine, daß es sehr wichtig ist, ein solides Konzept zu haben, denn im Gegensatz zum Erwachsenenanalytiker muß der Kindertherapeut nicht nur eine beobachtende, aufmerksame Haltung einnehmen, sondern stets mitagieren und wissen, was er agiert. Die Gefahr, daß er der Faszination erliegt, die von der reichhaltigen Symbolik des kindlichen Spiels und der Buntheit der Phantasien ausgeht, ist groß; der Kinderanalytiker muß stets wissen, was im Kind vor sich geht, wenn es gegen ihn aggressiv wird, und sich nicht in eine pathologische Dynamik verstricken lassen. Ich bin der Meinung, daß man im Feuer des Agierens ein solides Konzept benötigt, um, wie *Anna Freud* sagt, stets zu wissen, was man tut, wenn man es tut.

Psychoanalytic Child-Therapy

Regine Schneider

The author discusses in her paper a technique of child therapy that was developed from her therapeutic work with parents and children. Similar to other schools of child-therapy she applies different play settings and considers play as the most important therapeutic tool and way for communication with the child. In her conception of child therapy she follows *Anna Freud*, but does not stress the paedagogical aims as much, instead, she tries to get the parents' support through direct therapeutic work with them.

Her therapeutic work is based on the concept of the pathogenic as well as the healing aspects of the group. With *Ammon* she regards the pathogenic influence of the primary group, the family, as the central factor for the child's disturbed development. From this genetical standpoint, she considers the simultaneous therapy of child and primary group, at least the mother, for most important.

This combined therapeutic technique has proved prognostically as especially worthwhile for children with severe ego-disturbances as for instance borderline-children. Through the therapy of the pathogenic group, the child is not only released from the pathogenic influence of his milieu, but might even find a further therapeutic milieu in its own family, when the family members get to know and understand the con-

flicts and needs of the child. This "facilitating environment" (*Winnicott*) enables the child to retrieve its disturbed ego-development.

The therapeutic technique with children in the preoedipal state of development, or with those who are deeply regressed or retarded, is play without direct interpretation (non-directive) while the mother or father is in most of the cases present as a silent observer. Through observing the difficulties of their child, demonstrated through the play, the parents get able to reflect on their own attitudes and faults and to work them through with the child's therapist. This technique aims after establishing and strengthening a friendly and healthy symbiosis between mother and child. In the oedipal phase and in latency the child's conflicts are worked through in play and verbalization without the presence of either one or the other parent. Simultaneously the knowledge about and experience with the child in therapy are transmitted to the parents in order to inform and motivate them to handle the child's problems according to its needs and not according to their own oedipal conflicts.

Literatur

- Ackerman, N. W.* (1966): Familientherapie — Theorie und Praxis. In: *Biermann, G.*: Handbuch der Kinderpsychotherapie II (München/Basel: E. Reinhardt, 1969)
- Ammon, G.* (1970): Gruppendynamik der Aggression (Berlin: Pinel-Publikationen)
- Freud, A.* (1970): Einführung in die Technik der Kinderanalyse (München/Basel: E. Reinhardt, 5. Aufl.)
- (1971): Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung (Bern/Stuttgart: Huber/Klett, 2. Aufl.)
- Klein, M.* (1962): Das Seelenleben des Kindes (Stuttgart: Klett)
- Zulliger, H.* (1965): Die deutungsfreie psychoanalytische Kinderpsychotherapie. In *Biermann, G.*: Handbuch der Kinderpsychotherapie I (München/Basel: E. Reinhardt, 1969)

Adresse der Autorin:
Dr. med. Regine Schneider
1 Berlin 12
Dahlmannstraße 23

Über die Verwendung der Begriffe „autoritär“ und „anti-autoritär“ in der psychoanalytischen Ausbildung

Rudolf Ekstein *

Ekstein beschäftigt sich in seinem Essay mit der Form bestehender psychoanalytischer Institutionen, mit der Bildung von Schulen, der Spaltung in orthodoxe und unorthodoxe Flügel, der Einteilung in autoritäre und antiautoritäre Ausbildungsformen. Er meint, daß es sich hier um Prozesse handelt, die jeder Gruppenbildung immanent sind, und daß die Frage nach autoritär oder antiautoritär durch die Frage nach der Kompetenz der psychoanalytischen Institutionen ersetzt werden müsse. Er schlägt vor, neben den bestehenden psychoanalytischen Instituten, die hauptsächlich Ausbildungsinstitute sind, Abteilungen für Psychoanalyse in die Universitäten zu integrieren, die primär der Wissenschaft selbst dienen sollen.

Zu Beginn meines Studiums wurde ich in der Aula der Universität von einem Studienkollegen nach meinem Studienfach gefragt. Ich antwortete, ich wolle Philosophie studieren. Erfreut erkundigte er sich daraufhin, ob ich ein Kantianer sei. Da ich ein völliger Neuling war, hatte ich noch keine derartige intellektuelle Entscheidung getroffen. Dies veranlaßte meinen Kommilitonen, die Absätze zusammenzuschlagen und davonzugehen. Er sprach eben nur mit Anhängern von *Kant*.

Einige Jahre später, als ich in die Philosophie der Wissenschaften vertieft war, hörte ich von *Moritz Schlick*, daß *Kant* seine Vorlesungen mit dem Satz zu eröffnen pflegte, daß sein Interesse nicht darin bestehe, eine besondere Schule zu vertreten, sondern darin, seine Studenten das Philosophieren zu lehren. Trotz dieser Anstrengung wurden seine Schüler Kantianer. Die Episode zu Beginn meines Studiums mit meinem jungen Kollegen verstand ich nun besser. Ich war inzwischen in die Auseinandersetzungen um neue Erkenntnisse hineingezogen worden, die eine intellektuelle Entscheidung forderten und das Wahrhalten bestimmter Theorien, die jedoch gleichzeitig genügend offen bleiben sollten, um den Weg für wissenschaftliche Erkenntnisse, für Neuerungen und Veränderungen nicht zu versperren.

Die Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten ist nie von diesem Problem frei gewesen, ungeachtet ob es um Geistes- oder Naturwissenschaften geht. Die emotionale Auseinandersetzung, die mit allem Lernen verbunden ist, hat immer die Identifikation mit den Lehrern problematisiert, wie den Kampf gegen diese Identifikation, gegen zu starke Identifikation und manchmal auch die Flucht vor jeglicher Autorität in eine Art anarchistisches Niemandsland.

* Dr. phil., Direktor des Forschungsprojektes für Kinderpsychosen am Reiss-Davis Child Study Center und Lehranalytiker in der Psychoanalytischen Vereinigung Los Angeles und ihres Instituts.

Das trifft nicht nur für die Schüler zu, sondern ist auch für die Lehrer gültig, unabhängig davon, ob sie einzeln oder in Gruppen lehren, ob sie sich nur selbst vertreten oder ihren Lehrauftrag von einer Institution herleiten, die Macht über Ernennungen und Bevollmächtigungen hat. Immer gab es Lehrer, die, Prometheus ähnlich, das verbotene Feuer dem einfachen Volk bringen wollten, und solche wie Zeus, die die Ausbildung kontrollierten und meistens vergessen hatten, daß sie einst Giganten getötet hatten.

Dies alles gilt sowohl für unsere öffentlichen wie privaten Schulen, vom Kindergarten an bis zu einer Fortbildung nach einem akademischen Abschluß. Die psychoanalytischen Lehrkörper sind hier keine Ausnahmen.

Zuckers Idee einer Psychogenealogie eines hypothetischen psychoanalytischen Instituts hat mich sehr gefesselt. Sie geht über die witzige Unterhaltung hinaus, die zwei Kandidaten in diesem hypothetischen Institut führen. Einer sagt zum anderen: „Mein Analytiker kann deinen Analytiker in die Tasche stecken.“ Darauf antwortet der andere: „Das stimmt, aber mein Analytiker kann deinen Analytiker analysieren.“ Der tiefere Sinn in dieser Unterhaltung liegt darin, daß jeder Ausbildungskandidat aufgrund der notwendigen und unvermeidlich langen psychologischen Erfahrung mit dem Lehranalytiker eine Vielzahl von Einstellungen gegenüber Autoritäten, den Dozenten, den Kontrollanalytikern und dem gesamten psychoanalytischen Institut gegenüber erlebt. Diese Einstellungen sind von der Ausprägung und der Phase der Regression in der sich entwickelnden Übertragungsneurose abhängig und können durch gewisse Erscheinungen in der Gegenübertragung des Lehranalytikers kompliziert werden. Sie sind abhängig von den Verhältnissen im Institut, von Auseinandersetzungen und vor allem von bestimmten Erwartungen an den Kandidaten, der eines Tages die Arbeit fortführen soll. Hat *Kant* sich wirklich darum bemüht, die Existenz von Kantianern zu vermeiden? Würde er nicht, *Freud* ähnlich, geantwortet haben, er sei kein Kantianer? Er war einfach *Kant*. Auch *Freud* faßte sich selbst nicht in den Begriff eines Freudianers — er war *Freud*.

Zucker gibt uns ein Soziogramm, nicht nur die Psychogenealogie eines normalen psychoanalytischen Instituts. Ich habe eine Reihe von Instituten kennengelernt und war Teil ihrer Organisation. Es hat mir viel Vergnügen bereitet, *Zuckers* Entwurf für die drei Generationen auszufüllen. Das Spiel mit seinem Soziogramm erlaubt es einem, die Position für sich selbst in der Hackordnung auszusuchen, die einem bestimmten beruflichen Ich-Ideal in einer bestimmten Entwicklungsphase entspricht.

Alle Ausbildungsgruppen haben jedoch den gleichen prozessualen Ablauf wie andere permanente Gruppen. Die Bildung solcher stabilen

Gruppen, die immer rechte und linke Flügel ausbilden, die über orthodoxe Gläubige und Neuerer verfügen, über Verteidiger der Institution und Verteidiger der Rebellen, könnte nur durch chaotische Gruppen vermieden werden. Diese Gruppen, die eher einer führerlosen Masse als einer strukturierten Gruppe ähneln, sind gekennzeichnet durch permanente Fluktuation, durch ständigen Rollenwechsel und einander ablösende machtlose Komitees. In ihrer Arbeit bleiben sie ineffektiv, und sie würden sich bald unter Todesqualen hin zu einer permanenten und führerorientierten Gruppe entwickeln.

Die Frage ist, ob die oben beschriebenen Konstellationen Folgen der Ausbildungsrichtlinien sind oder einfach die Folgen jeder Gruppenbildung.

Wie wahrscheinlich viele andere vor mir habe ich vorgeschlagen, eine Art psychoanalytischen Stammbaum zu zeichnen. Am Anfang stünde *Freud*, dann seine Analysanden, dann deren Analysanden usw. Wahrscheinlich könnte uns dieser Familienstammbaum dabei helfen, die Bildung von Schulen vorauszusagen, die theoretischen Verpflichtungen und bestimmte Vorurteile.

Alle diese Aspekte der Gruppenbildung sind von den Autoren, die *Zucker* zitiert, lebhaft diskutiert worden. Wie ich anderweitig ausführte, sind sie für jeden Ausbildungsgang kennzeichnend. Sie sind die Achillesferse der psychoanalytischen Ausbildung. Achilles konnte nur auf Grund einer zuverlässigen und dauerhaften Erziehung ein Held werden. Seine Mutter Thetis bereitete ihn auf sein Heldentum vor, darauf, unverwundbar zu sein, indem sie ihn lange in den Styx tauchte. Die Achillesferse entstand aber durch die Art, wie sie ihn dabei festhielt.

Meiner Meinung nach haben alle Institutionen ihre Achillesfersen und erreichen ihre Ausbildungsziele nur zu einem bestimmten Grad. Psychoanalytische Ausbildungsinstitute sind hier keine Ausnahme.

Vielleicht wird aufgrund der magischen Erwartungen der Patienten an die Psychoanalyse angenommen, daß Analytiker es besser als andere machen, wenn es um die Ausbildung der nächsten Generation geht. Analytiker sollten besser sein als Universitätsabteilungen, die aber offensichtlich von den gleichen Problemen befallen sind. Diese magische Erwartung findet ihre Entsprechung in einer magischen Gegenerwartung, nämlich in unserem Gefühl, daß wir häufig unsere eigenen Einsichten mißbrauchen, statt sie für eine bessere psychoanalytische Ausbildung zu nutzen.

Ungeachtet, ob wir uns an den gegenwärtigen revolutionären Strömungen beteiligen oder uns zu denen rechnen, die den Status quo aufrechterhalten und das Establishment verteidigen wollen, sind wir eher auf dem Weg, Ausbildungsstrategen zu werden als Forscher auf dem

Gebiet der Ausbildung, insbesondere der Methoden, durch die die Psychoanalyse gelehrt werden kann und muß.

Das amerikanische Phänomen, das *Zucker* als Autoritätskrise beschreibt, besteht in der ganzen Welt. Es gilt auch für die psychoanalytischen Lehrkörper, und wir können die Analytiker in die Establishment-Analytiker und die anti-autoritären Analytiker einteilen. Vieles von dem, was heute in den psychoanalytischen Ausbildungsinstituten zu erkennen ist, ist nur ein Reflex der allgemeinen sozialen Krise und hat in Wirklichkeit wenig mit Techniken des Lehrens und Lernens zu tun. Es ist Ausdruck der allgemeinen Unruhe: Psychoanalytische Institute sind keine geschützten Elfenbeintürme.

Mit ausreichendem Grund ist anzunehmen, daß die Struktur der psychoanalytischen Familie, das *corpus psychoanalyticum*, wie *Zucker* sie nennt, notwendig ist. Wir brauchen Analytiker, die ihre verschiedenen Funktionen erfüllen können und sich verpflichtet fühlen, sie lebendig zu halten. Es wird Analytiker geben, deren vornehmlichste Sorge der Ausbildungsplan ist, andere, die sich mehr für Experimente in der Ausbildung interessieren, wiederum andere, die an Bewertungsverfahren für die Kandidaten arbeiten, über Probleme der Auswahl und der Zulassung für die Ausbildung und die spätere Akkreditierung. Andere werden sich mit der Entwicklung der klinischen Supervision, der Entwicklung psychoanalytischer Kliniken und der Anwendung der Psychoanalyse auf anderen Gebieten beschäftigen. Vielleicht wird es in Zukunft auch solche Analytiker geben, die bereit sind, Komitees zu leiten, die die Organisation als Ganze untersuchen, die sie als ein ausbalanciertes System, in dem für jeden Platz ist, am Leben zu erhalten suchen. Der offene Krieg des einen gegen den anderen würde durch gegenseitige Stimulierung ersetzt, der angeblich unversöhnliche Konflikt durch ein ständiges Geben und Nehmen, durch eine befriedigende Anpassung in steter Veränderung. *Zucker* meint dies wohl, wenn er über die Notwendigkeit des kreativen unabhängigen Geistes spricht.

Ich möchte die Diskussion über die üblichen Auseinandersetzungen in den amerikanischen psychoanalytischen Instituten hinausbringen. Inhalt dieser Auseinandersetzungen sind gewöhnlich Feststellungen darüber, welche psychoanalytische Ausbildung in ihrem Charakter ausgesprochen autoritär bzw. anti-autoritär sei. Diese Form der Diskussion über die psychoanalytische Ausbildung verhindert es, sich mit den wesentlichen Problemen auseinanderzusetzen. Sie bleibt auf der Ebene eines Machtkampfes zwischen den Machthabern und denjenigen, die in Opposition zu den Machthabern stehen. Dies sind zwei extreme Positionen, es sind rigide politische und ideologische Haltungen, die keine neue Einsicht in die Dynamik von Lehren und Lernen gestatten.

Ich möchte diesen Punkt durch die Zusammenfassung von Diskussionen, die ich vor kurzem mit zwei Kollegen in verschiedenen Instituten, aber ähnlichen Komitees hatte, klarmachen. Gegenstand des Gesprächs war die Beurteilung der therapeutischen Arbeit des Kandidaten unter Kontrolle. Die Diskussion drehte sich darum, ob geheime Berichte über die Arbeit des Kandidaten an den Ausbildungsausschuß geschickt werden sollten, oder ob es einer neuen Regelung bedürfe, die dem Kandidaten Einsicht in diese Berichte gestatte. Nach einer Weile schien es, als ob die betreffenden Komitees jeweils in einen linken und einen rechten Flügel gespalten wären. Die eine Seite argumentierte, daß der Kontrollanalytiker nur dann die völlige Wahrheit über einen Kandidaten mitteilen könne, wenn die Berichte vertraulich wären. Erst unter dieser Bedingung könne die Arbeit des Kandidaten richtig bewertet werden und Schritte über den nächsten Abschnitt in seiner Ausbildung festgelegt werden. Die andere Seite argumentierte, daß diese Methode einen diktatorischen Charakter habe. In einem freien Institut solle der Kandidat ungehinderter Zugang zu seinen Akten haben, so daß er sich bei einer ungerechten Behandlung wehren könne. Natürlich war die Diskussion nicht so simpel, wie ich sie hier dargestellt habe, im Grunde jedoch wird die Entscheidung, ob eine solche neue Regelung eingeführt werden soll oder nicht, durch solche unterschweligen Einstellungen entscheidend beeinflusst. Sie sind eher strategisch als dynamisch orientiert und werden beide zugleich von psychoanalytischer Einsicht in die Natur des Ausbildungsprozesses getragen. Man kann recht gut mit einer von den beiden Strategien leben. Gute Analytiker sind ebenso von autoritären wie anti-autoritären Instituten ausgebildet worden. Aber hinter diesen Strategien liegt eine bestimmte psychologische Einstellung, die deutlicher gemacht werden muß. Der Kontrollanalytiker, für den geheime Berichte nötig sind, ist nicht unbedingt autoritär, aber er ist unsicher. Ein Kontrollanalytiker, der auf geheimen Berichten besteht und ihren Inhalt nicht mit dem Kandidaten teilen kann, den er kontrolliert, ist kein guter Kontrollanalytiker. Er braucht eine geheime Autorität und die offene Angst des Kandidaten, um seinen Lehrauftrag zu erfüllen. Seine Arbeit wird sich weniger am Studenten orientieren als daran, seine eigenen Gesichtspunkte bestätigt zu finden. Aufgrund seiner Hilflosigkeit ist er oft autoritär, anstatt seine Lehrfähigkeit so entwickeln zu können, daß er wirklich und ehrlich mit dem Kandidaten sein Wissen über mögliche Lösungen und Mängel teilen könnte. Selbst wenn es nur geheime Berichte gäbe, würde ein guter Lehrer einen Weg finden, mit dem Kandidaten sein Wissen zu teilen. Sein Student, darüber bin ich mir sicher, wäre nicht überrascht, wenn er diese Berichte je zu lesen bekäme. Für einen schlechten Lehrer hingegen wären geheime wie offene Berichte über den Kandidaten gleich nutzlos. Allgemeine ideologische Einstellungen dienen

dazu, die Grundhaltung des Lehrers einzuschätzen. Andererseits sind die Richtlinien meistens in der Vergangenheit definiert worden und stimmen nicht immer mit den Erfordernissen der Gegenwart überein. Ich würde neue Regelungen nur befürworten, wenn ich sie mit Lehrern teilen könnte, die Kontrollanalytiker in einem dynamischen Sinne sind, aber nicht, wenn es sich um Lehrer handelt, die nur mit Hilfe einer Doktrin und mit Vorschriften den Ausbildungskandidaten leiten könnten.*

Es hilft uns also nicht viel, wenn wir die Ausbildungsrichtlinien entweder in autoritäre oder nicht-autoritäre einteilen, sondern es geht um die Existenz bestehender Fähigkeiten. Das wäre auch für die analytische Arbeit gültig. Ich kann mir Analytiker vorstellen, für die die Interpretation ein Herrschaftsmittel ist, die die Übertragungssituation so ausnützen, daß die Interpretation mit der Wahrheit schlechthin gleichgesetzt wird, die der Patient annehmen muß. Ich könnte mir auch Analytiker vorstellen, für die die Interpretation eine spezielle Kommunikationsform mit dem Patienten ist, eine Kommunikation, die gegenseitig die analytische Arbeit und die dynamische Interaktion stimuliert und so ein therapeutisches Bündnis befestigt, das nicht auf Dogmatismus beruht.

Daß die Ausbildungskandidaten und die Patienten den Kontrollanalytiker bzw. den Analytiker in bestimmten Situationen als autoritär oder hilflos erleben, ist nicht unbedingt ein Kennzeichen des Systems, sondern liegt am besonderen Verlauf, den die psychoanalytische Ausbildung und die Therapie nehmen können.

Ich bin mehr für eine Betrachtungsweise, die sich den Berufszielen, der wissenschaftlichen Arbeit und der Forschung zuwendet und die an der Erkenntnis über die Dynamik unserer Ausbildung arbeitet. Ich würde deshalb Diskussionen über die Ausbildung vorziehen, die auf die Anwendung der Begriffe autoritär und antiautoritär verzichten und sich auf die auctoritas, die Kompetenz des Kontrollanalytikers, konzentrieren. Wir wünschen selbstverständlich, daß anstelle von mittelmäßigen und unerfahrenen Analytikern kompetente Analytiker die Psychoanalyse weitervermitteln sollen; es geht nicht primär um die Frage, ob sie autoritär oder antiautoritär sind.

Jeder, der wirklich einen guten Lehrer gehabt hat, erinnert sich an ihn als eine autoritative Persönlichkeit, aber nicht als jemand, der entweder autoritär oder antiautoritär war.

Wie läßt sich die fachliche Autorität unserer Lehrer verbessern? Diese Frage ist wichtiger, als daß wir uns in politischen Kämpfe verlieren, die

* Robert Wallerstein und ich haben die Dynamik und den Prozeß der Supervision in unserem Buch „The Teaching and Learning of Psychotherapy“ (1971) diskutiert

nur Neuauflagen des uralten Streits zwischen Kaiser und Papst sind, zwischen dem königlichen Establishment und den Revolutionären, zwischen den Statusverteidigern und den Statussuchern.

Ich habe anderswo (1969) die Verfahren und Techniken diskutiert, die die Ernennung von Lehranalytikern und Fakultätsmitgliedern unserer Institute betreffen. Aber in der vorliegenden Arbeit beschäftige ich mich primär mit sozialen, institutionellen Einrichtungen, die so beschaffen sein sollten, daß sich die Auswahlverfahren durch Expertenkomitees von Senioren und demokratische Teilhabe des Restes der Fakultät gerecht ausgleichen.

Es gibt auch andere Probleme, die diskutiert werden müssen, z. B. wie die Kompetenz zu steigern ist, wie die Gefahr blinder Kämpfe zwischen den Autoritären und den Antiautoritären auszuschalten ist.

Ich möchte einige Bemerkungen über die Natur der Privatinstitute machen. Wir alle kennen die historischen Gründe, die zu ihrer Bildung führten, und die Beiträge von Psychoanalytikern seit Entstehen dieser Institute in den frühen Zwanziger Jahren zeigen uns den Wert dieser Institute. Eine Anzahl fähiger Analytiker ist ausgebildet worden, bedeutende Beiträge auf dem Gebiet der reinen und der angewandten Psychoanalyse sind geleistet worden. Es konnten Brücken hin zu den Universitäten geschlagen werden, zu den psychiatrischen Zentren und anderen Stätten, die sich mit der Entwicklung der Humanwissenschaften beschäftigen. Aber die Privatinstitute haben durch die starke Investition in die private Praxis und durch die Notwendigkeit, sich primär als Ausbildungsstätten für Praktiker zu begreifen, gelitten. Viele unserer berühmtesten Kollegen haben immer wieder betont (*Zucker* zitiert einige), daß wir die psychoanalytische Ausbildung hin zu einer psychoanalytischen Erziehung entwickeln müßten.

Die psychoanalytische Erziehung beinhaltet natürlich die Ausbildung, aber sie geht darüber hinaus. Wir brauchen viele Praktiker, wahrscheinlich werden wir nie genug von ihnen haben. Aber wir brauchen auch Initiatoren, Forscher, Menschen, die sich verpflichtet fühlen, die Psychoanalyse nicht allein als Technik, sondern auch als eine lebendige Wissenschaft am Leben zu erhalten.

Ich habe an vielen Instituten gelehrt und habe viele Kollegen kennengelernt. Einige von ihnen waren hervorragende Forscher, aber der Anstoß dazu kam nicht von den Instituten, sondern die Forschung fand vielmehr trotz der Institute und der lokalen psychoanalytischen Vereinigungen statt. Ich glaube nicht, daß irgendein böser Wille dabei auf Seiten der Institutsleiter im Spiel war. Ich glaube, es ist ein ökonomisches Problem. Die meisten Ausbildungsinstitute bilden ihre Kandidaten außerhalb der üblichen Arbeitszeit aus. Die Institute sind Abenduniversitäten geworden. Die Lehrer unterrichten neben und jenseits ihrer klinischen

Praxis oder ihrer Lehrverpflichtungen gegenüber Kliniken und Universitäten. Diese Institute leiden daran, daß sowohl die Kandidaten wie die Lehrer Überstunden machen und daß sich wissenschaftlicher Enthusiasmus, die Neugier an menschlichen Problemen, an der Psyche des Menschen, die Suche nach genaueren Einsichten mehr und mehr in Zwangsunterricht und Zwangslernen verwandeln. Die Institute stehen oft unter dem starken Einfluß der lokalen Vereinigungen; meistens gehen sie in ihnen auf und bereiten die Kandidaten ganz einfach darauf vor, Mitglieder dieser Vereinigungen zu werden.

Es ist sehr erstaunlich, daß trotz dieser Umstände die Psychoanalyse eine kreative und progressive Wissenschaft geblieben ist.

Meine Vorstellung wären Ganztagsinstitute, die Bestandteil von Universitäten sein sollten. Ich rede hier über utopische Entwicklungen, gegen die ich selbst ebensoviele Einwände ins Feld führen könnte, wie jeder meiner Leser. Man könnte auf den gegenwärtigen Stand der Universitäten in den USA anspielen, welche unter den gleichen, eben beschriebenen Auseinandersetzungen leiden. Aber ich spreche hier nicht über Übergangsphasen im amerikanischen Leben, sondern denke in größeren Perspektiven.

Mein Wunsch wären Abteilungen für Psychoanalyse an den Universitäten, die völlig unabhängig von anderen Fachbereichen wären. Sie sollten klein und unabhängig sein. Eine Anzahl psychoanalytischer Wissenschaftler, die gleichzeitig auch ausgezeichnete Kliniker wären, wären dort Lehrer und Forscher. Sie könnten in der praktischen Ausbildung tätig sein, könnten eine beratende Funktion einnehmen und Lehrer in den Fachbereichen Psychiatrie, Klinische Psychologie, Sozialarbeit und in allen anderen Sozialwissenschaften sein, primär aber bestünde ihre Identität in der Suche nach Wahrheit. Psychoanalytische Institute bemühen sich manchmal verzweifelt, Forschungskomitees einzurichten, die wenigstens ab und zu einige Stunden einem Forschungsprojekt widmen. Meistens jedoch erhalten sie aus keinem Fond irgendeine Unterstützung, noch werden sie von Leuten betrieben, die genug Zeit und die Fähigkeiten haben, dies alles zu tun. Die Abteilungen für Psychoanalyse, die vielleicht einen Doktorgrad für Psychoanalyse verleihen könnten, würden den Geist der Forschung lebendig erhalten. Sie würden auch auf dem Gebiet der psychoanalytischen Ausbildung und Erziehung forschen. Aus ihnen würden psychoanalytische Lehrer hervorgehen, die mit diesem Geist sich identifizieren. Sie wären offen für das Spiel mit neuen Ideen, brächten die gleiche Distanz den verschiedenen bestehenden Modellen der Technik und der Theorie entgegen und wären eigenen vorbewußten Prozessen gegenüber offen eingestellt.

Zucker könnte sagen, daß solch eine neue Einrichtung bald Opfer des gleichen Altersprozesses wie das corpus psychoanalyticum sein wird.

Das ist sehr wahrscheinlich. Aber dennoch wäre sie eine wertvolle Ergänzung der bereits zur Verfügung stehenden Ausbildungs- und Forschungsmöglichkeiten. Vielleicht könnten wir so einen neuen Erzieher ausbilden: einen vollberuflichen Lehrer, der in *Zuckers* Entwurf noch nicht skizziert ist. Wir würden damit nicht der ständigen Auseinandersetzung der verschiedenen Kräfte aus dem Weg gehen, aber wir hätten die Auseinandersetzung aus der Übervereinfachung des Machtkampfes des Tages hinausgebracht und die Schlagworte autoritär und anti-autoritär durch die nie endende Frage nach der Autorität ersetzt.

Psychoanalytic Education: Authoritarian, Anti-Authoritarian, or Authoritative?

Rudolf Ekstein

Ekstein, basing on his experiences in many psychoanalytic institutes, discusses the phenomenon that is well-known in all larger groups of getting institutionalized. That means the phenomena of establishing schools, of splitting into right and left wings, of having defenders of the true belief and of having rebels and heretics. In connection with the political issues of today the question has the form of being either authoritarian or anti-authoritarian, of belonging to the establishment or of belonging to revolutionary movements. *Ekstein* points out that these concepts are merely ideological devices which miss the essential point of authoritativeness. Whether a psychoanalytic training institute works well or not is not dependent from the circumstance whether a candidate has free access to his report cards or not (though *Ekstein* thinks that a good training analyst will always communicate with a student upon his evaluation), but it depends upon the competence of the analyst and of the institute as a whole.

Looking critically at the existing psychoanalytic institutes, which are burdened by the magic expectation that psychoanalysts should do better than other people, one has to state, that they are still able to fulfill their functions to train practitioners. But there is little room, little time and support left for scientific research. If research is done, it is for the most time done in spite of the institutes and in spite of the local psychoanalytic society. *Ekstein* therefore proposes the incorporation of departments of psychoanalysis into the university system. They should be free from any vested interests and their main function should be the scientific inquiry. By this, as *Ekstein* holds, psychoanalysis has the great chance to be kept alive as a vital science. *Ekstein* does not advocate the abolishment of the private institutes, but thinks that both together have to fulfill their necessary tasks, to train practitioners and to be oriented at the search for truth.

Literatur

- Ekstein, R.* (1969): Thoughts Concerning Appointment and Election Procedures for Training Analysts and Other Faculty Members, in: *J. of Nerv. and Ment. Disease* 149 (2), 208—212
- ; *Wallerstein, R.* (1971): *The Teaching and Learning of Psychotherapy* (New York: Intern. Univ. Press, Rev. Ed.)

Adresse des Autors:

Rudolf Ekstein, Ph. D.
Reiss-Davis, Child-Study-Center
9760 West Pico Boulevard
Los Angeles, Calif. 90035

Der psychosomatisch Kranke und die Gesellschaft*

Wolfgang Schmidbauer **

Die Einschätzung seelischer und körperlicher Krankheiten hat sich in der Menschheitsgeschichte verändert. In unserer Gesellschaft wird der körperlich Kranke entschuldigt, der seelisch Kranke wird angeklagt und gefürchtet.

Psychosomatische Erkrankung versteht der Autor als Folge eines kulturellen Anpassungsdrucks, dem das Individuum nicht mehr gewachsen ist. Die primär angelegte Anpassungsfähigkeit auch des heutigen Menschen sieht der Autor auf die altsteinzeitliche Lebensform der Jäger und Sammler ausgerichtet. Erst während des Neolithikums kommt es mit der Entwicklung des Ackerbaus und den ersten Städtegründungen zu überhöhten Anpassungsforderungen, die zu psychosomatischen Erkrankungen führen.

In einer abschließenden medizinhistorischen Betrachtung wird der Schamane, der die „subjektive Krankheit“ unter Einbeziehung des ganzen Menschen behandelt, der naturwissenschaftlich orientierten Medizin der Neuzeit gegenübergestellt, die es durch eine einseitige Betonung organischer Störungen dem Menschen unmöglich macht, sich mit seinen psychischen Konflikten auseinanderzusetzen.

„In den letzten Jahren ist man ziemlich übereinstimmend davon ausgegangen, daß 30 bis 50 Prozent der Kranken, welche ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen, sogenannte ‚funktionelle‘ Leiden zeigen. Für das Zustandekommen dieser Krankheitsformen sind nicht materielle Dinge primär haftbar zu machen, sondern — der starke, aber treffende Ausdruck sei erlaubt — Erlebniskatastrophen.“

Alexander Mitscherlich

Jede Gesellschaft hat die Krankheiten, die sie verdient. Man übersieht leicht, daß der Begriff der Krankheit selbst als sozialer Faktor fungiert. Was krankhaft und wer krank ist, scheint nur auf den ersten Blick hin selbstverständlich. Wenn ein Soldat vor dem Feind sein Gewehr wegwirft und seine Truppe verläßt, weil ihn ein bestimmter Baum aus seiner Heimat gerufen hat, dann wird der europäische Arzt dazu neigen, an eine schizophrene Reaktion zu denken. Erst die zusätzliche Information, daß es sich um einen Ibo-Neger handelt, der mit diesem Baum mystisch-religiös verbunden ist und diesem Ruf unbedingt, selbst unter Lebensgefahr, folgen muß, wird hier dazu führen, diese Vermutung einer akuten Geisteskrankheit noch einmal zu überdenken.

Dieses Beispiel zeigt, daß wir dazu neigen, unverständliche, anscheinend absurde Lebensäußerungen als „krankhaft“ auszugrenzen. Nur dadurch glauben wir, Bedrohliches, Fremdartiges erklären und es in

* Vortrag gehalten auf einer Arbeitstagung der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e. V. in Paestum/Italien, Mai 1972

**Dr. phil., Dipl.-Psych., Dozent

einen „Fall von . . .“ verwandeln zu können. Wenn das unverständliche und bedrohliche Ereignis eigentlich in einen anderen kulturellen Kontext gehört, wie im Fall des Ibo-Negers, den ein europäischer Psychiater begutachtet, dann wird uns auch noch eher deutlich, wie willkürlich hier eingeordnet wird. Sobald sich Ähnliches in unserem eigenen Kulturkreis abspielt, lassen sich solche Zusammenhänge nicht mehr ganz so einfach erkennen. Das liegt daran, daß die Kriterien, wonach ein Mensch als krank erklärt wird oder sich selbst als krank erlebt, sehr eng mit den Normen der Gesellschaft zusammenhängen, denen sich jedermann verpflichtet fühlt. Wie *D. Mechanic* (1968) gezeigt hat, ist Krankheit nicht nur ein medizinisches Konzept oder das Etikett für subjektives Unbehagen, sondern auch ein Teil gesellschaftlicher Anpassungsstrategie, um dem Produktionsprozeß und anderen sozialen Erwartungen gemäÙes Verhalten durchzusetzen. Was man mit dem Krankheitsbegriff im sozialen Raum „machen“ kann, hat *Klaus Dörner* (1971) beschrieben: Er vermag die Reichweite der geltenden sozialen Kommunikation auszuweiten und den Bereich zu verkleinern, den man gerne für „asozial“ erklärt und der selbst ein höchst soziales Phänomen ist, denn jede Gesellschaft hat auch die „Asozialen“, die sie verdient (*A. Plack*, 1968). Sozial unerwünschtes Verhalten wird durch den Krankheitsbegriff exkulpiert — in erster Linie Leistungsunfähigkeit, aber auch psychisches Fehlverhalten, wie es der Begriff der Unzurechnungsfähigkeit zeigt. Die Krankheit bedroht also immer nicht nur den einzelnen, sondern auch die Gesellschaft und ihr reibungsloses Funktionieren. Die Medizin auf der anderen Seite hat weit mehr als nur therapeutische Funktion, sondern — wie es vor allem dem Kassen- und „Vertrauens“-Arzt manchmal leidvoll bewußt ist — sehr vielfältige gesellschaftliche Aufgaben. Ihre aus dem naturwissenschaftlichen Selbstverständnis abgeleitete Autorität dient auch dazu, gesellschaftliche Autoritätsstrukturen zu festigen, die manchmal alles andere als sachlich-rational begründet sind.

Wie begegnet nun dieser Krankheitsbegriff dem psychosomatisch leidenden Menschen? Wir können feststellen, daß die offizielle Medizin dieses Problem nicht seinen wirklichen Ausmaßen entsprechend erforscht und behandelt. Obschon psychosomatische Leiden mindestens 30 %, nach manchen Schätzungen auch 50 % der Patienten einer Allgemeinpraxis ausmachen, schätzt *Alexander Mitscherlich* den Anteil medizinisch-wissenschaftlicher Publikationen auf dem Gebiet der Psychosomatik auf weniger als ein Prozent; von diesem einen Prozent vertrate aber nur der zehnte Teil eine tatsächliche Kenntnis des Gegenstandes. Diese Vernachlässigung psychosomatischer Zusammenhänge in Forschung und Lehre entspricht der sozialen Diskriminierung des nachweislich psychosomatisch Kranken. Wenn Krankheit mit persönlichen Konflikten in Zusammenhang gebracht wird, dann büßt der Kranke auto-

matisch an Sozialprestige ein. Die seelischen Faktoren im Krankheitsgeschehen unterstellen dem psychosomatischen Patienten schwächlichen Charakter, mangelnde Willenskraft und Drückebergerei. Nur wenn er kompensierend seine Leistungstüchtigkeit vorschieben kann, entschuldigt man ihn. Er hat sich „überarbeitet“, wird mit beruhigenden Medikamenten versorgt und zur Kur verschickt. Dabei ist die Bereitwilligkeit, ein Übermaß von Arbeit auf sich zu laden, selbst schon von psychopathologischer Bedeutung. Sie entspricht geheimen Allmachtswünschen, deren Entstehen im politischen und sozialen Klima industriell hochentwickelter Gesellschaften begründet ist, dient aber auf der anderen Seite der Abwehr von Existenz- und Gewissensangst und versteckten Selbstzweifeln.

Der Kranke selbst hat die Abwertung dieser seelischen Faktoren seines Leidens längst verinnerlicht. Oft genug teilt er die Hoffnung des einseitig medizinisch ausgebildeten und orientierten Arztes, doch noch „etwas zu finden“ — eine objektive Ursache, die seine Symptome rechtfertigt und es ihm gestattet, den Verdacht psychischer Verursachung abzuwehren, den er als „Einbildung“, „Anstellerei“ oder „Wehleidigkeit“ abtun muß. Der Patient kann sich nur dann die Krankenrolle zubilligen, wenn er „wirklich“, das heißt körperlich krank ist; wie die Gesellschaft verweigert auch der Betroffene dem psychischen Leiden die Anerkennung als ernst zu nehmende Krankheit. Nur wo körperliche Schäden nachweisbar sind, ist nach diesem Vorurteil soziale Schonung und ärztliche Hilfe wirklich angebracht. Die Psyche bleibt als ganze den gesellschaftlichen Normen, Zwängen und Manipulationen verfügbar. Die psychosomatische Krankheit wird so für den Kranken zum faulen Kompromiß zwischen einem unbewußten Konflikt, ja Protest, und dem sozialen Dressat, das zwar ein Magengeschwür oder eine Angina pectoris als ernsthafte Krankheiten anerkennt, aber von dem durch seelische Konflikte in seiner Leistungs- und Liebesfähigkeit geschwächten Menschen nur eines verlangt: sich „zusammenzureißen“.

Man hört häufig, daß seelische Krankheiten von der Gesellschaft nicht ernst genug genommen werden. Das Gegenteil ist eher der Fall. Man nimmt sie soviel wichtiger als körperliche Krankheiten, daß man ihnen die Anerkennung eines Krankheitscharakters versagt. Denn im seelischen Raum findet jenes „Probehandeln“ statt, wie es *Freud* nannte — Denkprozesse, Verhaltensentwürfe —, über die schon in der Kindheit die Gesellschaft sich die Kontrolle vorbehält. Der körperlich Kranke wird entschuldigt, entlastet, er muß nicht mehr arbeiten, kann mit Mitleid und Verständnis rechnen. Für den seelischen Kranken ist das alles nicht gegeben: er wird angeklagt oder gefürchtet, man hofft, ihn zu bessern, indem man ihn hart anfaßt oder das von ihm verweigerte doch von ihm fordert. Aufmerksamkeit findet er allenfalls erst, wenn er ver-

rückt wird, das heißt, sobald sein Ich in einer psychotischen Reaktion ganz oder teilweise zusammenbricht und auf diese Weise in einer Art von Selbstschutzmechanismus verhindert, daß weitere gesellschaftliche Forderungen — äußere und verinnerlichte — wirksam werden können. Verständnis wird ihm aber auch dann noch versagt, selbst von seiten vieler Wissenschaftler, die bis heute noch am Dogma der endogenen, „uneinfühlbaren“, aus der Lebensgeschichte nicht erklärbaren Psychosen festhalten.

Man kann einräumen, daß es nicht gerechtfertigt sei, Individuum und Gesellschaft so einander gegenüberzustellen — als ob es nicht eine Fülle verschiedener Gesellschaftsformationen gäbe. Die Kulturanthropologie verfügt über Informationen von rund zweitausend Sozietäten, die freilich heute im Einflußbereich der hochindustrialisierten Länder ihre Eigenständigkeit nur schwer bewahren können. Auch geht es nicht an, die Ätiologie psychosomatischer Leiden schlechterdings der kapitalistischen Produktionsweise oder der Industriegesellschaft anzulasten. Auch in den sozialistischen Ländern gibt es psychosomatische Erkrankungen, wenn auch etwas seltener, aber das kann dem Mangel an entsprechenden Statistiken und epidemiologischen Studien zugeschrieben werden. Es wäre zu bequem, sie generell auch dort auf ein fortbestehendes falsches Bewußtsein, auf in den Familien fortlebende Überbauphänomene zurückzuführen. Es scheint, daß die Gefährdung des Menschen, psychosomatisch zu erkranken, historisch älter und auch komplizierter ist. Sie hängt wahrscheinlich eng mit dem grundsätzlichen Novum in der Verhaltenssteuerung zusammen, das Kultur- und Bewußtseinsentwicklung für den Menschen erbracht haben (vgl. *W. Schmidbauer*, 1971 b; 1972). Der Mensch verfügt im Gegensatz zum weitgehend angeborenen, hierarchisch geordneten Instinktverhalten beim Tier lediglich über „Instinktfragmente“ (*Adolf Portmann*). Sein faktisches Verhalten wird durch soziale Einflüsse bestimmt. Die zwar starre, aber an die natürliche Umwelt optimal angepaßte innere Ordnung tierischer Instinkte ist beim Menschen durch eine erlernte innere Ordnung — das Ich — überformt worden. Damit ist für den Menschen die Bedeutung sozialer Normen, verglichen mit gesellig lebenden Tieren, enorm gesteigert. In der Tiergruppe bleiben die Instinktmechanismen als tragende Basis des Gemeinschaftslebens ungebrochen bestehen. Die menschliche Gesellschaft hingegen ist darauf angewiesen, daß ihre Mitglieder soziale Gebote befolgen. Es wird dadurch auch begreiflich, warum seelische Krankheiten eher wertenden Gesichtspunkten unterstellt werden. Denn sie gefährden, was für jede menschliche Gesellschaft lebenswichtig ist, nämlich die zwischenmenschliche Kommunikation und die Verlässlichkeit gemeinsamer Verhaltensnormen.

An dieser Stelle wäre nun zu fragen, ob dieses psychosomatische „Unbehagen in der Kultur“ — um mit *Freud* zu sprechen — jeder Gesellschaft grundsätzlich immanent ist und somit ein Preis, den der Mensch unbedingt und unausweichlich für den Schritt von der biologischen zur kulturellen, industriellen und sozialen Evolution zahlen muß. Wir wissen, daß *Freud* und in jüngerer Zeit auch *Alexander Mitscherlich* dieser pessimistischen Ansicht sind. Beide führen die Tatsache ins Feld, daß die Geschichte keine Gesellschaft kennt, in der die Bedürfnisse des Einzelnen und der Gesellschaft völlig harmonierten; soziale Anpassung müsse demnach durch massiven Triebverzicht erkaufte werden. Der Mensch erscheint als *bestia humana*, als triebhaftes Wesen, das erst durch die soziale Einflußnahme gezähmt werden muß.

Die psychoanalytische Ich-Psychologie ist mit der Annahme einer konfliktfreien Ich-Sphäre nicht dieser Meinung. Durch anthropologische Studien wird bestätigt, daß der Mensch nicht nur sekundär durch gesellschaftlichen Einfluß zum Kulturwesen gemacht wird, sondern auch primär seinem Wesen nach zu schöpferischen und konstruktiven Sozialbeziehungen fähig ist. Das hat sich nicht zuletzt auf den Gebieten der Kreativitäts- und Aggressionsforschung gezeigt (*Ammon*, 1971; 1972).

Man könnte diese Frage müßig nennen, denn primäre und sekundäre Faktoren lassen sich im Sozialisationsprozeß fast nie auseinanderhalten. Aber es ist nicht zu leugnen, daß Sozialisationsprozesse ganz anders aussehen würden, wenn man das Kind für primär schöpferisch und von konstruktiver Aktivität angetrieben hält, als wenn man annimmt, es sei von einem mörderischen Aggressions- oder Todestrieb beherrscht, dem kulturell wertvolle Leistungen auf dem Umweg über Verdrängung oder Kanalisation abgerungen werden müßten.

An anderer Stelle habe ich ausgeführt, daß die primäre Anpassungsfähigkeit des Menschen wahrscheinlich auf die paläolithische Lebensform des Jägers und Sammlers ausgerichtet ist (*Schmidbauer*, 1971 a; 1972). Ich kann diese Lebensform hier nur sehr kurz charakterisieren. Der „Nomadenstil“ erzwingt flexible, nicht hierarchisch geordnete Gruppen, weitgehende Besitzlosigkeit, Gleichberechtigung von Männern und Frauen, die auch durch die verschiedenen Produktionsweisen bedingt ist (die Männer jagten, die Frauen sammelten). Konflikte werden meist dadurch gelöst, daß sich die Kontrahenten künftig aus dem Weg gehen. Alle Kinder sind erwünscht (da unerwünschte Babys gleich nach der Geburt getötet werden); die Stillperiode ist sehr lang, die Bewegungsfreiheit der Kinder muß nicht eingeschränkt werden, eine frühe Sauberkeitsdressur findet nicht statt. In dem harten, keineswegs paradiesischen Leben des Jägers und Sammlers fehlt jede in irgendeiner Weise entfremdete Tätigkeit; Sklaverei ist unbekannt, Ausbeutung mangels Besitz ebenfalls.

Eine erste große Veränderung trat hier mit dem Neolithikum zur Zeit der Entwicklung des Ackerbaus und der ersten Städtegründungen ein. Erst seit es Städte gibt, kennen wir historische Überlieferung, aber auch eine arbeitsteilige Gesellschaft, hierarchische Strukturen, Klassenunterschiede, die Ausbeutung des Menschen durch den Menschen. Zum erstenmal konnte das, was *Karl Marx* „Entfremdung“ nannte, entstehen. Die Anpassungsforderungen der Gesellschaft mehrten sich, gleichzeitig aber wurde diese Gesellschaft erheblich erfolgreicher, fähiger, sich nach außen durchzusetzen, und begann, handwerkliche Fertigkeiten sowie künstlerische, religiöse, politische und wissenschaftliche Kreativität zu vervollkommen. Die durchsetzungsfähigsten Gesellschaftsformationen sind heute die industriell hochentwickelten Gesellschaften, die bereits viele einfachere, materiell weniger produktive Kulturen ausgelöscht haben. Wir kommen aber nicht an dem Schluß vorbei, daß eine solche Sozietät nur dann existieren kann, wenn sie die primäre wie sekundäre Anpassungsfähigkeit des Menschen so überfordert, daß zahlreiche Individuen in Konflikte verwickelt werden, die sich unter anderem in psychosomatischen Krankheiten ausdrücken. Dabei spielt jenes zusätzliche Mehr an Spannungen, das eine kapitalistische Produktionsweise mit sich bringt, eine wichtige Rolle. Aber wir müssen uns vor dem Kurzschluß hüten, daß, wenn erst die Produktionsmittel sozialisiert seien, die psychosomatische Morbidität mit einem Schlag auf Null absinken würde. Das hieße zu übersehen, daß die Arbeitswelt zur Entstehung psychisch bedingter Krankheiten in der Regel weniger beiträgt als frühkindliche, in erster Linie familiäre Faktoren, die natürlich selbst gesellschaftlich vermittelt sind. Das gilt zumindest für die gegenwärtige Situation, in der gröbere Techniken der Ausbeutung durch subtilere ersetzt werden.

Diese frühkindlichen Faktoren hängen eng mit der gesellschaftlichen Situation der einzelnen Familien zusammen. Der moderne Städtebau ist beispielsweise tatsächlich eine „Aufforderung zum Unfrieden“ — nicht nur in dem von *Alexander Mitscherlich* angesprochenen Sinn, sondern auch für seine Opfer, für die Familien, die bedrängt in Sozialwohnungen hausen, wo die Kinder weder im Treppenhaus lärmen noch auf dem Rasen spielen dürfen (wenn es ihn überhaupt gibt), wo die Hausfrauen von einer lautstarken Reklame täglich zu neuen Orgien der Sauberkeit angehalten werden, wo man ihnen künstliche Säuglingsnahrung verkauft, aber das elementarste Wissen über die Bedürfnisse eines Kindes vorenthält. Es ist nicht verwunderlich, daß Unfriede in die Familien einzieht, die zu bloßen Konsumgemeinschaften werden, zu Tankstellen für Essen, Trinken und Television. Wir müssen bedenken, daß die primäre Anpassungsfähigkeit des Menschen — vor allem des Kindes — sich nur in einer Situation voll entfalten kann, die dem immer

noch altsteinzeitlichen inneren Programm unserer Ich-Entwicklung entspricht — also in einem wirklichen Freiraum, wo das Kind soviel Freiheit wie möglich, so viele Grenzen wie nötig findet und es seine konstruktiven Antriebe wie Neugier und Spielaktivität entfalten kann, wo seine vitalen Bedürfnisse respektiert werden. Wenn man ihm nicht Zeit und Raum gibt, sich primär zu entfalten, dann müssen Sensibilität und Einsicht, Leistungsfähigkeit, Geduld und viele andere wertvolle Eigenschaften sekundär erzwungen werden — fast immer mit schlechtem Erfolg.

Es scheint aussichtslos, die vielfältigen Beziehungen zwischen Gesellschaft und psychosomatischer Krankheit in dem hier gesetzten Rahmen erschöpfend behandeln zu wollen. Wir müssen uns damit begnügen, Gesichtspunkte aufzuzeigen. Bisher hat uns der Krankheitsbegriff, die Entwertung seelischer Leiden vor dem Hintergrund der für das Bestehen der hochindustrialisierten Gesellschaften lebensnotwendigen Sozialisations- und Lernprozesse, die Entwicklung dieser Gesellschaftsform und mit ihr die einschneidenden Veränderungen in unserem und dem Lebensraum unserer Kinder beschäftigt. Aber manche Seiten des Problems, vor allem der therapeutische Aspekt, sind noch ganz unerwähnt geblieben.

Lange Zeit sind die meisten inneren Krankheiten unmittelbar oder auf Umwegen psychotherapeutisch behandelt worden. Der Beruf des Psychotherapeuten ist, wenn man will, der älteste, den es überhaupt gibt. Denn seine Funktionen sind es vorwiegend, welche die älteste bekannte Berufsklasse archaischer Kulturen, die des Schamanen oder Medizinmannes, ausübt. Wie ich mehrfach beschrieben habe (*Schmidbauer*, 1969), scheinen die schamanistischen Heilverfahren nicht nur recht wirksam, sondern auch fast immer auf Gruppen bezogen und nur in ihnen möglich. Man sollte sie nicht als bloße Suggestion abtun, da der Schamane zwar suggestiv arbeitet, aber zugleich das Leiden des Kranken in einen größeren Zusammenhang stellt, es in das mythische Weltbild der Stammeskultur einbettet und von dort aus, im Zuge einer Neuordnung dieser übergeordneten Welt, auch die körperlich-seelischen Vorgänge des Kranken neu ordnet. Wenn wir uns an *Michael Balints* (1957) Unterscheidung zwischen der „objektiven“ (pathophysiologisch faßbaren) und der „subjektiven“ (vom Patienten erlebten) Krankheit erinnern, so läßt sich feststellen, daß die archaische Psychotherapie sich ganz darauf konzentriert, die subjektive Krankheit zu erfassen und zu verändern, während die moderne Medizin sich nahezu ausschließlich mit der objektiven Krankheit befaßt. Beide Methoden haben ihre Vorzüge und Nachteile: Der Schamane riskiert, daß sein Patient an dem Fortschreiten eines durch seelische Beeinflussung nicht mehr umkehrbaren Leidens stirbt; der heutige Arzt nimmt in Kauf, daß sich sein Patient zwischen den Apparaten einer objektiven Diagnostik als Mensch

nicht verstanden fühlt. Die geschichtliche Entwicklung der (Seelen-) Heilkunde (*Schmidbauer*, 1971 a) zeigt, daß in den Stadtkulturen die schamanistische Therapie meistens durch eine dämonologische Auffassung abgelöst wurde; die korrespondierende magische Behandlung wirkte ebenfalls vorwiegend suggestiv. Erst mit *Hippokrates* setzte sich eine überwiegend organische Medizin durch; schon damals hat man auch versucht, seelische Krankheiten durch den Rückgriff auf veränderte Körpervorgänge zu erklären. Begriffe wie Melancholie erinnern noch daran. In der Romantik gab es wieder eine starke psychosomatisch orientierte Strömung in der Heilkunde, die auf Vorläufer des frühen 18. Jahrhunderts zurückgreifen konnte. Damals schrieb etwa *Georg Ernst Stahl* (1660 bis 1734): „Sehr wichtig ist die alltägliche Beachtung, daß der Zorn, wenn er befriedigt wird, auch dem Körper keinen Schaden zufügt; daß er hingegen unterdrückt im Gemüthe einen anhaltenden Unmut und Groll hinterläßt und im Körper Störungen der Verdauung und Ernährung, selbst Schwächung und zunehmende Erschöpfung der Lebensfunktionen nach sich zieht oder gleichzeitig Irrreden oder Krämpfe hervorbringt.“ Eine Generation früher hatte *Thomas Sydenham* (1624 bis 1689) in einem Werk über die Hysterie vermutet, daß psychosomatische Beschwerden die häufigste chronische Krankheit überhaupt seien.

Diese Ansätze wurden nicht weiterentwickelt. Das lag wohl in erster Linie an dem Aufschwung der organisch orientierten Medizin, die un-nachichtig objektive Beweise verlangte. Weil sie viele Krankheiten mit einem bisher noch nie dagewesenen Erfolg behandeln konnte, kam es zu einer Art Sog, der selbst die während der Romantik noch weitgehend psychodynamisch orientierte Psychiatrie dazu brachte, sich in Theorie und Praxis der naturwissenschaftlichen Organmedizin anzugleichen, gemäß *Griesingers* Postulat: „Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten“. Wie rigoros man aber selbst dort verfuhr, wo man nicht den Schatten eines Beweises hatte, zeigt die Auffassung der Neurosen als degenerative Nervenleiden, die erst *Freud* zu Fall brachte, oder die bis heute von vielen Psychiatern verteidigte Konzeption der endogenen, psychologisch nicht verstehbaren Psychosen.

Naturwissenschaft war und ist im 19. und 20. Jahrhundert nicht nur empirische Forschung, sondern auch Teil der Ideologie der Industriegesellschaft. Sie macht ihre Autorität weitgehend dem reibungslosen Funktionieren dieser Gesellschaft dienstbar. Wer sich dem Produktionsprozeß entzog oder ihn zu stören drohte, wurde — sobald er sich dem Ansatz der organisch orientierten Medizin verweigerte — ausgegrenzt und in den neu entstehenden Anstalten verwahrt. Bis heute ist es in Westdeutschland die Regel, daß für die Rehabilitation körperlich kranker

Menschen erheblich höhere Summen aufgewandt werden als für die seelisch Gestörte.

In dieser Situation nimmt das Schicksal des psychosomatisch Kranken eine typische Prägung an. Um der sozialen Deklassierung zu entgehen, paktiert er in der Regel mit dem Arzt, der — seiner Ausbildung und einseitig organischen Orientierung getreu — nur den körperlichen Aspekt des Leidens sehen will. Dadurch aber nimmt auch die Chance ab, daß die wirklichen Ursachen des psychosomatischen Krankheitsgeschehens erkannt und die Symptome damit auch beseitigt werden können. Die Symptomatik wird chronisch.

Man kann hier, wie die Herausgeber des Bandes „Der Kranke in der modernen Gesellschaft“ (*Mitscherlich, Brocher, von Mering, Horn, 1967*), den Schluß ziehen, daß „die naiv naturwissenschaftlich betriebene Medizin als System ein Kunstfehler sei“ — angesichts der ständig ansteigenden Zahl funktioneller Leiden gewiß keine Übertreibung. Weil er in den Kliniken und bei den medizinischen Spezialisten keine Hilfe findet, wendet sich der psychosomatisch Kranke an Quacksalber der verschiedensten Couleur. Das nicht-medizinische Heilangebot mit seinen simplen, magische Bedürfnisse befriedigenden Erklärungen (Erdstrahlen, Fleischnahrung, „Herde“ im Körper) erspart dem Patienten die Auseinandersetzung mit seinen Konflikten. Es erlaubt ihm, an der Illusion einer Körperkrankheit festzuhalten, welche die Ärzte nicht gefunden haben. Nach verschiedenen Umfragen gelangt ein Drittel bis die Hälfte aller psychosomatisch Kranken überhaupt nicht in die Praxis des Arztes.

Diese Vernachlässigung psychosomatischer Gesichtspunkte ist heute als weit skandalöser einzustufen als zur Zeit von *Hippokrates*. Denn damals hatte es die rein organische Medizin keineswegs vermocht, die Lebenserwartung nennenswert zu steigern, wie das der modernen, naturwissenschaftlichen Medizin gelungen ist. Die psychologische, psychoanalytische und medizin-soziologische Forschung haben gezeigt, daß es durchaus möglich und sinnvoll ist, die subjektive Krankheit, die auslösenden Konflikte zu erforschen und zu behandeln. Damit enthüllt sich das traditionelle Selbstverständnis der Medizin als ideologisch bestimmt. Denn das Wesen der Naturwissenschaft wird ja dort bereits verraten, wo man bestimmte Aspekte eines Problems einfach ausklammert und etwa annimmt, die menschliche Psyche sei weniger natürlich — und deshalb weniger Objekt der Naturwissenschaft — als der menschliche Körper. Freilich wird es nicht leicht sein, dieses ideologisch verhärtete, sich selbst als naturwissenschaftlich mißverstehende Denken aufzubrechen. Es ist zutiefst in dem Wissenschaftsbetrieb verwurzelt, in einem engherzigen Spezialistentum und in einem allein auf Zweckrationalität und rigiden Funktionalismus ausgerichteten Denken. Dabei kommt als erschwerender Faktor noch hinzu, daß in der Konsumgesellschaft der

einzelne sich mehr und mehr daran gewöhnt, Gesundheit als Dienstleistung durch Medizinspezialisten zu betrachten und nicht als ein Gut, das er sich selbst erarbeiten kann und muß. Dem Geist dieser Konsumgesellschaft entspricht der Tranquilizer mehr als die aufdeckende Psychotherapie, die apparative Diagnostik eher als das ärztliche Gespräch. Alle Dinge, die nichts kosten, für die nicht geworben wird und die keine komplizierte Bedienung erfordern, geraten in Mißkredit, wie z. B. das Stillen des Säuglings ebenso wie Hausmusik, Meditation, Briefeschreiben und Spazierengehen.

Für Psychotherapie wird keine Reklame gemacht, und sie fordert von dem, der sich ihr unterzieht, mehr als die gewohnte Konsumentenhaltung. Kein Wunder, daß sich eine besonders ruinöse Form der Selbst-Behandlung psychosomatischer Krankheiten immer mehr ausbreitet: die Rauschgiftsucht, in der depressive Stimmung und vegetative Dysfunktion mit Hilfe psychoaktiver Drogen beschwichtigt, freilich damit auch der Teufel durch Beelzebub ausgetrieben wird. Rauschdrogen bieten sich für den konsumorientierten Menschen als Ausflucht und Hilfsmittel gegenüber psychosomatischen Beschwerden an, wobei das Vorbild zigarettenrauchender, alkoholtrinkender und tablettenschluckender Eltern das Gesundheitsgewissen der Jugendlichen ohnedies längst korrumpiert hat.

Wir haben hier versucht, den Zusammenhängen zwischen psychosomatischer Krankheit und Gesellschaft mehr essayistisch als systematisch nachzuspüren. Abschließend möchte ich fragen: Welche Einsichten lassen sich für die Therapie und Prophylaxe fruchtbar machen? Die Antwort ist nicht ganz einfach; psychosomatische Leiden haben ja keine einheitliche Ätiologie. Die Prophylaxe ist ein Problem gesellschaftlicher Reformen, die einmal die Erziehung betreffen, um neurotisierende Einflüsse in der frühen Kindheit zu verringern, zum anderen aber sich auch darauf richten müssen, Leistungs- und Konsumzwänge abzubauen.

Damit wird sicher nicht alles getan sein. Vor einigen Jahren hat *Günter Ammon* (1971) gesagt, es komme darauf an, in der Gruppentherapie „befreite Gebiete“ zu schaffen, in der Alternativ-Modelle des bisherigen Zusammenlebens möglich werden. Das scheint mir gerade in der Psychosomatik ein sehr aussichtsreicher Weg, denn so wird es möglich, in dem freundlich-tolerierenden Milieu der therapeutischen Gruppe das Gefühl zu überwinden, daß psychische Konflikte weniger „anständig“ oder sozial akzeptabel sind als körperliche Symptome. Erst wenn das Krankheitserlebnis selbst von gesellschaftlichen Zwängen befreit ist, wird die psychosomatische Symptomatik der kausalen Therapie zugänglich.

The Psychosomatic Patient and Society

Wolfgang Schmidbauer

Psychosomatic illness is influenced by society in various ways. Social factors are at work in its genesis and are determinants of therapy, which they may foster or hinder. In the beginning of his paper, *Schmidbauer* points out that the perception of disease as psychosomatic illness is not a recent achievement but is characteristic of ancient techniques of human therapy, e. g. of shamanism.

Following *Michael Balint's* distinction of 'subjective' and 'objective' illnesses, that means sickness viewed from the patient and from the anatomic-pathological evidence, *Schmidbauer* states that in the larger part of human evolution 'subjective' illness was dealt with and treated in an archaic type of (group) psychotherapy. It is only since Hippocrates that a more organically oriented conception made its way. After a relapse into demonology in the medievals this development was highlighted in the strictly scientific medicine of industrial society.

As *Balint* describes it, today it is only the 'objective' illness that finds approval and treatment. 'Subjective' illness is depreciated as well in science as in society. But modern psychoanalytic and psychological research made evident that the 'subjective' illness can be investigated and treated as well. This research demonstrated that the present modern 'scientific' medicine can only partially be regarded to suffice since it excludes essential aspects of health and sickness from its deliberations. *Schmidbauer*, discusses the pathogenetic psychosomatic factors in present society and criticizes the ruling tendency to admit to be patient only to the somatically ill while it is denied for the mentally ill. This attitude, which is to be found in most of the physicians is comparable to the structure of ego and superego of psychosomatically reacting persons. Only somatic illness is getting acknowledged and gets treatment. The mental apparatus (psyche) should remain as a whole available to the demands of social norms, constraints, and manipulations. Psychosomatic illness thus becomes a compromise between unconscious conflict, protest, and social drill. A peptic ulcer or angina pectoris is acknowledged as a serious disease, but the individual, whose severe psychic conflicts reduce his ability to work and to love, is required to connect himself.

The following consequence should be deduced for therapy from this situation: above all the psychosomatic patient must get the conviction that his sickness is caused by psychic conflicts and that he is not the passive victim of some organic pathological process. *Schmidbauer* is convinced that the analytically oriented group psychotherapy facilitates this first essential step in the therapy of psychosomatic illness.

Literatur

- Ammon, G.* (1971): Gruppendynamik der Aggression (Berlin: Pinel-Publikationen)
 — (1972): Kreativität und Ich-Entwicklung in der Gruppe. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Gruppendynamik der Kreativität (Berlin: Pinel-Publikationen)
- Baier, H.* (1965): Die Wirklichkeit der Industriegesellschaft als Krankheitsfaktor. In: *Hippokrates* (36) 795—803
- Balint, M.* (1957): *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit* (Stuttgart: Klett)
- Cobb, B.* (1954): Why People Detour to Quacks. In: *Psychiat. Bull.* (3) 66—69
- Cooper, B.* (1967): Der epidemiologische Beitrag zur psychosomatischen Medizin. Übers. v. *K. Korn*. In: *Mitscherlich et al.* (Hrsg.) aaO.
- Dörner, K.* (1969): Bürger und Irre (Frankfurt/M: Europ. Verlagsanstalt)
- (1971): Gesellschaftlicher Nutzen und Schaden des Krankheitsbegriffs. In: *Lauter, H., Meyer, J.-E.* (Hrsg.): *Der psychisch Kranke und die Gesellschaft* (Stuttgart: Thieme)
- Engel, G.* (1962): *Psychological Development in Health and Disease* (London)
- Freud, S.* (1916/17): Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. *Ges. W.*, Bd. XI (London: Imago)
- (1930): Das Unbehagen in der Kultur. *Ges. W.*, Bd. XIV. aaO.
- Gitelson, M.* (1959): A Critic of Current Concepts in Psychosomatic Medicine. In: *Bull. Menn. Clin.* (23) 167
- Hartmann, H.* (1964): Zur psychoanalytischen Theorie des Ich. In: *Psyche* (18) 321
- Halliday, J. L.* (1948): *A Study of the Sick Society* (New York)
- Lee, R., DeVore, I.*, Hrsg. (1968): *Man the Hunter* (Chicago: Aldine)
- Mead, M.* (1947): The Concept of Culture and the Psychosomatic Approach. In: *Psychiat.* (10) 57—76
- Mechanic, D.* (1968): *Medical Sociology* (New York: Free Press)
- Mering, O. v., Earley, L. W.* (1966): The Diagnosis of Problem Patients. An Underdeveloped Pocket in Contemporary Scientific Medicine. In: *Hum. Organiz.* (25) 20—23. Dt. Ausg.: in *Mitscherlich et al.* (Hrsg.) aaO.
- Mitscherlich, A.* (1966/67): *Krankheit als Konflikt, I/II* (Frankfurt/M: Suhrkamp)
- (1967): *Die Unwirtlichkeit unserer Städte. Anstiftung zum Unfrieden* (Frankfurt/M: Suhrkamp)
- Mitscherlich, A., Brocher, T., Mering, O. v., Horn, K.*, Hrsg. (1967): *Der Kranke in der modernen Gesellschaft* (Köln: Kiepenheuer & Witsch)
- Pflanz, M.* (1962): *Sozialer Wandel und Krankheit. Ergebnisse und Probleme der medizinischen Soziologie* (Stuttgart: Thieme)
- Placke, A.* (1968): *Die Gesellschaft und das Böse* (München: List)
- Redlich, F. C.* (1957): The Concept of Health in Psychiatry. In: *Leighton, A. H.* et al. (Ed.): *Explorations in Social Psychiatry* (New York: Basic Books)
- Schmidbauer, W.* (1969): Schamanismus und Psychotherapie. In: *Psychol. Rdsch.* (20) 29—39
- (1971 a): *Psychotherapie. Ihr Weg von der Magie zur Wissenschaft* (München: Nymphenburger)
- (1971 b): *Seele als Patient* (München: Piper)
- (1971 c): Zur Anthropologie der Aggression. In: *Dyn. Psychiat.* (4) 36—49
- (1972): *Jäger und Sammler* (Planegg: Selecta)
- Strotzka, H.*, et al. (1966): Sozialpsychiatrische Feldstudien über eine ländliche Allgemeinpraxis. In: *Soz. psychiat.* (1) 83—87

Adresse des Autors:
 Dr. phil., Dipl. Psych.
 Wolfgang Schmidbauer
 8133 Feldafing
 Koempelstr. 14

Über Gemeinsamkeiten von Ulkuskranken und Herzneurotikern im klinisch-psychotherapeutischen Bild und in der Testpsychologie**

Gerd Overbeck *

Der Autor stellt bei den klinischen Krankheitsbildern Herzneurose und Magen-Darm-Ulkus eine weitgehend übereinstimmende Psychodynamik fest, beiden Krankheiten liegt der Grundkonflikt von Abhängigkeitswunsch und Autonomiebestrebungen zugrunde, hinzu kommen eine depressive Struktur und generelle Trennungsängste der Patienten beider Gruppen. Overbeck geht zwar von neurosenpsychologischen Überlegungen aus, ist jedoch der Meinung, daß das Ich des Psychosomatikers einen Strukturdefekt aufweist. Nach ausführlicher Diskussion der neueren Literatur wird die These aufgestellt, daß allen psychosomatischen Erkrankungen eine frühe Störung der Ich-Entwicklung während des Prozesses der Desomatisierung zugrunde liegt.

Die Ulkuskrankheit des Magen- und Zwölffingerdarms gehört ebenso wie die Herzneurose zu den am besten untersuchten psychosomatischen Krankheitsbildern. In einer fast unübersehbaren Zahl von Arbeiten sind die für das jeweilige Krankheitsbild als typisch angesehenen Persönlichkeitsstrukturen und konflikthaften Haltungen herausgearbeitet worden. Während in diesen Arbeiten meist eine Differenzierung von anderen Krankheitsbildern und eine Spezifizierung unter neurosenpsychologischen Gesichtspunkten angestrebt wird, ist es das Ziel der vorliegenden Arbeit, Herzneurose und Ulkuskrankheit auf ihre Gemeinsamkeiten und Ähnlichkeiten hin zu untersuchen. Das soll an diesen beiden Krankheitsbildern stellvertretend geschehen mit der Fragestellung, ob nicht das „Somatisieren“ in der Antwort auf bestimmte Konflikte, was ja bei allen psychosomatischen Störungen angetroffen wird, als das Spezifische anzusehen ist und entsprechend gleichartige Bedingungen in der psychischen Struktur aller dieser Patienten voraussetzt. Dabei kann es nicht darum gehen, die in der bisherigen psychoanalytischen und psychosomatischen Forschung zusammengetragenen subtilen neurosen- und konfliktpsychologischen Forschungsergebnisse in Frage zu stellen, sondern lediglich ergänzend der Besonderheit des „psychosomatischen Phänomens“ (Stephanos, 1972) dieser beiden Erkrankungen stärker Rechnung zu tragen. D. h. es soll hier am Beispiel zweier Krankheiten nach den Gemeinsamkeiten geforscht werden, weil sich hierin möglicherweise ein Zugang zur Frage der besonderen Bedingungen des psychosomatischen Krankheitsgeschehens finden läßt, wie er vielleicht von allgemeiner Bedeutung bei psychosomatischen Störungen ist.

* Dr. med., Psychosomatische Klinik der Justus-Liebig-Universität Gießen

** Wesentliche Anregungen zu dieser Arbeit gab Herr Dr. S. Stephanos, Gießen, dem an dieser Stelle herzlich gedankt sei.

Zur Klinik von Herzneurose und Ulkuskrankheit

Von internistischer Seite gesehen liegt beiden Erkrankungen eine funktionelle Störung zugrunde, mit dem Unterschied, daß die funktionelle Herz-Kreislauf-Störung nur sehr selten (*Christian*, 1966), die funktionelle Magen-Darmstörung aber sehr häufig zu einer morphologisch faßbaren Veränderung, nämlich dem *ulcus duodeni* bzw. *ventriculi* führt. Die klinische Beobachtung zeigt, daß beide funktionellen Syndrome häufig nicht streng getrennt voneinander vorkommen, sondern auch gleichzeitig bei einem Patienten vorhanden sein können, alternierend oder in zeitlicher Folge nacheinander auftreten können. Eine besonders interessante Variante des gleichzeitigen Auftretens ist vielleicht der gastro-kardiale Symptomenkomplex (*Roembeld*), der — von einer spezifischen Fehlverhaltensweise der Aerophagie abgesehen — eine bei Patienten weitverbreitete Krankheitsauffassung wiedergibt, daß der Magen auf das Herz drücke.

In einer katamnestischen Untersuchung wurde von *Cremerius* (1968) gefunden, daß bei einem Teil der Patienten mit funktionellem Magensyndrom andere psychovegetative Störungen in den Vordergrund gerückt waren, wobei die Herzbeschwerden mit an erster Stelle standen.

Bei einer Stichprobe von 97 als Herzneurotiker diagnostizierten Patienten der Psychosomatischen Universitätsklinik Gießen wurde gefunden, daß 21 (21,6 %) auch unter chronischen Magenbeschwerden litten und 9 (9,2 %) bereits einmal an einem *Ulcus duodeni* erkrankt waren. Diese Zahlen beziehen sich auf die spontanen Angaben der Patienten, die bei der Erstuntersuchung gemacht wurden, und wurden nachträglich zum Zweck dieser Untersuchung aus den Krankenakten (1969—1972) extrahiert. Bei gezielter Befragung wäre also eher noch ein höheres Ergebnis zu erwarten. Das kombinierte Auftreten von Herz-Kreislauf- und Magendarmsymptomen wird auch aus einer Untersuchung von *Richter* und *Beckmann* (1969) deutlich, die mit einem Fragebogen die subjektiven Körperbeschwerden bei Herzneurotikern erfaßten. Wie die hier wiedergegebene Tabelle 1 zeigt, haben 63 % dieser Patienten gleichzeitig auch Magen-Darm-Beschwerden. Bei einer Faktorenanalyse der wesentlichsten Symptome der Herzneurotiker (*Richter* und *Beckmann*, 1969) ergab sich als fünfte Gruppierung eine Patientengruppe, bei der Mattigkeit und Magen-Darmstörungen sogar an der ersten Stelle stehen, vor den Symptomen Furcht vor Infarkt, Zittern, Schwindel und Schonungstendenzen.

Diese Befunde legen nahe, die Trennlinie zwischen Magenpatienten und Patienten mit funktionellen Herz-Kreislauf-Störungen nicht zu scharf zu ziehen, sondern eher davon auszugehen, daß diese Patienten im allgemeinen unter einer Vielzahl von Körperbeschwerden leiden,

wobei im einen Fall mehr die Magen-Darm-Erkrankung, im anderen mehr die Herz-Kreislauf-Störung im Vordergrund stehen kann, die Leitsymptome aber auch wechseln können oder kombiniert auftreten.

Tab. 1: Häufigkeiten subjektiver Beschwerden bei 60 Herzneurotikern der Psychosomatischen Klinik Gießen.*

Anfallartige Beschwerden	93 %
innere Unruhe	98 %
niedergedrückte Stimmung	85 %
Herzschmerzen	82 %
Mattigkeit	82 %
Atembeschwerden	80 %
Herzklopfen	77 %
diffuse Ängstlichkeit	72 %
Parästhesien	67 %
Zittern	65 %
Trennungsängste	65 %
Schwindelgefühle	63 %
Schlafstörungen	63 %
Magen-Darm-Beschwerden	63 %
Furcht, herzkrank zu sein	63 %
Schonungstendenz	62 %
andere körperliche Beschwerden	60 %
Furcht vor Infarkt	57 %
andere psychische Beschwerden	52 %

* Entnommen aus: Richter, H. E. und Beckmann, D. (1969, S. 36)

Die Beschreibung von Herzneurose und Ulkuskrankheit in der psychotherapeutischen Literatur

Von psychosomatischer Seite kann zu obigen Befunden ergänzend vorgebracht werden, daß es sich bei den psychosomatischen Störungen ohnehin nicht nur um die Funktionspathologie oder auch morphologische Läsion eines solitären Organs handelt, sondern um Krankheiten in einem sehr viel umfassenderen, die Persönlichkeit des Patienten einbeziehenden Sinn. *Richter* und *Beckmann* (1969) schreiben, daß die Herzneurotiker nicht eigentlich unter ihren Herzbeschwerden leiden, sondern daß die harmlosen Alterationen der Kreislaufregulation den Wert des Krankhaften erst im Zusammenhang mit einer emotionalen Störung der Patienten bekommen. In ähnlicher Weise wurde von *Glatzel* (1954) vorgeschlagen, den Begriff der Ulkuskrankheit einzuführen, un-

abhängig davon, ob nun ein Ulkus vorliege oder nicht (Ulkuskrankheit ohne Ulkus von *Morawitz*), da es sich um ein einheitliches, charakteristisches Krankheitsbild handele. Der Tendenz, die Ulkuskrankheit eher als eine Neurose mit Magensymptomen zu verstehen, entspricht der Vorschlag von *Weiss* (1951), bei den Herzneurotikern besser von einer Neurose mit Herzbeschwerden zu sprechen. So richtig dies auch vor allem in Einzelfällen sein mag und vielleicht besonders dem psychotherapeutisch erfahrenen Untersucher aus der Phänomenologie, den Übertragungs-Gegenübertragungsreaktionen zwischen Arzt und Patient oder dem Krankheitsverhalten evident wird, so leicht kann dabei doch auch aus dem Blickfeld geraten, daß es sich in beiden Fällen nicht um reine Psychoneurosen handelt, sondern Körperbeschwerden entscheidend mit zu beiden Krankheitsbildern gehören. Entsprechend soll hier auch der Frage weiter nachgegangen werden, ob sich nicht im Zusammenhang mit dem Phänomen der „Somatisierung“ trotz aller bekannten charakterneurotischen Verschiedenheiten auch Ähnlichkeiten in der psychischen Struktur dieser Patienten finden.

Wenn man die klinisch-psychotherapeutischen Beschreibungen dieser beiden Krankheiten vergleicht, fällt z. B. auf, daß der Konfliktkreis aus Abhängigkeitsbedürfnissen und Unabhängigkeitsbestrebungen bei beiden Krankheitsbildern von zentraler Bedeutung zu sein scheint, wenn auch in unterschiedlichen Schattierungen. Bei Ulkuskranken (siehe dazu: *Alexander*, 1951; *Mirsky*, 1950; *Dunbar*, 1954; *Glatzel*, 1954; *Schwidder*, 1961; *Meyer, A.E.*, 1968) werden ein heftiges Verlangen nach Liebe, das Bedürfnis nach Hilfe und starke Abhängigkeitswünsche im Sinne von oralrezeptiv-passiven Tendenzen beschrieben. Bei Herzneurotikern fällt die starke Mutterabhängigkeit (*Bräutigam*, 1964) auf, sie können nicht alleine sein, zeigen in ihren Partnerbeziehungen ein typisches anklammerndes Verhalten (*Richter*, 1964). Neben der Abhängigkeit von äußeren Bezugspersonen ist bei beiden Krankheitsbildern auch eine ähnliche innere Pathodynamik aufzufinden. *Alexander* (1935) schreibt, daß es bei Ulkuskranken auch zu einer inneren Versagung von Liebes- und Abhängigkeitswünschen kommen kann, wenn diese als zu übermäßig, zu fordernd, zu aggressiv mit Schuldgefühlen erlebt werden, das kann zu Minderwertigkeitsgefühlen und so zu einem inneren Entzug von Liebe und Anerkennung und einer Störung des Selbstwertgefühls (*Garma*, 1957) führen. Eine solche Gebundenheit und Abhängigkeit von einer inneren Instanz (vgl. dazu auch die Bemerkungen von *Ammon* [1972] über die Bedeutung des sadistischen, archaischen Über-Ich bei psychosomatischen Krankheiten) wird allerdings noch deutlich von *Richter* bei einigen Herzneurotikern (*Richter* und *Beckmann*, 1969) beschrieben: „Es scheint so, als wäre die Persönlichkeit in zwei Teile zerfallen: in ein Ich, das wie ein kleines Kind sehr ängstlich ist und mit dem der

Patient sich identisch fühlt, und ein anderes Ich, das jenes andere sehr kindliche Ich immerfort zu verlassen droht, wenn es nicht ganz brav ist. Hier wird eine intraindividuelle Trennungsangst in Analogie zu einer Separationsangst gesetzt, die sich auf die Umwelt bezieht.“

Interessant ist nun, daß der Umgang mit Abhängigkeits- und Trennungsproblemen von den Patienten offensichtlich auch in so ähnlicher Weise gehandhabt wird, daß er in der Literatur zu analogen Typologien geführt hat. In Anlehnung an *Kapp* (1947), der die Ulcuspatienten in drei Untergruppen aufgeteilt hat, findet sich einmal der Typ des passiv-abhängigen Patienten, dessen Abhängigkeitswünsche zum Teil bewußt sind und vom Patienten akzeptiert bzw. ausgelebt werden. Dieses Verhalten, das im Extremfall zu der von *Alexander* (1951) beschriebenen „parasitären Rezeptivität“ führt, erinnert sehr an den von *Richter* und *Beckmann* (1969) beschriebenen Typ A des Herzneurotikers mit dem offen Hilfe suchenden, symbiotisch-anklammernden Krankheitsverhalten. In ähnlicher Weise scheint dem erfolgreichen, tüchtigen, pseudo-unabhängigen Ulkustyp der Typ B des Herzneurotikers zu entsprechen. Narzißtische Protesthaltung und Überkompensation bei den ersteren finden ein gewisses Pendant in kontraphobischen und verleugnenden Verhaltensweisen bei den letzteren. Daß diese Patienten an einer äußerst schwachen Selbstsicherheit leiden, wird oft vor der Erkrankung gar nicht sichtbar.

Das eigentliche Dilemma bei den Herzneurotikern sehen *Richter* und *Beckmann* (1969) darin, daß diese Patienten innerlich gegen ihre maximale Abhängigkeit aufbegehren, ohne deren Aufrechterhaltung aber kaputtzugehen fürchten. Sie wünschen sich eine stärkere Verselbständigung, aber oft werden sie gerade in dem Augenblick krank, in dem sie diese Selbständigkeit durchsetzen könnten, oder äußerlich bereits erreicht haben. Die Schilderung dieser krankheitsauslösenden Situation bei den Herzneurotikern entspricht in mancherlei Hinsicht dem von *Alexander* bei den Ulkuskranken beschriebenen Abhängigkeits-Unabhängigkeitskonflikt. Die inneren oder äußeren Ablösungskämpfe von Mutterfiguren (*Bräutigam*, 1964), die bei Herzneurotikern zum Zeitpunkt der Erkrankung beobachtet werden, dürften ziemlich genau ihre Entsprechung bei den Ulkuskranken in der inneren oder äußeren Versagung von oralen Liebes- und Abhängigkeitswünschen finden, die hier als die pathogene Situation angesehen wird.

Einige Befunde aus der Testpsychologie beider Krankheitsbilder

Nachdem bisher auf die häufig anzutreffende Symptomkombination und auf Ähnlichkeiten in der psychotherapeutischen Beschreibung beider Krankheiten hingewiesen wurde, was den Grundkonflikt, das Krank-

heitsverhalten und die auslösende Krankheitssituation betrifft, sollen nun die testpsychologischen Befunde zum Vergleich herangezogen werden. Dieser wird hier im wesentlichen an dem von *Richter* und *Beckmann* entwickelten Gießen-Test durchgeführt, andere Tests werden lediglich ergänzend zu speziellen Fragestellungen herangezogen. Zunächst sollen hier diejenigen Items des Gießen-Tests in einer Übersicht (siehe Tabelle 2) zusammengestellt werden, durch die sich einerseits die Herzneurotiker, andererseits die Ulkuspatienten von der Normalpopulation unterscheiden. Es fällt sofort auf, daß sich sechs der Items, durch die sich die Ulkuspatienten signifikant von der Norm unterscheiden (*Bayer*, 1971), bei Herzneurotikern (*Richter* und *Beckmann*, 1973) auch

Tab. 2: Von der Norm signifikant abweichende Items des Gießen-Test bei Herzneurotikern und Ulkuspatienten.

Herzneurotiker		Ulkuspatienten	
Item-Nr.		Item-Nr.	
14	Ich halte mich oft für sehr bedrückt.	14	
8	Ich halte mich für besonders ängstlich.	—	
29	Ich denke, ich mache mir immer Selbstvorwürfe.	29	
5	Ich habe den Eindruck, daß ich mir eher besonders häufig über meine inneren Probleme Gedanken mache.	—	
6	Ich schätze, daß ich eher dazu neige, meinen Ärger in mich hineinzufressen.	6	
4	Ich glaube, eine Änderung meiner äußeren Lebensbedingungen würde meine seelische Verfassung sehr stark beeinflussen.	4	
1	Ich habe den Eindruck, ich bin eher ungeduldig.	1	
28	Ich habe den Eindruck, es fällt mir eher schwer, mit anderen eng zusammenzuarbeiten.	—	
22	Ich schätze, ich gerate besonders häufig in Auseinandersetzungen mit anderen Menschen.	22	
3	Ich schätze, ich lege es eher darauf an, von anderen gelenkt zu werden.	—	
—	Ich habe den Eindruck, ich bin sehr stark daran interessiert, andere zu übertreffen.	7	
33	Ich habe den Eindruck, es gelingt mir eher schlecht, meine Interessen im Lebenskampf durchzusetzen.	—	
23	Ich glaube, ich bin eher darauf eingestellt, daß man mich für minderwertig hält.	—	
9	Ich habe den Eindruck, daß andere mit meiner Arbeitsleistung im allgemeinen eher unzufrieden sind.	—	
—	Ich habe den Eindruck, ich bin eher überordentlich	21	
10	Ich glaube, ich habe zu anderen Menschen eher besonders wenig Vertrauen.	—	
25	Ich denke, ich fühle mich den anderen Menschen eher sehr fern.	—	

finden. Dabei ist die größte Übereinstimmung in Skala 4 des Gießen-Tests (ängstlich-depressiv) zu finden, in der beide Krankheitsgruppen sogar hochsignifikant von der Norm abweichen. Hier sind vier Items identisch, wobei Nr. 14 (ich halte mich oft für bedrückt), Nr. 29 (ich mache mir immer Selbstvorwürfe) und Nr. 6 (ich fresse den Ärger mehr in mich hinein) mehr die depressive Verarbeitungsweise und Item Nr. 4 (ich glaube, eine Änderung meiner äußeren Lebensbedingungen würde meine seelische Verfassung sehr stark beeinflussen) die Abhängigkeitsproblematik erkennen läßt. Die Herzneurotiker halten sich darüber hinaus noch für besonders ängstlich (Item Nr. 8) und machen sich besonders häufig über ihre inneren Probleme Gedanken (Item Nr. 5). Beide Patientengruppen halten sich für besonders ungeduldig (Item Nr. 1) und geraten häufig in Auseinandersetzungen mit anderen Menschen (Item Nr. 32), zeigen also eine oral-aggressive Komponente, wobei es den Herzneurotikern überhaupt eher schwer fällt, mit anderen zusammenzuarbeiten (Item Nr. 28). Während jedoch Ulkuspatienten ihr starkes Interesse erkennen lassen, andere zu übertreffen (Item Nr. 7), also stärker dominant erscheinen, legen es die Herzneurotiker eher darauf an, von anderen gelenkt zu werden (Item Nr. 3), zeigen also eine Ambivalenz zwischen Dominanz und Gefügigkeit. Herzneurotiker schätzen ihre soziale Resonanz (Item Nr. 33, 23 und 9) eher negativ ein, Ulkusranke sehen sich eher überordentlich (Item Nr. 21). Herzneurotiker sehen sich im Selbstbild des Gießen-Test gegenüber der Norm eher retentiv-verschlossen (Item Nr. 10 und 25), im Vergleich zu anderen Neurotikern verhalten sie sich jedoch eher durchlässig und offen (*Richter und Beckmann, 1969*).

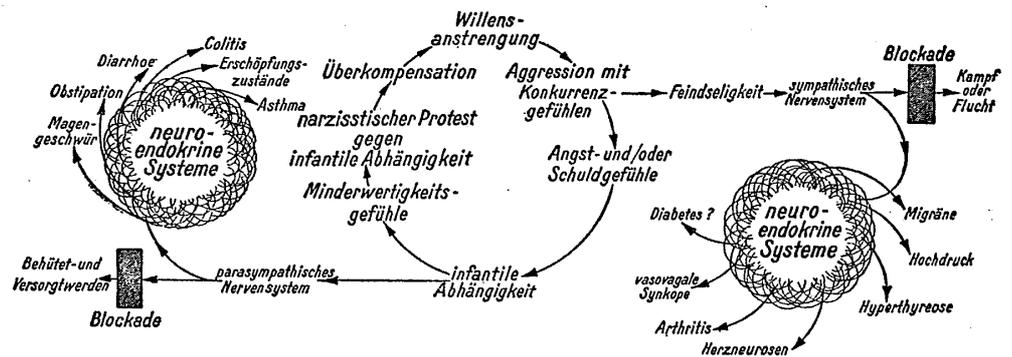
Zusammengefaßt und vielleicht etwas vereinfacht liegen die Unterschiede zwischen beiden Patientengruppen im wesentlichen wohl darin, daß die Herzneurotiker deutlich klagsamer sind und sich in 15 Items von der Norm unterschiedlich glauben gegenüber 8 Items bei den Ulkuspatienten, daß sie ängstlich-hypochondrischer sind (Item Nr. 5 und 8) und ihre Kontaktprobleme (Item Nr. 28, 23, 33, 9) und ihr Anklammerungsbedürfnis (Item Nr. 3, 10 und 25) offener darstellen. Ob dies lediglich als quantitativer Unterschied aufgefaßt werden kann, muß einer Diskussion vorbehalten bleiben. Zur richtigen Interpretation der Ergebnisse ist aber sicher wichtig zu bedenken, daß die Ulkuskranken zwar auch eine heterogene Gruppe sind (*Bayer, 1971*), unter ihnen aber der pseudo-unabhängige tüchtige Typ als der häufigere gilt (*de Muzan und Bonfils, 1961*), während bei den Herzneurotikern der anklammernde Typ A als der häufigere Patiententypus (*Richter und Beckmann, 1969, S. 57: Typ A 48 %, Typ B: 32 %*) angetroffen wird. Ferner ist es sicher auch nicht ohne Bedeutung, daß die Gießen-Test-Ergebnisse an Ulkuskranken in Untersuchungen (*Bayer, 1971; Overbeck und Beckmann, 1972*) in

anderen (medizinischen) Kliniken erhoben wurden, während sich die Gießen-Test-Ergebnisse an Herzneurotikern auf Patienten beziehen, die die Psychosomatische Klinik aufgesucht haben. Es wäre also immerhin denkbar, daß eine weitere Annäherung im Mittelwertsprofil des Gießen-Test zwischen beiden Patientengruppen gefunden würde, wenn der Herzneurotiker Typ B nicht bei den Herzneurotikern unterrepräsentiert wäre, da er eben seinem Krankheitsverhalten entsprechend den Arzt oder zumindest eine Psychotherapeutische Klinik nicht so schnell aufsucht wie Typ A.

Immerhin sind aber auch unter diesen Voraussetzungen sechs identische Items im Gießen-Test bei beiden Patientengruppen gefunden worden, und es soll der Frage nachgegangen werden, auf welche Gemeinsamkeiten der „Standard“ von Ähnlichkeiten möglicherweise hinweist. Zunächst wird inhaltlich bestätigt, was ja auch schon in den Beschreibungen der beiden Krankheitsbilder zum Ausdruck kam, daß es sich bei beiden Patientengruppen um einen sehr ähnlichen Konfliktkreis handelt, in dem infantile Abhängigkeitswünsche, Schuldgefühle und Aggressionsprobleme eine Rolle spielen. *Alexander* (1951) speist aus diesem Problemkreis (siehe Abbildung 1) im Grunde alle psychosomatischen Erkrankungen, ob er sie nun zu den vagotonen vegetativen Erkrankungen rechnet, wie das Ulcus duodeni oder zu den sympathicotonen, wie die Herzneurose. Die Zuordnung zu dem einen oder anderen Formenkreis ergibt sich offensichtlich aus einer verschiedenen Akzentuierung rezeptiv-passiver oder aggressiver Impulse aus einem Abhängigkeits-Unabhängigkeitskonflikt heraus. Auch *Grinker* (1953) bemerkt, daß die Abfolge Dependenz-Frustration-Hostilität praktisch bei allen psychosomatischen Störungen von größter Bedeutung ist, und sieht größere dynamische Ähnlichkeiten bei diesen Erkrankungen als Unterschiede. Eine Beziehung zu depressiven Krankheitsformen, populär als larvierte Depression bezeichnet, wird ebenfalls bei all diesen Erkrankungen angenommen. Nach *Richter* und *Beckmann* (1969) weisen 40 % der depressiven Patienten im MMPI (Multiphasic Minnesota Personality Inventory) das A-Profil der Herzneurotiker auf, und ebenso ist auch die Beziehung zwischen Depression und Ulkuskrankheit (*Cremerius*, 1968) bekannt. Diese Befunde können wiederum als Hinweis auf die Bedeutung des Objektverlusts in der Pathogenese beider Krankheitsbilder gewertet werden.

Über die geschilderten inhaltlichen Gemeinsamkeiten hinaus finden sich in den testpsychologischen Befunden auch Hinweise auf weitere Ähnlichkeiten, die den Umgang dieser beiden Patientengruppen mit den zugrundeliegenden Konflikten betreffen.

Abb. 1. Schematische Darstellung des Spezifitätsbegriffs bei der Ätiologie von vegetativen Funktionsstörungen. (Aus: Alexander, 1951)



Das Schema zeigt die beiden Arten von vegetativen Reaktionen auf emotionale Zustände. Auf der rechten Seite sind diejenigen Zustände dargestellt, die sich entwickeln können, wenn die Abfuhr feindseliger aggressiver Antriebe (Kampf oder Flucht) blockiert und im Oberflächenverhalten vermisst wird; auf der linken Seite erscheinen diejenigen Zustände, die sich entwickeln, wenn die abhängigen hilfessuchenden Streben blockiert sind.

Herzneurotiker verhalten sich je nach der Art ihrer Angstbewältigung entweder sehr offen, anklammernd oder sehr kontraphobisch abwehrend. Dies kommt auch in den drei Einstellungsskalen L, F und K des MMPI in dem polaren Verhalten der Typen A und B zum Ausdruck (*Richter und Beckmann, 1969*). Während sich der Typ A hilflos, von Ängsten überflutet darstellt, versucht sich der Typ B in dem Komplex von Angst und Unsicherheit „supernormal“ hinzustellen und bietet das Selbstbild einer illusionären Stärke an. Dazu korrespondiert, wie oben bereits erwähnt, bei Ulkuskranken auf der einen Seite der weiche, offen liebebedürftige und abhängige Patient, auf der anderen Seite der pseudo-unabhängige, tüchtige Patient. *Weiner (1956)* konnte analog in einer Untersuchung an magenresezierten Ulkuspatienten zwei Gruppen nachweisen. Ein Teil der Patienten zeigte im MMPI die neurotische Trias Hypochondrie, Depression und Hysterie und wies auch im Taylor Scale of Manifest Anxiety (*Taylor, 1953*) deutlich mehr offene Angstsymptome auf als die andere Gruppe, die sich im MMPI überraschenderweise durch ein Normalprofil auszeichnete.

Nun wird zwar von *Richter und Beckmann (1969)* berichtet, daß sich bei Herzneurotikern des Typs A schon in der Kindheit mehr offene Ängste finden, während der Typ B auch dort schon „Ich-stärker“ wirkt, damit kann aber nicht gemeint sein, daß der Phänotypus A oder B ausschließlich von der intraindividuellen Struktur der Patienten abhängig ist. Die klinische Erfahrung zeigt nämlich, daß das Erscheinungsbild sehr stark auch von der Lebenssituation und der Phase der Erkrankung

abhängig sein kann, wie sie gerade vom Untersucher angetroffen wird. So kann beispielsweise ein Patient, der bis dahin nie krank war, einen Betrieb mit vielen Beschäftigten auf die Beine stellte, plötzlich nach einer Krise sich nicht mehr in der Lage fühlen, das Bett zu verlassen und Auto zu fahren, wenn nicht seine Frau ständig bei ihm ist und ein „Leib-arzt“ stets in erreichbarer Nähe. Ebenso wie in diesem Beispiel ein Herzneurotiker vom Typ B nach einer Dekompensation das Erscheinungsbild eines Patienten vom Typ A bieten kann, ist es auch bei Ulkuspatienten bekannt (*Cremerius, 1971*), wie die Unabhängigkeitsfassade besonders während der Erkrankung an einem Ulkus mit offener Ansprüchlichkeit und oralen Triebdurchbrüchen abwechseln kann. Dies macht darauf aufmerksam, daß bei beiden Erkrankungen mit kontraphobischen Verhaltensweisen und narzißtischer Protesthaltung keine sehr leistungsfähigen Abwehrmechanismen in der Auseinandersetzung mit den entsprechenden Konflikten verwandt werden.

Dies bestätigt sich auch aus einer anderen Beobachtung, nämlich dem Umgang dieser Patienten mit ihrer Aggressivität. Im Gießen-Test gilt für beide Patientengruppen, daß sie zwar sehr stark dazu neigen, ihren Ärger in sich hineinzufressen (Item Nr. 6), trotzdem aber glauben, daß sie häufiger in Auseinandersetzungen geraten (Item Nr. 22) als andere Menschen, d. h. auch die aggressiven Impulse werden nur unvollkommen abgewehrt und von der Umgebung wahrgenommen. Einerseits gefährdet aggressives Verhalten die Objektbeziehungen der Patienten, und es erfolgt eine Innenwendung solcher Impulse (Item Nr. 6), andererseits führt aber die große Angst dieser Patienten vor Objektverlust zu ungesteuertem, penetrant anklammerndem oder inadäquat ansprüchlichem Verhalten, was im psychoanalytischen Sinne als oral-aggressiv etwa bei den Ulkuspatienten gedeutet werden kann oder aber auch aus der ambivalenten Einstellung heraus verstanden werden kann, in der sich z. B. manche Herzneurotiker gegenüber den übermächtigen Objekten befinden, in deren tiefer Abhängigkeit sie stehen. Dies führt dann zu ständigen Konflikten mit der Umgebung, zu Ärgerreaktionen und Zurückweisung, wie es besonders bei den Ulkuspatienten gut bekannt ist. Von diesen Patienten wird berichtet (*Cremerius, 1971*), daß sie die abweisende Stimmung in ihrer Umwelt, die sie im Grunde durch ihre Triebansprüche selbst erzeugen, projektiv als Feindseligkeit erleben. Vergleichend ist interessant, daß *Richter und Beckmann (1969)* bei einer Untersuchung an Herzneurotikern mit dem Rosenzweig-Picture-Frustration-Test erhöhte ED-Antworten fanden, d. h. die Patienten zeigten bei aggressiven Impulsen eine geringe Selbstkontrolle und ungesteuertes Verhalten. Patienten des Typ A (mit mehr OD-Antworten) zeigten sogar eine ausgesprochen infantile Form im Umgang mit Aggressionen, nämlich Ärger und Wut bei Frustrationen auf Gegenstände und

Situationen zu beziehen, also sich ebenfalls einfacher Projektionsmechanismen zu bedienen.

Da es zum Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit gehört, das strukturell Gemeinsame von Patienten mit psychosomatischen bzw. funktionellen Störungen zu untersuchen, berührt dies auch den differentiellen Aspekt gegenüber den psychoneurotischen Störungen. In diesem Zusammenhang ist der Vergleich, den *Richter* und *Beckmann* (1969) zwischen Herzneurotikern und depressiven Patienten angeführt haben, von besonderem Interesse. Während die Letzteren im Rosenzweig-Picture-Frustration-Test mehr zu scheinbar vernünftigen, aber selbstbestrafenden Handlungen neigen, weichen die Herzneurotiker der Schuldfrage aus und zeigen keine selbstverurteilenden Tendenzen. Diese Patienten verfügen offensichtlich nicht über ein so strukturiertes Über-Ich (*Richter* und *Beckmann*, 1969) wie die depressiven Patienten. Ein weiterer wohl wichtiger Unterschied dürfte ferner darin liegen, daß bei Letzteren beispielsweise ein Aggressionskonflikt auf der psychischen Ebene als Über-Ich-Ich-Konflikt mit den Folgen etwa einer moralischen Selbstvernichtung ausgetragen wird, während ein gleicher Konflikt bei Herzneurotikern beispielsweise zu einem chaotischen Angstgeschehen mit regressiven somatischen Angstäquivalenten führen kann.

Die Bedeutung der Ergebnisse für die Frage der „Somatisierung“

Das „Somatisieren“ in der Konfliktantwort, d. h. das Auftreten von körperlichen Störungen in einer Krisensituation (oder die psychosomatische Dekompensation nach *Stephanos* [1973]) findet sich bei beiden vorgestellten Krankheitsbildern, und die eingangs gestellte Frage zielte auch gerade nach den gemeinsamen Bedingungen dieses Phänomens. Gemeinsamkeiten konnten nun in zweierlei Hinsicht gefunden werden. Die erste, mehr inhaltlicher Art, betraf den Konflikt selbst und stellte als zentrales Thema eine Abhängigkeitsproblematik und Objektangewiesenheit bei beiden Patientengruppen heraus, wenn diese auch verschieden getönt und mit verschiedenem Erlebnishintergrund erscheint und neurosenpsychologisch zu differenzieren ist, wie zahlreiche Arbeiten zu diesen beiden Krankheitsbildern belegen. Die zweite Gemeinsamkeit — und dieser galt hier das besondere Interesse — ist mehr von struktureller Bedeutung und betraf die Art, wie diese Patienten mit dem Konflikt selbst umgehen, wobei man vielleicht resümiert sagen könnte, daß einige Hinweise auf einen Ich-Strukturdefekt bzw. einen nicht sehr leistungsfähigen psychischen Organisationsapparat vorliegen (*Overbeck*, 1973). Hierunter kann man das zu Triebdurchbrüchen neigende Verhalten der Patienten, die von ihnen nicht unter Kontrolle zu bringenden Angstüberflutungen und ihr ungesteuertes Aggressionsverhalten ebenso

rechnen wie die bei diesen Patienten oben dargestellten relativ undifferenzierten Formen der psychischen Abwehr durch Verleugnung und Projektion (*Sami-Ali*, 1970). Auch das regressive „Somatisieren“ im Krisenfall (siehe dazu die Resomatisierung bei *Schur*, 1955) wird man letztlich hierunter rechnen müssen.

Wenn ein unzureichend durchstrukturierter psychischer Organisationsapparat (Ich und Über-Ich) bei beiden Erkrankungen als wesentliches Ich-psychologisches Merkmal erscheint, so erhebt sich die Frage nach dessen Entstehung. *Richter* und *Beckmann* (1969) sehen bei der Herzneurose die Ursache der Fehlentwicklung in der Ich-Selbst-Organisation begründet, durch die es den Herzneurotikern nicht gelungen sei, die schützende, nährenden Funktion der Mutter, des Ideal-Objekts, durch Internalisierung zum festen Besitz zu machen, der das narzißtische Binnengleichgewicht gewährleisten könnte. Das Ideal-Objekt sei nicht assimilatorisch in die „Selbst-Repräsentanz“ aufgenommen worden. Die Symbiose mit einem schützenden Partner diene zur Kompensation der inneren Desintegrationsgefahr oder, wie *Loch* (1967 a) sagt, derartig disponierte Menschen seien zur Aufrechterhaltung ihres narzißtischen Gleichgewichtssystems auf die Realpräsenz des das Ideal-Selbst repräsentierenden Ideal-Objekts angewiesen.

Um eine solche frühe Form der Störung in der Ablösung äußerer (Mutter-)Abhängigkeit durch Verinnerlichungsprozesse könnte es sich vielleicht auch bei den Ulkuspatienten handeln. Auch hier scheint es nicht gelungen, durch eine innere Anerkennung die Unabhängigkeit von äußerer narzißtischer Zufuhr zu erreichen, was dann bei einigen Patienten in offener Abhängigkeit oder Erkrankung bei Objektverlust resultiert. Aber auch Tüchtigkeit und besonderes Engagement und die häufig beobachtete Überangepasstheit mögen ebenso dazu dienen, sich die Liebe und Anerkennung der engsten Beziehungspersonen zu sichern. Die bei Patienten mit psychosomatischen Störungen allgemein beobachtete Verhaltensnormalität (*Brede*, 1972) im Sinne einer Anpassung (*Mitscherlich*, 1967) mag tendenziell dem entsprechen, was *Stephanos* (1973, S. 19) als Wünsche nach unmittelbarer körperlicher Nähe bei diesen Patienten beschreibt. Die Bedeutung der Präsenz des Objekts (*Freyberger*, 1972), der Wirksamkeit non-verbaler therapeutischer Einflußnahme (*Weiss*, 1957) und der anaklitisch-diatrophischen Arzt-Patient-Beziehung (*Loch*, 1967 b) macht auf die extreme Objektabhängigkeit bei Patienten mit psychosomatischen Störungen aufmerksam.

Die Frage ist hier, ob solche frühen Störungen in den Internalisierungsprozessen auch für den strukturellen Defekt in der Ich-Organisation verantwortlich sind, wie er oben beschrieben wurde. *Richter* und *Beckmann* meinen, daß eine solche Disposition auch bei der Depression

gefunden wird. Als Erklärung für die unterschiedliche Symptombildung bei Herzneurose und depressiven Patienten geben sie zu bedenken, daß der Herzneurotiker evtl. kein so durchstrukturiertes Über-Ich (*Richter* und *Beckmann*, 1969) entwickelt habe, er daher vielleicht nicht der moralischen Selbstvernichtung verfallt, sondern eher in somatisierte, diffuse Angstattacken gerät. Auch wird von ihnen die Möglichkeit in Betracht gezogen, daß der Herzneurotiker — zumindest sekundär — das schützende Außenobjekt partiell durch seinen Körper, speziell sein Herz, substituieren kann. Im Grunde können diese Erklärungsversuche aber nicht übersehen lassen, daß es sich bei den Herzneurotikern eben nicht um reine Psychoneurotiker handelt. Auch wenn sie zu sekundären auxiliären Abwehrmechanismen greifen wie einer psychischen Verschiebung ihrer Vernichtungsangst auf und um das Herz, darf man nicht übersehen, daß ihnen ja eine psychische Bewältigung etwa durch Ausbildung einer komplizierten Phobie meist nicht gelingt, sondern sie — bei fast völliger Paralyse der Ich-Funktion — an Anfällen frei flottierender Angst mit entsprechenden körperlichen Äquivalenten leiden, bei denen Herz-Kreislauf-Symptome zwar meist eine prävalente Rolle spielen, aber die anderen somatischen Angstäquivalente wie Störungen der Atmung, des Urogenitalsystems und des Magen-Darm-Kanals ebenfalls vorhanden sind. Der geringeren psychischen Strukturierung oder dem Strukturdefekt in der Folge eines labilen Selbstsystems (*Richter*, 1964) ist daher vielleicht doch größere Bedeutung beizumessen.

Dies wird auch von einigen anderen Autoren in ähnlicher Weise gesehen, und zwar als etwas von allgemeiner Gültigkeit bei Patienten mit psychosomatischen Störungen. *Stephanos* (1973) sieht das spezifische „psychosomatische Phänomen“, das Patienten mit verschiedensten psychosomatischen Krankheiten und funktionellen Störungen eigen sei, gerade in der Unfähigkeit zur psychischen Strukturierung, der bei diesen Patienten angetroffenen „Leere“ und dem Mechanisierten ihrer Objektbeziehung (*Fain* und *Marty*, 1965). Dies wird auch als der spezifische Unterschied zu den psychoneurotischen Störungen herausgestellt. *Ammon* (1972) kommt ebenfalls in Abgrenzung zum triebpsychologischen Neurosemodell *Freuds* zu der Auffassung, daß das psychosomatische Symptom nicht lediglich Ausdruck verdrängter Triebkonflikte sein kann — wie etwa beim Konversionssymptom — sondern der Abwehr einer drohenden Desintegration des Ichs dient. Er spricht in diesem Zusammenhang (*Ammon*, 1972) bei psychosomatischen Syndromen (Asthma bronchiale, Herzneurose, Ulcus duodeni, Colitis ulcerosa, Hautekzem etc.) von archaischen Ich-Reaktionen, einem strukturellen Ich-Defekt und einem „Loch im Ich“, womit er versucht, das narzißtische Defizit zu umschreiben, welches in einer früh gestörten

Mutter-Kind-Beziehung entstanden sei und welches er als ursächlich für den entstandenen Ich-Defekt ansieht.

Von anderer Seite wird das psychosomatische Symptom ebenfalls in einen Zusammenhang mit einer Unfähigkeit des Ichs, nämlich der zur Symbolisierung (*Lorenzer, 1970*) gebracht. Besonderes Interesse verdienen dabei die Symbolisierungsprozesse, wenn man sie als Kategorien psychischer Reifung (*Mitscherlich, 1961*) im Zusammenhang der Desomatisierung (*Schur, 1955*) betrachtet. Störungen in der Desomatisierung gehen dabei wahrscheinlich mit Abspaltungsprozessen des Ich (*Rosenkötter, 1970*) einher und dürften so vielleicht die Grundlage für die späteren psychosomatischen Krankheiten abgeben.

Einige abschließende Überlegungen

Wenn man versucht, diese für Patienten mit psychosomatischen Störungen beschriebenen Ich-Qualitäten bzw. -defekte, wie psychische Leere, Mangel an Phantasien, Unfähigkeit zur Symbolisierung etc. in vollem Ausmaß auf Herzneurotiker und Ulkuspatienten zu übertragen, kommen sicher einige Bedenken. Einerseits wird ja bei Ulkuspatienten und auch Herzneurotikern immer wieder ein spezifisch erscheinender Konflikt mit entsprechenden psychischen Reaktionsweisen angetroffen, andererseits erkranken an beiden Krankheiten auch Persönlichkeiten, denen man gewiß nicht eine differenzierte psychische Struktur absprechen kann, wie etwa im Falle von *Sigmund Freud*, der nach biographischen Berichten zeitweise selbst an einer Herzneurose gelitten hat. Nun ist es hier auch nicht Absicht gewesen, die Spezifität von Konflikten und ihre typischen Verarbeitungsweisen bei bestimmten psychosomatischen Krankheitsbildern überhaupt zu negieren, sondern lediglich die neurosenpsychologischen Gesichtspunkte etwas zu relativieren und das Augenmerk mehr auf einige Gemeinsamkeiten zu richten, wie sie sich in der Ich-Struktur von Patienten mit psychosomatischen Störungen allgemein finden. Dabei dürfte dann wohl durchaus das Verbindende im psychosomatischen Geschehen (*Mitscherlich, 1961*) in einer gewissen Beziehung zu der Unfähigkeit, Spannungen auf psychischer Ebene auszutragen (*Stephanos, 1973*), zu sehen sein. Dies kann aber im einen Fall sehr generalisiert zutreffen und möglicherweise auch Ausdruck eines sozialisationsspezifischen Verhaltens (*Brede, 1971*) sein, in einem anderen Fall aber nur sehr partiell für einen bestimmten Konfliktbereich gelten. Hier würde es sich dann lediglich um einen „psychosomatischen Sektor“ (*Stephanos, 1973*) einer Persönlichkeit handeln, vielleicht in der Weise, wie *de Boor (1964)* es beschreibt, daß das psychosomatische Syndrom durch eine Störung in der Phase der Desomatisierung entsteht und hier zeitlebens ein somatisches Korrelat der Affekte bestehen bleibt, es daher

bei Liebesverlust zur Resomatisierung komme. Dabei dürften wahrscheinlich das Ausmaß und der Zeitpunkt (Entwicklungsphase) der Störung in der Desomatisierung, die in einer Vielzahl von Variablen liegen kann (siehe dazu: *Weiner*, 1956; *Margolin*, 1953; *Gerard*, 1953; *Kubie*, 1953; *Deutsch*, 1959 und *Mushatt*, 1959), von bleibendem Einfluß auf das Ausmaß und die Art (z. B. Organwahl) der späteren Resomatisierung im Krankheitsfall sein.

Unter diesem Gesichtspunkt erschiene es dann auch berechtigt, sowohl weniger von organisierten psychischen Konflikten im neurosenpsychologischen Sinn auszugehen, als auch den charakterneurotischen Veränderungen eher sekundäre Bedeutung zuzurechnen im Sinne von Epiphänomenen, die sich erst relativ spät im Anschluß an bereits stattgefundenene „somatische“ Erlebnisverarbeitungen entwickelt haben. Letzteres würde auch gut mit der großen Vielfalt der Persönlichkeitsstrukturen bei psychosomatischen Störungen übereinstimmen, unter denen jeweils die verschiedensten Charakterstrukturen angetroffen werden können (*de Boor*, 1965). Das unterschiedliche Ausmaß von neurotischer Konfliktverarbeitung und Resomatisierung, wie es z. B. bei herzneurotischen Patienten möglich ist, spiegelt sich vielleicht auch in den zahlreichen Diagnosen wieder, wenn man einmal von der Provenienz der jeweiligen Untersucher absieht, die hier auch mit eingeht. Je nach dem Ausmaß, in dem es diesen Patienten gelingt, ihre Angst psychisch zu bewältigen, wird die Erkrankung im einen Fall mehr als ängstlich-depressive oder auch angsthysterische Neurose (Angstneurose, *Freud*, 1895; Herzhypochondrie, *Bräutigam*, 1964) mit gelegentlichen Herzbeschwerden, in einem anderen Fall als eine Herzphobie (Cardiophobie, *Kulenkampf* und *Bauer*, 1960) imponieren, bei der es gerade noch gelingt, den Vernichtungsängsten durch eine Organisation der Angst um das Herz in phobisch-zwanghaften Verhaltensweisen zu entgehen, und schließlich kann die Diagnose chronische Angstreaktion (American Psychiatric Association, 1952) zutreffend sein, wenn es sich um frei flottierende, chaotische Angstzustände mit diffusen somatischen Angstäquivalenten handelt.

Die Manifestationsformen der Erkrankung im Individualfall hängen sicherlich aber nicht allein von solchen Konstanten in der Persönlichkeitsstruktur ab, sondern diese müssen wiederum in Relation zu der Schwere und der Dauer der einwirkenden traumatisierenden Einflüsse (*Freud*, 1912) gesetzt werden. Auf den Zeitfaktor hat hier vor allem auch *Mitscherlich* (1967) hingewiesen, wenn er von der zweiphasischen Abwehr spricht und auch die Unterscheidung von psychosomatischen Reaktionen, die kurzfristig auch der „Gesunde“ zeigen kann, und psychosomatischen Krankheiten trifft, bei denen es im äußersten Fall im Verlaufe einer Chronifizierung schließlich auch zur Zerreißung des

psychosomatischen Simultangeschehens (*Mitscherlich*, 1961) und einem unabhängig sich weiterentwickelnden organischen Prozeß kommen kann. So wichtig vielleicht die Berücksichtigung der letztgenannten Faktoren in der Betrachtung des ausgeprägten Krankheitsbildes sein kann, erscheint dennoch primär die Erforschung von frühen Störungen im Entwicklungsprozeß der Desomatisierung von größerer Bedeutung, weil sich daraus erst fruchtbare Ansätze zu einer Therapie von psychosomatischen Krankheiten entwickeln können.

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit geht von der Überlegung aus, daß Herzneurose und Ulkuskrankheit trotz ihrer neurosenpsychologisch zu differenzierenden Verschiedenheiten insofern etwas Gemeinsames haben, als sie beide eine in beträchtlichem Ausmaß „somatisierende“ Antwort auf bestimmte Konflikte darstellen. Es wird postuliert, daß dieses psychosomatische Phänomen auf bestimmten gleichartigen Bedingungen in der psychischen Struktur dieser Patienten beruht. — Nachdem auf die fließenden Übergänge von Herzneurose und Ulkuskrankheit, wie sie sich in der Klinik beider Krankheitsbilder darstellen, hingewiesen worden ist, werden die psychotherapeutischen Beschreibungen und die testpsychologischen Befunde (hier vor allem des Gießen-Test) beider Krankheitsbilder miteinander verglichen. Dabei ergeben sich eine Reihe von Ähnlichkeiten, die einerseits auf die zentrale Bedeutung einer Abhängigkeitsproblematik und Objektgebundenheit hinweisen, andererseits auch auf Gemeinsamkeiten struktureller Art bei beiden Patientengruppen aufmerksam machen, wie sie sich in gleichartigen Ich-Qualitäten bzw. -defekten niederschlagen. Die Bedeutung dieser Befunde für die Entstehung von psychosomatischen Krankheiten wird diskutiert.

The Mutuality of Patients with Peptic Ulcer and with Heart-Neurosis in their Representation in Psychotherapy and in Psychological Testing

Gerd Overbeck

This article is based on the observation that in spite of differences in their psycho-neurotic aspects, cardiac neurosis and ulcer complaints have something in common in that in both cases a conflict situation provides the basis for a considerable degree of physiological expression. It is suggested that this psychosomatic phenomenon is due to certain conditions in the psychic structure which are common to both types of patients.

The author begins by pointing out the smooth transitions which are characteristic of both diseases. This can be seen in the combined appearance of heart and circulation symptoms and of stomach and intestinal symptoms, or in the chronological succession of both syndromes in the same patient.

Secondly, the author proceeds to compare descriptions of both illnesses appearing in the literature of psychotherapy. This exercise shows up strikingly how it is the system of conflicts arising from dependency needs and endeavours to achieve independence which is in both cases regarded to be of central pathogenic significance. The basic conflict and the excitant of the disease appear to be practically identical. The large number of characteristics common to both illnesses has led to the development of comparable typologies.

In a third step the author makes a comparison of the findings from psychological tests made on aspects of both diseases. This is carried out mainly with the help of the Giessen-Test (GT). In addition, published results from the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) and the Rosenzweig Pictures Frustration-Test (RPFT) are used. The fundamental point of similarity, and the central feature of both complaints, proves to consist of dependency problems and reliance on an object, in which infantile dependency wishes, guilt feelings and aggressive tendencies present continual sources of conflict. Further similarities, of a structural type, are also to be found relating both groups of patients: common to both is a rather inefficient system of psychic organisation which may, for example, lead to eruptions of the disease and uncontrolled behaviour or to relatively undifferentiated forms of psychic defence.

Finally, the intrinsic relationship between this phenomenon (normally described as an ego-defect) and the strong object-reliance also found in psychosomatic patients is discussed. The problem of the origin of psychosomatic disturbances is given particular consideration, where an attempt is made to present this psychosomatic phenomenon as a specific feature common to all psychosomatic disturbances, and to find a perspective for the psychoneurotic orientated approach to these complaints. In the process the author refers to several well-known models on the psychosomatic origin of disease, taken from published literature on the subject.

Literatur

- Alexander, F.* (1935): Über den Einfluß psychischer Faktoren auf gastrointestinale Störungen; allgemeine Grundsätze, Ziele und vorläufige Ergebnisse. In: *Int. Z. Psychoanal.* (21) 189
- (1951): *Psychosomatische Medizin. Grundlagen und Anwendungsgebiete* (Berlin: de Gruyter)
- Ammon, G.* (1972): Zur Genese und Struktur psychosomatischer Syndrome unter Berücksichtigung psychoanalytischer Technik. In: *Dyn. Psychiat.* (5) 223
- Bayer, E.* (1971): Validierung des Gießener Persönlichkeitsinventars. Unveröff. Diss. Gießen
- Beckmann, D., Richter, H. E.* (1972): *Gießen-Test. Ein Test für Individual- und Gruppendiagnostik* (Bern: Huber)
- Boor, C. de* (1964): Die Colitis ulcerosa als psychosomatisches Syndrom. In: *Psyche* (18) 107
- Bräutigam, W.* (1964): Typus, Psychodynamik und Psychotherapie herzphobischer Zustände. In: *Z. psychosom. Med.* (10) 276
- Brede, K.* (1971): Die Pseudo-Logik psychosomatischer Störungen. In: *Psychoanalyse als Sozialwissenschaft* (Frankfurt/M: Suhrkamp)
- Christian, P., Fink-Eitel, K., Huber, W.* (1966): Verlaufsbeobachtungen bei 100 Patienten mit vegetativen Herz- und Kreislaufstörungen. In: *Z. Kreisl. Forsch.* (55) 342
- Cremerius, J.* (1968): Die Prognose funktioneller Syndrome (Stuttgart: Enke)
- (1971): Zur Dynamik des Krankenhausaufenthaltes von Ulkuskranken. In: *Z. psychosom. Med.* (17) 3
- Deutsch, F.* (1959): *On the Mysterious Leap from the Mind to the Body* (New York: Int. Univ. Press)
- Dunbar, H. F.* (1954): *Emotions and Bodily Changes* (New York: Columbia Univ. Press, 4th ed.)
- Fain, M., Marty, P.* (1965): A propos du narcissisme et de sa genèse. In: *Rev. franc. Psychanal.* (29) 561
- Freud, S.* (1895): Über die Berechtigung, von der Neurasthesie einen bestimmten Symptomkomplex als „Angstneurose“ abzutrennen. *Ges. W.*, I (London: Imago)
- (1912): Über neurotische Erkrankungstypen. *Ges. W.*, VIII (London: Imago)
- Freyberger, H.* (1972): Der Umgang mit chronisch Magen-Darm-Kranken. Funktionelle und organische Beschwerden. Vortrag 24. Dt. Therapiewoche, Karlsruhe
- Garma, A.* (1957): Oral-digestiv Superego Aggressions and Actual Conflicts in Peptic Ulcer Patients. In: *Int. J. Psychoanal.* (38) 73
- Glatzel, H.* (1954/55): Zur Psychosomatik der Ulkuskrankheit. In: *Z. Psychosom. Med.* (1) 11
- Grinker, R. R.* (1953): Some Current Trends and Hypotheses of Psychosomatic Research. In: *Deutsch, F.: Psychosomatic Concepts in Psychoanalysis* (New York: Int. Univ. Press)
- Kapp, F. T., Rosenbaum, M., Romano, I.* (1947): Psychological Factors in Men with Peptic Ulcers. In: *Anm. J. Psychiat.* (103) 700
- Loch, W.* (1967 a): Psychoanalytische Aspekte zur Pathogenese und Struktur depressiv psychotischer Zustandsbilder. In: *Psyche* (21) 758
- (1967 b): Über theoretische Voraussetzungen einer psychoanalytischen Kurztherapie. In: *Jb. Psychoanal.* (4) (Bern: Huber)
- Lorenzer, A.* (1970): Sprachzerstörung und Rekonstruktion (Frankfurt/M: Suhrkamp)
- Meyer, A. E., Lochner, K. H., Kehrel, H., Otte, H.* (1968): Psychische und somatische Dimensionen bei Kranken mit Magenbeschwerden. In: *Kranksein in seiner organischen und psychischen Dimension. Symposium Psychiat. Univ. Klinik Hamburg* (Grenzach: Wissensch. Dienst Roche)
- Mirsky, I. A., Kaplan, S., Broh-Kahn, R. H.* (1950): Pepsinogen Excretion (Uropepsin) as an Index of the Influence of Various Life Situations on Gastric Secretion. In: *Res. Publ. Ass. nerv. ment. Dis.* (29) 628
- Mitscherlich, A.* (1961): Anmerkungen über die Chronifizierung psychosomatischen Geschehens. In: *Psyche* (15) 1
- (1967): Krankheit als Konflikt (Frankfurt/M: Suhrkamp)

- Mushatt, C.* (1959): Loss of Sensory Perception Determining Choice of Symptom. In: *Deutsch, F.* aaO.
- Muzan, M. de, Bonfils, S.* (1961): Etude et classification des aspects psychosomatiques de l'ulcère gastro-duodenal en milieu hospitalier. In: *Rev. franc. Et. clin. Biol.* (6) 46
- Overbeck, G., Beckmann, D.* (1972): Wirkung institutioneller Einflüsse bei der Entstehung der Ulkuskrankheit. In: *Münch. Med. Wschr.* (114) 2107
- Overbeck, G.* (1973): Einige Überlegungen zur Psychodynamik von Ulkuskranken anhand des Gießen-Test. In: *Psychother. Psychosom.*, in Druck
- Richter, H. E.* (1964): Zur Psychodynamik der Herzneurose. In: *Z. Psychosom. Med.* (10) 253
- , *Beckmann, D.* (1969): Herzneurose (Stuttgart: Thieme, 2. Aufl. 1973)
- Rosenkötter, L.* (1970): Die Verwendung des Strukturmodells und des Symbolbegriffs in der Psychoanalyse. In: *Psyche* (24) 641
- Sami-Ali, M.* (1970): De la projection. Une étude psychanalytique (Paris: Payot)
- Schur, M.* (1955): Comments on the Metapsychology of Somatization. In: *Psychoanal. Stud. Child* (10) 119
- Schwidder, W.* (1961): Zur spezifisch neurotischen Persönlichkeitsstruktur von chronischen Ulkuskranken. In: *Z. Psychosom. Med.* (7) 1461
- Stephanos, S.* (1973): Analytisch-psychosomatische Therapie. In: *Jb. Psychoanal.*, suppl. 1
- Taylor, J.* (1953): A personality scale of manifest anxiety. In: *J. Abnorm. a. Social Psychol.* (48) 285
- Weiner, J. W.* (1956): Psychological Factors related to Results of Subtotal Gastrectomy. In: *Psychosom. Med.* (XVIII) 486
- Weiss, E.* (1951): Emotional factors in cardiavascular disease (Springfield: Thomas)
- , *English, O. S.* (1957): Psychosomatic Medicine (Philadelphia: Saunders, 3rd. ed.)

Adresse des Autors:
 Dr. med. Gerd Overbeck
 Psychosomatische Klinik der
 Justus-Liebig-Universität Gießen
 63 Gießen
 Ludwigstraße 76

Buchbesprechungen / Bookreviews

Margaret S. Mahler

Symbiose und Individuation (Band I: Psychosen im frühen Kindesalter)

Klett-Verlag, Stuttgart, 1972, 255 Seiten, 28,— DM

Erstaunlicherweise hat sich bisher die psychoanalytische Forschung nur wenig mit der Dynamik, der Genese und Symptomatik der kindlichen Psychose beschäftigt. In den vierziger Jahren begann in den USA nur langsam die klassische Beschreibung des „Frühkindlichen Autismus“ in kinderpsychiatrischen Kreisen bekannt zu werden. Währenddessen unternahm die Autorin des vorliegenden Buches, eine Pionierin im Bereich der Kinderpsychotherapie, einen revolutionären Schritt: Sie betrachtete dieses Phänomen unter dem Aspekt des dynamischen und genetischen Ansatzes der Psychoanalyse und stellte fest, daß der frühkindliche Autismus nur eine Form psychotischer Zustände des Kindes darstellt. Vom psychoanalytischen Standpunkt aus bedeutet die kindliche Psychose eine Abwehr gegen das Fehlen der vitalen und grundlegenden Bedürfnisse des Kindes, nämlich der Symbiose in der frühen Mutter-Kindbeziehung.

Das Buch ist der Theorie der Symbiose und ihrer pathologischen Wandlung, der autistischen Psychose und der symbiotisch-psychotischen Erkrankung im Kindesalter gewidmet. Die Autorin versucht darzustellen, in welcher verwirrenden Manifestationen bei Kindern der Bruch mit der Realität erfolgen kann und welche Formen der Unfähigkeit entstehen, sinnvolle Objektbeziehungen herzustellen und mit anderen Menschen in eine sinnvolle Interaktion zu treten.

Zunächst wird auf die normale kindliche Entwicklung eingegangen, in der nach *Mahler* das Kind ein autistisches und symbiotisches Stadium sowie eine Phase der Loslösung und Individuation durchläuft. Alle drei Stadien sind von Gefahren bedroht: In der autistischen Phase besteht die Gefahr des Verlustes des physiologischen Gleichgewichtes. Das Gefahrenmoment in der symbiotischen Phase besteht in der Gefahr des Verlustes des symbiotischen Objektes, was die Drohung der Selbstvernichtung in sich birgt. In dem als Loslösung und Individuation bezeichneten Stadium der Objektbeziehung liegt die Gefahr im Verlust der Liebe des libidinös besetzten Objektes. Nach *Mahler* ist das Fortschreiten einer menschlichen Entwicklung nicht möglich ohne Spuren einer symbiotischen Phase. Die Kernstörung der Psychose liegt demnach in einer ernstlich gestörten oder vollständig fehlenden symbiotischen Beziehung. Je nach Ausmaß dieser Störung kommt es zum autistischen Syndrom oder zum symbiotisch-psychotischen Syndrom. *Mahler* legt hierbei der

kindlichen Psychose eine multifaktorielle Genese zugrunde. Wesentlich ist, daß sie die ausschließliche Ursache der Erkrankung nicht in einer schizophrenogenen Mutter begründet sehen möchte. Die mißlingende Interaktion von Mutter und Kind ist nur einer der krankmachenden Faktoren. Sie postuliert eine konstitutionelle Verletzlichkeit des Ich, eine genetisch bedingte Unfähigkeit, Frustrationen zu ertragen, und schließt sich hier der *Hartmann'schen* Theorie eines destruktiven Aggressionstriebes an, der der Neutralisation bedarf. Nur so ist eine Entwicklung von Ich und Über-Ich möglich. Entsprechend *Hartmann, Kris* und *Löwenstein* spielt das Ich-Konzept in ihrer Theorie eine große Rolle. Sie nimmt die Existenz einer von Anfang an keimhaft im Es enthaltenen Autonomie des Ich an, das sich unabhängig von Umwelt und emotionalen Einflüssen entwickelt. Das emotionale Wachstum des Kindes und seine Unabhängigkeit müssen aber mit dem Fortschritt der Ich-Autonomie schritthalten. Ist die Wachstumsrate der autonomen Ich-Funktionen größer als die der emotionalen Differenzierung von der Mutter, so zersplittert die brüchige Ich-Struktur des Kindes in Fragmente. Die Autorin legt aber den größten Wert auf die Interaktion dieser Faktoren und die zirkulären Vorgänge zwischen Mutter und Kind. Die Mutter dient dem Kind als Orientierungsmerkmal und Puffer hinsichtlich der äußeren Realität und des inneren Milieus. Erfüllt der mütterliche Partner nur unvollständig oder gar nicht seine Funktion, dann ist das Kind wiederholten Triebüberflutungen sowie traumatischer Überreizung ausgesetzt. Die psychotische Abwehr wird notwendig, um das zerbrechliche Ich vor diesen unberechenbaren Stimuli zu beschützen. Deutlich wird auch in dem Abschnitt über die Therapie, wie *Mahler* der Interaktion von Mutter und Kind wechselnd große Bedeutung zumißt und sich schließlich auch dazu entschließt, die Mütter in die Therapie miteinzubeziehen. Nach unserer Schule würden wir sicherlich die subtilen Beschreibungen der mütterlichen Handlung ätiologisch schärfer in Richtung einer krankmachenden, gestörten Mutter-Kind-Symbiose interpretieren. Ein wesentlicher Unterschied zu unserer Schule besteht auch in dem fehlenden Gruppenkonzept. Entgegen unserer Auffassung ist *Mahler* der Meinung, daß ein psychotisches Kind eine ausschließliche Zweiersituation benötigt, um die symbiotische Erfahrung nachzuholen. Erst dann wäre das Kind gruppenfähig. Möglicherweise beruhen die negativen katamnesticen Befunde auf der doch noch zugrundeliegenden pessimistischen Annahme eines genetischen Defektes, was dazu führt, daß die schizophrenogene Mutter und die krankmachende Gruppe nicht grundsätzlich wie in unserer Schule in die Therapie miteinbezogen werden. Jedoch sind die Schilderungen des therapeutischen Vorgehens äußerst eindrucksvoll. Das grundsätzliche therapeutische Bemühen besteht darin, eine korrigierende symbiotische Erfahrung zu schaffen. Erst dann können die höheren

Stufen der Persönlichkeitsentwicklung, die mit der Loslösung und der Individuation beginnen, erklimmen werden. Bei der Lektüre des Buches beeindruckt die außerordentliche Flexibilität und Einfühlsamkeit der Therapeutin *Mahler* bei ihrer therapeutischen Arbeit sowie die Fülle detaillierter Fallbeispiele. Das Buch ist so wärmstens für Psychiater, Psychoanalytiker und alle, die für die seelische Gesundheit von Kindern verantwortlich sind, zu empfehlen.

Karin Ammon (Berlin)

Anna Freud, Dorothy Burlingham

Heimatlose Kinder. Zur Anwendung psychoanalytischen Wissens auf die Kindererziehung

S. Fischer, Frankfurt, 1971, 248 Seiten, 20,— DM

Anna Freud und *Dorothy Burlingham* geben in diesem Buch Bericht über ihre Arbeit mit Kindern, die Opfer des Krieges geworden waren und ihre Eltern verloren hatten, und über eine Gruppe von sechs Kindern, die aus dem Konzentrationslager Theresienstadt gerettet werden konnten. In ihrer einführenden und verständnisvollen Art berichtet *Anna Freud* über die Folgen, die der Verlust der Eltern und das Erleben der Kriegssituation für die weitere Entwicklung der Kinder hatte. Ausgehend von der Dualtrieblehre — hätte es nicht nahe gelegen angesichts der sinnlosen Zerstörung, die die Kinder selbst erlebt hatten, ihr destruktives Verhalten aus diesem Erleben abzuleiten und nicht von der Todestrieblehre? — wird die Entwicklung der Kinder von den ersten Monaten ihres Lebens an verfolgt und in Verbindung zur Triebentwicklung dargestellt. Besonderes Interesse verdient der Bericht da, wo er auf die Möglichkeiten und Begrenzungen eingeht, die eine Erziehung von Kindern in einer Gruppe bzw. in einer Familie mit sich bringen. Neben der Erziehung in der Gruppe — mehrere Erzieherinnen waren für eine größere Kindergruppe verantwortlich — haben *Anna Freud* und ihre Mitarbeiterinnen versucht, in den Heimen eine familienähnliche Struktur herzustellen: fünf Kinder waren zusammen mit einer Erzieherin in einer Familiengruppe zusammengefaßt. Förderte die Erziehung in der Gruppe gegenseitige Rücksichtnahme und Solidarität, so trat bei der Erziehung in der Familiengruppe mehr die individuelle Persönlichkeit der Kinder in Erscheinung. Es ist zu fragen, ob dies nicht an der festen Bezugsperson und der damit vollzogenen individuellen Prägung, Strukturierung und Begrenzung der Gruppe lag.

Die Schwäche des Buches liegt aber weniger in psychoanalytischen Detailfragen, als in der einseitigen Sicht der Entwicklungsvorgänge bei diesen Kindern. Die wechselseitige „Anpassung“, wie sie *Hartmann* schon 1937 beschrieben hatte, wie also die sich entwickelnden Kinder sich ihren Eltern und Bezugspersonen „anpassen“, fehlt fast vollständig. Auf die außerordentliche Bereitschaft der Kinder, auf unbewusste Einstellungen ihrer Bezugspersonen zu reagieren, wird zwar hingewiesen (108), aber es werden keine Konsequenzen gezogen. Der Entwicklungsprozeß von Kindern kann nur verstanden werden, wenn er komplementär zur Entwicklung der Erwachsenen wie der sozialen Umwelt dargestellt wird.

Trotz dieser Schwäche erlaubt das Buch einen Einblick in die Arbeit mit Heimkindern. Die zahlreichen prägnanten Beispiele machen die Untersuchungen nicht nur anschaulich und lebendig, sie laden, gerade weil sie nur sparsam interpretiert sind, zur eigenen Mitarbeit und Mitdeutung ein.

Allen, die sich bemühen, die Erkenntnisse der Psychoanalyse in der Pädagogik anzuwenden, wird das Buch ein Gewinn sein. Darüber hinaus ist es aber auch ein bewegendes Dokument über das Schicksal der vom Weltkrieg betroffenen Kinder.

Manfred Link (Berlin)

Hans Zulliger

Umgang mit dem kindlichen Gewissen

1969, 138 Seiten, 2,80 DM

Die Angst unserer Kinder

1969, 137 Seiten, 2,80 DM

Helfen statt strafen — auch bei jugendlichen Dieben

1970, 121 Seiten, 2,80 DM

Heilende Kräfte im kindlichen Spiel

1970, 123 Seiten, 2,80 DM

alle S. Fischer, Frankfurt

Hans Zulliger (1892—1965), Schweizer Pädagoge und Psychologe, gilt als einer der Pioniere der Kinderpsychologie. Er ist ein Vertreter der nicht-deutenden Spieltherapie und grenzt sich damit von *Anna Freud* und *Melanie Klein* ab. Der Autor beschreibt sowohl normales als auch pathologisches Verhalten von Kindern.

Zulliger bringt viele anschauliche Beispiele aus seiner langjährigen Erfahrung mit Kindern. Seine Fallgeschichten machen deutlich, wie er mit Empathie und Originalität auf seine kleinen Patienten eingeht. Hierdurch ermöglicht er dem Leser, sich in das Denken und Erleben des

Kindes einzufühlen. Seine Intention besteht nicht in der Darstellung theoretisch-abstrakter Systematik, sondern darin, anhand von Beispielen das Allgemeingültige abzuleiten und dem Leser in verständlicher Form nahe zu bringen.

Wesentlich für das Verständnis von Kindern ist die Erkenntnis, daß sie nicht wie Erwachsene logisch und abstrakt denken, sondern prälogisch-symbolhaft. Dies zeigt sich besonders in den von ihnen selbstgewählten Spielen, in denen das Kind versucht, seine Umwelt zu bewältigen. Das Spiel ist für das Kind kein „Als-ob“, sondern Wirklichkeit, entsprechend seiner Ebene des Denkens und Erlebens. Kindliches Denken ist identisch mit primärprozeßhaftem Denken und ermöglicht demjenigen, der es versteht, über das Spiel direkten Zugang zum Unbewußten des Kindes zu erhalten. In der nicht-deutenden Spieltherapie *Zulligers* wird dieser Umstand insofern genutzt, als der Konflikt des Kindes dramatisch, agierend abgewandelt und somit gelöst wird.

Innerhalb der Entwicklungsgeschichte des Kindes mißt *Zulliger* der primären Identifikation und der Ausbildung der Liebesfähigkeit eine besondere Bedeutung zu. Diese Entwicklung ist von Milieufaktoren abhängig, was er an interessantem völkerkundlichen Material nachweist.

In seinem Buch „*Umgang mit dem kindlichen Gewissen*“ geht *Zulliger* von der *Freudschen* Theorie über die Gewissensbildung aus und beschäftigt sich insbesondere mit den unbewußten Anteilen des Gewissens wie dem Geständniszwang und der Selbstbestrafungstendenz, woraus er Konsequenzen für die Strafrechtsreform und Heilerziehung zieht. Pathologische Gewissensbildung wie „Bandenbildung“, Pseudodebilität und Charakterveränderungen sieht er als Folge fehlgeleiteter Gewissensreaktionen. Hierbei gibt *Zulliger* insbesondere Eltern, Erziehern, Kinderpsychotherapeuten und auch dem Strafvollzugspersonal praktische Hinweise. Er strebt damit eine Prophylaxe der Neurosen, des Verbrechens und Rückfallverbrechens an.

In „*Die Angst unserer Kinder*“ stellt *Zulliger* verschiedene psychoanalytische Theorien über die Herkunft der Angst dar. Auch hier ist sein Anliegen, Eltern und Erziehern Hinweise über Ursachen der Ängste und ihre Bekämpfung zu geben. Besonders illustrativ sind seine Beispiele zu den verschiedenen Formen der rationalen und irrationalen Kinderängste, ihrer Abwehr und ihrer Bewältigung. Sehr aufschlußreich und interessant ist, über die anamnestiche Untersuchung der Pseudodebilität zu lesen, die er wie andere Krankheitsbilder als neurotisches Symptom versteht. Zur Diagnose bedient er sich u. a. psychodiagnostischer Untersuchungsverfahren (zur verwendeten Testbatterie gehört der von ihm aus dem *Rorschach-Test* entwickelte *Zulliger-Dreitafeln-Formdeute-Test*).

In „*Helfen statt strafen — auch bei jugendlichen Dieben*“ erwähnt *Zulliger* Untersuchungen, die die Nutzlosigkeit von Strafen belegen. Sein

pädagogisches Ziel ist die straffreie Erziehung. Anhand von Falldarstellungen macht er die Hintergründe deutlich, die Kinder zum Stehlen veranlassen können, und weist auf den symbolischen Charakter vieler Diebestaten hin. Daher gilt es, nicht den objektiven Tatbestand, sondern die subjektiven Beweggründe zu ermitteln und zu verstehen.

Kritisch wäre zu erwähnen, daß *Zulliger* trotz beratender Gespräche mit den Eltern zu wenig die Familie mit ihrer eigenen Psychodynamik in die Behandlung miteinbezieht, was sicherlich auf den Zeitpunkt der Entstehung seiner Arbeiten zurückzuführen ist. Auch wenn sich *Zulliger* an dem *Freudschen* Triebkonzept orientiert, besticht seine undogmatische Grundhaltung in der therapeutischen Arbeit. Jedem, der mit Kindern und Jugendlichen arbeitet, sind die Schriften *Zulligers* als Standard-Lektüre wärmstens zu empfehlen.

Walter Bübling, Gabriele Hubert (Berlin)

August Aichhorn

Psychoanalyse und Erziehungsberatung

E. Reinhardt, München/Basel, 1970, 126 Seiten, 8,50 DM

In der von *Gerd Biermann* herausgegebenen Reihe der „Beiträge zur Kinderpsychotherapie“ erschienen 1970 zwei Arbeiten des Pädagogen und *Freud-Schülers August Aichhorn* aus den Jahren 1932 und 1936.

Über ihren historischen Wert hinausgehend sind sie insofern von Bedeutung, als die Erziehungsberatung, anders als die psychoanalytische Standardsituation, die Gelegenheit bietet, die Interaktion von Eltern und Kind gleichzeitig zu beobachten. So beschreibt *Aichhorn* in seinem Aufsatz „Erziehungsberatung“ auch konsequent die „Verwahrlosung“ des Kindes als Antwort auf das pathogene Verhalten der Eltern. Die zahlreichen Fallbeschreibungen und die aus ihnen gewonnene Allgemeingültigkeit und Reflexion bestimmter Formen pathologischer Interaktion lassen bereits Ansätze zu einer psychoanalytischen Rollentheorie erkennen.

Die zweite Arbeit, die den Titel „Die Übertragung in der Erziehungsberatung“ trägt, widmet sich anhand umfangreichen Fallmaterials der praktischen Arbeit des Erziehungsberaters. Neben zahlreichen technischen Hinweisen macht das Buch anhand des Umgangs mit der Übertragung den Unterschied zwischen psychoanalytischer Therapie und Erziehungsberatung klar. Er liegt in der Vermeidung des Hervorrufens von Widerstand in der Beratungstätigkeit. Viele der von *Aichhorn* beschriebenen Fälle von „Verwahrlosung“ würde man heute nicht mehr triebpsychologisch betrachten, sondern sie als Grenzfallkinder aufgrund

eines strukturellen Ich-Defizits verstehen. Gerade für sie gilt der Schwerpunkt, den der Autor ständig setzt: die Arbeit mit den Eltern.

50 Jahre nachdem *Aichhorn* in Wien mit der Gründung von Erziehungsberatungsstellen begann, hat die Psychoanalyse immer noch nicht den ihr gebührenden Platz in der pädagogischen Arbeit gefunden. Insofern ist das Buch heute noch gerade für den Praktiker ein Gewinn.

Klaus Semmler (Berlin)

Heinrich Meng (Hrsg.)

Psychoanalytische Pädagogik des Kleinkindes

E. Reinhardt, München/Basel, 290 Seiten, 24,50 DM

Um die Jahrhundertwende bis Ende des I. Weltkrieges bildeten sich unter den Entdeckungen der Psychoanalyse erste Theorien zur psychotherapeutischen Behandlung kindlicher Neurosen sowie tastende Versuche, psychoanalytische Konzepte bei der Heilung und Vorbeugung psychischer Krankheiten im Kindesalter praktisch zu erproben. *Freud* hatte aus den Analysen erwachsener Neurotiker wesentliche Kenntnisse des kindlichen Seelenlebens gewonnen, dessen Dynamik dem weiteren Schicksal dieser Menschen unbewußt zugrundelag. Somit bot es sich von selbst an, der Genese psychischer Konflikte schon in den Anfängen der seelischen Entwicklung auf die Spur zu kommen. Die Pioniere der Kinderanalyse standen freilich vor der schwierigen Aufgabe, die bereits mit Erfolg beim Erwachsenen angewandten Psychotherapieverfahren der Erlebniswelt des Kindes anzupassen.

Obwohl „von der Gründergeneration der Analytiker zunächst mit kritischer Observanz betrachtet“ (*Biermann*, Vorwort), konnte sich die analytische Kinderpsychotherapie schon in den zwanziger Jahren um Persönlichkeiten wie *A. Freud* und *M. Klein* als Lehrfach konstituieren. Während *M. Klein* aus ihren Erfahrungen mit der analytischen Behandlung von Kleinkindern eine spezielle Spiel- und Deutetechnik entwickelte, die dann als „Frühanalyse des Kindes“ bekannt wurde, hat *A. Freud* der Kindertherapie eine pädagogische Wendung gegeben und damit der „psychoanalytischen Pädagogik“ den Weg geebnet. Die Schule *A. Freuds* schuf sich in der „Zeitschrift für Psychoanalytische Pädagogik“ ein eigenes literarisches Forum, deren verantwortliche Herausgeber *Pfister*, *Schneider* und *Zulliger*, *Meng*, *Hoffer* und *A. Freud* selbst waren. Die Zeitschrift erschien zwischen 1926—1938 in einer Folge von 11 Bänden, deren Fortsetzung der Einbruch der Naziherrschaft in Wien dann ein gewaltsames Ende bereitete.

G. Biermann hat im vorliegenden Band aus den Arbeiten dieser Zeitschrift wichtige Aufsätze zusammengestellt, die der psychoanalytischen Kindergartenarbeit gewidmet sind. Die in den einzelnen Aufsätzen breitgestreuten Falldarstellungen sowie ihre anschließenden Analysen wollen ein möglichst repräsentatives Material über analytische und therapeutische Methoden bieten, die in der Kindererziehung und Kindergartenarbeit der 30er Jahre eine erfolgreiche praktische Anwendung fanden.

Mit *R. Waelder* wird man nach wie vor sagen können, daß die zentrale Bedeutung des Spiels nicht allein aus den Bedürfnissen nach Lustbefriedigung oder einer Funktionslust am rein inhaltlichen Ablauf spielerischer Aktionen zu verstehen ist, sondern aus der Notwendigkeit, die angstmachenden, unlustvollen Erlebnisse der Organisation des kindlichen Seelenlebens zu assimilieren.

Zu den spielerischen Assimilationsprozessen, in denen das Kind die quälende Unlust oder den schmerzhaften Verlust eines geliebten und verlorenen Beziehungsobjektes bewältigt, gehört schon in dieser Phase der Psychoanalyse die Trauer, ein Begriff, von dem man erst kürzlich so viel feuilletonistisches Wesen machte. Das Spiel hat den Sinn einer Einübung in Realität, auch in ihre unausbleiblichen Versagungen, worauf vor allem *M. N. Searl* („Der Gegensatz zu Spiel ist nicht Ernst, sondern Wirklichkeit“) hinweist. Eine solche Einübung wird aber nur dann gelingen, d. h. man wird den irreversiblen Rückzug in narzißtische Gekränktheit erst dann vermeiden können, wenn das Kind die Beziehung zwischen der Realität und den ursprünglichen Lustquellen, den geliebten Objekten als Nähe zu sich selbst erfahren kann und ihm ein Übertragen seiner Gefühle von den Lustquellen auf die Realität mit Hilfe symbolischer und phantasievoller Aktionen gestattet wird.

Dieses Modell, Kindern das Lernen konfliktentspannter Beziehungen zur Wirklichkeit mit Hilfe einer pädagogisch wohldurchdachten Regelung affektiver Spannungen zu ermöglichen, enthält freilich die in den Beiträgen durchweg negativ gesehene Komponente der Aggression, die z. B. bei *E. Weiß* als destruktives Moment im dualistischen System von Lebens- und Todestrieben eine fast theologische Manifestation erfährt („Die Libido läßt uns leben und gedeihen, die Destruktionsenergie hingegen läßt uns altern und sterben“).

Dieser Konzeption der *A. Freud*-Schule gegenüber, die ihre pädagogische Aufmerksamkeit folgerichtig auf die gelungene Aufhebung oder Ablenkung der prinzipiell destruktiv verstandenen Aggressionstrieb richtet, begreift in jüngerer Zeit *G. Ammon* Aggression primär als aktives Herangehen des Kindes an Menschen und Sachen im Akte kreativer Neugier. Das Kind ist nicht von Grund auf böse oder mit einem angeborenen Zerstörungs- oder Todestrieb belastet. Die destruktiven Aus-

brüche des Kindes werden zum einen als Folge aggressiver Frustrationen von seiten der Eltern verstanden, die seine tastenden Versuche, die Umwelt kennenzulernen, affektiv unterdrücken; andererseits aus der Unfähigkeit der Erwachsenen erklärt, ihren Kindern irgendwelche Grenzen zu setzen, — ein Problem, auf das besonders *A. Freud* und *N. Wolffheim* hingewiesen haben.

Ein wesentlicher Bestandteil der psychoanalytischen Pädagogik ist die Sexualerziehung. Während *A. Freud* 1936 den Begriff der Sublimierung *S. Freud* gegenüber modifizierte, um ihn als Abwehrmechanismus des Ichs und damit als Ich-Schicksal neu in die Psychoanalyse einzubringen, spiegeln die meisten Arbeiten der vorliegenden Sammlung und auch die von *A. Freud* selbst (1932) noch die klassischen Vorstellungen einer auf Sublimation aufgebauten Trieberziehung. So müsse, wie *H. Fuchs* meint, die „Befriedigung vom unerlaubten niederen auf das erlaubte höhere Triebziel umgeleitet“ werden. Das Ich ist in diesem Konzept eine durch Sublimierung zustandgekommene Größe im Widerstreit zwischen unregulierten Triebansprüchen, die sich zu „Triebdurchbrüchen“ (*A. Freud*, *H. Fuchs*) steigern können, und einer von der Realität erzwungenen Triebversagung, mit der es das Kind zu versöhnen gilt.

Der Beitrag von *H. Fuchs* („Psychoanalytische Heilpädagogik im Kindergarten“) zeigt, daß man schon früh die Bedeutung von Kindergruppen im Kindergarten erkannt hat. An ihrem Bericht ist besonders eindrucksvoll, wie sie es vermocht hat, in einer Versuchsgruppe an einem Kindergarten in einem der ärmsten Proletarierviertel Wiens Kinder von ihren neurotischen Hemmungen zu befreien, Vertrauen und Unterstützung der Eltern zu gewinnen, die selbst in schwer gestörten Beziehungen lebten.

Die Bemühungen der psychoanalytischen Kindergartenarbeit haben in dieser Zeit wichtige Erfolge gebracht. Erst neuerdings ist man freilich zu der Einsicht gekommen, daß mit dem gesellschaftlichen Wandel sich die Bedingungen psychischer Erkrankungen von der ödipalen auf die präödipal-archaische Ebene verschoben haben, so wie es *G. Ammon* 1970 in seiner Theorie des Symbiosekonflikts formulierte.

Blickt man auf die vorliegenden Aufsätze der *A. Freud*-Schule aus den 30er Jahren zurück, wird man sagen können, daß sich bis heute das Bild der psychoanalytischen Kindergartenarbeit in einigen wesentlichen Punkten gewandelt hat. Die Vorstellungen über Aggression sind von den Kategorien der Todestrieblehre entlastet worden. Für die Kindertherapie ist der Sexualtrieb nicht länger Gegenstand einer pädagogisch motivierten Sublimierung. In der Ätiologie psychischer Gefährdungen im Kindesalter hat sich das Schwergewicht von der ödipalen Phase der seelischen Entwicklung auf die präödipal-symbiotischen Beziehungen zur Mutter und auf die Verhältnisse in der Primärgruppe

verlagert, — eine Erkenntnis, die im Psychoanalytischen Kindergarten in Berlin gegenüber seinen Vorläufern der *A. Freud*-Schule zu einer intensiven Elterngruppenarbeit und Elternberatung geführt hat.

Dem Herausgeber *G. Biermann* ist es nach Meinung des Rezensenten mit der Edition dieser wichtigen Beiträge gelungen, eine entscheidende Epoche kindanalytischer Forschung und Praxis wiederzubeleben. Die Lektüre kann nur jedem, der mit Kindern zu tun hat, empfohlen werden, zumal — um es mit *R. Sterba* zu sagen — „zwischen der Scylla der allzugroßen Vereinfachung sowohl wie der Charybdis der allzugroßen Komplikation“ ein guter Mittelweg der sprachlichen Darstellung geglückt ist. Die Empathie in der praktischen Bemühung, die aus diesen Arbeiten spricht, und die legitime Freude über den nicht ausgebliebenen Erfolg machen dem interessierten Laien wie dem Fachmann deutlich, daß über das historische Interesse an der Entwicklung der Kinderanalyse in politisch gefährdeter Zeit hinaus diese Aufsätze nichts an der Aktualität der von ihnen bereitgestellten Themen und Problemlösungen eingebüßt haben.

Harald Knudsen (Berlin)