A 2442 F

Dynamische Psychiatrie *Dynamic Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse
Herausgegeben von Günter Ammon

Günter Ammon
Die Psychodynamik der Psychosen, der Symbiosekomplex und das Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten

Harold F. Searles
Über die therapeutische Symbiose

Gaetano Benedetti
Intrapsychic Aspects of Schizophrenic Psychopathology

José Luis González and Gustavo Quevedo
Referential Design of Psychoses

Lilla Veszy-Wagner
Destruktion gegen Individuen und Gruppen

Wayne C. Hudson
Negative Übertragung und Widerstand gegen die Nachbehandlung

6. Jahrgang 6. Heft 1973

23

PINEL-PUBLIKATIONEN BERLIN

Dynamische Psychiatrie / *Dynamic Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse

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

6. Jhg., 6. Heft 1973, Nr. 23

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. Schulte †, Tübingen — H. Searles, Chevy Chase — E. Servadio, Roma — D. Shaskan, Los Angeles — V. Smirnoff, Paris — T. C. Sinha, Calcutta — J. Sutherland, Edinburgh — V. Tähkä, Helsinki — Y. Tokuda, Tokio — E. Weigert, Chevy Chase — W. Th. Winkler, Gütersloh — W. Z. Winnik, Jerusalem — E. D. Wittkower, Montreal.

	Seite
Günter Ammon (Berlin)	
Die Psychodynamik der Psychosen, der Symbiosekomplex und das Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten	355
The Psychodynamics of the Psychoses, the Symbiosis-Complex and the Spectrum of the Archaic Ego-Illnesses	369
Harold F. Searles (Washington)	
Über die therapeutische Symbiose	373
Concerning Therapeutic Symbiosis	387
Gaetano Benedetti	
Intrapsychic Aspects of Schizophrenic Psychopathology	391
Intrapsychische Aspekte in der Pschopathologie der Schizophrenie	401
José Luis González and Gustav Quevedo (Mexico)	
Referential Design of Psychoses	405
Entwurf einer Psychosentherapie	411
Lilla Veszy-Wagner (London)	
Destruktion gegen Individuen und Gruppen	414
Destructiveness Against Individuals and Groups	424
Wayne C. Hudson (Florida)	
Negative Übertragung und Widerstand gegen die Nachbehandlung	427
Negative Transference and Resistance to After Care	432
Buchbesprechungen/Book Reviews	434
Nachrichten	446

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*

Die Psychodynamik der Psychosen, der Symbiosekomplex und das Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten*

Günter Ammon

Der Autor versteht als entscheidenden Faktor in der Pathogenese der Psychosen und der anderen archaischen Ich-Krankheiten eine Störung der frühen Mutter-Kind-Symbiose innerhalb einer kommunikations- und erfahrungsunfähigen Familiengruppe. Er sieht die archaischen Ich-Störungen als den einen Pol eines gleitenden Spektrums psychischer Krankheiten, auf dessen anderer Seite die ödipalen Neurosen stehen. Ein möglicher konstitutioneller Faktor in der Psychosenätiologie wird nicht dogmatisch abgelehnt, ist jedoch trotz intensiver Forschung nicht faßbar und einer therapeutischen Beeinflussung nicht zugänglich.
Aufbauend insbesondere auf Hartmann, Rapaport und Federn, sieht Ammon den Erwerb flexibler und kommunizierender Ich-Grenzen als Hauptphase der Ich-Entwicklung an, wobei sich primär gegebene autonome Ich-Funktionen wie konstruktive Aggression und Kreativität nur durch die verständige Hilfe der Primärgruppe entwickeln und differenzieren können. Der umgebenden Gruppe fallen hierbei die Aufgaben des Erkennens und der Befriedigung kindlicher Bedürfnisse, des Schutzes und der Unterstützung beim Ertragen unvermeidlicher Frustrationen zu. Ist sie hierzu nicht in der Lage, so versucht sich das Kind durch Abspaltung und Verleugnung von Erfahrungsbereichen der Realität zu schützen. Hierbei entsteht ein strukturelles Ich-Defizit, zu dessen Kompensation das Kind je nach Zeitpunkt und Dauer des Traumas und nach Pathogenitätstyp der Mutter eine spezifische Symptomatik entwickelt.
Die Therapie der archaischen Ich-Krankheiten hat nicht — wie die Neurosentherapie — eine Aufhebung des verdrängten ödipalen Konflikts zum Ziel, sondern bemüht sich, in einer Übertragungssymbiose das defizitäre Ich im Rahmen der nachholenden Ich-Entwicklung zu reintegrieren.

Ich möchte im folgenden die Psychodynamik der sogenannten Geisteskrankheiten im Rahmen eines psychoanalytischen Konzeptes erörtern, das in dem zunächst uneinfühlbar erscheinenden Verhalten der Psychosekranken die Manifestation und das Ergebnis einer in der frühesten Kindheit gestörten Ich-Entwicklung erkennt. Dabei verstehe ich die Entwicklung des Ichs als ein interpersonelles Geschehen, in dessen Verlauf das Kind in der Interaktion mit der Mutter und der umgebenden Gruppe seine Ich-Funktionen allmählich entwickelt und differenziert und sich schließlich als Persönlichkeit im eigenen Recht selbst wahrnehmen und abgrenzen kann. Die sogenannten Geisteskrankheiten verstehe ich als Störungen dieser Entwicklung. Sie sind meines Erachtens das Ergebnis einer jeweils spezifisch gestörten Interaktion zwischen dem sich entwickelnden Kind und der Mutter bzw. auch der weiteren Primärgruppe, die unfähig ist, das Kind bei der Entfaltung seiner Ich-Funktionen und bei der Abgrenzung seiner eigenen Identität adäquat zu unterstützen. Als pathogenes Kräftefeld verstehe ich dabei vor allem eine gestörte Mutter-Kind-Beziehung in den ersten

* Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Luchterhand-Verlages, Darmstadt, aus: Günter Ammon, Dynamische Psychiatrie, 1973.

drei Lebensjahren, die zur Entstehung eines ungelösten Konfliktes in Form des Symbiosekomplexes führt. Dieser entfaltet eine jeweils spezifische Dynamik und ist für die psychotische Reaktion ebenso grundlegend wie der ödipale Konflikt für die Neurose. Neben den psychotischen Reaktionen des schizophrenen und des manisch-depressiven Formenkreises zähle ich auch die sogenannte Borderline-Symptomatik — d. h. Mischformen zwischen Psychose und Neurose —, die sexuellen Perversionen und die psychosomatischen Störungen zu den archaischen Ich-Krankheiten, die auf jeweils spezifische Störungen der Ich- und Identitätsentwicklung in einer Primärgruppe zurückzuführen sind, die unfähig ist, das Kind in seiner Entwicklung zu fördern und zu unterstützen.

Im folgenden möchte ich mich im wesentlichen zwei Fragenkomplexen zuwenden:

1. Wie ist die Genese der archaischen Ich-Krankheiten zu erklären?
2. Wie können wir die Dynamik des mit den einzelnen Krankheitsbildern verbundenen Verhaltens verstehen?

Zunächst zur Frage der Genese. Ich möchte vorausschicken, daß die Betonung einer Psychogenese der sogenannten Geisteskrankheiten hier nicht im Sinne einer dogmatischen Ablehnung möglicher somatischer Faktoren in der Ätiologie der schweren psychischen Erkrankungen zu verstehen ist. Wenn ich den Prozeß der Ich-Entwicklung und ihrer Störungen in den Mittelpunkt der Analyse stelle, dann deshalb, weil meines Erachtens auf dieser Ebene alle Faktoren des multidimensionalen und multifaktoriellen Krankheitsgeschehens zusammentreffen, insofern nämlich, als sie auf der Ebene des Ichs sowohl erfahren als auch in Verhalten umgesetzt werden.

Freud (1924a, 1924b) betonte in seinen Erörterungen der Psychodynamik der Psychosen vor allem den Unterschied zu der Neurose. Er verstand die Neurose im wesentlichen als einen intrapsychischen Konflikt zwischen den einzelnen psychischen Instanzen, verbunden mit einer weitgehenden Aufrechterhaltung des Kontaktes zur Außenwelt. Als charakteristisch für die psychotische Reaktion dagegen bezeichnete er die Störung des Verhältnisses zur Außenwelt, den Realitätsverlust. Er gab hierfür zunächst eine triebpsychologische Erklärung in Form seiner Narzißmustheorie (1911, 1914) und nahm an, daß in der Psychose alle Libido von den äußeren Objekten abgezogen und auf das eigene Ich gerichtet werde. Dieses errichte sich in der Wahnbildung eine eigene Welt. Später betonte er stärker den Ich-psychologischen Aspekt der psychotischen Reaktion (*Freud,* 1924a, 1924b). Er begriff die Psychose als Ergebnis einer „Verleugnung" der Außenwelt durch das Ich, im Gegensatz zur neurotischen Verdrängung, die gegen die Triebwünsche des Es gerichtet sei. Dabei hob er jedoch hervor, daß die Verleugnung zumeist keine vollständige sei und der Realitätsverlust daher partiell bleibe. Er stellte fest: „. . . das Problem der Psychose wäre einfach und durchsichtig, wenn die Ablösung des Ichs von der Realität restlos durchführbar wäre. Aber das scheint nur selten, vielleicht niemals vorzukommen." Auch in der tiefsten Psychose könnten zwei Einstellungen

beobachtet werden: „. . . die eine, die der Realität Rechnung trägt, die normale, eine andere, die unter Triebeinfluß das Ich von der Realität ablöst" (*Freud,* 1938b). Das starre Nebeneinander beider Einstellungen im Ich, das Anerkennen und die Verleugnung der Realität und ihrer Ansprüche führe zu einer „Ich-Spaltung im Abwehrvorgang" (*Freud,* 1938a), die mit einer Verleugnung der Außenwelt immer verbunden sei.

Damit stellte *Freud* eine direkte Verbindung zwischen dem psychotischen oder psychoseähnlichen Verhalten und einer strukturellen Veränderung des Ichs her, von der er annahm, daß sie aus einem Konflikt des Ichs mit der Außenwelt resultiere. Als Beispiel für die Verleugnung diente ihm ein sexuell pervers reagierender Patient, ein Fetischist. Freud verstand daher die Verleugnung als Abwehr einer Kastrationsdrohung (vgl. *Freud,* 1927, 1938a).

Die weitere Entwicklung der psychoanalytischen Ich-Psychologie konnte zunächst eine differenziertere Erhellung des Abwehrmechanismus der Verleugnung erbringen.

Anna Freud (1936) ordnete ihn ebenso wie die Projektion und die Identifikation frühen Stufen der Ich-Entwicklung zu.

Hartmann (1953) machte darauf aufmerksam, daß der die Psychose hervorrufende Konflikt nicht allein aus den „rivalisierenden Ansprüchen von Es und Außenwelt an das Ich" (*Freud,* 1938b) resultiere, sondern daß eine Beeinträchtigung des Ichs selbst, eine Störung seiner Funktionen und seiner Abwehrmöglichkeiten mit zur Entstehung einer psychotischen Reaktion beitragen. Er verstand diese Beeinträchtigung als Störung der von ihm konzipierten „konfliktfreien Ich-Sphäre", von der er annahm, daß sie durch eine fortschreitende Neutralisierung libidinöser und aggressiver Triebenergie auf der Basis primär gegebener autonomer Ich-Anlagen gebildet werde (vgl. *Hartmann,* 1939).

Rapaport (1958) entwickelte auf der Basis der *Hartmann*schen Theorie seine Konzeption von der „relativen Autonomie des Ichs", sowohl gegenüber den Ansprüchen der Außenwelt als auch gegenüber der Welt der Triebbedürfnisse. Er verstand diese „relative Autonomie" als Ergebnis einer „konfliktfreien" Tätigkeit der Ich-Funktionen, die eine Überanpassung an die innere Welt der Triebbedürfnisse und an die Außenwelt verhindern. Die Psychose erscheint in diesem Konzept als Verlust der relativen Autonomie des Ichs und als Überanpassung an die Welt der Triebbedürfnisse.

Entscheidende Beiträge für unsere Einsicht in die Ich-psychologischen Bedingungen einer „relativen Autonomie des Ichs" lieferte *Paul Federn* (1952). Aus der Traum- und Psychosenforschung — *Federn* gehört zu den Pionieren der psychoanalytischen Psychosenforschung und -behandlung — entwickelte er sein Konzept der beweglichen „Ich-Grenze", die entsprechend den wechselnden „Ich-Zuständen" das Ich nach innen und außen gegen das Nicht-Ich abgrenzt. Die dynamische Einheit des Ichs ist danach von flexiblen Grenzen umgeben, die als eine Art peripheres Wahrnehmungsorgan nach innen und außen dienen und mit wechselnden Beträgen einer Ich-eigenen narzißtischen Energie (ego cathexis)

besetzt sind. Gegenüber dem funktionellen Aspekt des Ichs betonte er das „Ich-Gefühl", in dem das Ich als ein kontinuierliches psychisches Erlebnis seinen Ausdruck finde.

Mit Hilfe dieses hier nur kurz skizzierten begrifflichen Instrumentariums konnte *Federn* den Ich-psychologischen Aspekt der psychotischen Reaktion präzise beschreiben.

Er verstand die Entfremdungs- und Depersonalisationsgefühle der Psychose als Ausdruck eines Mangels an Ich-eigener narzißtischer Energie und einer daraus resultierenden unzureichenden Besetzung der Ich-Grenzen. Dadurch werde die Unterscheidung von Ich und Nicht-Ich bedroht, die allein durch die Ich-Grenze möglich ist. Auch wenn die Ich-Funktion der Realitätsprüfung weiterbesteht, entstehen dann Entfremdungsgefühle. Die Realität wird zwar deutlich wahrgenommen, aber als fremd und unwirklich erlebt. Ähnlich erklärte Federn die Entstehung von Wahnvorstellungen. In der Psychose überflutet das „entichte" Unbewußte ein Ich, dessen Grenzen unzureichend besetzt sind.

Federn sah daher im Mangel an Ich-eigener narzißtischer Energie, in einer Schwäche der Ich-Grenzen die Ursache für die Psychose, nicht in einem Rückzug der Libido von der Außenwelt.

Er erkannte, daß psychotisch reagierende Patienten eine starke Übertragungsbeziehung entwickeln können, und widerlegte damit *Freuds* Vorstellung, der in der Unfähigkeit zur Übertragung ein wichtiges Kennzeichen der Psychose gesehen hatte.

Rapaports Theorie der „relativen Autonomie des Ichs" und *Federns* Konzept der „Ich-Grenze" erwiesen sich als außerordentlich fruchtbar in der Anwendung auf das Studium der Ich-Entwicklung und ihrer Störungen.

Wir können dann das Ziel der Ich-Entwicklung in dem Aufbau einer flexiblen Ich-Grenze bzw. ihrer ständigen Erweiterung erkennen, die dem Ich eine konfliktfreie Tätigkeit seiner Ich-Funktionen und damit die relative Autonomie gegenüber den inneren Bedürfnissen und der Außenwelt ermöglicht (vgl. *Ammon* 1972a, 1973).

In diesem Sinn verstehe ich den Aufbau der Ich-Grenze und die damit ermöglichte Unterscheidung von Ich und Nicht-Ich als die entscheidende Phase der Ich- und Identitätsentwicklung. Der Aufbau der Ich-Grenze wird dabei einerseits durch primär gegebene autonome Ich-Funktionen ermöglicht. Diese sind zu ihrer Entfaltung jedoch gebunden an die Unterstützung durch die erste Umgebung des Kindes, die Primärgruppe, insbesondere durch die Mutter im Rahmen der frühen Symbiose von Mutter und Kind.

Störungen des interpersonellen Geschehens in der Symbiose, in der das Kind seine Ich-Funktionen der konstruktiven Aggression und der Kreativität entdeckt und im schützenden Rahmen der Symbiose entwickelt und erprobt, führen zu psychopathologischen Syndromen, die einerseits durch eine Unfähigkeit zwischen Ich und Nicht-Ich zu unterscheiden gekennzeichnet sind — insofern han-

delt es sich um eine Störung im Aufbau der Ich-Grenze — und die andererseits ein starkes Maß an destruktiv gewordener Aggression aufweisen — insofern handelt es sich um eine pathologische Deformation einer zentralen Ich-Funktion. Die archaischen Ich-Krankheiten der psychotischen Reaktion, der sogenannten Borderline-Symptomatik, der sexuellen Perversionen und der psychosomatischen Erkrankungen verstehe ich als Reaktionsformen auf eine solche Störung im Aufbau der Ich-Grenzen bzw. der daran beteiligten Ich-Funktionen. Sie können meines Erachtens allgemein als Manifestationen einer pathologischen Arretierung der Ich- und Identitätsentwicklung auf präödipaler Ebene aufgefaßt werden. Ich bezeichne sie als archaische Ich-Krankheiten, die zusammen ein Spektrum bilden.

Die zugrunde liegende verinnerlichte Konfliktsituation begreife ich als Symbiosekomplex, um die päödipale Ebene des frühkindlichen Konfliktes zu bezeichnen, der im psychopathologischen Verhalten eine sekundäre pathologische Autonomie gewonnen hat.

Ich möchte darauf im folgenden näher eingehen: Das Kind erlebt sich während der ersten Lebenszeit nicht als von der Mutter getrennt, es unterscheidet nicht zwischen Innen und Außen, zwischen Selbst und Nicht-Selbst, zwischen Ich und Nicht-Ich. Die Mutter wird als Teil des eigenen Körpers erlebt, der Körper selbst hat keine klaren Grenzen.

Indem die Mutter sich im Rahmen dieser Symbiose dem Kind liebevoll zuwendet, seine Bedürfnisse und seine erste Körpersprache versteht und adäquat beantwortet, ermöglicht sie es dem Kind, allmählich seine Bedürfnisse und Körperfunktionen selbst wahrzunehmen und seine Ich-Funktionen zu erproben. Die symbiotische Interaktion zwischen Mutter und Kind entfaltet sich dabei auf vielen Ebenen. Sie bildet den Rahmen für die Ausbildung des Körper-Ichs, für die Entfaltung der primär gegebenen Ich-Funktionen der konstruktiven Aggression und der Kreativität — d. h. des neugierigen Herangehens an Dinge und Menschen und des spielerischen Umgangs mit ihnen — und bildet auf diese Weise ein Übungsfeld, auf dem das Kind in der kontinuierlichen Interaktion mit der Mutter seine Ich-Funktionen entwickelt und seine Ich-Grenzen aufbaut und erlebt.

Spitz (1955) hat in einer anregenden Untersuchung darauf hingewiesen, daß das Kind die Situation einer Symbiose mit der Mutter in einer frühen Phase seines Lebens nach dem „Höhlenmodus der Wahrnehmung" erlebt, d. h. mit Hilfe der „Urhöhle" des Mundes, in dem alle Erfahrungen zugleich innere und äußere Wahrnehmung sind.

Er hat diesen Erfahrungsmodus als Brücke zwischen Innen- und Außenwahrnehmung überzeugend beschrieben und auf die interpersonelle Qualität der Situation mit den folgenden Worten aufmerksam gemacht: „Man könnte hinzufügen, daß dieses frühe intraorale Erleben ja darin besteht, daß das Kind die Brust in sich hineinnimmt, während es zugleich in Arme und Brust der Mutter eingehüllt ist. Der Erwachsene betrachtet dies als getrennte Erlebnisse. Aber

für das Kind sind sie nur eines, sind singulär und untrennbar, ohne Unterschiede zwischen den konstituierenden Teilen, so daß auch jeder dieser konstituierenden Teile für das ganze Erleben stehen kann". D. h. der Urhöhle des eigenen Mundes entspricht die Urhöhle der mütterlichen Arme, die das Kind tragen, und der Brust, an die es sich anlehnt.

Diese „Welt der Urhöhle" ist nach *Spitz* „die Matrix sowohl von Introjektion wie Projektion", in denen wir die erste, primärprozeßhafte Form jener Ich-Funktionen erkennen können, die später der stabileren Trennung von Ich und Nicht-Ich dienen werden. *Spitz* bezeichnet die „Urhöhle" des Mundes und die interpersonelle Situation, welche durch sie repräsentiert wird, als Ort des „Überganges für die Entwicklung bewußter zielgerichteter Aktivität, für das erste aus der Passivität auftauchende Wollen", eine Vorstellung, die meinem Konzept der Ich-Funktion der konstruktiven Aggression sehr nahekommt, obwohl *Spitz* selbst eine orthodoxe Triebtheorie hinsichtlich der Aggression weiter vertritt.

In dieser frühen Phase der Symbiose, die eingeleitet wird durch das Lächeln, mit dem das Kind am Ende des dritten Lebensmonats auf die Wahrnehmung des Gesichts der Mutter antwortet, bewegt die symbiotische Interaktion sich vor allem auf der Ebene des Körper-Ichs und dient der Ausbildung desselben. Wie wichtig in dieser Phase der kontinuierliche direkte Kontakt mit der Mutter für die Ich-Entwicklung des Kindes ist, haben die Hospitalismusforschungen von *Spitz* (1956) ebenso gezeigt, wie die Untersuchungsreihen der vergleichenden Verhaltensforschung, insbesondere die Affenversuche von *Harlow* und *Harlow* (1966). Schon bei der Ausbildung der Körper-Grenzen gehen Triebentwicklung und Ich-Entwicklung parallel, und eine Unterdrückung der einen ist immer gleichbedeutend mit einer Verstümmelung der anderen, d. h. Triebunterdrückung ist immer auch Blockierung der Ich-Entwicklung.

Auch nach dem Abschluß dieser Phase der Entwicklung, also nach Erreichung einer Kontrolle und Koordination der Körperfunktionen und der Motorik, lebt das Kind in einer Symbiose mit der Mutter.

Neben dem bewußten Verhalten der Mutter gegenüber dem Kind, der Art und Weise ihres körperlichen Kontaktes und ihrer Pflege und Zuwendung sind es vor allem auch ihre unbewußten Phantasien, die für die Ich-Entwicklung des Kindes ausschlaggebende Bedeutung haben.

Anzieu (1971) hat darauf hingewiesen, daß die unbewußten Phantasiebildungen nicht, wie vielfach angenommen wird, als individualpsychologische Vorgänge par excellence verstanden werden dürfen, sondern daß sie vielmehr eine interpersonelle Realität darstellen. Als solche stecken sie den Bewegungs- und Artikulationsrahmen der Ich-Entwicklung ab, sie entscheiden sozusagen über die Ausdehnung und den Differenzierungsgrad des „Spielfeldes" der Symbiose.

Erikson (1965) hat in diesem Sinn darauf hingewiesen, daß die Erfahrungsfähigkeit der Mutter und der Primärgruppe gegenüber den Bedürfnissen des

Kindes die Voraussetzung für eine gelingende Ich-Entwicklung bilden. Die Dynamik, welche der Prozeß der individuellen Ich-Entwicklung entfaltet, ist daher eng verbunden mit der unbewußten Dynamik der Gruppe, in deren Rahmen das Kind aufwächst, und die Dynamik der Primärgruppe hat für das Gelingen oder das Mißlingen dieser grundlegenden Phase der Ich-Entwicklung entscheidende Bedeutung.

Die entscheidenden Mechanismen, die die symbiotische Interaktion von seiten des Kindes bestimmen, sind Projektion und Identifikation, welche in einer Situation zur Anwendung kommen, in der das Kind für lange Zeit keine klare Unterscheidung zwischen sich selbst und den Objekten bzw. den entsprechenden psychischen Repräsentanzen treffen kann, d. h. während der gesamten präödipalen Entwicklungsphase.

Mutter und Gruppe bilden den Rahmen dieser präödipalen Entwicklungssituation. Ihre Aufgabe besteht einerseits darin, die Bedürfnisse des Kindes zu befriedigen und es vor den Gefahren der Realität zu schützen, andererseits darin, ihm beim Ertragen der unvermeidlichen Frustrationen behilflich zu sein. Mutter und Gruppe übernehmen also für das sich entwickelnde Kind für lange Zeit die entscheidende Ich-Funktion der Abgrenzung nach innen und außen.

Indem sie das Kind darin unterstützen, seine eigenen Bedürfnisse zu erkennen und zu artikulieren, helfen sie ihm, eine Ich-Grenze gegenüber den inneren Triebbedürfnissen aufzubauen. Indem sie das Kind in der Erforschung der Außenwelt in seinem neugierigen Herangehen an Dinge und Menschen unterstützen und es vor den damit verbundenen Gefahren schützen, helfen sie ihm, eine Ich-Grenze gegenüber der Außenwelt aufzubauen.

Im Zuge seiner Entwicklung übernimmt das Ich des Kindes dann fortschreitend die Funktionen, die vorher von der Mutter bzw. der Primärgruppe insgesamt wahrgenommen wurden. Es lernt, seine Bedürfnisse zu erkennen und zu artikulieren, seine Körperfunktionen und -bewegungen zu koordinieren und es beginnt, selbständig die Umwelt zu erforschen und im Spiel zu verändern.

Hierzu bedarf es jedoch der kontinuierlichen Unterstützung durch die Mutter und die Primärgruppe und ist angewiesen auf eine ständige Zufuhr von „external narcissistic supplies" wie *Fenichel* (1945) es formuliert hat, d. h. es braucht körperliche Zuwendung und narzißtische Bestätigung atmosphärischer Art.

Wenn Mutter und Gruppe unfähig sind, dem Kind diese Unterstützung zu geben, wenn sie den Bedürfnissen des Kindes und seinen Äußerungen mit Unverständnis, Ablehnung oder sogar mit offener Feindseligkeit begegnen, dann sind schwere Entwicklungsstörungen die Folge. Das Kind erfährt die Ablehnung durch die Mutter als eine existentielle Verlassensangst und Vernichtungsdrohung. Seine schwachen Ich-Grenzen werden mit der Überflutung durch innere und äußere Nicht-Ich-Inhalte bedroht. Anstelle einer flexiblen Ich-Abgrenzung, die nach innen und außen der Kommunikation dient, tritt eine Abspaltung des ganzen betroffenen Erfahrungsbereichs im Ich und eine Verleugnung des entsprechenden Bereichs in der Realität.

Es entstehen sozusagen weiße Flecken auf der Landkarte des Ichs, Bereiche, in denen das Ich des Kindes nach innen und außen erfahrungsunfähig bleibt und die daher als Ich-fremd verleugnet und abgespalten werden müssen.

Auf diese Weise entsteht ein strukturelles Ich-Defizit, ein Defekt in der Ich-Grenze, den ich als „Loch im Ich" bezeichnen möchte. Die betroffenen Bereiche der Erfahrung können dann in die weitere Entwicklung nicht mit aufgenommen werden. Das Kind bleibt in diesen Bereichen in einer diffusen Abhängigkeit von undifferenzierten Objekten. Es wehrt die damit verbundenen Gefühle einer archaischen Vernichtungsangst durch Abspaltung und Verleugnung ab.

Je nach dem Zeitpunkt und der Dauer der präödipalen traumatischen Erfahrung wird es eine spezifische psychopathologische Symptomatik entwickeln, die der Kompensation des narzißtischen Defizits dient und das „Loch im Ich" gewissermaßen ausfüllt. Die destruktive Dynamik, welche diese Symptomatik, d. h. die archaische Ich-Krankheit entwickelt, verstehe ich nicht als Anzeichen einer nicht gelungenen Neutralisierung oder Sublimierung eines destruktiv-aggressiven Triebes. Meines Erachtens bezeichnet die Destruktion eine reaktive pathologische Deformierung der ursprünglich konstruktiven Aggression, die ich als eine primär gegebene Ich-Funktion begreife, d. h. weder als gezähmten Trieb (*Mitscherlich,* 1958, 1969), noch als Antrieb (*Schultz-Hencke,* 1951).

Diese Ich-Funktion des neugierigen Herangehens an Dinge und Menschen ist ebenso wie die eng verwandte Ich-Funktion der Kreativität von zentraler Bedeutung für den Aufbau der Ich-Grenzen in der Zeit der Symbiose. Sie verwandelt sich in Destruktion, wenn sie auf eine erfahrungsunfähige Mutter und Gruppe stößt, die mit Angst oder feindseliger Ablehnung auf die Aktionen des Kindes reagieren. In diesem Sinn ist die destruktive Aggression gewissermaßen das Negativ der konstruktiven Aggression.

Die Erfahrungsunfähigkeit der Mutter gegenüber dem Kind kann sich in verschiedenen Formen und auf verschiedenen Ebenen der symbiotischen Beziehung äußern.

Nach meiner Erfahrung ist das Spezifische bei der schizophren-machenden Mutter in der malignen Form deren Unfähigkeit, Mutter sein zu können. Diesen Pseudomüttern ist das kleine Kind, das auf ihre Hilfe angewiesen ist, bedingungslos ausgeliefert (vgl. *Ammon,* unveröffentlichtes Manuskript einer umfangreichen Bearbeitung der Kindesaussetzung, Kindesmißhandlung und des Kindesmords durch die eigene Mutter). Eine benigne Form der schizophrenmachenden Mutter (*Pankow,* 1968) sind die sogenannten Kindmütter, die von ihren eigenen Kindern erwarten, wie von einer Mutter behandelt zu werden.

Eine auffallende Verwandtschaft besteht zwischen der pervers- und der psychosomatisch-krankmachenden Mutter. Beide können sich allein auf den Körper des Kindes libidinös beziehen.

Das psychogenetische Resultat sowohl des psychosomatisch Kranken als auch des Perversen zeigt, daß beide sich nur existent (d. h. ein Ich-Gefühl entwickelnd) innerhalb des psychosomatischen oder perversen Aktes erleben kön-

nen. Warum der eine Kranke dies, der andere Kranke jenes Syptom gewählt hat, verstehe ich aus dem unterschiedlichen Verhalten der Mütter. Die psychosomatisch-krankmachende Mutter reagiert nur auf Defekte und Krankheiten ihres Kindes libidinös, im Gegensatz zur pervers-machenden Mutter, die alle Handlungen, die den gesunden Körper des Kindes betreffen, libidinös besetzt hat, z. B. Waschzeremonien, Ankleiden des Kindes, alle Beschäftigungen mit dem männlichen oder weiblichen Genitale des Kindes. Beide Mütter ignorieren dagegen die wachsende Ich-Identität des Kindes. Dieses wird vielmehr als ein Ding, ein libidinös besetzter Gegenstand behandelt, nicht aber als wachsende Persönlichkeit im eigenen Recht.

Die Betonung der Rolle der Mutter in der Pathogenese der archaischen Ich-Krankheiten bedeutet nicht, daß die Mutter als ein krankmachendes Agens isoliert werden kann. In ihrem Verhalten gegenüber dem Kind repräsentiert sie die Primärgruppe insgesamt und bringt deren unbewußte Dynamik zum Ausdruck. Wenn die Gruppe insgesamt keine Identität hat und sich als Gruppe nicht gegen die Außenwelt abgrenzen kann, dann wird auch die Mutter in der Symbiose mit dem Kind diesem keine Ich-Abgrenzung ermöglichen können.

Ich habe an anderer Stelle darauf hingewiesen, daß eine Gruppe als ganze sich abgrenzen muß, um ihren einzelnen Mitgliedern, d. h. insbesondere dem Kind, bei der Abgrenzung behilflich sein zu können (vgl. *Ammon,* 1971 a, b, c, 1972 b, 1973). Eine Primärgruppe, die zu einer solchen Abgrenzung nicht in der Lage ist, d. h. zu einer reflektierten und flexiblen Art und Weise, sich über ihre Bedürfnisse, ihre Ängste, ihre Wünsche usw. zu verständigen, wird insgesamt ein pathogenes Kräftefeld darstellen. Die Gruppe als Ganzes ist dann unfähig, ein Gruppen-Ich und eine Gruppenidentität zu bilden. Sie wird entweder überangepaßt sein an die Außenwelt und ihre Normen oder an die Innenwelt der Gruppe und ihre Konflikte. In beiden Fällen ist die Gruppe gelähmt und als Gruppe aktionsunfähig, ist sie eine tote Gruppe. Die Erforschung der sogenannten schizophrenen Familie (vgl. *Bateson* et al., 1969) und der Familiengruppen von depressiv-psychotischen Patienten (vgl. *M. B. Cohen* et al., 1954) hat die pathogene Dynamik dieser zerfallenen, überangepaßten und allein durch inneren oder äußeren Zwang zusammengehaltenen „Pseudogemeinschaften" (*Wynne,* 1969) sehr deutlich gemacht.

Das Kind ist also, um eine kommunizierende Ich-Grenze aufbauen zu können, immer darauf angewiesen, daß es in der Symbiose mit Mutter und Primärgruppe von kommunizierenden Ich-Grenzen umgeben ist. In der Auseinandersetzung mit diesen dynamischen interpersonellen Strukturen kann es dann seine eigenen Ich-Grenzen, d. h. seine eigene relative Autonomie im Sinne einer fortschreitenden kreativen Erweiterung der Ich-Identität ausbilden und differenzieren.

Die archaischen Ich-Krankheiten sind Ausdruck einer Störung des ersten und entscheidenden Schrittes dieser Ich- und Identitätsentwicklung. Sie gehen zurück auf eine nicht gelungene Ausbildung eigener Ich-Grenzen und ein dadurch ver-

hindertes Heraustreten aus der Symbiose. Deswegen bezeichne ich die verursachende Konfliktkonstellation als Symbiosekomplex.

Balint (1968) hat in der Nachfolge von *Ferenczi* mit seiner „Theorie der Grundstörung" (basic fault) ein Konzept entwickelt, das in manchen Zügen dem entspricht, was ich als Symbiosekomplex bezeichne. Auch er macht darauf aufmerksam, daß eine frühe Störung der psychischen Entwicklung in der „Zwei-Personen-Beziehung" zwischen Mutter und Kind eine andere Dynamik entfaltet als der ödipale Konflikt der Neurose, und er betont ebenfalls den interpersonellen Charakter dieser pathologischen Dynamik.

Aber *Balint* gibt für sein Konzept der Grundstörung, wie er selbst hervorhebt, keine strukturtheoretischen Koordinaten. Er gibt eine hervorragende Phänomenologie des symbiotischen Zustandes und seiner Störung, entwickelt aber kein Konzept, das die Entstehung und Veränderung dieser Zustände im Rahmen der Ich-Entwicklung verständlich macht. Die Konsequenzen, die er aus seinen Beobachtungen für die therapeutische Arbeit zieht, müssen daher auch minimal bleiben.

Auch *Margaret Mahler* (1969) hat in der Erforschung der Genese und der Dynamik infantiler psychotischer Reaktionen wesentlich zur Erhellung der symbiotischen Dynamik beigetragen. Ihre Konzeption, die in der fehlgeschlagenen Symbiose die Ursache für psychotische und psychoseähnliche Reaktionen erkennt, entspricht in vielem dem, was ich unter dem Symbiosekomplex verstehe. Hinsichtlich ihrer Ich-Theorie und ihrer triebpsychologischen Annahmen — sie steht einerseits der *Hartmann*schen Schule nahe, andererseits der Richtung von *Melanie Klein* (1952) — unterscheidet sich ihr Konzept der symbiotischen Dynamik in wesentlichen Punkten von meinen Vorstellungen. Dies gilt insbesondere für die Konzeption der Aggression, die *Mahler* als Triebgeschehen begreift, und für die Rolle der Gruppe.

Die Funktion der Gruppe in der Pathogenese der archaischen Ich-Krankheiten wird besonders deutlich im Fall der symbiotischen Störung in Form einer verlängerten Symbiose. Die Mutter versucht dann, das Kind über die Zeit der natürlichen Symbiose hinaus an sich zu fesseln, weil sie in der gestörten Gruppe allein nicht zu bestehen vermag. Das Kind wird von den übrigen Mitgliedern der Familie der Mutter überlassen, um der Gruppe zu erlauben, ihre eigenen Konflikte nicht erkennen zu müssen. Dem Kind wird dadurch verboten, eine eigene Identität zu entwickeln. Als schwächstes Mitglied der Familiengruppe dient es dazu, den gemeinsamen unbewußten Konflikt durch Projektion in einem Mitglied zu lokalisieren, um ihn damit kontrollieren und abwehren zu können.

In einer solchen „verlängerten Symbiose" bleibt z. B. eine psychotische Reaktion solange latent, wie das Kind in diesem emotionalen Gehäuse eine Lebensmöglichkeit findet. Oft kommt es dann während der Pubertät durch die mit diesem Lebensabschnitt verbundenen Anforderungen hinsichtlich der sexuellen und sozialen Identität zu einer Sprengung dieser Situation, einer Art symbio-

tischer Explosion, die sich in einer offenen psychotischen Reaktion manifestiert.

Die Latenz der psychotischen oder psychosenahen Ich-Störung kann erhalten oder wiederhergestellt werden, wenn andere symbiotische Partnerbeziehungen eingegangen werden. Erst wenn diese „Ersatz-Symbiosen" — Ehen, Freundschaften, Arbeitsgruppen u. a. — aufhören zu funktionieren, wenn aus inneren oder äußeren Anlässen das symbiotische Gehäuse plötzlich als ein Gefängnis erfahren wird, kann es zu einer psychotischen Reaktion kommen.

Diese erscheint daher als ein verzweifelter Protest gegen die Gefangenschaft, in der das Ich sich durch sein jeweiliges Mit-Ich gehalten fühlt, und führt, weil die Ich-Entwicklung nicht über die symbiotische Phase hinausgelangt ist, zu den quälenden Erfahrungen des Ich-Verlustes, der Entfremdung und des Nicht-Ich-Gefühls. Die vielfach beobachtete Periodizität psychotischer Reaktionen, die in der sogenannten „Schub"-Theorie oberflächlich rationalisiert wird, findet hier eine psychodynamische Erklärung.

Die Dynamik der verlängerten Symbiose tritt besonders deutlich auch hervor in der sogenannten „folie à deux", der gemeinsamen Wahnbildung, die als Versuch verstanden werden kann, das symbiotische Gehäuse gleichzeitig beizubehalten und phantastisch auszudehnen. Auch die paranoische Form der schizophrenen Reaktion geht meines Erachtens zurück auf eine verlängerte Symbiose. Die Paranoia dient daher nicht, wie *Freud* (1911) annahm, einer Abwehr der latenten Homosexualität, die Homosexualität dient vielmehr umgekehrt als Abwehr gegen die als verfolgend erlebte symbiotische Mutter.

Gisela Ammon (1969, 1972a, b) konnte im Rahmen ihrer Forschung in dem von ihr geleiteten Psychoanalytischen Kindergarten zeigen, daß eine pathologische Symptomatik im Verhalten der Kinder, wie z. B. destruktive Aggression, psychosomatische Erkrankungen usw., immer ungelöste und unbewußt gewordene Konflikte der Eltern zum Ausdruck bringt, und sie machte die Erfahrung, daß das kindliche Symptomverhalten, auch ohne direkte therapeutische Intervention, in dem Augenblick verschwand, wenn die Eltern zur Einsicht in ihre Konflikte und zu ihrer Bearbeitung gebracht werden konnten. Eine Erfahrung, die von vielen psychoanalytisch orientierten Kindertherapeuten geteilt wird.

Meist aber wird die infantile Symptomatik, welche die elterlichen Konflikte zum Ausdruck bringt, von diesen nicht als Manifestation ihrer eigenen Schwierigkeiten erkannt. Das Kind ist dann gezwungen, sich in Form seiner Pathologie an die krankmachende Familiensituation anzupassen. Seine Symptomatik wird als Krankheit des Kindes mißverstanden und behandelt, sie wird dann in der Folge verdeckt durch die Ausbildung eines falschen Selbstes (*Winnicott,* 1935, 1948; *Guntrip,* 1968; *Khan,* 1968, 1972) im Sinne einer Fassade des überangepaßten Funktionierens. Tritt dann eine Veränderung der pathogenen aber „unauffälligen" Situation ein, beim Eintritt in die Schule, beim Beginn der Pubertät, beim Verlassen des Elternhauses bzw. der Schule und der Universität, welche die Rolle der symbiotischen Mutter und Primärgruppe übernehmen können, dann kommt es zum manifesten Ausbruch der Krankheit. Wir können sie

als einen Versuch verstehen, das durch die Trennung von der Mutter — bzw. ihren Repräsentanten Schule, Universität usw. — erneut virulent gewordene „Loch im Ich" durch eine demonstrative Pathologie auszufüllen, die den Patienten in die alte Abhängigkeit von der Mutter zurückbringt.

Der infantile Konflikt wird erneut dargestellt und ausagiert. Es ist charakteristisch für die archaischen Ich-Krankheiten, daß die Patienten ihre Symptomatik im Hier und Jetzt des Ausagierens nicht als Ich-fremd und pathologisch erleben, obwohl ihr Symptomverhalten zumeist in krassem Gegensatz zur überangepaßten Fassade ihres falschen Selbstes steht. Sie leben ihren unbewußten Konflikt vielmehr traumhaft in die Realität hinein aus, die dadurch zur Bühne ihrer infantilen Symbiose wird. Die Umwelt wird sozusagen aufgefordert, die Funktion der Ich-Abgrenzung für den agierenden Symbiosekranken zu übernehmen.

Im Hier und Jetzt des Ausagierens erscheint den Kranken ihr Verhalten dabei auch nicht als eine Störung ihres Kontaktes zur Außenwelt, ihr pathologisches Verhalten ist vielmehr häufig die einzige Form, in der sie sich selbst als existent und die Außenwelt als wirklich erleben können, d. h. in der sie ein Ich-Gefühl haben können. Dies ist, wie bereits erwähnt, besonders deutlich im Fall der sexuellen Perversion und der psychosomatischen Erkrankung. Dabei erlaubt die destruktiv gewordene Dynamik der arretierten Symbiose den Kranken dieses Ich-Gefühl nur in Form von selbstzerstörerischen Handlungen und Situationen.

Hier tritt ein entscheidender Unterschied zum neurotischen Symptom hervor. Dieses wird von den Patienten als Ich-fremd erlebt, als Störung und Beeinträchtigung in der Kommunikation mit der Umwelt. Das neurotische Symptom ist also Ausdruck eines unbewußten Konflikts, der ein im wesentlichen entwickeltes und abgegrenztes Ich bedroht.

Die Symptomatik der archaischen Ich-Krankheiten dagegen bildet selbst einen Teil des Ichs, sie füllt ein Loch in der Ich-Grenze.

Das neurotische Symptom behindert die Kommunikation des Ichs mit der inneren und äußeren Welt, das Symptom der archaischen Ich-Krankheit dagegen ersetzt die Kommunikation in einem wesentlichen Erfahrungsbereich durch einen immer wieder fehlschlagenden selbstzerstörerischen Versuch, ein „Ich-Gefühl" im Sinne des Wahrnehmens der eigenen Existenz zu erleben. Dies hat weitreichende Folgen für die therapeutische Technik und ihr Programm.

In der Neurosentherapie geht es um die Aufhebung von Verdrängungen. Der unbewußt gewordende Konflikt soll aufgedeckt und dem Bewußtsein zugänglich gemacht werden. Ein bestehendes Ich-Gefühl wird dadurch erweitert und differenziert.

In der Therapie der archaischen Ich-Krankheiten dagegen geht es zunächst nicht darum, Verdrängungen aufzuheben, es geht vielmehr darum, im Rahmen einer nachholenden Ich-Entwicklung das zersplitterte und lückenhafte Ich der Patienten zu reintegrieren, bzw. eine Ich-Grenze im Sinne einer flexiblen und kommunizierenden Abgrenzung überhaupt erst herzustellen.

In der klinischen Praxis stößt die Trennung der neurotischen von psychotischen oder psychosenahen Zustandsbildern häufig auf große Schwierigkeiten, weil die Krankheitsbilder sich vielfältig überlagern können. Die Differentialdiagnose ist aber andererseits sehr wichtig für die Wahl der adäquaten therapeutischen Technik.

Mein Lehrer *Karl Menninger* (1963) hat das große Verdienst, die psychiatrische Diagnostik einer grundlegenden Kritik und Revision unterzogen zu haben. Er hat die sogenannten Geisteskrankheiten entmythologisiert und hat in Theorie und Praxis eine psycho-dynamisch orientierte Therapie auch der schwersten psychischen Erkrankungen entscheidend gefördert.

Menninger entwickelte ein Konzept, wonach alle psychischen Störungen, von der leichtesten neurotischen Irritation bis hin zur schwersten psychotischen Erkrankung, als Kontrollstörungen unterschiedlichen Grades verstanden und behandelt werden können.

Er unterschied die Funktionsstörung (dysfunction), welche das Verhalten beschreibt, von der Organisationsstörung (dysorganization), welche die durch das pathologische Verhalten erfolgende Veränderung im Zustand der psychischen Organisation erfaßt. Funktionsstörung und entsprechende Organisationsstörung faßte er zusammen als Kontrollstörung (dyscontrol). Die Kontrollstörung bezeichnet eine Störung der Stabilisierungsoperationen (coping devices), mit deren Hilfe das Ich als „Hüter des Lebensgleichgewichts" die Balance (vital balance) des psychischen Systems gegenüber Triebimpulsen und dem Streß der Außenwelt zu bewahren versucht.

Das Ich wird dabei von *Menninger* vor allem als ein der Triebabwehr dienendes Kontroll- und Regulationssystem begriffen. Es ist identisch mit der Summe seiner Funktionen, welche aus einer Hierarchie von Abwehrmechanismen und regulierenden Bewältigungsmaßnahmen (coping devices) besteht.

Ich möchte *Menningers* Konzept einer gleitenden Skala graduell unterschiedener Kontrollstörungen erweitern und von einem gleitenden Spektrum der psychischen Erkrankungen sprechen, um damit den strukturellen Unterschieden gerecht zu werden, die aus den verschiedenen jeweils spezifischen Konfliktsituationen resultieren, welche den einzelnen Krankheitsbildern zugrunde liegen. Den einen Pol des Gesamtspektrums der psychischen Erkrankungen bilden die archaischen Ich-Krankheiten, die auf ein in einer arretierten Symbiose erworbenes strukturelles Ich-Defizit zurückgehen. Den anderen Pol des Spektrums bilden die neurotischen Erkrankungen, die auf einen ungelösten ödipalen Konflikt zurückgehen.

Einen breiten Grenzbereich zwischen den psychotischen Erkrankungen und den neurotischen Störungen bildet das Gebiet der sogenannten Borderline-Symptomatik, in der ein zugrunde liegender struktureller Ich-Defekt durch eine Vielzahl neurotischer Symptombildungen überdeckt wird.

Es ist eine von vielen Psychotherapeuten geteilte Erfahrung, daß die vorherrschende Symptomatik in den letzten Jahrzehnten eine deutliche Verschiebung

von den neurotischen Zustandsbildern zu den psychosenahen Krankheitsformen vom Typ der Borderline-Symptomatik erkennen läßt.

Dies hat seine Ursache sicherlich darin, daß die Entwicklung der psychoanalytischen Erforschung der Ich-Entwicklung und die korrespondierende Gruppenforschung uns ein besseres Verständnis dieser Symptomatik ermöglicht hat. *Wolberg* (1973) hat erst kürzlich darauf hingewiesen, daß viele von Freud beschriebene Patienten, wie z. B. auch der berühmte „Wolfsmann" (*Freud*, 1918), Borderline-Patienten waren.

Andererseits aber bezeichnet das Zunehmen der archaischen Ich-Krankheiten wohl auch eine Situation des fortschreitenden Zerfalls der bürgerlichen Kleinfamilie, welche ihre lebensgeschichtlich entscheidende Aufgabe, die Ich-Entwicklung des Kindes durch die Bereitstellung einer intakten Gruppengrenze zu ermöglichen, immer weniger erfüllen kann.

Die Entwicklung der psychoanalytischen Ich-Psychologie und Gruppenforschung ist ein Versuch, dieser durch die gesamtgesellschaftliche Dynamik aufgeworfenen Problemstellung gerecht zu werden. Während dabei zunächst der funktionelle Aspekt des Ichs und insbesondere seine Abwehrmechanismen im Vordergrund des Interesses standen, rückte vor allem durch die Forschungen *Federns* und später *Eriksons* (1956) das Problem des Ich-Gefühls bzw. der „Ich-Identität" in den Vordergrund. Die Entwicklung der psychoanalytischen Gruppenforschung wurde zur Erhellung des Identitätsaspekts der Ich-Entwicklung besonders wichtig. Sie zeigte, daß die Ich-Entwicklung nicht allein als individualpsychologisches Problem der Triebkontrolle und -unterdrückung begriffen werden kann, sondern daß der interpersonelle Aspekt der Ich-Entwicklung, d. h. die Frage der Abgrenzung und Kommunikation von und mit der umgebenden Gruppe, die entscheidende Ebene für das Gelingen oder Mißlingen der psychischen Entwicklung darstellt.

Das Ich eines Menschen erscheint im Lichte dieser Forschungen nicht allein als ein kybernetisches System der verschiedenen Abwehr- und Regulationsmechanismen, das durch seine Funktionen der Triebkontrolle und der Anpassung an die Außenwelt ausreichend bestimmt wäre. Neben diesem funktionellen Aspekt des Ichs müssen wir seinen Identitätsaspekt erkennen, der das Ich eines Menschen zu einer einmaligen Gestalt macht, die allein aus dem historischen Zusammenhang der Lebensgeschichte des einzelnen mit der seiner Gruppe, im weitesten Sinne der Gesellschaft, verstanden werden kann. Diese Identitätsfunktion des Ichs, wie ich sie nennen möchte, ist darauf angewiesen, daß im Rahmen eines interpersonellen Geschehens der einzelne im Aufbau, in der Aufrechterhaltung und in der Erweiterung seiner Ich-Grenzen kontinuierlich unterstützt wird, wie er selbst auch dazu beiträgt, seine Partner in ihrer Entwicklung zu unterstützen.

In diesem Sinne können wir in der Psychopathologie unserer Patienten und in den unbewußt gewordenen Konflikten, die sie in ihrer Ich- und Identitätsentwicklung behindert und beschädigt haben, auch die pathogene Dynamik einer Ge-

sellschaft erkennen, die ihre eigene Identitätskrise durch Verleugnung und Abspaltung zu umgehen versucht. Mit der genauen Analyse jener Krankheitsprozesse, die von der Gesellschaft und auch von vielen Psychiatern bis heute für uneinfühlbar und irreversibel gehalten werden, kann die Dynamische Psychiatrie zu der Verbreitung der Erkenntnis beitragen, daß Ich- und Identitätskrankheiten nicht ein per definitionem hoffnungsloses und individuelles Schicksal sind, sondern im Rahmen einer Gruppe verstanden und geheilt werden können.

The Psychodynamics of the Psychoses, the Symbiosis-Complex and the Spectrum of the Archaic Ego-Illnesses

Günter Ammon

In contrast to the classical psychiatry which views the behaviour of the psychotic ill as incomprehensible, *Ammon* understands it as a result of a disturbed ego-development during the early symbiosis between mother and infant in a primary group, which is unable to experience and to communicate. He does not negate the existence of potential etiological somatic factors, but attempts an evaluation of the significance of the different factors in bringing into the focus of the dimensions the level of the ego, since it is here where the sickness is experienced and is translated into behaviour.

Developing further the results of ego-psychological research of *Hartmann, Rapaport,* and *Federn, Ammon* postulates that the decisive phase in the ego- and identity-development is the formation of ego-boundaries. This is made possible by the support of primarily autonomous ego-functions through the primary group.

To make ego-development a successful process in the decisive phase of the symbiosis, the loving attention of the mother and her empathetic understanding of the needs and of the body-language of the infant are necessary prerequisites. This enables the child to form its body-ego, to develop the primarily given autonomous functions of constructive aggression and of creativity and to build up its ego-boundaries in the interaction with the mother.

Instinct and ego-development are here two parallel processes and a suppression of one of them signifies always a mutilation of the other one.

The experiential capacity of the mother and the group forms the frame of preoedipal development. The primary group has at its links to satisfy the infantile needs, to give protection to the child and assistance to endure necessary frustations. The support in this process of getting aware and of expressing needs helps the child in the formation of ego-boundaries against the instinctual world, whereas encouragement and protection in the curious ad-gredi of the child to human beings and objects, further the formation of ego-boundaries against the external world. The child feels forsaken if the primary group lacks these capacities. It attempts to protect itself against a threatening inundation of its weak ego-boundaries by splitting off the concerned experiential area in the

ego and by the negation of the equivalent part of the reality. Thus a structural ego-deficit, a „hole in the ego" comes into being.

According to the date and the length of this preoedipal traumatic experience the child develops a specific symptomatology to compensate the narcissistic deficit. Its destructive dynamics has to be understood as the reactive deformation of primarily constructive aggression. It is also dependent from the type of the pathogenic mother, which of the archaic ego-sickness, all marked by an ego-deficit, the child will develop (psychosis, sexual perversion, psychosomatic illness, borderline-syndrome). The schizophrenogenic mother is either unabel for maternity (malign form) or expects as a child-mother to be cared for as a child by her own children (benign form). The mother who furthers psychosomatic illness cathects only the shortcomings and the illnesses of her child, whereas the mother who brings forth in her child a perverse reaction only cathects all actions which concern the healthy body of her child. In both cases the child is treated as an object, but not accepted as a growing personality in its own right.

The mother who makes her children sick is the representative of the pathogenic primary group, which is unable to define the identity of the group and which cannot communicate on its needs and fears (*Bateson, Cohen, Wynne*).

Since the mother cannot exist by her own in the disturbed group, she often makes the attempt to bind the child to herself over the natural length of symbiosis. A psychotical disturbance of the ego or a disturbance near to psychosis remains as long latent as the child may keep up with this „prolonged symbiosis" or later, if it entertains a substitute symbiotic partnership. If these substitute symbioses fall apart, a psychotic reaction might be enhanced.

The therapeutic technique of the archaic ego-sicknesses does not attempt to unveil repression as the therapy of the neuroses does, but aims at a reintegration of the deficitary ego in the process of a retrieval of ego-development with the formation of flexible ego-boundaries, which make possible the communication to the interior and exterior world.

In accordance with *Karl Menninger, Ammon* conceives of the archaic ego-sickness as the one pole of a gliding spectrum of mental diseases, the other pole of which is represented by the neuroses with their unsolved oedipal complexes. But ego-sickness is no hopeless individual fate but might be, according to its pathogenesis understood in reference to a group and treated in a transference symbiosis (*Searles*).

Literatur

Ammon, Gi. (1969): Beobachtungen über einen Psychoanalytischen Kindergarten. Zum Problem der Frustrationsregulation (Berlin: Pinel-Publikationen)
— (1972a): Vorläufer Psychosomatischer Erkrankungen. Vortrag auf der Arbeitstagung der DAP vom 21.—28. 4. 1972 in Paestum/Italien. In: Dyn. Psychiat. (6) 11—32
— (1972b): Psychosomatische Syndrome bei Kindern und ihre Aufhebung. Vortrag vor dem Psychotherap. Inst. der Ignatius-von-Loyola-Univ. in Rom, 13. 6. 1972
Ammon, Gü. (1971 a, b, c): Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie I, II, III. In: Dyn. Psychiat. (4) 9—28, 123—167, 181—201
— (1972a): Zur Genese und Struktur psychosomatischer Syndrome unter Berücksichtigung psychoanalytischer Technik. In: Dyn. Psychiat. (5) 223—251
— (1972b): Der Traum als Ich- und Gruppenfunktion. In: Dyn. Psychiat. (6) 145—164
— (1972 c): Kreativität und Ich-Entwicklung in der Gruppe. In: Ammon, G. (Hrsg.): Gruppendynamik der Kreativität (Berlin: Pinel-Publikationen)
— (1973): Aggression und Ich-Entwicklung in der Gruppe. Ein Beitrag zur psychoanalytischen Aggressionstheorie. In: Z. Psychother. med. Psychol. (23) H. 3
Anzieu, D. (1971): Psychoanalytische Interpretation in großen Gruppen. In: Dyn. Psychiat. (4) 108—122
Balint, M. (1968): The Basic Fault. Therapeutic Aspects of Regression (London: Tavistock), dt. Ausg.: Therapeutische Aspekte der Regression. Die Theorie der Grundstörung (Stuttgart: Klett, 1970)
Bateson, G. et al. (1969): Schizophrenie und Familie (Frankfurt: Suhrkamp)
Cohen, M. B. et al. (1954): An Intensive Study of Twelve Cases of Manic-Depressive Psychosis. In: Psychiatry (17) 103—138
Erikson, E. H. (1956): The Problem of Ego Identity. In: J. Am. Psychoanal. Ass. (4) 56—121
— (1965): Kindheit und Gesellschaft (Stuttgart: Klett)
Federn, P. (1952): Ego Psychology and the Psychoses (New York: Basic Books)
Fenichel, O. (1945): The Psychoanalytic Theory of Neurosis (New York: Norton)
Freud, A. (1936): Das Ich und die Abwehrmechanismen (London: Imago)
Freud, S. (1911): Psychoanalytische Bemerkung über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia paranoides). Ges. W., Bd. VIII (London: Imago)
— (1914): Zur Einführung des Narzißmus. Ges. W., Bd. X, aaO.
— (1918): Aus der Geschichte einer infantilen Neurose. Ges. W., Bd. XII, aaO.
— (1924 a): Der Realitätsverlust bei Neurose und Psychose. Ges. W., Bd. XIII, aaO.
— (1924 b): Neurose und Psychose. Ges. W., Bd. XIII, aaO.
— (1927): Fetischismus. Ges. W., Bd. XIV, aaO.
— (1938 a): Die Ich-Spaltung im Abwehrvorgang. Ges. W., Bd. XVII, aaO.
— (1938 b): Abriß der Psychoanalyse. Ges. W., Bd. XVII, aaO.
Guntrip, H. (1968): Schizoid Phenomena, Object Relations, and the Self (London: Hogarth Press)
Harlow, H. F., Harlow, M. (1966): Learning to Love. In: Am. Scient. (54) 3
Hartmann, H. (1939): Ich-Psychologie und Anpassungsproblem (Stuttgart: Klett, 1960)
— (1953): Contribution to the Metapsychology of Schizophrenia. In: Essays on Ego Psychology. Selected Problems in Psychoanalytic Theory (New York: Int. Univ. Press, 1964)
Khan, M. M. R. (1968): Reparation to the Self as an Idolized Object. Die Reparation des Selbst als eines isolierten inneren Objektes. Ein Beitrag zur Theorie der Perversionsbildung. In: Dyn. Psychiat. (1) 92—98
— (1972): Der Fetischismus als Negation des Selbst. In: Pontalis, J. B. (Hrsg.): Objekte des Fetischismus. (Frankfurt: Suhrkamp)
Klein, M. (1952): Developments in Psychoanalysis (London: Hogarth Press)
Mahler, M. S. (1969): On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation (London: Hogarth Press)
Menninger, K. (1963): The Vital Balance. The Life Process in Mental Health and Illness (New York: Viking Press), dt. Ausg.: Das Leben als Balance (München: Piper, 1969)
Mitscherlich, A. (1958): Aggression und Anpassung. In: Psyche (XI)

— (1969): Die Idee des Friedens und die menschliche Aggressivität (Frankfurt: Suhrkamp)
Pankow, G. (1968): Gesprengte Fesseln der Psychose (München: Reinhardt)
Rapaport, D. (1958): The Theory of Ego Autonomy: A Generalization. In: Bull. Menn. Clin. (22) 13
Spitz, R. A. (1955): Die Urhöhle: Zur Genese der Wahrnehmung und ihrer Rolle in der psychoanalytischen Theorie. In: Psyche (IX) 641—667
— (1956): Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen (Stuttgart: Klett, 2. erw. Aufl. 1960)
Schultz-Hencke, H. (1951): Lehrbuch der analytischen Psychotherapie (Stuttgart: Thieme)
Winnicott, D. W. (1935): The Manic Defense. In: Collected Papers (London: Tavistock, 1958)
— (1948): Reparation in Respect of Mothers Organized Defense against Depression. In: Collected Papers. aaO.
Wolberg, A. R. (1973): The Borderline Patient (New York: Int. Medical Book Corp.)
Wynne, L. C.; Ryckhoff, I. M.; Day, J.; Hirsch, S. J. (1958): Pseudomutuality in the Family Relations of Schizophrenics. In: Psychiatry (21) 205—220. Dt. Ausg.: Bateson, S. et al. (1969) aaO.

Über die therapeutische Symbiose**

Harold F. Searles*

In der vorliegenden Arbeit diskutiert der Autor seinen Begriff „therapeutische Symbiose", der sowohl in der Behandlung neurotisch, wie aber vor allem psychotisch gestörter Patienten eine konstruktive Rolle für den Individuationsprozeß spielt. In dieser Phase, die der frühen Mutter-Kind-Beziehung entspricht, gehen Patient und Analytiker wechselseitig Identifikationsprozesse miteinander ein. Ermöglicht wird diese gegenseitige Abhängigkeit, weil das Ich-Defizit des Patienten gleichartig der symbiotischen Grundlage der gesunden Ich-Tätigkeit ist, die die Matrix für schöpferische Prozesse bildet. Der Autor diskutiert auf diesem Hintergrund verschiedene Formen und Vorläufer der therapeutischen Symbiose und die ihnen entsprechenden therapeutischen Techniken. Insbesondere wichtig erscheinen ihm die Annahme der autistischen Bedürfnisse des Patienten und seines Wunsches, für den Analytiker die Rolle des Therapeuten einzunehmen, sowie die Durcharbeitung der Ambivalenz wie der Eifersucht im fragmentierten Ich.

Im Jahre 1958 führte ich aus, daß eine symbiotische Beziehung zwischen Patient und Therapeut in der Psychoanalyse. bzw. in der Psychotherapie von neurotischen und psychotischen Patienten eine notwendige Phase darstellt. Dafür prägte ich den Begriff „therapeutische Symbiose" (*Searles,* 1959a). Im Jahre 1959 schrieb ich, daß das Neue in der Therapie nicht ein Ausweichen vor dieser symbiotischen, wechselseitig abhängigen Beziehung zwischen Patient und Therapeut sei, sondern die Annahme dieser Beziehung durch den Therapeuten (*Searles,* 1959b). Bei weiteren Diskussionen über diesen Gegenstand habe ich auf die Rolle der symbiotischen Beziehung bei gesunden Erwachsenen hingewiesen (*Searles,* 1965, 1967).

Die vorliegende Arbeit ist die dritte in einer Reihe, in der ich meine Beobachtungen über Autismus, Symbiose und Individuation darstelle. In dieser Reihe beschäftige ich mich nicht nur mit Patienten, die an einer mehr oder weniger ausgeprägten Schizophrenie leiden, sondern auch mit neurotischen Patienten, in deren Analyse ein subtil vorhandener Autismus offenbar wird. Die beiden folgenden Zitate entnehme ich den beiden vorangegangenen Arbeiten: „Die Kategorien . . . der pathologischen Symbiose, des Autismus, der therapeutischen Symbiose und der Individuation stellen meiner Meinung nach eine Reihe einander ablösender Phasen der Ich-Entwicklung in der Therapie dar. Vom Stand der erreichten Ich-Entwicklung zu Beginn der Therapie hängt es ab, ob ein Patient alle Stufen durchlaufen muß. Z. B. kann er zu Beginn der Therapie schon fähig sein, eine therapeutisch-symbiotische Beziehung einzugehen, und während der therapeutischen Arbeit mit diesem Patienten werden

* Professor of Clinical Psychiatry, Georgetown University School of Medicine, Washington, D. C.

** Diese Arbeit wurde als Sixth Annual Franz Alexander Memorial Lecture am 21. März 1972 in Los Angeles vor den Mitgliedern der Cedars-Sinai Division of Psychiatry und der Southern California Psychoanalytic Society and Institute vorgetragen. Eine frühere Fassung wurde vor der Canadian Psychoanalytic Society Ontario in Toronto am 27. Januar 1972 referiert.

die beiden ersten Phasen kaum in Erscheinung treten." (*Searles,* 1971) „Für den Übergang von der Phase des Autismus zur therapeutischen Symbiose habe ich es als charakteristisch bezeichnet, daß der Analytiker es nun für angezeigt hält, Übertragungsmanifestationen zu interpretieren. Im Gegensatz dazu mußte er sich in der vorangehenden autistischen Phase mit dem Gefühl abfinden, das ihm der Patient über längere Zeitspannen hinweg vermittelte, nutzlos, nachlässig, irrelevant, sorglos, unfähig zu sein, vor allem aber unmenschlich zu sein. So wie der Patient den Analytiker erlebte, mußte er auf die Erfahrungsstufe eines kleinen Kindes regredieren, dem die Mutter als übermenschliche Person erscheint. Der Patient erlebte den Analytiker gleichbedeutend mit der Mutter seiner frühen Kindheit, die für den Säugling die ganze Welt bedeutete, in der er ein unlöslicher Teil seiner Mutter war, und sein Ich noch nicht hinreichend ausgebildet war, um die Mutter als von seinem Körper verschieden zu erfahren und wahrzunehmen und sich und die Mutter als von der übrigen Welt getrennt zu erleben. Ähnlich liegen die Unterschiede zwischen der Übergangsphase und der therapeutischen Symbiose hinsichtlich der Frage, wann Übertragungsinterpretationen gegeben werden sollen. In der Phase der therapeutischen Symbiose sind diese fast ohne Einschränkungen angebracht." (*Searles,* 1970)

In der vorliegenden Arbeit beinhaltet der Begriff „therapeutische Symbiose" ambivalente wie präambivalente Formen der Symbiose innerhalb der Beziehung von Patient und Analytiker. Jedoch habe ich früher mit diesem Begriff lediglich die präambivalente Symbiose bezeichnet, die als hingebungsvolle und befriedigende Einheit erlebt wird und genetisch bis auf sehr frühe Ereignisse in der Beziehung zwischen dem Säugling und der Mutter zurückverfolgt werden kann, ehe Haßgefühle dieses Einssein hätten stören und die emotionale Matrix durch alles durchdringende Ambivalenz hätten verändern können. In beiden Formen der Symbiose ist eine Fülle von Möglichkeiten für therapeutische Interventionen enthalten, wie es auch für die anderen Phasen der Ich-Entwicklung gültig ist.

Darüberhinaus bin ich zu der Überzeugung gelangt, daß man kein Beispiel für eine präambivalente Symbiose geben kann, das eindeutig wäre und einen längeren Zeitraum betrifft. Mehr denn je bin ich mir eines Vorbehaltes bewußt, den ich 1961 so formulierte: „. . . es gibt kein sicheres Kriterium, das uns sagen könnte, ob wir uns mit dem Patienten in einer präambivalenten Symbiose oder mehr in einer paranoiden Symbiose befinden, die eine Abwehr gegen Haßgefühle ist, . . . wir müssen der Möglichkeit gegenüber offenbleiben, daß eine im Grunde konstruktive, subjektiv präambivalente Symbiose von Zeit zu Zeit unbewußt von beiden Parteien dazu benutzt werden kann, intensiven Haß dem Bewußtsein fernzuhalten." (*Searles,* 1961)

Der Patient als Therapeut in der Symbiose

Um das Wesen der therapeutischen Symbiose zu verstehen, muß man begreifen, in welchem Ausmaß der Patient die Aufgabe übernehmen möchte, sei-

nem Therapeuten gegenüber selbst der Therapeut zu sein, wie er es auch für andere Menschen in seinem Leben sein möchte. Der Wunsch, auf andere einen wesentlichen, therapeutischen Einfluß zu haben, betrifft nicht nur jene relativ beschränkte Anzahl von Menschen, für die die Psychotherapie oder die Psychoanalyse zur beruflichen Lebensaufgabe werden, sondern ist ein grundlegendes Bedürfnis aller Menschen. Wer sich schon als Kind vor die Notwendigkeit gestellt sah, für andere Familienmitglieder therapeutische Funktionen zu übernehmen, — wobei diese Rolle als so komplex und absorbierend und für das Identitätsgefühl als so bedeutsam, wie hinsichtlich anerkannter therapeutischer Erfolge, auf der anderen Seite also so frustrierend erschienen ist — wird wahrscheinlich als Erwachsener eine therapeutische Tätigkeit als natürliche Lebensaufgabe betrachten.

Es wäre schon nützlich zu erforschen, wie ein echtes Individuum, d. h. ein Mensch mit einem ungeteilten Selbst, einem relativ ganzen Ich, dazu kommt, ohne dazu beauftragt worden zu sein, für andere Menschen, die gleichfalls eine psychologische Individuation erlebt haben und auch echte Individuen sind, therapeutisch tätig zu sein. In der vorliegenden Arbeit jedoch beschäftige ich mich mit dem „Therapeuten in der Symbiose", mit dem Menschen, der noch keine feste Individuation für sich erreicht hat und dessen bedeutsamste menschliche Beziehungen darin bestehen, die Ich-Lücken der anderen auszufüllen. Diese Form der Beziehung beruht auf einem Verhältnis zur Mutter, in dem die Funktionstätigkeit des kindlichen Ichs auf der Ebene infantiler Fragmentierung und Nichtdifferenzierung fixiert bleibt; teilweise deshalb, weil der gefährdete Zustand der inneren Ordnung der Familie es erfordert, daß das Kind sich nicht zu einer eigenen Persönlichkeit entwickelt, sondern daß es sich, um die Ich-Lücken der anderen Familienmitglieder zu füllen, einzeln wie kollektiv, zur Verfügung hält.

So betrachtet ist der Patient nicht bloß ein von der Mutter und der Familie ausgebeutetes Opfer; die Begriffsbildung dabei zu belassen hieße, allein das feindselige Potential des Geschehens in Betracht zu ziehen. Ähnlich wie das Selbst und das Objekt in diesen symbiotischen Prozessen noch nicht klar voneinander abgegrenzt sind, so sind auch Liebe und Haß nicht klar voneinander differenziert. Ebenso wichtig wie alles andere sind die wachsende Liebesfähigkeit des Patienten und die Entwicklung seines Verantwortungsgefühles bei der Aufrechterhaltung dieser Beziehungsmodalität. Aufgrund der noch nicht richtig differenzierten Beziehung zu seinem eigenen Selbst ist das Kind bestrebt, schon um psychologisch und physisch zu überleben, die einzig ihm bekannte Art der Beziehung mit einem anderen aufrechtzuerhalten. Dabei hofft es, die Mutter so zu stärken, daß sie sich entwickeln kann, um für den eigenen Reifeprozeß ein Identifikationsmodell zu bekommen. Aufgrund des ebenso wenig vollständig entwickelten „Altruismus" wird das eigene potentielle Selbst aufgeopfert, um die Mutter zu vervollständigen und ihr Weiterleben zu sichern.

In alledem sind sowohl die Grundlagen für heftigsten paranoiden Haß zu finden, wie aber auch die Ursprünge echter, selbstloser menschlicher Liebe. Je kränker ein Patient ist, desto weniger kann er darauf verzichten, auf dieser Vorindividuationsstufe der Funktionstätigkeit des Ichs für seine Mutter in der Übertragungssituation der Analytiker zu sein. Diese Art der Übertragung, deren Entwicklung nötig ist, wird unmöglich gemacht durch die überlieferte Einstellung, der Analytiker sei der Gesunde, er habe ein intaktes Ich, er bemühe sich, dem Kranken mit dem Ich-Defizit zu helfen. Der Letztere leidet in der Tat an einem Ich-Defizit, aber daran leiden alle, auch der Analytiker. Ohne dieses „Leiden" kann der Analytiker nicht hoffen, in der therapeutisch-symbiotischen Phase den Patienten wirksam zu behandeln.

Niemand wird ein so vollkommenes Individuum, wird so sehr erwachsen, daß er seine früher erworbene Fähigkeit, symbiotische Beziehungen einzugehen, verliert. Das sogenannte Ich-Defizit des schizophrenen Patienten ist bei einer Betrachtung, die dessen dynamische Funktion ins Auge faßt und nicht seine statisch erscheinende Verkrüppelung, das Gebiet der intensivsten Lebendigkeit, auch wenn es in der Symbiose wie in einem Kristall zusammengefaßt erscheint. Es ist von derselben Natur wie die symbiotische Grundlage einer gesunden, erwachsenen Ich-Tätigkeit. Sie ermöglicht es einem gesunden Erwachsenen, sich kreativ mit einem anderen Individuum eins zu fühlen, oder auch dieses Gefühl mit einer Gruppe von Menschen, mit der ganzen Menschheit, mit der gesamten äußeren Welt, mit einer kreativen Idee usw. zu erleben.

Um die Fixierung der Ich-Entwicklung des Patienten, die sich darin äußert, daß der Patient nur das Fragment oder Fragmente eines Ichs erworben hat, in der psychoanalytischen Behandlung aufzulösen, ist eins mehr als das andere wichtig. Der Patient muß die Erfahrung machen, daß ein anderer Mensch, der Analytiker, imstande ist, die unentbehrlich wichtige Rolle, die der Patient für dessen, des Analytikers, Ich-Tätigkeit hat, anzuerkennen und mit ihm in bewußter Anerkennung dieser Tatsache zusammenzuarbeiten.

Nur durch diesen Prozeß kann der Patient seine Individuation stärken. Auch ist dieser Prozeß der Individuation, den der Patient im Rahmen der Übertragungsbeziehung jetzt mit mehr Erfolg erlebt, in Wirklichkeit wechselseitig, denn der Analytiker, der gemeinsam mit dem Patienten die therapeutische Symbiose erfährt, wird seine Individualität ebenfalls bereichern und vertiefen. Ebenso wie wir begreifen müssen, daß bei gesunden Menschen die Fähigkeit, symbiotische Beziehungen einzugehen, nicht auf die frühe Kindheit beschränkt bleibt, sondern auf zum großen Teil unbewußten Ebenen die dynamische Grundlage für das Leben des Erwachsenen bildet, so müssen wir anerkennen, daß der Individuationsprozeß nicht unwiderruflich ist. Nicht nur der schwerkranke Patient kann in einer psychoanalytischen Behandlung eine vollständigere Individuation erreichen als in seiner Kindheit, die nur fragmentarisch und oberflächlich war; auch ein gesunder Erwachsener führt ein Leben, das in seinen wesentlichen Bestandteilen Erfahrungen von symbiotischer Bezogenheit und

Reindividuation beinhaltet, seien sie nur momentan oder für eine ganze Lebensperiode bedeutsam.

Eine der gegenwärtigen größten menschlichen Tragödien besteht darin, daß Hunderttausende von Menschen in riesigen psychiatrischen Anstalten ihr Dasein fristen und die meisten von ihnen in chemischen Zwangsjacken dahinvegetieren. Der Grund dafür besteht wahrscheinlich in dem nichtartikulierten Gefühl, daß jeder von diesen Menschen, wenn wir es ihnen nur erlauben würden, ein viel persönlicherer Teil von uns werden könnte, als wir es uns eingestehen können.

Ich habe in den vergangenen Jahren die Beobachtung gemacht, daß bei schizophrenen Patienten am stärksten das Schuldgefühl abgewehrt wird, daß sie es nicht vermochten, aus ihrer unvollständigen Mutter eine vollständige Mutter zu machen, damit diese ihre Rolle als Mutter ihnen gegenüber erfolgreich übernehmen konnte. Dieses Schuldgefühl basiert zu einem Teil auf subjektiven Omnipotenzgefühlen und ist daher zu einem bestimmten Ausmaß irrational; es entspricht der Schuld, die wir der vermeintlich ebenfalls omnipotenten „schizophrenogenen Mutter", ihr allein, an der schizophrenen Erkankung des Patienten zuschieben möchten. Für uns ist aber ausschlaggebend, daß wir auch den realen Aspekt dieses Schuldgefühls angesichts des Scheiterns der Mutter gegenüber wahrnehmen. Denn es ist dieser reale Anteil, der es dem Patienten ermöglicht, einen Zugang zur Entwicklung reiferer Verantwortlichkeit in seinen interpersonellen Bezügen im allgemeinen zu finden. Die verkrüppelnde Wirkung seiner bisher unbewußten Schuldgefühle kann nur aufgehoben werden, wenn der Patient den Analytiker dazu befähigen kann, ungeachtet dessen, wie stark Haß und andere „negative" Gefühle auch sein mögen, in einer Beziehung zu ihm — analog zur Mutter — zu funktionieren. Im Nachhinein erkennen wir, daß die pathologischen Introjekte, die den Kern der Schizophrenie des Patienten ausmachen, nicht nur seine ihm unbewußten Mittel zur Bewältigung einer ihm unerträglichen Umwelt sind, sondern auch seine unbewußten primitiven Mittel, die „äußere Wirklichkeit" zu heilen. Der Patient hat nämlich die schwerstkranken Anteile der Mutter und späterer Mutterübertragungs-Personen in sich selbst aufgenommen, um die Mutter und ihre Nachfolger von dieser Last zu befreien.

Die Phase der ambivalenten Symbiose

In der analytischen Beziehung findet eine Regression nicht nur auf Seiten des bisher autistischen Patienten statt, sondern auch auf Seiten des Analytikers. Wie ich in einer früheren Arbeit (1970) beschrieben habe, wird der Analytiker auch in autistische Prozesse mit einbezogen. Wenn die Regression im analytischen Prozeß zunimmt, treten plötzlich und mit verstärkter Häufigkeit Teile der starken Ambivalenz, die das zersplitterte Ich aufweist, zutage. Gegen diese wurden je nach der Lebensgeschichte der Beteiligten autistische Prozesse zur

Abwehr mobilisiert. In der Phase der ambivalenten Symbiose, in der die Ich-Grenzen per definitionem bei jedem der Beteiligten unstabil sind, finden viele Projektionen statt. Jeder fühlt sich durch den anderen bedroht, weil dieser eigene, noch nicht integrierte Inhalte personifiziert. Z. B. projiziert jeder auf den anderen seine eigenen mörderischen Gefühle und fürchtet dementsprechend um sein Leben. Jeder meint, seine eigene (autistische) Welt, die ihm allein zu gehören schien, mit Beginn dieses Prozesses verloren zu haben und reagiert darauf mit starker Wut, Angst und mit primitivsten Verlustreaktionen. Z. B. erlebt der Analytiker den Patienten als jemanden, der in chaotischer Weise von seinem Leben Besitz ergreift. Subjektiv wird dieser Vorgang so erfahren, daß einem weder eine eigene Welt, noch ein eigenes Selbst übrigbleiben.

Zu betonen ist, daß hauptsächlich die unbewußte Ambivalenz, anders als die mehr bewußte Ambivalenz, die durch das Ich integriert werden kann, eine symbiotische Beziehung zum Anderen erfordert. In dieser Beziehung verkörpert der Andere die Anteile der Ambivalenz, die man selbst im Augenblick verdrängen muß. Im anderen Falle, wenn man seine eigenen Ambivalenzgefühle akzeptieren kann, kann man sich als Individuum fühlen und sich dem Anderen gegenüber wie zu einer Person in eigenem Recht verhalten. Ich werde niemals das Gefühl einer innerlich erreichten Freiheit vergessen, als ich die Kraft gefunden hatte, einer hebephrenen Frau, mit der ich über Jahre hinweg in einer quälenden symbiotischen Beziehung gefangen war, einen Besuch in meinem Haus zu verweigern, nach dem sie sich immer gesehnt hatte. Und ich verweigerte ihr diesen Besuch selbst auf die Gefahr hin, daß ein Klinikaufenthalt für sie damit verbunden gewesen wäre. Wo man hier eine Grenze zieht, ist von der Persönlichkeit des Analytikers abhängig; ich habe hier meine Grenze gezogen. Theoretisch gesehen ist es unwesentlich, vielleicht auch unklug, dem Patienten dies unvermittelt zu sagen. Es hat meiner Erfahrung nach jedoch niemals katastrophale Folgen, wichtig ist, daß man sich hier überhaupt eigene Gefühle gestatten kann. In diesem Fall konnte ich starke Ablehnungsgefühle verspüren, die ich jahrelang auf diese sich außergewöhnlich ablehnend verhaltende Frau projiziert hatte. Die Ambivalenz, über die ich schreibe, ist so intensiv, daß sie nur dann bewältigt werden kann, wenn die beiden Beteiligten weitgehend als eine Einheit diese Ambivalenz erfahren und erkennen können. Ich hoffe, daß es mir gelingt, dies in meiner Arbeit darzustellen.

Die Analyse dieser Patientin erfolgte zu einer Zeit, als ich noch nicht über genügend Erfahrung mit präambivalenten, symbiotischen Beziehungen mit meinen Patienten verfügte, um eine Begriffsbildung wagen zu können. Damals nahm ich an, daß alle symbiotischen Beziehungen in hohem Maße ambivalent seien. Nach einer Sitzung mit dieser Patientin machte ich mir folgende Notizen: „In zwei neueren Arbeiten habe ich auf symbiotische Beziehungen hingewiesen und wollte danach die Charakteristika einer solchen Beziehung in Einzelheiten beschreiben. Ich habe gerade eine Sitzung mit Carol Fleming (Pseudonym) beendet. Sie verlief wie hundert Sitzungen vorher mit ihr und ist, meiner Mei-

nung nach, typisch für eine symbiotische Beziehung.

Als ich in ihr kahles Zimmer trat, lag sie in ihrem Bett und schwieg. Ich fühlte mich beim Eintritt sehr entmutigt und verspürte einen Widerwillen, die Arbeit fortzusetzen. Im Verlauf der Stunde, in der sie mich meistens feindselig anschaute und wenn überhaupt, dann nur in Bruchstücken sprach, wurde ich gewahr, daß meine Gefühle vor allem Hilflosigkeit gegenüber meinen anderen Gefühlen ausdrückten. Ich lehnte diese Gefühle ab, ungeachtet, ob sie Antagonismus, Mitleid, Zärtlichkeit oder etwas anderes ausdrückten. Ich verspürte den starken Wunsch, die Arbeit mit der Patientin einfach aufzugeben und sie zu verlassen. Gleichzeitig überkam mich aber das intensive Gefühl, in einem Konflikt zu stehen und hilflos zu sein.

Ich hatte das Gefühl, als sei ich ihrer Gnade ausgeliefert und sie könne mit meinen Gefühlen spielen. Durch gehässiges Verhalten vermochte sie, feindselige Gefühle in mir zu wecken; andererseits konnte sie Zärtlichkeit und Sympathie hervorrufen, wenn sie plötzlich eine freundliche Miene aufsetzte und eine flehentliche Geste ausführte. Auch ist zu betonen, daß meine Gefühle in einem starken Widerspruch zueinander standen und unbeständig waren. Einmal hatte ich das Gefühl, wir wären zwei Klapperschlangen, die sich in den Nacken der anderen verbissen hätten. Keiner wollte loslassen, denn nur so konnten wir unsere gegenseitigen Haßgefühle am besten ausdrücken. Während der ganzen Sitzung war ich mit meinen Gefühlen unzufrieden."

Einige Monate früher hatte ich aufgeschrieben: „In der Sitzung der Therapeutengruppe, die sich regelmäßig trifft, um informell und so klar wie möglich die jeweils dringenden Probleme zu besprechen, war heute meine Arbeit mit Carol Fleming das Hauptthema. Ich hatte diese selbst angeregt, weil ich mich wegen eines bevorstehenden Besuches ihrer Eltern unter starkem Druck stehend fühlte. Während ich über meine Arbeit mit Carol berichtete, stellte ich nach und nach immer mehr Anzeichen einer starken unterdrückten Wut in mir fest, die ich wegen des Gefühls, in der Arbeit mit ihr zu scheitern, hatte. Es war, als trüge ich in mir einen großen schweren Stein, ... unverkennbar handelte es sich um eine Depression, die mit viel Wut verbunden war. Während des Berichtes fiel mir auf, daß mir sogar meine positiven zärtlichen Gefühle ihr gegenüber lästig waren, ebenso wie mir früher meine starken grausamen und sadistischen Gefühle lästig gewesen waren. Diese positiven Gefühle waren meinem Gefühl nach mir auch deshalb so unbequem, weil ich mich nicht frei fühlte, sie ihr gegenüber zu äußern. Ich wagte es z. B. nicht, ihren Kopf zu berühren, wenn ich es eigentlich gern getan hätte. Die ganze Zeit über hatte ich geglaubt, daß der Ausdruck solcher zärtlichen Gefühle eine Art Mißbrauch meiner Stellung als Therapeut war. Ich meinte, es würde die Patientin erschrekken und nur meine eigenen Abhängigkeitsgefühle befriedigen, wenn ich sie als Mutterfigur für mich gebrauchte. Im Verlauf des Tages begriff ich, daß meine Wut auf Carol Fleming die wichtigste Angelegenheit in meinem Leben

in Chestnut Lodge* war. Diese Einsicht war in der Tat erstaunlich; erst später fiel mir ein, daß diese Wut auch ein Maßstab für die Wichtigkeit meiner Beziehung zu dieser Patientin sein könnte."

Die überaus verschiedenen klinischen Erscheinungen, die ich hier auf einen Begriff bringen will, lassen sich nicht durch ein oder zwei Beispiele hinreichend charakterisieren. Diese Patientin war viel stärker in ihrem jahrelangen Autismus gefangen gewesen und hatte viel weniger Energie in ambivalent symbiotische Beziehungen, die klar faßbar gewesen wären, investiert, als die meisten Patienten, an die ich denken kann.

Diese Patienten, die eher Schizophrene mit einer Borderline-Struktur waren oder passagere Schizophrene, waren leichter zugänglich als die Patientin, die ich gerade erwähnt habe. Bei diesen Patienten war es auch außerordentlich günstig, daß beide Teilnehmer fast permanent wechselseitig auf den anderen reagierten, entweder verbal oder deutlich nonverbal mit schnell wechselnden Gefühlen, die den ganzen Bereich von Wut über Zärtlichkeit zu Hohn, oft in ungewöhnlichen Zusammensetzungen, erfaßten.

Über diese Art von Beziehungen habe ich in den letzten Monaten viel durch meine Arbeit mit einem hebephrenen Mann erfahren, den ich elf Jahre lang in Behandlung hatte und der allmählich die Fähigkeit erworben hatte, eine solche Beziehung mit einer anderen Person einzugehen. Damals wußten wir beide, daß ich in absehbarer Zeit das Krankenhaus, in dem er untergebracht war, verlassen würde. Auch habe ich viele Erfahrungen mit Hunderten von Patienten mit Borderline-Syndrom und passagerer Schizophrenie sammeln können, mit denen ich im Rahmen meiner Tätigkeit als Berater oder Lehrer einmalige Interviews durchführte. Sowohl die Situation der baldigen Beendigung der Therapie wie auch diese einmaligen Interviews regten mich an, mehr über die beiderseitige Trennungsangst von Analytiker und Patient zu erfahren. Meine langjährigen Beobachtungen haben mir gezeigt, daß die Trennungsangst, um die es hier geht, weniger mit der bevorstehenden physischen Trennung als mit der Bedrohung zu tun hat, die bestehende lebendige symbiotische Beziehung könne jederzeit und unvoraussehbar außer Kontrolle geraten und in Autismus oder Individuation umschlagen. Beide Möglichkeiten schienen weder für den Patienten, so wie er die Situation erlebte, noch für mich besonders ausgeprägt zu sein. Das Bevorstehen beider Möglichkeiten stellte für beide die gleiche subjektive Bedrohung dar, daß man plötzlich auseinandergerissen werden könnte.

Die symbiotische Unbeständigkeit der Ich-Grenzen macht es unmöglich zu wissen, ob es der „eigene" Ärger, die eigene Depression sind, die man plötzlich fühlt; oder ob man nicht empathisch ein dem Patienten „eigenes" Gefühl erlebt,

* Ich fühle mich nicht wohl dabei, daß ich diesen Zusatz „in Chestnut Lodge" schreiben mußte: ich konnte die Beziehung zu dieser Patientin einfach nicht als die wichtigste Sache in meinem gesamten Leben begreifen. Ich betrachte dies als einen Beweis für meinen damals unbewußten Widerstand, die Wichtigkeit, die diese Patientin für mich hatte, voll anzuerkennen — das heißt, die Entwicklung einer vollständig gefühlten präambivalenten symbiotischen Beziehung mit ihr.

dessen Erfahrung er selbst unbewußt erfolgreich abwehrt (z. B. durch Projektion). Bei verbalen Kommunikationen des Patienten ist dies oft kaum auszumachen, man hat aber das Gefühl, daß man unbedingt feststellen müßte, woher diese Kommunikationen kommen und wohin sie gehen.

Als Beispiel möchte ich über einen Patienten sprechen, der auf einer nonverbalen Ebene eine ambivalente symbiotische Beziehung mit mir eingegangen war, aber eine vergleichbare Stufe der verbalen Artikulation noch nicht erreicht hatte. Über viele Monate hinweg waren seine verbalen Mitteilungen auf stereotype Bemerkungen beschränkt. In einer Sitzung sagte er z. B. folgende stereotype Sätze, jeden zumindestens einmal: „Nimm dir Zeit." „Sei zufrieden mit dem, was du hast." „Bleibe glücklich." „Alles zu seiner Zeit und an seinem Ort." „Unnötig, das zu sagen." Das wirkte auf mich wie ein einseitiges Telefongespräch. Ich sagte ihm, daß ich überhaupt nicht wisse, ob diese Bemerkungen, die ich hier nacheinander aufreihe, 1. Antworten auf Gedanken seien, die er habe, oder 2. Antworten auf Stimmen, die er gerade höre, oder 3. Bemerkungen zu meinen Gedanken seien oder 4. die Vermittlung von Stimmen seien, die er gerade höre, oder 5. eine Mischung aus alledem. Er konnte darauf keine erhellende Antwort geben, was bei der Komplexität der Frage auch nicht überrascht. Ich nehme an, daß er zwischen diesen verschiedenen Möglichkeiten gar nicht unterscheiden konnte, denen ich jetzt noch eine sechste hinzufügen möchte. Er neigte nämlich dazu, dem durch sein Verhalten Ausdruck zu verleihen, was er als einen schweigenden halluzinatorischen Zustand meinerseits wahrnahm. In Wirklichkeit unterlag ich keinen Halluzinationen, obwohl diese Sitzungen oft sehr anstrengend waren. Von seinen Übertragungsreaktionen war jedoch die am klarsten, wenn er mich wie seinen Vater erlebte, der im Kriege einen „Nervenschock" erlitten hatte und längst verstorben war. Der Vater selbst hatte ein so fragmentiertes Ich, daß er, solange der Patient ein Kind war, keinen nutzbringenden Beruf ausüben konnte. Möglicherweise litt er selbst unter Halluzinationen.

Wesentlich früher schon in der Behandlung war mir klar geworden, daß die Äußerungen des Patienten von ihm aus gesehen ebenso gut Gefühle und Haltungen betrafen, die er bei mir vermutete, wie auch seine eigenen Gefühle und Einstellungen. Sagte er zum Beispiel mitten in einem längeren Schweigen vorwurfsvoll: „Eigentlich wollen Sie mir überhaupt nichts sagen", konnte dies Verschiedenes bedeuten: entweder bezog sich der Satz darauf, wie er mich wahrnahm, oder darauf, wie er sich selbst betrachtete, oder auf die Annahme, daß ich ihn so erleben würde. Als ich einmal zur regelmäßigen Sitzung mit ihm in das Gebäude ging, in dem er untergebracht worden war, fand ich ihn in der Nähe des Zimmers der Krankenschwestern. Er machte jedoch keine Anstalten, mir zu folgen. Einige Minuten blieb ich in seinem Zimmer sitzen bei geöffneter Tür und wartete auf ihn. Dann holte ich mir eine Zeitung aus der Nähe des Zimmers der Krankenschwestern und tat so, als sehe ich ihn nicht, als ich bei ihm vorbeiging. Kurze Zeit danach betrat er den Raum und sagte: „Wer zum Teufel braucht dich denn schon, du schleimiger Hurensohn?" Das konnte ebenso gut

seine Meinung über sich selbst sein, wie auch ein Urteil über meine Haltung ihm gegenüber, als ich mir die Zeitung holte. Bei solchen Zustandsbildern ist es wichtig, daß der Analytiker die Ich-Grenzen des Patienten bestimmt, weil starke unintegrierte und daher unkontrollierbare Feindseligkeit in der therapeutischen Beziehung zu erkennen ist. Zum Beispiel erinnerte ich mich noch sehr gut daran, wie dieser Patient plötzlich eine Stimme hörte, die offensichtlich von mir her kam und ihn beleidigte. Er reagierte auf diese Halluzination mit einem knapp beherrschten explosiven Wutausbruch, bei dem ich physisch Angst bekam und nicht mehr in der Lage war, das Geschehen in ihm zu steuern.

*Die Rolle der Eifersucht im fragmentierten Ich**

In meiner Arbeit mit dem oben erwähnten Patienten, wie auch in der Arbeit mit einem Patienten zuvor und vielen danach, habe ich beobachtet, daß die ambivalente symbiotische Beziehung zunächst auf nicht faßbare Weise wie eine Gruppenbeziehung erscheint, in der Eifersucht ein sehr wichtiger und schwieriger Faktor ist. Allgemein wird angenommen, daß Eifersucht im Kontext von drei Personen entsteht (*Farber*, 1961). Bei diesen Patienten jedoch (ich möchte noch einmal betonen, daß ich nicht nur von hebephrenen Patienten spreche, deren Ich sehr stark fragmentiert ist, sondern auch von den Patienten, bei denen sich schizoide Anteile im Lauf einer Analyse zeigen, was meiner Meinung nach alle Patienten zu irgendeinem Zeitpunkt erleben) haben die pathogenen Introjekte einen personhaften subjektiven Identitätswert und beeinflussen interpersonelle Beziehungen. Wenn der Analytiker für den Patienten persönlich gleichbedeutend mit dem fraglichen Introjekt geworden ist, ist er für den Patienten so wichtig wie dessen eigenes „Selbst". In eine eifersüchtige Dreierkonkurrenz geraten nun das Introjekt, der Rest der Identität des Patienten (d. h. der Teil, der nicht introjiziert worden ist) und die Gefühle des Analytikers.

Zum Beispiel pflegte der hebephrene Kranke, den ich bereits erwähnt habe, sich während der Sitzungen halluzinierten Stimmen zuzuwenden, denen gegenüber ich mich völlig bedeutungslos fühlte. Versuchte ich, sein Zwiegespräch mit einer halluzinierten Gestalt zu unterbrechen, schrie er mich wütend an: „Halt das Maul, ich habe Besuch!" Aber erst, als meine Gefühle sich für ihn gesteigert hatten, nahm ich meine Eifersucht wahr, wenn er sich einer phantasierten Person zuwendete. Ich hatte dann jedesmal das Gefühl, daß eine Gruppe anwesend war. Dieses Gefühl hatte ich auch oft mit einer Patientin, deren Ich ähnlich zersplittert war und mit der ich mehrere Jahre lang therapeutisch arbeitete. Später wurde ich mir meiner Bedeutung in meiner Beziehung zu dem hebephrenen Kranken so sicher, daß ich mir bewußt war, daß diese halluzinatorischen Vorgänge sekundär zu denen waren, die zwischen uns beiden bestanden, und ich fühlte mich solchen Eifersuchtsgefühlen nicht mehr länger ausgesetzt.

* Ich möchte auf die ausgezeichnete Arbeit von *Pao* (1969) „Pathological Jealousy" verweisen, die den psychodynamischen Hintergrund für diese Begriffe aufrollt, obwohl sie nicht meine hier vorgestellten Konzepte enthält. Die Arbeit gibt auch eine wertvolle Literaturübersicht zum Problem der Eifersucht.

Es kann auch vorkommen, daß der Patient auf sich selbst eifersüchtig wird. Dies geschieht, wenn ein Teil von ihm sich ausgeschlossen fühlt, wenn der Analytiker sich einem anderen Teil von ihm zuwendet. Dieses Gefühl kann zu einem starken Widerstand in der Behandlung werden. Ein Teil von den vielen Teilen, die in ihrer Gesamtheit das Selbst des Patienten ausmachen, kann mit dem Analytiker ein Arbeitsbündnis eingehen, während ein anderer Teil sich im Stich gelassen fühlt und mit starker Eifersucht und Rache auf das, was die beiden zusammengearbeitet und geleistet haben, reagiert. Das Selbst solcher Patienten besteht meistens aus einer Ansammlung schlecht integrierter Introjekte. Ich vermute, daß die Eifersucht teilweise auf frühe Ereignisse zurückgeführt werden kann, in denen Eifersucht, wenn zwei andere Personen nahe zusammen waren, nicht ausgehalten werden konnte, z. B. die Nähe der Eltern, oder die Nähe der Mutter und eines der Geschwister. Der Patient konnte diese Eifersuchtsgefühle nicht verarbeiten, sondern wehrte sie unbewußt ab durch die Introjektion der beiden, einander emotional nahen Personen. Ich vermute aber auch und halte es für wichtiger, daß diese Eifersucht einen Gegenspieler in der Mutter (oder in anderen mutterähnlichen Personen) hatte. Um sich anzupassen, versuchte das Kind damals durch Introjektion die Mutter, deren Ich fragmentiert und mit intrapsychischer Eifersucht beladen war, zu unterstützen.

Im Verlauf der Behandlung kann diese Eifersucht am besten als unbewußte Abwehr gegen jene therapeutisch notwendige, zunächst als beängstigend für den Patienten wie auch für den Analytiker erlebte Verschmelzung bearbeitet werden, die Teil der präambivalenten Symbiose ist. Mir erscheint, daß die bedrohlichsten Momente für die Therapie, die im Ausagieren dieser Eifersucht liegen, sich bereits zeigen, ehe irgendeine starke präambivalente Übertragungsbeziehung sich herausgebildet hat. Hingegen können Eifersuchtsmanifestationen, die sich nach einer Individuation zeigen, vom ganzen Patienten und vom ganzen Analytiker behandelt werden, selbst wenn diese Individuation noch nicht beträchtlich ist. Bewältigt wird die Eifersucht bei der Untersuchung der Bedeutung einer Beziehung zu einer dritten Person außerhalb der therapeutischen Situation.

Ich möchte nun etwas aus meiner Arbeit mit einem schizoiden Patienten berichten, dessen Krankheitsgrad nicht ungewöhnlich schwer für eine ambulante Praxis war. Einige Jahre lang stellte ich bei diesem Mann eine Selbstzufriedenheit fest, die mich wütend machte. Aber eines Tages merkte ich mit Erstaunen, daß ich jetzt auf ihn eifersüchtig war. Bisher hatte er sein Selbst mir gegenüber so eindeutig favorisiert, daß ich mich mit Bitterkeit von der wechselseitigen Wertschätzung und von der traulichen Beziehung der beiden „Personen" ausgeschlossen fühlte. (Ich möchte betonen, daß ich dies nach einer jahrelangen Arbeit mit ihm feststellte.) Ich sah im Nachhinein, daß ich ihm gegenüber bisher weder eine ausreichende noch eine persönliche Bedeutung gewonnen hatte (oder in den Begriffen der klassischen Psychoanalyse ausgedrückt: er hatte mich als ein Objekt in eigenem Recht nicht libidinös besetzt), so daß ich jetzt erst die beiden „Personen" in ihm erkennen konnte und ich mich erst jetzt fähig dazu

fühlte, wie auch den Wunsch hatte, in dieser Dreiecksbeziehung, die voll von Eifersuchts- und Konkurrenzgefühlen war, eine Rolle zu spielen. Ich habe den Eindruck, daß der Analytiker und der Patient die Therapie oft vor Erreichung dieser lebendigen und für beide beunruhigenden Stufe aufgeben, weil solche schizoiden Patienten sich der Psychoanalyse gegenüber oft so entmutigend unzugänglich zeigen. Auf dieser Stufe wird die Ich-Fragmentierung des Patienten bloßgelegt, und die Übertragung nimmt den Charakter einer mörderisch eifersüchtigen Dreierkonkurrenz an.

Die Technik beim Übergang vom Autismus zur therapeutischen Symbiose

Die autistische Phase, die oft sehr lange dauert und scheinbar statisch ist, ist nicht nur als die Zeit vor Beginn erkennbarer aktiver therapeutischer Prozesse der therapeutisch-symbiotischen Phase zu kennzeichnen. In ihr bereitet sich der Aufbau einer festen Struktur vor, in der sich später Veränderungen abspielen können. *Milners* (1969) positive Betonung dessen, was ich Autismus nenne, wird dadurch bestärkt. *Milner* sagt über frühreife Ich-Entwicklung und gesundes Wachstum, daß es notwendig sei, den Rückzug in Geistesabwesenheit (d. h. in Autismus) wiederholt antreten zu können. Sie meint, „daß hinter den Zustandsbildern, die in der Sprache der Analytiker als autoerotisch und narzißtisch bezeichnet werden (d. h. autistisch), der Versuch stecken kann, sich in gutem Sinne narzißtisch zu betätigen, nämlich sich primär an sich selbst zu erfreuen . . . " Richtig verstanden bedeutet das nicht eine Ablehnung der äußeren Welt, sondern eine erneuerte und wiederbelebte Kathexis dieser Welt. Sie zitiert auch *Heimann* (1962), die die Bedeutung des narzißtischen Rückzugs für den kreativen Prozeß untersucht hat und es für notwendig hält, die Veränderungen des Narzißmus von seinen primitiven Manifestationen bis hin zu seiner Vereinbarkeit mit Ich-Kreativität und Objektbeziehungen zu untersuchen.

In der autistischen Phase liegen meiner Meinung nach auch die Grundlagen für die „durchschnittlich zu erwartende Umwelt" *(Hartmann,* 1939), für die „Umwelt, die trägt und versorgt" (*Winnicott,* 1941) und für die Rolle der Mutter als eines schützenden Schildes *(Khan,* 1963, 1964).

In der autistischen Phase entwickeln sich in starkem Maße die Grundlagen für Zuverlässigkeit. Diese Zuverlässigkeit, mag sie sich nun in Pünktlichkeit, einer festgelegten Sitzordnung oder in sonstigen Äußerlichkeiten der Behandlungssituation zeigen, muß mit der sich entwickelnden Sicherheit beider Beteiligter darüber, was die Situation erlaubt und was nicht, verbunden sein. Um den unmittelbaren Erfordernissen der Behandlungssituation gerecht zu werden, muß der Analytiker vor allem sein individuelles Selbst wahrhaftig darstellen. Manchmal ist dazu unendliche Geduld nötig, die den Ausdruck von unentschuldbarer Nachlässigkeit haben kann, oder aber auch mörderisch ungeduldige Härte.

In meiner Arbeit mit einer chronisch kranken schizophrenen Frau entwickelte ich eine Technik, die ich mit Verlegenheit meinen Kollegen in Chestnut Lodge als die chinesische Wassertortur vorstellte, weil sie oberflächlich gesehen sehr

sadistisch zu sein scheint. Jedoch ist diese Technik aus der Notwendigkeit der Situation entstanden und hat sich als brauchbar erwiesen. Es war einfach die rigorose Anwendung einer Technik, die *Rogers* viele Jahre zuvor (1942) bereits beschrieben hatte. Ich wiederholte einfach alles, was die Patientin gesagt hatte und zeigte ihr gleichzeitig, daß ich gern mehr hören möchte. Dabei ging ich aber keinen Schritt weiter als sie selbst. Ihr Identitätsgefühl war außerordentlich schwach, und deshalb hatte sie große Angst vor eigenen Schritten. Für sie waren Individualität und hoffnungsloser Wahnsinn identisch. Viele Male zuvor hatte ich es gewagt, ihr etwas vorauszugehen, und jedes Mal hatte sie entfremdet mit Schrecken und Verdammung auf mich reagiert. Mit dem furchtsamen Ausruf: „Sie sind verrückt, Dr. Searles!", hatte sie mich jedes Mal von ihr wieder abgetrennt. Auf harte Weise hatte ich begriffen, daß ich bei ihr sein mußte, wenn sie auch nur einen Schritt versuchsweise wagte. Ich wiederholte jede ihrer versuchshaften Bemerkungen, die oft nur der Anfang eines begonnenen Satzes waren, den sie ohne Hilfe nicht zuende bringen konnte. In keinem Fall durfte ich weiter sein als sie.

Ich war erfreut, als einer meiner Kollegen, den meine Darstellung einer der typischen Sitzungen mit dieser Patientin sehr gestört hatte, ärgerlich protestierend sagte: „. . . in dieser Sitzung haben Sie jedes Wort, das die Patientin sagte, aufgegriffen und es ihr wiederholt. Danach haben Sie sie um weitere Auskunft gebeten, als ob Sie alles, was sie tat, kontrollieren mußten. Das ist ja schrecklich und rigide strukturiert. Ich würde gern wissen, was die Patientin über ihre eigenen Aggressionen denkt — warum dies so gemacht werden muß. Wenn jemand mit mir so umgehen würde, würde ich auch meinen, ich werde verrückt und müßte mir meine Haare ausraufen oder etwas dergleichen tun."

Sein Einwurf hat mich deshalb so gefreut, weil es eine genaue Beschreibung dessen war, wie ich mit der Patientin umging, und weil seine emotionale Reaktion so verwandt mit der der Patientin war. Bei ihr war diese Reaktion therapeutisch gesehen günstig. Meine Beziehung zu ihr machte anschließend eine Phase der ambivalenten symbiotischen Beziehung durch, in der wir beide viele stürmische Sitzungen erlebten. Dann folgte später eine klar abhebbare und lange Phase der präambivalenten therapeutischen Symbiose, die für unser beider Wachstum von großem Wert war. Die Patientin wurde dadurch befähigt, eine größere Individuation zu erreichen, als es anderen meiner chronisch kranken Patienten bisher je geglückt ist. Ich bin davon überzeugt, daß diese spätere Entwicklung unmöglich gewesen wäre, wenn ich nicht in der autistischen Phase für sie als eine Art Außenskelett fungiert hätte.

In meiner Arbeit über das neutrale Verhalten des Therapeuten (1963) beschrieb ich in Einzelheiten einige klinische Beispiele aus der Behandlung eines chronisch kranken schizophrenen Patienten. Dieser Patient lag monatelang in den analytichen Sitzungen stumm und bewegungslos da und schwebte offensichtlich am Rande von Leben und Tod. Meine Funktion in dieser Zeit war es, mich ihm gegenüber wie ein stummes, bewegungsloses, lebloses Opfer zu ver-

halten, das ihm schließlich half, nachdem alle „aktiveren" Maßnahmen versagt hatten, in echtem Sinne lebendig und funktionsfähiger zu werden.

Aus alledem kann man den Schluß ziehen, daß der Analytiker die autistische Starre des Patienten personifizieren muß, damit diese Starre in zunehmend differenziertere und bewußt zu gebrauchende Ich-Stärke übersetzt werden kann. Das geschieht teilweise durch die Identifikation des Patienten mit dem Verhalten des Analytikers, der zur rechten Zeit lebendig wird und es wagt, die starre und „unbelebte" Übertragungshaltung, die für jeden Patienten zeitweilig so notwendig ist, konstruktiv auf verschiedene Weise aufzugeben. In der alltäglichen ambulanten Praxis haben gerade die Patienten (und das sind nicht nur vorübergehend schizophren reagierende und Patienten mit einer Borderline-Struktur, sondern auch Neurotiker), die sich am meisten über den fernen und unveränderlichen Analytiker beklagen, diese Haltung für die Auflösung und Integration ihrer autistischen Anteile besonders nötig.

Meiner Meinung nach muß der Analytiker, damit der Autismus des Patienten aufgelöst werden kann, nicht nur ein verläßlicherer mütterlicher Schutzschild sein als die Mutter des Patienten sein, wie *Khan* es beschrieben hat. Zunächst muß der Analytiker es akzeptieren, daß der Patient für ihn selbst als mütterlicher Schild funktioniert. Dies muß meiner Meinung nach so weit gehen, daß der Analytiker sich bequem und frei fühlt, in die autistische Welt des Patienten als Teil seiner eigenen Welt einzusteigen. Erst dann kann der Patient ihn als ein Identifikationsmodell für die Annahme sehr primitiver Abhängigkeitswünsche betrachten und nach und nach seine autistische Welt gegen die Welt eintauschen, die der Analytiker repräsentiert und durch ihn personifiziert wird. In Wirklichkeit besteht dieser Prozeß nicht aus voneinander abhebbaren einmaligen Schritten nach vorn, sondern aus vermischten, ständig oszillierenden Prozessen. Zum Beispiel liefert in einem Augenblick der Analytiker das Außenskelett, in einem anderen der Patient, zunehmend aber im Laufe der Zeit beide gleichzeitig und gemeinsam.

Was ich hier beschreibe, erfordert eine weitere Bewertung der Orientierung des Patienten auf den Analytiker hin. Während der Übertragungsentwicklung stellt der Analytiker immer mehr fest, daß die autistischen Mechanismen des Patienten ihm als mütterlicher Schutz in seiner eigenen Ich-Funktionstätigkeit dienen. Der Patient geht auf ihn ähnlich wie auf die ich-fragmentierte Mutter ein, die zu ihrem eigenen Funktionieren den Patienten auf der autistischen Ebene festhalten mußte, um in ihm eine Grundlage für ihre gefährdete Existenz zu erhalten. Anders als die Mutter jedoch verfügt der Analytiker über ein ausreichend integriertes Ich und kann zugeben, wie unentbehrlich und wichtig ihm dieser Patient ist. Denn der autistisch reagierende Patient kann eine bedeutsame Beziehung zu ihm herstellen, indem er als mütterlicher Schutz für die am wenigsten integrierten Ich-Anteile des Analytikers dient, worauf die Übertragung des Patienten auf den Analytiker als ich-fragmentierte Mutter basiert.

Mit anderen Worten, der Analytiker muß sich eingestehen können, daß auf

dieser primitiven Stufe der Patient als sein mütterlicher Therapeut funktioniert und funktioniert hat. Je mehr er sich dessen bewußt ist, desto weniger explizit braucht er es dem Patienten gegenüber einzugestehen. Es besteht eine gegenseitige stillschweigende Übereinkunft darüber, daß der Patient ihm dabei geholfen hat, sich mit Bereichen in ihm selbst auseinanderzusetzen, die ihm vorher zum größten Teil unbekannt waren. Je mehr diese Bereiche in die bewußte Ich-Tätigkeit des Analytikers integriert werden, desto eher kann er die starke Mutter sein, die der Patient braucht. Da der Patient sich ihm gegenüber erfolgreich als Mutter verhalten konnte, indem er in ihm sein Kind oder seinen Fötus pflegen konnte, bedeutet es für den Patienten keine Erniedrigung, sich zunehmend sein infantiles Bedürfnis einzugestehen, im Analytiker eine Mutter zu sehen.

In einer neueren Arbeit (1972) über meine langjährige und noch nicht abgeschlossene Arbeit mit einer wahnhaften Patientin, die ein sehr fragmentiertes Ich besitzt, habe ich beschrieben, wie ich nach und nach entdeckte, bis zu welchem furchtbaren Ausmaß ihre wahnhafte Welt in Wirklichkeit aus Reaktionen auf verschiedene wirklich vorhandene, aber hauptsächlich unbewußte Anteile meiner Person bestand. Bemerkenswert war, wie sehr ich vorher davor zurückgescheut hatte, mir meine Wichtigkeit für sie einzugestehen. Dabei hatte ich ihr gegenüber die Rolle des Schöpfergottes und der frühen Mutter gehabt. Für mich aber war es persönlich leichter gewesen, die Patientin als gottähnlich anzusehen, als mich so verehrt durch sie zu fühlen.

In meinen neueren Arbeiten (1970, 1971) über den Autismus habe ich dargestellt, wie der Analytiker in seiner Reaktion auf den autistischen Patienten auf seine eigenen autistischen Prozesse zurückgeworfen wird. Mit wiederholtem und vertieftem Staunen stellt der Analytiker immer wieder fest — muß sich diese Tatsache bewußt machen und anerkennen —, daß seine Welt und die des Patienten, die anscheinend so weit voneinander getrennt sind, nur verschiedene Ergebnisse von Prozessen sind, die aber einen unbewußten Untergrund gemeinsam haben. Diese Erkenntnis fördert die Auflösung des autistischen Verhaltens in bezug auf andere Personen. Eine häufige Manifestation dieses Prinzips ist die Annahme des Analytikers, daß die Assoziationen, die er für sich hat, während ein langweiliger schizoider Patient sich in einer Schweigephase befindet, nur etwas mit seiner eigenen Person zu tun haben. Dabei stellt es sich aber heraus, daß diese „freien" Assoziationen, die er als seine Privatangelegenheit betrachtet hat, neue und aufschlußreiche Hinweise über das Geschehen im Patienten und zwischen dem Patienten und ihm selbst geben, denn die „private" oder „autistische" innere Welt des Analytikers ist gar nicht so weit vom Patienten entfernt, wie der Analytiker es annehmen möchte.

Concerning Therapeutic Symbiosis

Harold F. Searles

This is the third paper in a series of *Searles'* concerning autism, symbiosis, and individuation (*Searles,* 1970, 1971). *Searles* postulates that a phase of

symbiotic relatedness between analyst and patient, corresponding to the early relationship between mother and child, is necessary in the treatment of psychotic as neurotic patients as well. If full acceptance to this phase is given by the analyst, individuation processes on both sides, on the patient's and on the analyst's, are made possible.

The patient's faulty ego-development has been caused by an ego-fragmented mother, who needed for the compensation of her own ego-incompleteness that the child was kept fixated at a level of infantile fragmentation and non-differentiation. The mother was neither able to accept her child as a human being apart from herself, nor could she admit her child's importance for her own ego-functioning. The child reacted to this maternal behavior with the attempt to compensate his mother's deficit by introjection and to assume responsibility for her in taking over the mothering role himself. The most heavily defended emotions in the schizophrenic patient according to *Searles* is his sense of guilt of having failed in his endeavor to fill the mother's deficit. Searles stresses that the child was not just only a victim, but that it is here where his sense of more mature responsibility in his interpersonal relationships in general could develop.

On this background *Searles* differentiates several aspects in the symbiotic relatedness. It may have the quality of an ambivalent or a pre-ambivalent relationship. The latter stage is prior to the intrusion of significant increments of hate into the mother-child-situation and is felt as a state of „contented oneness". It is nearly impossible to find an example of a prolonged, clearly-defined stage of preambivalent relatedness in the therapeutic process.

A characteristic aspect of the therapeutically-symbiotic phase is the wish of the patient to function as a therapist towards his analyst. *Searles* assumes a basic concern of all human beings to effect other persons therapeutically. But if later individuation could not be achieved, all relationships of these persons are characterized by the attempt to fill the areas of the unconscious ego-deficits in the other persons. The more ill the patient, the more he needs to become the mother in the transference situation with the analyst. The analyst should accept this need, which is a necessary step towards individuation of the patient and because, since it is a repetition of the early behavior of the child towards his mother, the patient may fill the unconscious ego-deficits of the analyst, as he did with his mother's.

An important stage in the therapeutic process is the regression to the stage of archaic ambivalence. It can be worked upon only by the common efforts of patient and therapist. Since the mechanisms of projection and introjection are so prevalent in this phase, each participant feels threatened by the other one, who represents and personifies those aspects in oneself which one cannot tolerate. Throughout this phase the partners need each other urgently and feel strong anxiety that their symbiotic relatedness might be torn asunder at any moment.

Jealousy plays a central role in the treatment of patients with a fragmented ego. It occours when the analyst comes to be invested by the patient with a

personal significance approximately equivalent with which the introject in question is invested. It is a „three"-way competitiveness between the introject in question, the introject that feels neglected, and the therapist's feelings. For instance, hallucinatory voices may compete with the analyst's or the patient's attention. It turns out to be a strong resistance, when the part of the patient that feels left behind tries to destroy the working alliance the other part has established with the therapist. *Searles* assumes that the child incorporated his jealousy-ridden mother in his attempt to make her a functioning mother.

Autism is a phase before the therapeutic symbiosis, in which the analyst has to serve as a maternal shield or as an „exo-skeleton" for the patient's weak ego. The analyst must come to personify the patient's own autistic rigidity, so that the patient can then utilize him as a model for identification in regard to the acceptance of his very primitive dependency-needs. But the autistic phase is not just a mere marking of time before the onset of the therapeutically symbiotic phase. It compromises the necessary establishing of the reliably strong context within which later changes can be allowed to occur.

In all instances the reciprocal dependency and the mutual influence between therapist and patient is important. *Searles* concludes with the remark that the world of the therapist is not as separated from the world of the patient, since his world and that of the patient are but separate outcomings of the same unconscious ground. *Searles* stresses that the foundation of healthy creative ego-functioning is the experience of symbiotic relatedness, which in its nature is similar to the so-called „ego-deficit" of the patient. Seen in its dynamic function this ego-deficit is the area of the most intense though crystallizedly symbiotic aliveness of the patient.

Literatur

Farber, L. H. (1961): Faces of Envy. In: Rev. Existential Psychol. and Psychiat. (5)
Hartmann, H. (1939): Ego Psychology and the Problem of Adaptation (London: Imago)
Heimann, P. (1962): Notes on the Anal Stage. In: Int. J. Psycho-Anal. (43)
Khan, M. M. R. (1963): The Concept of Cumulative Trauma. In: Psychoanal. Study Child XVIII (New York: Int. Univ. Press)
— (1964): Ego Distortion, Cumulative Trauma, and the Role of Reconstruction in the Analytic Situation. In: Int. J. Psycho-Anal. (45)
Milner, M. (1969): The Hands of the Living God — An Account of a Psycho-Analytic Treatment (New York: Int. Univ. Press)
Pao, P.-N. (1969): Pathological Jealousy. In: Psychoanal. Quart. (38)
Rogers, C. (1942): Counseling and Psychotherapy (Cambridge: The Riverside Press)
Searles, H. F. (1959 a): Integration and Differentiation in Schizophrenia. In: J. Nerv. and Ment. Dis. (129)
— (1959 b): The Effort to Drive the Other Person Crazy — an Element in the Aetiology and Psychotherapy of Schizophrenia: In: Brit. J. Med. Psychol. (32)
— (1961): Phases of Patient-Therapist Interaction in the Psychotherapy of Chronic Schizophrenia. In: Brit. J. Med. Psychol. (34)
— (1963): The Place of Neutral Therapist Responses in Psychotherapy with the Schizophrenic Patient. In: Int. J. Psycho-Anal. (44)
— (1965): Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects (London: The Hogarth Press; New York: Int. Univ. Press, 1965)
— (1967): Concerning the Development of Identity. In: Psychoanal. Rev. (53)
— (1970): Autism and the Phase of Transition to Therapeutic Symbiosis. In: Contemp. Psychoanal. (7)
— (1971): Pathologic Symbiosis and Autism. In: In the Name of Life — Essays in Honor of Erich Fromm, ed. by B. Landis and E. S. Tauber (New York: Holt, Rinehart and Winston)
— (1972): The Function of the Patient's Realistic Perceptions of the Analyst in Delusional Transference. In:Brit. J. Med. Psychol. (im Druck)
Winnicott, D. W. (1941): The Observation of Infants in a Set Situation. In: Collected Papers (London: Tavistock, New York: Basic Books, 1958)

Adresse des Autors:
Harold F. Searles, M. D., P. A.
Suite 901
The Westwood Towers
5401 Westbard Avenue
Washington, D. C. 20016

Intrapsychic Aspects of Schizophrenic Psychopathology

Gaetano Benedetti*

Nach einer kurzen Darstellung der wichtigsten seit Erscheinen von Freuds Abhandlung „Das Unbewußte" erarbeiteten Schizophrenie-Theorien greift Benedetti das Konzept des Ich-Splitting auf und sieht in der schizophrenen Reaktion vor allem einen Defekt der intrapsychischen Integration. Als Folge der Desintegration verliert die Wahrnehmung der äußeren Realität ihre Charakteristika der Kausalität, Voraussagbarkeit und Unterscheidbarkeit zwischen Ich und Nicht-Ich. Das Ich wird vom Es und Über-Ich partiell abgespalten, von Triebimpulsen halluzinatorisch überflutet und umgestaltet und projiziert Triebe und Über-Ich-Funktionen als magische Kräfte in die Außenwelt.

Auch im Über-Ich findet ein Spittling statt: die Funktion der Selbstbeobachtung wird in Form kommentierender und vorhersagender Stimmen, die moralische Funktion als Anklage wegen eingebildeter Verbrechen und das Ich-Ideal durch Idolisierung anderer Objekte in die Außenwelt projiziert. Dieser Vorgang entspricht hier aber nicht der aktiven Abwehr des Neurotikers, sondern ist eine Folge des fortschreitenden Desintegrationsprozesses, so daß der schizophrene Patient noch mehr leidet.

Den für die schizophrene Reaktion fundamentalen Vorgang des Splitting führt der Autor auf eine Wechselwirkung unbekannter neurophysiologischer, genetisch vermittelter und psychodynamischer Prozesse zurück, wobei letztere durch eine krankmachende Mutter-Kind-Beziehung und eine widersprüchliche, irrationale und feindselige Kommunikation in der Familiengruppe entstehen.

Historical Introduction

The first psychoanalytic scheme of the intrapsychic mechanism of psychosis, developed by *Freud* in his article on the Unconscious, was of the libido-economic type. This scheme postulated three successive phases:**

1) Libido disinvestment of objects, resulting in feelings of derealization, autism, and stupor on the part of the patient.

2) The return of the Ego, to primary narcissism, due to a regression of the libido from its objective investments. Thus, we consider hypochondriasis the result of an exaggerated libidic stimulation of the mental representation of the bodily organs. And megalomania, as due to hyper-investment of the Ego.

3) Finally, the recover, process that lead but to partial reinvestment of the representation of reality, particularly limited to its own abstract symbols, i. e., the language whose terms are indeed often taken by the schizophrenic patient

* Prof. Dr. med., Psychiatrische Universitätsnervenklinik, Basel

** According to Freud this concept is essential: libidic investment of objective representations remains within the unconscious of those patients with transference neurosis, whereas it disappears in patients with narcissistic neuroses or schizophrenias.That formulation, however, was no longer acceptable even in the Thirties when Federn demonstrated the occurence of transference phenomena in schizophrenia as well.

for the real objects, denominated by these terms. Recovery, according to *Freud,* does not progress to the point of complete restitution to reality.

This scheme, however, has slowly but steadily been modified within subsequent decades; for the most recent developments, see the criticism and the new formulation of *Arlow* (1969). And with the passage of time, of course, other ways of viewing the concept of reality have been elaborated. The most important development in the elaboration of the concept of reality has occurred when an attempt has been made to give to the term „reality" a truly real connotation, by substituting the description of maternal personality for that of primary object.

At this point the interest of the investigators has diverged: some of them, as *Mahler,* have studied, in the classical psycho-analytic sense, the events of the Ego in its inability to establish a relationship with the primary maternal object. (*Mahler,* 1952, for example, thinks that the inability of the child to achieve a normal symbiotic relationship, i. e., to make use of the mother as the representative of his own self in confrontation with reality—that this inability is at the basis of the libidic disinvestment of reality and of the autism of the child's psychosis). Other investigators (*Rosen,* 1953; *Sechehaye,* 1947) have replaced interest in the pathology of the Ego by interest in the pathology of the maternal object („the schizophrenogenic mother"). This maternal object is structured in such a way as to deny the child the possibility of a satisfactory libidic interaction. From here it was but a short step to the sociological linking, shifting attention from the mother to the whole familial picture (*Bateson,* 1960; *Lidz,* 1967; *Stierlein, 1963; Wynne,* 1968). The sociology of schizophrenia—at first familial, and more recently (*Bastide,* 1969; *Siirala,* 1961) also extra-familial—tends to substitute the concept of disease with that of a „way of life".

The studies of the English school of *Fairbain* (1954), of *Melanie Klein* (1956) and her students, and particularly of *Rosenfeld* (1964) have continued to remain within the realm of the psychoanalysis of the Ego. The splitting of the mother into good object and bad object, that constitutes a part of the normal development of the Ego (schizo-paranoid phase), is accompanied by an agressivity of the Ego toward the bad object, toward which in turn are projectively ascribed its own aggressive drives.

All these studies have undoubtedly contributed greatly to the depending of our knowledge of the pathology of the Ego, which is at the basis of the psychoses.

An original synthesis of the interpersonal point of view with that of the intrapsychic one is found particularly in the investigation of *Arieti* (1955). Characteristic of this author's account of the development of schizophrenia is his constant effort to keep clearly in mind both the contents and the form of thought, namely, the typical schizophrenic of cognitive structures. Presumably, it is only this type of research, proceeding, as it does, along a double track—forms and contents—that will eventually take us toward the root of the illness. The contents of the unconscious, the typical conflicts as *Arieti* explains, are to be found both in the neurosis as well as in schizophrenia. In the latter, the

unconscious contents are less repressed, are closer to the conscious level but are not specific to schizophrenia, when compared to the neurotic contents. Schizophrenic specifity lies first of all in the psychopathologic forms of this disease, in its thought structures.

The present paper is devoted to ego pathology and not to the familial, sociological dimension. It will point particularly to the concept of splitting of the Ego, studying it not so much from a psychogenetic point of view, but rather as the starting point for our understanding of those psychodynamic mechanisms that distinguish schizophrenia from neurosis. Contrary to *Freud* we see in the phenomenon of schizophrenia not so much an impairment of libidic economy, as a defect of intrapsychic integration. This defect has unknown causes, presumably not merely psychogenetic, but also bio-hereditary; it manifests itself, however, as psychopathology only after having passed through psychodynamic mechanisms, wherein the reaction of the Ego and of the environment to the disease constitutes an essential part of the disease itself.

The Defect of Cognitive Integration of Perception in Schizophrenia

It is in the disorganization of the Ego that we consider primarily the loss of the Ego's normal relationship with the perceptual apparatus that keeps us in touch with reality. Psychosis reveals itself in the fact that psychic acts, which were previously personal egoized, become autonomous. Within the context of relationships with reality this means that the perceptual processes lose their characteristics of a. causality, b. predictability, and c. ability to discriminate between Ego and non-Ego,which are the three main features of a given perception integrated within an organized Ego.

The schizophrenic patient is no longer able to perceive:

a. in a discriminative way the causality of an event. All fortuitous occurrences are caused by him, i. e., placed in a causal relationship to others. Two events which are in some accidental relationship of contiguity to each other, are structurally put together. The fact that they have something in common appears to the patient to be an essential link between them. In this regard, *Arieti* has pointed out that the sharing of two predicative qualities is usually interpreted as identity of subject. Thus, for instance, if the patient sees a woman dressed in black, he connects the two things and, therefore, believes that the black dress is there to hint at the guilt of the patient. This identification of things that merely touch each other, skim each other at their edges, seems to be due to the fact that other qualities—quite different and allowing a clear-cut distinction between the two—are not perceived with the same intensity as are those fortuitous links. It is as if those links were somehow overinvested with an excess of emotinal charges.

b. Moreover, it often happens that „probabilities" cannot be approximately evaluated by the patient, because of difficulties, hypothetically explainable ac-

cording to cybernetic models, events with a different degree of probability are, therefore, lumped together. Hence, inadequate distinction among what is only probable, what is causal, and what is fortuitous is tantamount to disintegration of that temporal component of consciousness that allows predictions for the future. All our lives are interwoven around this ability to predict the immediate future, making inferences from what is happening.

c. For „discrimination between Ego and non-Ego" I mean the conceptualization of the fact that the flux of perceptions „collides" normally against that cohesive system of the Ego, whose task it is to record such perceptions. This recording is feasible through the comparison with organized memonic traces that are similar and different from the new perception. If these traces which make up egoization are not adequately organized, then the matching is not possible. The new perceptions, instead of being matched with those of the past and thence stored in their specific informational features as new mnemonic traces, contribute to an even greater disorganization of the previous traces, which are unable to set the background for new ones.

Thus, from what he perceives, the patient's self-identity is modified. The reality that he perceives is something which manipulates and influences him continuously, and which he is unable to organize in categories of causality, predictability, distinction between Self and not-Self.

The perceptual process is available to the Ego in its control of reality and constitutes, as *H. Hartmann* pointed out as early as 1938, one of the autonomous functions of the Ego. In schizophrenia perceptual processes are unavailable to the Ego. Materially, they function: however, the Ego appears unable to integrate the perceptions within a system of its own, which could provide the Ego with the sensation of „activity in the perception". The internal world, therefore, becomes alien to the patient, does not belong to him. He is not in touch with his world because he cannot invest it with his own psychic activity.

A point that often emerges from this state of affairs is the frequent feeling of passivity, of „necessity", of being compelled to think or to act in a certain way, that is distressing to the patient. This sensation of being determined is implicit in the phrase that we often hear from schizophrenic patients, according to whom some persons can carry out no actions but those foreseen by the patient. In such a case, the perception of necessity and passivity is projected into others.

Motivations of other persons are perceived by the patient as forces against which he cannot oppose his Ego. This is to be understood in the literal sense; not only does the patient feel compelled to act according to the suggestions of others (as in catatonic conditions marked by echolalia); but he also feels transformed by the very same motivations which he perceives. Here is the origin of the sensation, on the part of the patient, that he is continuously manipulated by others. Hence the fear of others, the need to „remove the soul" from the world, or to withdraw into one's own autistic world. The surrounding objects

do not allow him to maintain distance from them—in other words, to remain himself in the face of them.

Because of the weakness of the Ego, alien motivations don't only bear down on the Ego as destructive forces; they may also be transplanted in a parasitic way within the Ego of the patient. He is, therefore, no longer able to distinguish whether somebody else's intentions or movements belong to him or not. On the other hand, motivations of his own self are not bound together in a solid egostructure and, therefore, they appear at times to the patient as motivations alien to him (transitivism). To the observer this creates the impression that the patient feels almighty. According to my experiences, however, this is only a „pseudo-omnipotence" intimately bound up with feelings of defenselessness and weakness.

Not only relationships with the perceptual system are impaired and inadequate but also those with the Id and the Superego. The consequence of this partial splitting of the Ego from the Id and the Superego is that the Ego on the one hand loses its normal awareness of freedom and feels instead as if determined by functions of the Id that are normally egoized and now broken off from the integrative system; and, on the other hand, instinctive drives and super-ego functions are perceived as magic forces, extraneous to the Self of the patient. These drives are, therefore, perceived as a reality within a reality, i. e., a second reality composed of meanings and interactions constantly referred to the patient: as if the psyche of the patient, with its drives, its ideas, its wishes—would stretch out in the course of the objective events, monstrously distorting them. Hence, the disintegration of the relationship of the Ego with the Id and Superego is after all, the same as the distortion of reality. This distortion of reality is not merely a perceptive fact, but includes the intrapsychic splitting, includes namely, the relationship of the Ego with the Superego and the Id.

Impulses originating from the Id are dangerous to the patient not only in the neurotic sense that they involve him into situations which are for him morally or narcissistically unacceptable. These superego problems are, of course, also present in schizophrenic patients; however, they are neither specific nor are they so dreadful to produce a loss of selfidentity. Impulses from the Id, present in the consciousness but dissociated from the Ego, become the other part of the Self; for example, the appearance of cosmic hallucinations whose universality is not only a consequence of projections (to be understood as forms of defense), but rather expressions of the tendency to perceive, as parts of the world, which the Self is unable to feel as its own. Whether the patient behaves, then, as a defenseless onlooker of struggles utilizing his Ego as their scenario; or, whether he tries desperately to act as the go-between of opposing cosmic impulses (thereafter attempting to re-establish by means of these cognitive efforts his own ego unity); or, whether he makes up his mind for one side, but nevertheless remains unable to rid himself of the other—in all the cases in this array setting up the subjective experience of the patient, the representation

itself of the process of splitting of the Id stands out in its most dramatic immediacy.

In schizophrenia we observe the disintegration of the Id at several levels, e. g., in the field of motility. The patient, starting any action whatsoever, is insecure, as though ridden from opposite impulses. He is not capable of activating successively those motor patterns that contribute to an orderly flow of the action; the temporal sequence is interrupted; opposing movements are activated simultaneously. The patient lifts up a leg and immediately brings it down without completing the action; the ambivalence is tantamount to a simultaneous investment of ideo-motor models which normally become integrated in an orderly sequence. The patient asserts that he feels as though he were fettered, harassed from opposite impulses, which he is unable to organize and control.

Another aspect of insufficient integration of instinctive drives at the Ego level is the frequent experience described by the schizophrenic patient as being a victim of sexual perversions. His genitals are electrified, orgies with hallucinating perversions haunt him day and night, he is raped, subject to continuous violence and manipulation by an interplay of drives ascribed to outside influences. This scenario exceeds by far, what might be considered as the superego problem of repressed sexuality. It is, rather, the inability of the Ego to organize instinctive drives within its own structure, inability that sets these drives free from any control and, therefore, makes them omnipotent, gigantic and ceaselessly active—all the while the patient lives out his own ego weakness in the face of these pressures in a state of continuous passivity.

The defense of the Ego against the Id is a motivation even more archaic than the moral one. It is the effort to preserve its own identity against the disintegrating pressure of instinctive drives. The ego system is continuously transformed by the instinctual flux through hallucinations and feelings of any kind. The inability of the Ego to organize these drives within its own structures makes them particularly dangerous. Structure is defense, is autonomy. Even when the Ego identifies itself with an impulse and accepts it, there is some kind of activity (namely in the acceptance itself), there is potential ability to refuse, to set itself against the impulse, and it is just this potential choice that is at the basis of that sense of freedom that permeates our thought and action. It is precisely this freedom that is lost in psychosis, where the Ego is unable to oppose with its own structures the increase of instinctive pressures. Loss of autonomy, automatization, catatonia, raptus, and psycho-motor phenomena are the consequence of this process at the behavioral level.

The inadequate integration of the Id in the Ego system is presumably of psychobiological origin, but it is also to a high degree influenced by a familial environment with contradictory, irrational, hostile, inconsistent behavior.

It is probably that social information, which weaves the interpersonal relationships, „nourishes" the presumed psychobiological structures subserving our

communicative interactions. It is, therefore, a distortion of the communicative processes in schizophrenic anamnesis that produces, possibly, a deficiency of psychobiological „nourishment", which in turn worsens the hereditary ailment and is congruent with it.

This „dialectic" between biology and psychology is probably typical of schizophrenia, and we assume its presence in order to understand, after the perceptive and the vital (Id) impairment, a third kind of psychopathological phenomena.

The Splitting of the Superego

Nowadays everybody agrees upon assigning to the Superego three basic functions: moral conscience, self-observing, and the Ego-Ideal. These functions have been conceptualized as precise entities through the study of the neuroses. However, it is only in the study of schizophrenia that such functions appear clearly distinct in their peculiarity. As a matter of fact, it is just in schizophrenia that we can observe them separated out of the normal framework that usually binds them together in a single picture. In the mental disintegration typical of schizophrenia it is this very psychic binding that is lacking. With the break down of the integrative framework, with the weakening of the organized forces, single psychic acts appear in their „pure" state, i. e., isolated from each other within the mental field. These three superego functions are detached from the normal mental texture in some unique, schizophrenic traits, which repeat themselves in different patterns:

a. The function of self-observing appears to be isolated in those patients who complain of voices which observe the actions and thoughts of the patients. At times the voices comment upon what they observe; at times they just foresee what is still in the intentional stage: „Now he stands up, he moves, he takes a chair, etc."

b. The moral function appears detached from the Ego in those schizophrenic patients who are at the mercy of a destructive Superego, one that does not reckon with reality, one that does not reckon with what the Ego actually does and thinks and can do, but which on the contrary, accuses the Ego of the most fanciful crimes, making most unreasonable demands. This Superego functions are in vain, because there is no longer any ego activity.

c. The third function appears isolated in those schizophrenic patients who have no Ego-Ideal; lacking, in other words, a model introjected within the Ego whereby the patient can identify himself. Instead, the Ego-Ideal projected onto objects in the surrounding world, is no longer a part of the patient. Here, too, splitting of the Ego-Ideal involves the loss of ego influence and, subsequently, amplification by isolation: the doctor is, for instance, hallucinated by the patient as God. What we call here projection must be understood in a different sense than the neurotic projection. While in the latter the projective contents are still

a part of the Ego (although they appear to the consciousness only in the symbolization of the world), in psychosis the projection is indeed not due to active behavior on the part of the Ego—since this active behavior is, in fact, what we call „projection"—but rather to the disintegration of those links that enable the Ego to realize as its own, as apects of its own ego ration, certain psychic processes. The latter are, therefore, related to those external stimuli of peripheral origin. In the schizophrenic patient, „projection" is accompanied by an increase of suffering, which demonstrates that projection is not so much a defense as it is a further development of the process of splitting. This process has advanced to such a degree that the patient's Ego is no longer able to perceive the dissociated functions of the egoization system as something that continues, nevertheless, to be a part of the psychic field. The forces perceived at this moment as being parts of the outside world are, therefore, interpreted as magical.

Autonomy against the Ego

The autonomization of a psychic function against the Ego creates therein a sensation of unrelatedness. It is, in fact, a constitutive feature of the autonomous Ego—that of not being able to perceive any autonomy whatsoever from those functions related to it. Functions that achieve autonomy against the Ego provoke in the Ego the feeling of not being completely autonomous, i. e. of being influenced by those functions that have themselves become autonomous. It is the very fact of the autonomy of these functions, of an autonomy-within-the-autonomy, that shatters the experience of freedom of the Ego.

Forces, which on the one hand have become alien to the Ego, but which nevertheless, since they belong to the psychic field, do not possess those features of extraneousness that we are accustomed, to perceive as typical of the external world,—are still felt as internal, and yet as no longer belonging to the Self. This duplicity of reference marks, this being at the same time inside and outside: part of the patient, and part of the world yet is interpreted by the patient as a persecutory magic. It is precisely this experience of magic that should convey to us the fact that the Ego no longer has available all those data that are normally elaborated through perception.

What we perceive as belonging to the world is normally outside the system of the Self. The fact of perceiving the existence of something outside the self, normally has a deep reassuring value for us, because it is equivalent to that dichotomy between Self and not-Self, to the distinction between internal and external world, to which we are accustomed since our earliest years of life. From the moment that something belongs, i. e., is related or attributed to extrapsychic reality, even though it continuous to be part of the system of the self, the distinction learned in childhood between an internal and external world dis-

appears completely. This reality, which is at the same time part of extrapsychic reality as well as of the system of the Self, is extremely alien to the accustomed mode of feeling and thinking, to the possibility of seeing one's way clear vis-à-vis the world and his own identity, and is, therefore, to sum up, incommunicable.

Splitting and Psychodynamics

But if the fact of splitting is at the basis of schizophrenia, is this then a psychodynamic process? Undoubtedly, as pointed out first of all by *Eugen Bleuler* (1950), the process of egoic disorganization activates an immense number of psychodynamic processes aimed at rectifying as much as possible, the disintegrative circumstance. *Bleuler* believed that this fundamental process was, per se, of organic nature. To summarize my own neuropsychological concept in a nutshell, I would think that the nervous structures subserving the psychic process (of symbolization, of communication, of identification) are transformed by the very same bits of information which they organize and „process". Moreover, I would think that the processes of integration among Ego, reality, Id, Superego, as well as all the other psychic transactions within the Ego system are psychobiological processes (whose nature is as yet unknown). These, I conjecture, are promoted by the affinity, consistency, and synthetic potentiality of the information, of the experiential data they receive. An impairment of the groundwork of the psychobiological processes is matched, — therefore, completing it by an impairment of experiential events, reflected in such concepts, as „the transmission of irrationality" of *Wynne* (1968); the confusion of roles of *Lidz* (1967), and those already previously emphasized, by many investigators: *Arieti* (1955), *Benedetti* (1971), *Fromm-Reichmann* (1955), *Hill* (1955), *Rosen* (1953), *Schultz-Hencke* (1952), *Sechehaye* (1947), *Stierlin* (1963), *Sullivan* (1947), *Will* (1961), etc. In point of fact, few matters are to such a degree integrative as are interhuman emotional processes.

Understood in this way, we shall never find in the psychogenetic mechanisms of psychosis that purely motivational structure typical of neurosis. We shall never find the entire cause at the level of motivation, or of conflictual feature. The Ego of the neurotic patient may experience in its conflicts with the Superego guilt feelings, or be incapable of working out in actual activities some of its instinctive drives; yet as an egoic system it does not incur dissolution processes. No conflict, however intense it may be, is ever the source of a disintegration process, because large areas of the Ego are set up in a cohesive way, and because the intra-egoic synthesis is carried out by highly stable, biological and psychodynamic processes.

This twofold influence of biological components and psychodynamic components in giving rise to Schizophrenia seems to me corroborated by modern genetic research. Here I wish to cite an investigation by *Schulsinger*

who made a comparative study between a) the sons of schizophrenic parents adopted immediately after birth and reared in healthy non-schizophrenic families and, b) sons of sane parents, adopted after birth in schizophrenic families, wherein one or the other member was taken ill with schizophrenia. *Schulsinger* found the same percentage of schizophrenic morbidity: 45 % in the first case; 44 % in the second one, lumping together schizophrenics and borderline subjects, i. e., all patients classifiable within a „schizophrenic spectrum". This observation shows us that the biological hereditary taint and the pathological milieu apparently have the same pathogenic weight.

The schizophrenic defense, I re-iterate, is not the same as the neurotic—an attempt to avoid conflict with the Id or the Superego; it is, rather, an effort to attain egoization, scotomizing the stimulus that threatens to annihilate the last remnants of egoization. As a matter of fact, these stimuli are too strong, and qualitatively to extraneous to the patient, to allow them to become egoized, introjected and assimilated.

It ist just at this point that we can assume a common substratum of psychology and physiology in the pathogenesis. We may assume that the disintegrating thrust of stimuli flourish in a deficient structural development of the Ego, which is not only the consequence of biographic vicissitudes but also produces these vicissitudes.

Of course, this assumption is not the least to be taken as a denial of the psychodynamic processes! On the contrary, it implies the importance of them. Indeed, how the patient reacts to disharmony of his genic endowment, or to the poverty of egoized structuration, it is just this how that constitutes the essence of psychosis—not the original deficience per se. Even if the psychosis were to appear in close relationship with some serious biological lacuna we would always refuse to look for its sole cause at the biological level. Indeed, it is the organization and complexity of man, in comparison with the relative simplicity of the infra-human psyche, which makes possible the psychosis.

If we can find in the vicissitudes of the relationship between mother and son the origin of the integrative defect, we are then at a strictly psychological level. However, it is sometimes also possible to conceptualize the same phenomenon in a different way: e. g., as a defect of the perceptive and synthetic egoic functioning of the child. This in turn causes partial denial reactions from the environment: again, in their turn worsening the defective psychic assimilation. It seems that there is a complementarity between the psychological and the physiological levels, since both of these levels appear to us as two aspects of the same phenomenon. Both aspects can be interconnected by a link of double causality, in the sense that the perceptive integrative defect, and the emotional one, unfortunately, operate together and are interwoven in the vicissitudes of the relationship between child and mother.

This intersection and superimposition of psychology with physiology seems to support the thesis that the original matrix fostering the organization of the

Ego is to be found in an affective bi-personal interaction, which represents to the developing Ego of the child the first real model of intrapsychic integration. The basic concept which I have expounded, is then, that intrapsychic integration is not automatically due to the integrative nervous structure, but to the function, i. e., the relationship—which in turn influences the structure.

Intrapsychische Aspekte in der Psychopathologie der Schizophrenie

Gaetano Benedetti

Freud hat unter dem Aspekt der Libido-Ökonomie ein erstes psychoanalytisches Konzept der Psychosen entwickelt: Libido wird von den Objekten abgezogen, das Ich kehrt zum Zustand des primären Narzißmus zurück. Schließlich werden Repräsentanten der Realität, z. B. sprachliche Symbole, wieder mit Libido besetzt, mit denen dann wie mit realen Objekten umgegangen wird.

Dieses Schema, besonders *Freuds* Konzept der Realitätsprüfung, ist in den folgenden Jahrzehnten allmählich modifiziert worden. Die wichtigste Weiterentwicklung bestand darin, daß das primäre Objekt durch die Persönlichkeit der Mutter ersetzt und diese beschrieben wurde.

Während *M. Mahler* in klassisch psychoanalytischer Weise das kindliche Ich untersucht hat, besonders seine Unfähigkeit, eine normale symbiotische Beziehung einzugehen und die Mutter als Repräsentanten des eigenen Selbst zu gebrauchen, haben andere *(Rosen, Sechehaye)* die Pathologie des mütterlichen Objektes, die „schizophrenogene Mutter" erforscht, welche dem Kind keine Möglichkeit einer befriedigenden libidinösen Interaktion geben kann. *Bateson, Lidz, Stierlin* und *Wynne* haben dann die ganze familiäre — *Bastide* und *Siirala* auch die außerfamiliäre —, Umwelt miteinbezogen und sind so zu einer Soziologie der Schizophrenie gelangt.

Die englische Schule von *Fairbairn, Melanie Klein* und ihrem Schüler *Rosenfeld* hat sich wieder auf eine Psychoanalyse des Ichs beschränkt. Die Spaltung der Mutter in ein gutes und ein böses Objekt, die Bedeutung und Folgen dieser Spaltung für die Psychose wie auch für die normale Ich-Entwicklung (schizoparanoide Phase) sind von ihnen dargestellt worden. Eine erste Synthese des interpersonellen und des intrapsychischen Ansatzes findet sich bei *Arietli.* Bezeichnenderweise beachtet er ständig beides, den Inhalt und die Form schizophrener Symptome, wobei der unbewußte Inhalt im Vergleich zu den Neurosen dem Bewußtsein näher ist und die psychopathologische Form das Spezifische der Schizophrenie ausmacht.

Die vorliegende Arbeit befaßt sich mit der Pathologie des Ichs, nicht mit der familiär-soziologischen Dimension. Die Spaltung des Ichs wird nicht so sehr psychogenetisch betrachtet, sondern es wird untersucht, wie sich die psychodynamischen Mechanismen der Schizophrenie von denen der Neurosen unterscheiden. Der Autor sieht im Gegensatz zu *Freud* bei der Schizophrenie nicht so sehr eine Beeinträchtigung der Libido-Ökonomie als vielmehr einen Defekt der

intrapsychischen Integration. Die Ursachen dafür sind nicht bekannt, er vermutet neben psychogenetischen bio-hereditäre.

Die Integration einer Wahrnehmung ist mit dem Erkennen ihrer Kausalität, ihrer Vorhersagbarkeit und mit der Unterscheidung zwischen Ich und Nicht-Ich verbunden. Es ist ein Prozeß, der ein organisiertes Ich zur Voraussetzung hat, ein Ich, in dem Erinnerungen gespeichert und geordnet sind, das in aktiver Weise mit der Wahrnehmung in Beziehung tritt. Der schizophrene Patient, der dazu nicht in der Lage ist, erlebt die Wahrnehmung als etwas, was ihn beeinflußt, was seine Selbst-Identität verändert. Die Motivationen und Äußerungen anderer Menschen werden von ihm als etwas wahrgenommen, dem er sein eigenes Ich nicht entgegenstellen kann. Er fühlt sich gezwungen, danach zu handeln (z. B. die Echolalie in katatonen Zuständen), und hat das Gefühl, selbst verändert und manipuliert zu werden. Aus Furcht vor den Objekten, die ihm nicht erlauben, Distanz zu halten, zieht er sich in seine eigene autistische Welt zurück. Das schwache Ich nimmt die Äußerungen der Objekte aber auch in parasitärer Weise in sich auf und ist dann nicht mehr in der Lage zu unterscheiden, ob die Motivationen und Intentionen von ihm selbst ausgehen oder nicht.

Auch Es und Über-Ich sind nicht in das Ich integriert, es fühlt sich von ihnen bestimmt und nimmt sie als magische Kräfte wahr. Die Es-Impulse sind dem Patienten nicht nur in einem neurotischen Sinne gefährlich — etwa, daß sie ihm aus moralischen und narzißtischen Gründen nicht akzeptabel erscheinen. Gefährlicher ist der drohende Verlust seiner Selbst-Identität. Die Es-Impulse sind bewußt, aber abgespalten, und was vom Selbst nicht als Eigenes erlebt werden kann, wird als Teil der äußeren Welt wahrgenommen. In diesem Sinne sind die Halluzinationen nicht nur Ausdruck und Folge von Projektionen. Schizophrene Patienten fühlen sich oft ihren sexuellen Perversionen ausgeliefert. Es handelt sich dabei nicht um ein Über-Ich-Problem, sondern um die Unfähigkeit des Ichs, diese Triebe in seine Struktur aufzunehmen. Sie befinden sich so außerhalb jeder Kontrolle und erscheinen dem passiven Ich gigantisch und maßlos. Die archaische Abwehr des Ichs gegenüber dem Es ist der Versuch, die eigene Identität vor dem desintegrierenden Druck der Triebe zu retten. Ich-Struktur bedeutet insofern Abwehr und Autonomie.

Die inadäquate Integration des Es in das Ich ist vermutlich psychobiologischen Ursprungs, wird aber in hohem Grad von der familiären Umwelt beeinflußt. Diese vermuteten psychobiologischen Strukturen, die unseren kommunikativen Interaktionen dienen, benötigen möglicherweise zu ihrer Entwicklung eine bestimmte „Fütterung" durch die entsprechenden Kommunikationsprozesse selbst. Diese „Dialektik" zwischen Biologie und Psychologie ist wahrscheinlich typisch für die Schizophrenie.

Die drei Funktionen des Über-Ich, wie moralisches Bewußtsein, Selbstbeobachtung und Selbst-Ideal, sind in der Neurosenforschung konzipiert worden, können aber erst beim Studium der Schizophrenie als klar voneinander unter-

schieden erkannt werden. Mit dem Zusammenbruch des integrierenden Rahmens erscheinen sie isoliert voneinander in sozusagen reinem Zustand. Die Selbstbeobachtung wird als Stimme wahrgenommen, die Aktionen, Gedanken und Intentionen des Patienten voraussagt und kommentiert. Die moralische Funktion erscheint abgelöst vom Ich bei Patienten mit einem destruktiven Über-Ich, welches das Ich anklagt, die unwahrscheinlichsten Verbrechen begangen zu haben. Bei Patienten ohne Ich-Ideal, ohne introjiziertes Modell, mit dem sie sich selbst identifizieren können, erscheint das Ich-Ideal auf Objekte der Umwelt projiziert. Während bei der Neurose der Inhalt der Projektion noch Teil des Ichs bleibt, der vom Ich in aktiver Weise abgewehrt wird, ist die „Projektion" in der Psychose Ausdruck und Folge eines fortgeschrittenen Abspaltungsprozesses.

Für ein autonomes Ich ist es eine konstituierende Bedingung, daß seine einzelnen Funktionen selbst keine Autonomie erlangen. Ist das der Fall, entsteht im Ich das Gefühl der Fremdheit, des Beeinflußt-Werdens und der Abhängigkeit. Die dissoziierte Funktion wird als nicht zum Selbst gehörend, als fremd erlebt und hat doch nicht die gewohnten Merkmale der Außenwelt. Dieser doppelte Bezug, das gleichzeitige Innen- und Außen-Sein, wird vom Patienten als magische Verfolgung erlebt. Als gleichzeitig extra- und intrapsychische Realität erscheint sie gewohntem Denken und Fühlen extrem fremd und ist nicht kommunizierbar.

Wie *Bleuler* als erster ausgeführt hat, ist an der Basis der Schizophrenie die Spaltung. Der Autor meint, daß Prozesse der Integration von Ich, Realität, Es und Über-Ich wie auch alle Vorgänge innerhalb des Ichs psychobiologische Prozesse sind. Die neurologischen Substrate und Strukturen, die den psychischen Prozessen dienen, werden durch genau dieselben Informationen geprägt, welche sie selbst organisieren und hervorbringen. In den psychogenetischen Mechanismen der Psychose finden wir nie die klare Motivations- und Konfliktstruktur wie bei der Neurose, und ein Konflikt, so schwer er auch sein mag, führt nie zu Desintegrationsprozessen, da die synthetischen Kräfte des Ichs sehr stabile, biologische und psychodynamische Prozesse sind. Die moderne genetische Forschung scheint den Einfluß sowohl biologischer als auch psychodynamischer Faktoren bei der Entstehung der Schizophrenie zu bestätigen (*Schulsinger*).

Wenn wir in der wechselhaften Beziehung zwischen einer Mutter und ihrem Sohn den Beginn des integrativen Defektes erkennen, befinden wir uns auf einer psychologischen Ebene. Man kann es aber auch so darstellen, daß ein Defekt der Wahrnehmungs- und der synthetischen Funktionen des Kindes ablehnende Reaktionen seiner Umgebung hervorruft, welche ihrerseits den Defekt vergrößern.

Beide Faktoren, der physiologische und der psychologische, sind durch eine doppelte Kausalität miteinander verbunden. Die intrapsychische Integration ist nicht einfach Ergebnis der integrierenden nervösen Struktur, sondern die Funktion, im weiteren die Beziehung, beeinflußt wieder die Struktur.

Literatur

Arieti, S. (1955): Interpretation of Schizophrenia. (New York: R. Brunner)
— (1956): Some Basic Problems to Anthropology and Modern Psychiatry. In: Am. Anthropol. (58) 1
Arlow, J. (1969): The Psychopathology of the Psychoses: A Proposed Revision. In: Int. J. Psychoanal. (50) 5114
Bastide, R. (1969): Signification de la psychose dans l'evolution de l'homme et des structures sociales. In: Problematique de la psychose (Amsterdam: Excerpta Medica)
Bateson, G. (1960): The Group Dynamics Schizophrenia. In: Appleby, Ed., Chronic Schizophrenia (New York: Free Press)
Benedetti, G. (1971): Ich-Strukturierung und Psychodynamik in der Schizophrenie (Bern: Huber)
Bleuler, E. (1950): Dementia Praecox or the Group of Schizophrenia (New York: Univ. Press)
— (1954): Psychotherapy of Schizophrenia. In: Dt. Med. Wochenschrift (79) 84
Fairbairn, W. (1954): On Object-Relations Theory of Personality (New York: Basic Books)
Federn, P. (1932): Ego Psychology and the Psychoses (New York: Basic Books)
Freud, S. (1924): Neurose und Psychose. Ges. W., Bd. XIII (London: Imago)
Fromm-Reichmann, F. (1955): Intuitive Process in the Psychotherapy of Schizophrenics. In: J. Am. Psychoanal. Ass. 315
Hartmann, H. (1953): Contributions to the Metapsychology of Schizophrenia. In: Psychoanal. Study Child VIII (New York: Int. Univ. Press)
Hill, L. B. (1955): Psychotherapeutic Intervention in Schizophrenia (Chicago: Univ. Press)
Klein, M. (1956): New Directions in Psychoanalysis (New York: Basic Books)
Lidz, Th. (1967): The Family, Personality Development and Schizophrenia. In: The Origin of Schizophrenia (Amsterdam: Excerpta Medica)
Mahler, M. (1952): On Child Psychosis and Schizophrenia. Autistic and Symbiotic Infantile Psychoses. In: Psychoanal. Study Child VII (New York: Int. Univ. Press)
Rosenfeld, H. (1964): Object Relations of an Acute Schizophrenic Patient in the Transference Situation. In: Recent Research on Schizophrenia. Psych. Res. Reports of Americ. Psych. Ass.
Sechehaye, M. A. (1947): La réalisation symbolique. Nouvelle méthode de psychothérapie appliqué à un cas de schizophrenie. In: Rev. Suisse de psychol. et de la psychol. appl. (Bern: Huber)
Schultz-Hencke, H. (1952): Das Problem der Schizophrenie (Stuttgart: Thieme)
Siirala, M. (1961): Die Schizophrenie des Einzelnen und die Allgemeinheit (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht)
Stierlin, H. (1963): Familie und Schizophrenie. In: Nervenarzt (34) 495
Sullivan, H. S. (1947): Therapeutic Investigations in Schizophrenia. In: Psychiatry (10) 121
Will, O. (1961): Process, Psychotherapy and Schizophrenia. In: Psychotherapy of the Psychoses (New York: Basic Books)
Wynne, L. C. (1968): Methodologique and Conceptual Issues in the Study of Schizophrenics and Their Families. In: Rosenthal & Kety, Ed.: The Transmission of Schizophrenia (Oxford: Pergamon Press)

Adresse des Autors:
Prof. Dr. med. Gaetano Benedetti
CH-4051 Basel
Heuberg 12

Referential Design of Psychoses***

José Luis González Ch.* and Gustavo Quevedo**

Die Autoren stellen ein Modell auf zur Konzeptualisierung regressiver Phänomene und Prozesse. In einer Erweiterung der Positionslehre Melanie Kleins wird die psychotische Reaktion als Regression begriffen, die nach Ansicht der Verfasser bis in das vorgeburtliche Seelenleben reicht. Diese Phase wird als „fötale" oder „manische" Position bezeichnet. An Hand von drei Graphiken wird die Bedeutung der fötalen, der depressiven und der schizo-paranoiden Positionen sowohl für die gesunde wie für die pathologische Ich-Entwicklung veranschaulicht.

The designs we are presenting for your consideration try to show, in a very condensed way, the models of thought to understand the regressive phenomena and to establish the level of regression. These conceptual models serve to understand cross-controls and clinical observations of patients in psychoanalysis.

In order to understand our explanation, we have to consider the psychoanalytic thought of *Sigmund Freud* up to its ultimate consequences, as the postulation of an inherited pair of antithetic instincts, the instinct of love, or erotic instinct, and the destructive instinct, or death instinct. *Otto Rank*'s ideas on the trauma of birth as a moment of commotion transcendental for the individual's destiny; the ideas of *Melanie Klein* et al., regarding the hypotheses of the psychism of the foetus and the conceptional fantasies of the murder of the son, that have a repercussion and influence on the final encounter of the baby with his mother.

The concept of regression is of the utmost importance. We know that the ego regresses in the neurotic patient, but the most intense regression reaches the first month of the child's life. But the regressive intensity might be even deeper. It can reactivate manic mechanisms, mechanisms of omnipotence, and magic mechanisms of clear psychotic shades that constitute the residual prenatal core.

Freud's references to the fetal psychism are numerous throughout his work. It is not so with *M. Klein,* who makes reference to the prenatal psychism only in one or two occasions, but on the other hand she emphasizes the earliest relationship of the child with his mother starting from the trauma of birth. The vicissitudes of this period explain the genesis of the adult psychism in his normal or pathological aspects. The concept of „position" in the school of *M. Klein* is by all means valuable. It does not substitute the oral phase of the development of the libido; it enriches it. „Position" as we all know, means a

* Dr. med. Psychoanalytiker, Direktor der Asociación de Psicoterapia, Mexico City
** Dr. med., Mitarbeiter von Dr. Gonzáles
*** Referat gehalten auf dem I. Int. Symp. Anal. Gruppenpsychother., Paesteun/Italien, 1.—7. 8. 1969

specific way of handling, a true Gestalt determined by the relationship of the ego with the internal or external objects, as well as a specific configuration of anxieties and defenses. *Klein* describes two „positions": the first closer to the moment of birth, is the schizo-paranoid position that extends along the first four months of the baby's life. It is followed by the depressive position during the four following months. We have to emphasize the following facts:

1. The positions are enlaced one in another with no clear boundary between them.

2. „Position" as a specific technique of the way of handling internal and external objects goes on throughout adult life, in contrast to phase or stage that suggest only a transition or passage in the development of the libido.

3. The depressive position never comes to substitute the schizo-paranoid.

The opposite, to the right, would be an authentic progression toward genitality where constructive aspects of the instinct of death predominate, which united with instincts of the libido face the ever changing experiences and take part in them and in the processes of education and learning.

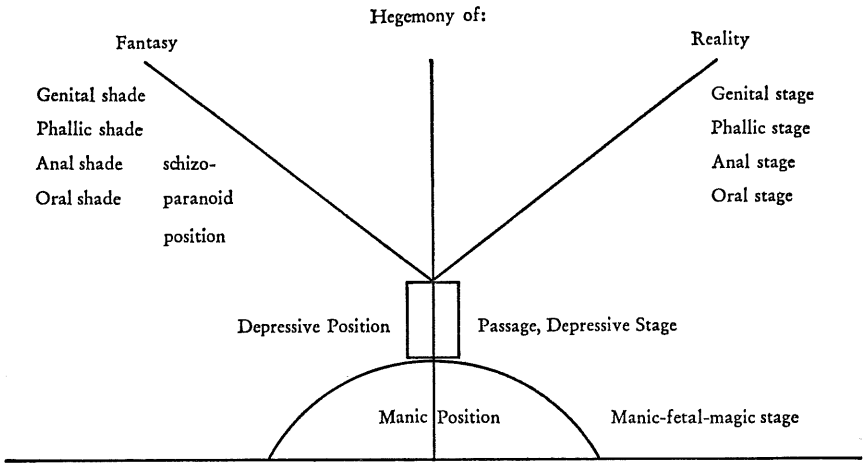
With the ideal predominance of the object (left) the time-space factors are suppressed with the highest increase of speed. Internalized objects lose their many dimensions and are treated in two dimensions with the subsequent economic saving. Minimum energetic impulses are required to create in the fantasy a „hallucinatory attempt of satisfaction".

The relationship with the external objects has multiple dimensions and consequently requires of a major investment of energy, but only here, with the real external object, a true satisfaction is achieved. When the external world becomes threatening the defensive introversion leads us to the inner world, the one we are familiar with, the one we know, but also the one that is static and dead.

From the above we conclude: That the integration achieved is always partial or relative, and that the increase of the defenses of the depressive position also increases the schizo-paranoid defenses establishing an oscillation between both manners.

For us there is a third position that precedes birth and that we call manic or fetal position and that justifies its name because of the specific configuration to handle the internal or ideal object, as we shall demonstrate later on: This manic or fetal position remains latent and operates like the others throughout the whole life. We regress to this position physiologically while sleeping and dreaming and pathologically when the defenses of the schizo-paranoid and depressive position are not enough to face the external object, which is perceived as highly threatening. Then the manic regression appears (denial, denigration of the external object, confusion in the handling of the ideal and the real objects, which are manipulated by the ego with omnipotent and magic techniques, keeping them always divided).

Another concept we always use is that of unconscious fantasy, with all the width and universality *Susan Isaacs* meant, considering it the mental representation of the instinct.



1. — Internal world	1. — External world
2. — Internal or ideal object-relation	2. — External or real object-relation
3. — Paranoia or persecution with the ideal object, projected or not.	3. — Paranoia of defensive-persecutory type in front of the real object.
4. — False progression	4. — Progression
5. — Predominance of the destructive aspect of the death instinct. a) Tendency to repetition, compulsion, obsession, boredom. b) Points of fixation, regression of libido, symptoms.	5. — Predominance of the constructive aspect of the death instinct. a) Experiences, changes, education, learning.
6. — Supression of time-space factors, increase of speed (bidimensional fantasies)	6. — Many dimensions. Decrease of speed
7. — Economy: saving of energy (minimum of satisfaction)	7. — Effort-discharge (satisfaction)
8. — Familiar world- the already known	8. — The unknown, strange, foreign
9. — Hegemony of nessecity (you feel you love what you need)	9. — Hegemony of love or creativity
10. — Denial of destruction	10. — Recognition reparation, gratefulness.
11. — Possession	11. — Renounciation

The first design shows a drawing in the shape of a wineglass with a concave bottom upside down, where we place the image of the manic or fetal position. This corresponds to the evolving stage of intrauterine life. The stem of the glass represents the transition of birth or untieing. Of the V shaped walls, the one to the right represents the subject's relation to the objects of his environment or real objects. The wall to the left expresses the fundamental relationship with the internal or ideal objects. As we can notice in the headline of the design we

speak of hegemony, for we know that there is always an intimate functional interrelation between the internal object and the handling of the external objects.

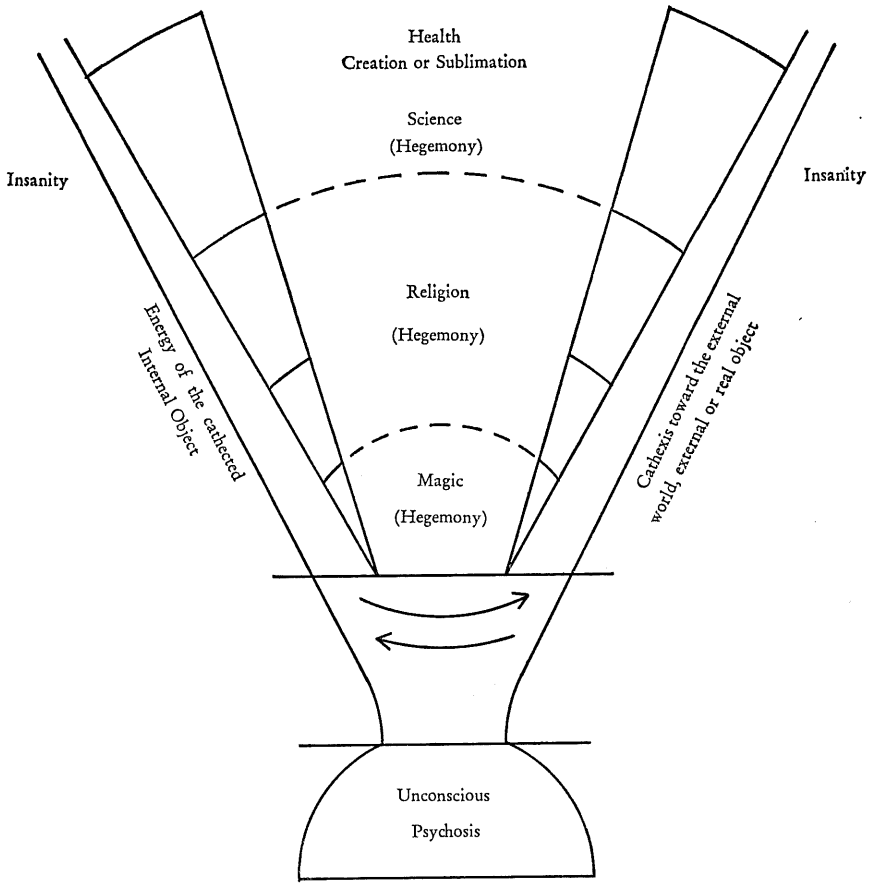
The vertical line that divides the design is useful only to express the acute contrasts. We take in account the oral, anal, phallic and genital stages, to the right, representing the progressive steps of the psycho-sexual development of the libido. To the left we make reference to an oral, anal, and other shades in the relationship and handling of the internal or ideal object, and how these shades give color to the relationship with the external or real object by means of projective mechanisms, creating a more or less false interaction of the subject with his surrounding world. We also include the positions; we have already pointed out the manic or fetal position at the bottom of the glass. In our conception it is followed by the depressive position placed in the stem, the untieing, and finally the schizo-paranoid position, from birth on, in accordance with the hypotheses of *Rank* and *M. Klein.*

Starting to read on the left side, which represents hegemonically the psychic energy at the service of fantasy, we pass to the right side, the hegemonic representative of the energetic trend towards the objects of the external world. We have: 1. The internal world, with the existence of an ideal relationship of a paranoid type, for there is persecution of the idealized object, which migth be projected or not, and 2. To the rigth the external world and a relationship mainly with real objects. In front of the impetuous attack of this reality, the individual re-acts with paranoid modalities of a defensive-persecutory type when facing real hostility of the external object.

At the left side the shade of the oral, anal and other stages is represented, meaning the false progression or also the regression that the patient suffers during the therapeutic process toward a future progression to health. In this situation there is a dissociation of basic impulses; therefore, the instinct of death predominates in self- and hetero-destructive aspects. Hence, there is a constant tendency to repetition, to compulsions and obsessive phenomena, as well as to boredom. In regression, points of fixation are reactivated with the subsequent symptom formation.

Here the needs have such intense instinctive force that when we need something we „feel that we love it". But once the need is mitigated, the illusion stops until the desire increases again. There is always a denial of the destruction of the „used" object. Simultaneously the wish to possess a large number of satisfactory objects increases. (Collectionism)

The external world represents the unknown, the strange or foreign, but as we said before, the truly satisfactory. When the evolution is really progressive, the hegemony of the libido, unifying and creative, leads paradoxically to the renouncement of the object and not to the selfish possession of it. Unselfish love implies recognition of the satisfactory object, reparation and gratefulness, genital aspects of the external object-relation.



Energy or instinct of pleasure to get hold of the internal object in front of frustration by the real object, with a manic mechanism. (Intense need of the breast as pleasure.)	Ontogenetic process repeats phylogenetic process. Magic thought develops into religion and science in the progression of the process of sublimation.	Energy or instinct of survival with mechanisms that apply directly on the genital line (Intense need of genitality as a way of survival. Hunger-procreation)

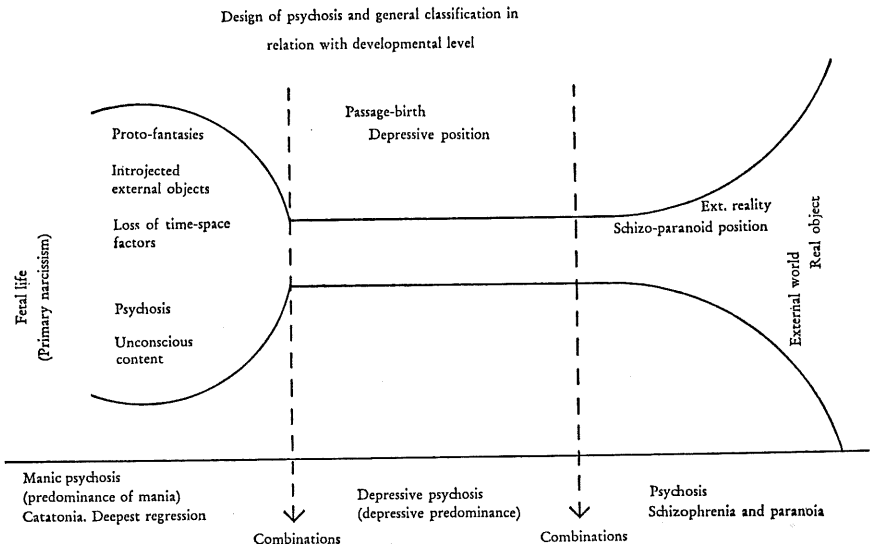
Design 2 is transactional; here the same shape of the wineglass appears, as in design 1. The bottom represents the manic or fetal or psychotic position of the primary or unconscious process, ontogenetically the prenatal situation. The right wall of the glass is energy, canalized toward the external world. It is the energy or instinct of survival, with mechanisms that apply directly on the genital line. Its predominance implies the imperious necessity of genitality as a

technique of survival (hunger-procreation). The free expression of impulses without adequate sublimation means sickness. The left wall represents the energetic situation used with the internal object and the formation of fantasy. In front of frustration by the real object, this energy is employed in the search of the ideal object. The predominating mechanism is of a manic shade. An example of this would be the overbearing necessity of the mother's breast as an object of pleasure. Its predominance also leads to insanity. But these different energetic currents contribute with more or less of their energy to the central part that is represented in our design by an upside down cone, and that stands for sublimation, as we know, a fundamentally unconscious process. Here too, the law is fulfilled: the ontogenetic history is a repetition of the phylogenetic history. The lowest level, in blue, is predominated by thought of omnipotence or magic thought. This magic is qualified as psychosis or insanity, for its mechanisms consist of images and affects that do not respond to the laws of logical thinking and therefore are not accepted by the external world. The corresponding affect of these representations remains the same until the images, laden with genital libidinal energy, through the ego process (secondary process) gradually socialize and finally constitute the religious thought. Synthesizing: genitalization is socializing primitive impulses, so that they can be accepted by the external world. The corresponding feeling in sublimation is belief or faith, whose utmost expression is conviction. All this can be finally reduced in the knowledge of the phenomenological essence, which constitutes scientific thought, the widest part of the spectrum, and which predominates as far as expression is concerned, but not surpassing the foregoing religious and magic levels.

We now come to the third and last design with the same wineglass of the preceding designs, but now in horizontal position in order to emphasize the ontogenetic development. To the left there is the fetal life or manic position, characterized by primary narcissism. The thought is sovereignly ruled by proto-fantasies, that make use of archaic objects and the corresponding loss of time- and space-factors. This position is considered psychotic, because of the predominance of the primary process, omnipotence and magic. We go on through the „stem", that represents the untieing ontogenesis or birth passage, where we place the model of the depressive position, and finally the birth or getting in touch with the external world of reality.

The first external reality from the beginning for the newborn child is the mother; while in fetal life it is the ego with its phylogenetically inherited objects. Mother rectifies or not, she helps or rejects, gives or takes, she is the necessary help for the good or bad functioning of the immature ego and its surrounding world.

A regression to such an early stage as birth, is clinically expressed as schizophrenia and paranoid psychosis. The inability of handling the persecutory external object with these techniques compels the ego to a major regression,



where depression predominates and its hegemonical expression is depressive psychosis. As these defenses are insufficient, an even deeper regression is enforced with a reactivation of the manic position, expressed as manic psychosis. The manic-depressive combination and schizophrenia with depressive shades are better understood by the succession of positions already explained: 1. Manic or fetal. 2. Depressive (stem, untieing). 3. Schizo-paranoid (birth).

The most acute and deepest of all regressions is catatonia, that in our genetic-developmental conception is the equivalent of the unborn child, eternally kept inside the mother's womb, as a real petrification.

This design has the advantage of helping us to understand not only the psychotic regression, but also the therapeutic regression during the healing process, the progressive outgoing that leads to real genitality and authentic sublimation.

Entwurf einer Psychosen-Therapie

José Luis Gonzáles und Gustavo Quevedo

Auf der Basis der Dualtrieblehre *Freuds, Otto Ranks* Vorstellungen über das Geburtstrauma und der Annahme eines vorgeburtlichen Seelenlebens stellen die Autoren in einer Erweiterung der Positionslehre *Melanie Kleins* Denkmodelle zur Erfassung von regressiven Erscheinungen und Prozessen auf, die an Hand von drei graphischen Darstellungen veranschaulicht werden.

Die weitestgehende Regression in psychotischen Zuständen geht nach der Ansicht der Autoren über die Regression auf die sogenannte depressive und schizo-

paranoide Position im Sinne *Melanie Kleins* bis auf die Reste vorgeburtlichen Seelenlebens zurück. Die Autoren postulieren, daß hier die sogenannte „fötale" oder „manische" Position die Hegemonie über die beiden anderen Positionen in der Beziehung des Ichs mit inneren und äußeren Objekten übernimmt. Der Begriff Hegemonie ist wichtig, insofern die beiden anderen Positionen auch weiterhin operativ bleiben. Die Integration der verschiedenen Positionen ist immer nur partiell und relativ und ihre Beeinflussung ist auch im gesunden Ich noch zu erkennen. So findet im Schlaf und im Traum zum Beispiel eine Regression auf die fötale Position statt. Pathologisch wird der Einfluß der fötalen Position, wenn die schizo-paranoide und die depressive Position nicht mehr ausreichen, um sich mit dem äußeren Objekt auseinanderzusetzen. Manische Abwehrtechniken, die mit der fötalen Position verbunden sind, werden dann manifest (Verleugnung, Verleumdung des äußeren Objektes, Konfusion im Umgang mit inneren und äußeren Objekten, die vom Ich mit omnipotenten und magischen Techniken manipuliert werden).

Im Anschluß daran beschreiben die Autoren ihre drei Graphiken, die die Bedeutung der drei Positionen (im Gegensatz zu *Melanie Klein* konzipieren die Verfasser in Anlehnung an *Otto Rank* eine depressive Position anläßlich des Geburtsvorganges) für die gesunde und die pathologische Ich-Entwicklung und den ontogenetischen Übergang vom pränatalen Seelenleben bis hin zur schizoparanoiden Position veranschaulichen.

Zu Abbildung I

Auf der linken Seite handelt es sich um den Bereich der Phantasie, um die Welt der inneren Objekte, rechts ist die Realität, die die Welt der äußeren Objekte symbolisiert. Die Trennungslinie zwischen beiden Bereichen dient der Herausarbeitung der beiden Idealtypen, im Grunde besteht jedoch immer eine funktionale Beziehung zwischen der Handhabung von inneren und äußeren Objekten.

Auch die Stufen der Libidoentwicklung gehen in das Schema ein. Während ihre Existenz auf der rechten Seite die psychosexuelle Libidoentwicklung in Beziehung zu realen Objekten darstellt, ist auf der linken Seite die Beziehung zu phantasierten Libido-Objekten dargestellt. Es handelt sich um den Prozeß der falschen Progression und ist umgekehrt im therapeutischen Prozeß als Regression erkennbar. Auf dieser Seite, im pathologischen Bereich, sofern er eine Hegemoniestellung einnimmt, herrscht nach Ansicht der Autoren der Todestrieb. Grundlegende Impulse werden dissoziiert, es besteht eine permanente Tendenz zur Wiederholung, zu zwanghaften Handlungen und zur Langeweile. Raum- und Zeit-Faktoren spielen keine Rolle. Weil nur geringe Energie-Impulse nötig sind, um in der Phantasie eine „halluzinatorische Befriedigung" zu erlangen, bleibt das Individuum in diesem Bereich befangen.

Zu Abbildung II

Die zweite Zeichnung zeigt die energetische Verteilung bezüglich der beiden Bereiche Phantasie und Realität. Bei einer Frustration durch das äußere Objekt wird mit Hilfe eines manisch gefärbten Mechanismus Energie bei der Suche nach einem phantasierten idealen Objekt verwendet. Als ein Beispiel wäre die angestrengte Suche nach der Brust der Mutter als Lustobjekt in frustrierenden Situationen zu nennen. Beide Energieströmungen tragen mit mehr oder weniger Kraft bei zum Prozeß der Sublimation, der nach Ansicht der Autoren fundamental unbewußt verläuft. In der Zeichnung handelt es sich um den Bereich des auf den Kopf gestellten Kegelschnittes. In ihm wird eine besondere Auffassung der Autoren über den Sublimationsprozeß veranschaulicht.

Zu Abbildung III

Die letzte Graphik zeigt den ontogenetischen Prozeß ausgehend vom fötalen Leben oder der manischen Position bis hin zur schizo-paranoiden Position in den ersten vier Lebensmonaten. Die fötale Position ist durch primären Narzißmus gekennzeichnet, vorherrschend sind Urphantasien, archaische Objekte und die Aufhebung von Zeit- und Raumfaktoren. Wegen der starken Hegemonie des primärprozeßhaften Denkens, von Omnipotenz und Magie wird diese Position als die eigentlich psychotische betrachtet. Wichtig wird in der weiteren Entwicklung der Einfluß der Mutter, die dem Kind beim Umgang mit dem äußeren Objekt helfen kann oder auch nicht.

Author's address:
José Luis González Ch., M.D.
Amsterdam 271—401
Mexico, D.F.

Destruktion gegen Individuen und Gruppen

Lilla Veszy-Wagner*

Die Verfasserin ist der Meinung, daß es selbst bei manifester Aggression keinen angeborenen Destruktionstrieb gibt. Sie entwickelt die Vorstellung eines sekundären Destruktionswillens an verschiedenen Gruppenmodellen. Aggression wird von Destruktion durch ihre Zweckgerichtetheit unterschieden. Diese psychoanalytische Arbeit basiert auf anthropologischen Erkenntnissen.

Meiner Meinung nach gibt es selbst bei manifester Aggression keinen ursprünglichen Destruktionstrieb. *Freud* hat sich in dieser Frage nicht ganz eindeutig ausgedrückt. Wenn er vom „Todestrieb" spricht, so meint er, daß dieser vor allem im Dienste der Sehnsucht der Kreatur nach Ruhe steht (1920). In einer späteren Arbeit (1937) unterscheidet er dann, ihren Zielen entsprechend, den Aggressions- vom Destruktionstrieb.

Angenommen, es gäbe einen Destruktionstrieb, der gegen einen einzelnen, nämlich gegen das Selbst zielt und hiervon erst abgelenkt werden muß, so kann es sich nicht um einen ursprünglichen Trieb handeln. Der Säugling kennt zunächst kein einzelnes Individuum, nicht einmal seine Mutter, sondern nur die von erogenen Zonen und Partialtrieben besetzten Teilobjekte. Der aggressive Angriff ist zunächst reaktiv, d. h. er folgt einer echten oder einer vermeintlichen Provokation, aber er ist nicht einem einzelnen Individuum gegenüber als Destruktionstrieb aufzufassen. Ein einzelner kann nur als Prototyp oder Protagonist einer Gruppe, sozusagen als Sündenbock, der für die Gruppe herhalten muß, angegriffen werden. Dies ist dem Angreifer oft nicht bewußt, er meint, auf eine Provokation zu reagieren. So paradox es klingt: der gegen den einzelnen gerichtete Destruktionstrieb entwickelt sich sekundär aus einem primären Destruktionstrieb, der sich gegen die kleinste Gruppe in der Gesellschaft, das vereinigte Elternpaar, richtet.

Das Kind kann Ärger und Aggression im frühesten Säuglingsalter ausdrücken, aber es ist zweifelhaft, ob diese Gefühle a) aus Haß entstehen und damit dem Destruktionstrieb gleichzustellen sind oder b) ob sie gegen etwas anderes als gegen ein Teilobjekt gerichtet sind.

Zu a) und b): wir dürfen nicht vergessen, daß *E. Jones* bereits 1913 ausdrücklich festgestellt hat, daß Haß (der dem sekundären Destruktionstrieb zugrundeliegt) ein kompliziertes Gefühl ist und ein Ziel haben muß. Wir dürfen demnach annehmen, daß die ersten Zeichen des Ärgers im Säuglingsalter primitiver als Haß sind; dem Anschein und dem Resultat nach sind sie destruktiv, aber unserer Meinung nach „nur" aggressiv. Hier möchten wir auch auf einen Nichtanalytiker hinweisen, auf *E. Kretschmer,* der sagt, daß der sogenannte

* Dr. phil., Psychoanalytikerin, London

Koller (temper tantrum), der „Bewegungssturm", auch bei niedrigeren Lebensstufen, z. B. bei Insekten, zu finden ist. Dieser Koller hat kein Ziel (ist auch nicht immer zweckbestimmt), er hat kinetische Bedeutung, ist einem epileptischen Anfall nicht unähnlich, im Endergebnis ist er zwar manchmal destruktiv, aber er rührt nicht von einem Destruktionswillen her. *Freud* beschäftigte sich nur mit dem lustvollen Strampeln des Kleinkindes, aber wir dürfen annehmen, daß auch das unlustvolle Strampeln des Kindes, sein Koller nicht durch gegen eine Person gerichteten Haß hervorgerufen wird, sondern eher ein kinetisches „acting out" seines Unlustgefühls ist, welches sowohl eine defensive als auch eine aggressive Haltung ausdrücken kann. Ich sehe dies als diffuse und nicht einmal als ambivalente Haltung an, als den Versuch, kathartische Erregung zu erlangen, auf die augenblicklich Beruhigung folgt, wie wir es beispielsweise auch nach Erbrechen und Diarrhoe kennen. Das Herumfuchteln des Säuglings scheint kaum durch Haß gegen die Mutter als Person oder gegen die Mutterbrust verursacht, sondern ist der Versuch, sich etwas Unangenehmen zu entledigen, so etwa, wie ein größeres Kind den Kieselstein aus der Sandale schüttelt. Der Säugling will nicht die Mutter zerstören, sondern will eher einen Schmerz, einen Reiz oder das Unbehagen, was ihm z. B. Hunger und Kälte verursachen, „wegschütteln"; allerdings ist die Mutter die nächste Person, die das „Wegschütteln" als Aggressivität trifft.

Bis zum 3. Lebensmonat erscheint der Vater im Blickfeld des Säuglings nur an der Peripherie, bis zum 6. Monat erscheint er noch als etwas Unbestimmtes. Anthropologen haben schon vor den Psychoanalytikern festgestellt, daß die primitivsten Götter eigentlich in eins vereinte Götterpaare gewesen sind, — doch ich glaube, daß dieses Phänomen weniger auf die Urszene (*Róheim*) zurückgeht, welche viel strukturierter ist und entwicklungsgeschichtlich gesehen später auftritt, sondern aus einem frühen Kindesalter stammt, in dem Vater und Mutter (oder auch andere Nahestehende) noch verwechselt werden; später erst werden sie hermaphroditisch vereint, ungefähr bis in eine Zeit hinein, in der das Kind zu sprechen beginnt. Im Alter des Lallens werden oft die beiden Benennungen „Vater" und „Mutter" verwechselt. Diese Doppelfigur wird aber als solche noch nicht gehaßt.

Sobald das Kind die Eltern zu unterscheiden lernt, können Haßgefühle entstehen, aus Eifersucht, aber nicht aus Neid. Das Kind versucht, sich zwischen die Eltern zu drängen — beide aber separat für sich zu behalten. Bekannt sind die Versuche, sich in das elterliche Bett zwischen Vater und Mutter, z. B. morgens zu legen, nicht zu einem von beiden. Nicht weil es Vater oder Mutter haßt, sondern weil es sie getrennt besitzen will, von jedem der beiden gegen die Außenwelt geschützt werden will. In dieser Phase gibt es noch keine Diskrimination.

Vom Standpunkt der Es-Psychologie ist dies zu bedauern, denn es führt unumgänglich zum ödipalen Haß einem Elternteil gegenüber; vom Standpunkt der Ich-Psychologie aber ist dies zu begrüßen, da der Vater als Katalysator auf-

tritt*, der den Individuationsprozeß des Kindes beschleunigt und seine Fähigkeit, zwischen einzelnen Personen zu unterscheiden, fördert.

Die wirklichen Eifersuchtsgefühle treten also dann erst auf, wenn die hermaphroditische Urgestalt aus dem Blickfeld des Kindes verschwindet. Zunächst aber sind die Eltern noch alternierend und ungeschieden; bald wird der Vater, bald wird die Mutter als allein zum Kinde gehörig von diesem empfunden und vor dem anderen Elternteil behütet und „verteidigt". Dieser Zustand ist die erste Manifestation einer Gehässigkeit — bedeutet daher Destruktionsabsichten gegen eine Gruppe zu zweit, welche aber nicht stabil ist, d. h. das Kind schwankt von einem Pol zum anderen. Das ist auch entwicklungsgeschichtlich die Phase, in welcher homosexuelle Fixationen einsetzen können.

Ich wiederhole: in der ersten Lebensphase gibt es noch keinen zielgerichteten Destruktionswillen, nur undifferenzierte Koller. In der zweiten wird vom hermaphroditischen Einheitsbild der Eltern, man könnte von einer Anderthalb-Personengruppe sprechen, nichts als Liebe und Schutz verlangt, und erst in der dritten Phase tritt Haß auf, der sich in einem mutwilligen Destruktionswunsch offenbart. Der Haß auf die Gruppe zu zweit fängt erst an, wenn schon zwei fundamental verschiedene Personen erkannt werden.

Das hat zwei folgenreiche Konsequenzen: 1) man kann alle späteren Destruktionsabsichten auf dieses Urmuster zurückführen; 2) die Gruppe zu dritt verursacht einen folgenschweren Destruktionsimpuls: als Familie, in der ein zweites, jüngeres Kind am Leben teilnimmt. Vater oder Mutter werden gelegentlich, aber wohl inkonsequenterweise in dieser Dreiergruppe gehaßt; aber der Destruktionswille des bisher einzigen Kindes ist bei dieser Konstellation erhöht, verdrängt, unterdrückt und mit sado-masochistischen Untertönen vermengt. Als Endergebnis dieses Prozesses wird der Eindringling doppelt so stark gehaßt, einmal weil er anscheinend doppelte Liebe für sich in Anspruch nimmt und zum anderen, weil das erstgeborene Kind wähnt, dadurch keinen Verbündeten mehr zu haben. Es ist eine Verschiebung entstanden, das Geschwisterchen hat persönlich nichts dazu beigetragen, es ist unschuldig, hat aber anscheinend den Platz des ersteren eingenommen.

Nun kann es aber in dieser Vierergruppe vorkommen, daß, wenn auch nicht versöhnt, Kain und Abel sich gegen das Elternpaar verbünden. Diese klassische Situation hat *Freud* (1912/13) beschrieben. Es stehen sich „wir" und „die anderen beiden" gegenüber. Dieser Zustand wird dann in der Gesellschaft wiederholt: die jüngere Generation steht gegen die ältere, was sich bei Männern stärker ausdrückt. (Männer scheinen von jeher die stärkere Anlage zu besitzen, Gruppen und Bündnisse zu bilden, aber auch von jeher ihrer sonst normalen Aggression mehr Destruktion beizumischen als Frauen, die mehr familienorientiert oder -zentriert, sich eher einer bereits bestehenden Gruppe anschließen, ent-

* Diese Idee stammt von S. Ferenczi, wurde aber auch von Freud auf den Analytiker als Vaterfigur (nicht auf den wirklichen Vater) angewendet. (s. „Über Psychoanalyse", V, [1910] GW, Bd. VIII, S. 55).

weder der der Eltern oder der Brüder, und sich in den Kampf einmischen, ihn aber selten selbst führen.) Die vielen Kritiker *Freuds,* die ihm aus anthropologischen Gründen nicht zustimmen (*Malinowski* z. B.), betrachten „Totem und Tabu" *(Freud,* 1912/13) als eine Mythenbildung *Freuds*. Unser heutiges Zeitalter scheint dem aber zu widersprechen; die Form, in der heute die junge Generation uneingeschränkt und wild gegen die Eltern revoltiert, läßt aufhorchen. Kindesmord ist in der Vergangenheit, in autokratischen Gesellschaftsstrukturen oft vorgekommen, weil die Eltern stärker waren; aber es gab auch Elternmord, hauptsächlich in den unteren Schichten, wenn der Sohn die Mutter vor dem betrunkenen Vater verteidigte, usw. Dabei war es unvergleichlich einfacher, den Schwächeren (das Kind) zu töten — auch kamen diese Fälle seltener vor Gericht und waren weniger sensationell. Ich will hier nicht auf politische Faktoren eingehen, denn ich bin kein Soziologe. Ob Söhne sich durch Indoktrination in früheren Zeiten schwächer gefühlt haben oder die Väter nicht nur auf Grund des autokratischen Gesellschaftsgefüges stärker waren, sondern auch besser organisiert, bleibt für uns hier eine Frage am Rande.

Was *Freuds* (1921) Gruppentheorie betrifft, so habe ich ihr zunächst gar nicht zustimmen können und sah dabei die Gruppenregressionsidee, die aber auch schon von *Le Bon* (1912) erwähnt wurde, bei weitem als das Wertvollste dabei an, weil dafür empirische Beweise zu finden sind. Wie viele andere habe auch ich den Eindruck gehabt, daß *Freuds* Theorie des Vatermords und der Brüderhorde etwas phantastisch anmutet. Ich stimmte mit dem überein, was *Jones** darüber sagte; was *Jones* aber nicht behandelt hat, mir aber am Traumhaftesten erschien, ist, daß der Urvatermord bei *Freud* in einer eigenartigen Isolation geschieht, auch dann, wenn wir in seinem Sinne annehmen würden, daß mehrere Urväter gleichzeitig existierten und in gleicher Weise umgekommen seien (durch ähnliche Brüderhorden), so lebten sie doch so weit voneinander entfernt und getrennt, daß sie, worauf *Freud* nie einging, voneinander nichts wissen konnten. Heute, durch den technologischen Fortschritt bedingt, gibt es nur eine Brüderhorde mit Vertretern auf der ganzen Erde.

Kurz gefaßt: in der Freudschen Konzeption der Urhordenzeit blieb die Feindseligkeit in der Familie; es gab keine echten äußeren Feinde — wenn sie nicht aus der Ferne kamen — es herrschte Bürgerkrieg. Ob es diesen Krieg wirklich jemals in der Spezies Homo sapiens gegeben hat, wissen wir nicht; bei den

* Ernest Jones stand zwischen zwei Lagern. Er betrachtete Freuds Vatermordtheorie als Freuds Projektion eines Mordwunsches gegen den Vater in das Soziale, dabei stützte er sich auf Freuds persönliches Bekenntnis in einem Tagtraum, dessen Sinn Freud aber unbewußt blieb. Freud kann daher als ein genialer Mensch angesehen werden, der, als er die Traumdeutung schrieb, seinen eigenen Ödipuskomplex noch nicht verarbeitet hatte. Ich hatte Le Bons Werk vor „Totem und Tabu" gelesen. Als Frau erschien mir merkwürdig, daß es sich bei der Vatermordtheorie eigentlich nur um Männer handelte. Freud erklärte diesen Umstand in genialer Weise: in Gruppen nimmt die homosexuelle Liebe zu, während die heterosexuelle abnimmt. Davon berichtet Le Bon überhaupt nichts. Aber es mutet sehr traumhaft an, daß Freud alle kulturgeschichtlichen Beweise für den Anteil der Frauen an Gruppenbildungen (z. B. matriarchalische Bünde) vernachlässigte.

meisten Tierrassen fehlt er. Aufgrund unseres heutigen Wissens über die früheste Vorzeit müssen wir dies eher bezweifeln und das Gegenteil annehmen. Entweder schwoll die Kleinfamilie zum großen Klan an, oder Gruppen junger Männer trennten sich von ihrem Stamm, die Frauen dem Urvater zurücklassend, zunächst wahrscheinlich nur sporadisch, später regelmäßig, oft vom Hunger getrieben, aber auch ritualisiert, wie z.B. in Rom (ver sacrum), um irgendwo fremdes Land und Frauen zu erobern und den fremden Urvater zu töten, dazu seine männlichen Kinder. Ob sie vom eigenen Urvater vertrieben wurden oder selbst gern auf Abenteuer gingen, wissen wir nicht, aber die Urvatergestalt scheint gewiß recht ambivalent zu sein.

Die ökologische Forschung (*Lorenz,* 1963) jedenfalls beweist, daß Tiere meist äußere Feinde brauchen, um sich nicht gegenseitig angreifen zu müssen. Beim Menschen (wie beim Tier) führt geographische Zusammendrängung und Ballung zum Bürgerkrieg, der nur so lange vermieden werden kann, wie noch offene, unausgebeutete Gebiete existieren, wie z. B. in der römischen Zeit Kleinasien oder im 19. Jahrhundert Nordamerika (vgl. *Veszy-Wagner,* 1949).

In den urmenschlichen Horden muß es sehr ähnlich zugegangen sein. Menschliche „Steppenwölfe" haben gewiß noch genügend Steppen gefunden, um auszuweichen. Die Xenophobie — der Fremdenhaß — ist in der menschlichen Gesellschaft sehr verbreitet und eine bedauerliche Erscheinung. Sie erscheint aber auch psychologisch gesehen ein wenig gerechtfertigt, wenn man bedenkt, daß der „Steppenwolf", der Nonkonformist, verdächtig ist; vielleicht hat er verborgene Gründe für seine mangelnde Anpassungsfähigkeit. Dabei wissen wir nur zu gut, wie viel mehr üble Taten im Dienste der Xenophobie* als durch menschliche „Steppenwölfe" verübt werden. Xenophobie richtet sich sowohl gegen den feindseligen oder als feindselig erlebten Eindringling (gegen eine Einzelperson, höchstens gegen eine Einzelfamilie, die als potentieller Angreifer von außen her auftritt) auf Grund von Haß durch Furcht oder Furcht durch Haß, wie auch gegen eine Gruppe von potentiellen Angreifern von draußen, die potentiell stärker oder in der Übermacht ist.

Es ist schwierig zu sagen, um welche Form der Xenophobie es sich handelt, die Agressionstendenz aber wird zum Destruktionstrieb, wenn der äußere Angreifer sich nicht stark genug fühlt, um gelassen zu sein und sein Verhalten daher defensiv ist. Ursprünglich ist die Offensive weniger mit Haß durchtränkt, aber faktisch führt sie zu wirklicher Destruktion. Das Paradoxe ist, daß der inner-xenophobe Haß destruktiver ist als die außer-xenophobe Aggression. Die von außen angreifende Horde empfindet keine „Phobie" (Furcht), sondern nur Aversion, gemischt mit Beute- und Mordlust, welche libidinös und auch sadistisch ist. Die Lynch-Sucht ist ihrer Natur nach sadistisch und destruktiv, nicht aggressiv. Die Aggression ist zwar da, aber nicht um etwas durch Be-

* Das Wort erscheint mir nicht präzis genug zu sein, denn es kann ebenso gut Haß wie auch Angst bedeuten.

sitznahme in seiner Existenz zu erhalten, sondern um es zu zerstören. Das Lustelement kennt keinen Zweck: es ist Zerstörung um der Zerstörung willen.

Der Destruktionstrieb gegenüber dem einzelnen ist krankhafter und seltener als der gegenüber Gruppen. Ein Einwand wäre die Frage: wie ist dann der Lustmord zu verstehen? Gibt es eine Form des Lustmordes, der nicht auch eine sadistische Perversion der Libido ist? Wir müssen, glaube ich, diese Frage bejahen.

Beleuchten wir zunächst den Begriff der Masse. Masse ist eine lose, lockere Gruppe von Menschen, von größerer oder kleinerer Anzahl, mit einem geringen Organisationsgrad. Die Menschen wollen mehr oder weniger das Gleiche für ihre Gruppe und finden ihr Streben dadurch erleichtert, daß a) der einzelne anonym bleibt und deshalb auch eher zu verbrecherischen Handlungen fähig ist, b) er eher überzeugt ist, daß das, was er will, moralisch gut und richtig ist, da es auch die anderen wollen (Generalisation), und daß, wenn er schuldig ist, die anderen es auch sind (Ausweichen von der persönlichen Verantwortung) und c) was *Le Bons* These war, daß die Atmosphäre günstig für eine Instinktregression ist. Auch *Freud* deutet an, daß die Atmosphäre der Masse die Individuen bewegt, sich beim Denken eher des Primär- als des Sekundärprozesses zu bedienen.

Wenn daher die Masse auf den einzelnen regredierend wirkt, ist Lustmord seitens einer Masse primitiver als seitens eines Individuums; d. h. nicht nur sadistisch-aggressiv, sondern auch sadistisch-destruktiv.

Die zweite Komponente ist der Sadismus, der in der Regression seine Zweckgerichtetheit verliert und rein destruktiv wird.

Der einzelne Lustmörder mordet gewöhnlich, weil ihm sein Sexualobjekt Widerstand leistet, was ihn in Wut versetzt. Die Massen-Lustmörder morden nicht nur aus sexueller Lust, sondern weil sie von vornherein Lust an der Destruktion empfinden.

Ich glaube nicht, daß die wandernde Ameisenschar, die alles zerstört, was sich ihr in den Weg stellt, daran besondere Lust, geschweige denn perverse Lust verspürt — aber ich halte es durchaus für möglich, daß auch Insekten beim Töten ihrer Beute Lust empfinden. Dies Letztere scheint, eben weil es zweckgerichtet ist, aggressiv zu sein, aber es ist auch rein destruktives Verhalten des Einzelinsekts in der Insektenschar, das den anderen nachfolgt.

Dasselbe gilt aber auch im umgekehrten Sinne. Wenn ein Kämpfer sich allein in einer feindlichen Masse verteidigt, ist er nicht aggressiv, sondern versucht, so destruktiv wie möglich zu sein. Wenn hingegen zwei beinahe gleich starke Gruppen einander gegenüberstehen, verhalten sie sich aggressiv und nicht von vornherein destruktiv; ein jedes Gruppenmitglied versucht, einen einzelnen individuellen Gegner zu finden oder einem Gruppenmitglied zu helfen. Hier liegt Zweckmäßigkeit vor. Die Aggression aber wird destruktiv, wenn der Zweck schwindet (anders ausgedrückt: nur wenn Destruktion sich als das einzig zweckmäßige Verhalten in einer Situation ausweist, kann Aggression

auch destruktiv sein). Die ritterliche Sitte, einzelne Heroen anstatt Gruppen fechten zu lassen, scheint den Zweck gehabt zu haben, den Anteil der Destruktion an der Aggression einzudämmen. Die Verwüstung des feindlichen Landes war immer eine zweischneidige Waffe. Das Aussäen von Salz und der Bau von Tamerlans Schädelpyramide sind, ihrer Unzweckmäßigkeit wegen, beinahe lächerlich, besonders deshalb, weil solche Taten meist nach einer bereits geglückten Aggression überflüssig sind und nur mit dem Hintergedanken erfolgen, weitere Furcht einzujagen. Es ist die Regression zum Destruktionstrieb, welche hier so lächerlich anmutet.

Der einzelne lyncht nicht. Er greift an, er tötet im Grenzfall 1. aus Angriffs- (Mord)lust, 2. auf Befehl und 3. im Irrtum. Hingegen vermag die Gruppe zu lynchen. Die Entartung des Angriffs entsteht aus Destruktionslust gegen einen einzelnen (oder einige einzelne). Der Unterschied besteht darin, daß nie auf Befehl, sondern immer eigenwillig, manchmal sogar gegen Befehl gelyncht wird und sehr selten irrtümlich. Das Gruppenlynchen unterscheidet sich von anderen Formen des Massen-Destruktionswillens dadurch, daß es immer einem Pseudo-Zweck dient und dienen wird. Die Aggression ist daher in diesem Fall dem Destruktionswillen unterworfen und geht in ein destruktives Verhalten über. Lynchen ist eine Übergangsform zwischen dem Gruppenangriff gegen einzelne und Gruppenangriffen gegen Minderheiten und andere für feindlich gehaltene Gruppen.

Freud unterscheidet natürliche und ad-hoc-Gruppen. Die natürliche Gruppe entsteht spontan, entweder aus einer unbewußten Affinität oder durch bedachte Wahl. Für die artifiziellen Gruppen nennt er als Beispiel die Kirche und das Heer (1921).

Was geschieht in der therapeutischen Gruppe? Zu Freuds Zeiten gab es sie noch nicht. Sie scheint eine Zwischenbildung zu sein. Sie versucht — nicht immer mit Erfolg —, die Destruktionselemente in konstruktive Aggressionselemente umzuwandeln. Man wird in sie nicht hineingeboren oder militärisch von einer Autorität einberufen, sondern wird durch die bedachte, eigenmächtige Wahl einer Semi-Autorität (d.h. nicht staatlich sanktioniert), des Therapeuten, mit anderen zu einer Gruppe verbunden. Sie gleicht bestimmten Klub-Bildungen mit dem Unterschied, daß eine gewisse Beimischung von Künstlichkeit nicht zu vermeiden ist.

Meiner Meinung nach können wir leichter von natürlichen auf artifizielle Gruppen schließen. Die natürliche Gruppe ist sozusagen an beiden Enden offen, — die artifizielle, sogar die beste unter ihnen, nämlich die therapeutische Gruppe, ist es hingegen nicht.

Die mehr oder weniger natürliche therapeutische Gruppe wird Aggression in einem bestimmten Ausmaß tolerieren, aber Destruktion als solche übelnehmen und das destruktive Gruppenmitglied aus der Gruppe ausstoßen. Diese einzelnen destruktiven Gruppenmitglieder, die Steppenwölfe, bleiben meistens allein und einsam; wenn sie sich aber miteinander verbünden, werden sie eine

potentielle Gefahr für die Muttergruppe, aus welcher sie ausgeschieden sind. Eine Gruppe aber, welche nicht einmal Aggression in einer gemäßigten Form duldet und dadurch solche krebsartigen Neubildungen sogar artifiziell fördert, ist eine Gruppe von unreifen Mitgliedern, die dazu beiträgt, daß sich nicht nur antisoziale, sondern anarchistische Triebe bilden.

Der Destruktionstrieb gegen einzelne (seitens einzelner oder Gruppen) ist immer konkret, aber gegen feindliche (oder vermeintlich feindliche) Gruppen eher „idealistisch" (im Sinne der Irrationalität, nicht der Moral); dieser Unterschied gilt weniger für die Aggression als solche, (sei sie gegen einzelne oder Gruppen gerichtet). Die destruktive Handlung ist meist real und auch unwiderruflich, — als Idee aber ist sie irreal (meist auf irreale Motivationen gestützt), wohingegen die Aggression nicht immer unwiderruflich ist und sich auch mehr auf reale Motivationen stützt.

Nicht alles läuft im Zusammenhang von Gruppen ab. Der Homo sapiens braucht auch eine Privatsphäre und ein Zusammenwirken von mehreren ohne Rolleneinstellungen. Sonst würde das rollenorientierte Verhalten überhandnehmen.

Zur Veranschaulichung ein kleines Beispiel: in einer psychotherapeutischen Gesellschaft wurde eine gemeinsame Sitzung von Dozenten und Ausbildungskandidaten einberufen, um auf Verlangen der letztgenannten Gruppe den Ausbildungsplan zu besprechen. Instinktiv setzten sich die Ausbildungskandidaten zusammen, obwohl sie freundlich eingeladen worden waren, sich unter die Dozenten zu mengen. Das erste Wort wurde ihnen angeboten. Eine Ausbildungskandidatin im zweiten Jahrgang begann, sie beklagte sich sofort darüber, daß die Situation unangenehm sei. Sie, die Kandidaten fühlten sich unbehaglich, da wir, die Dozenten, doch sozusagen die Eltern seien und sie die Kinder. Kurz vorher hatte eine therapeutische Trainingsgruppe der Kandidaten stattgefunden. Wir, die Dozenten, waren weder willens noch darauf vorbereitet, diese Trainingsgruppe fortzusetzen, da es sich jetzt um etwas anderes, nämlich um die Diskussion des Lehrplanes handelte. Die Kandidaten aber wollten uns in eine Elternrolle zwängen. „Vergessen Sie", sagte einer von uns, „daß Sie soeben von einer Gruppensitzung kommen. Diese hier ist keine. Wir wollen Ihre Ansichten und Vorschläge hören und Ihnen die unsrigen darlegen, damit wir mit Ihnen zusammen den zukünftigen Lehrplan positiv entwerfen können. Sie sind nicht unsere Kinder, und wir sind nicht Ihre Eltern. Diese symbolische Rollenverteilung gehört in Ihre Gruppenseminare und nicht in die jetzige Sitzung." Was meiner Meinung nach hier vorging, war, daß die Kandidaten den Zweck des Zusammenkommens vergessen hatten. Sie wollten uns gegenüberstehen, aber nicht mit uns zusammenarbeiten. Eine gemäßigte Aggression von beiden Untergruppen (von seiten der Dozenten wie der Ausbildungskandidaten) wäre angebracht gewesen, aber für uns war das Ziel die Diskussion eines Planes, für die Kandidaten bestand der Zweck dagegen in der Destruktion der Möglichkeit, eine solche Besprechung stattfinden zu lassen und zu Ende führen zu können.

Die Kandidaten hatten dafür zwei Gründe: 1. daß wir als Elterngeneration nachgiebiger sein sollten als sie, 2. daß wir doch die ganze und nicht die geteilte Verantwortung übernehmen sollten. Meiner Ansicht nach lag der Fehler auf der Seite der Kandidaten, die alles nur entsprechend ihrer Gruppenrollen und ihrer Probleme sehen wollten. Wenn nun, wie in diesem Fall, die Rollen wichtiger werden als der Zweck der Gruppe, mischt sich in die Aggressivität Destruktivität ein, die sie dann sprengt und jede Weiterentwicklung unmöglich macht. Und wenn sich kleinere Untergruppen von anderen kleinen Untergruppen isolieren, gewinnt man den Eindruck, daß die Urväter und Ursöhne einander bezüglich ihrer Position in der Hierarchie sehr wohl kennen, daß sie aber keine Ahnung von anderen Urvätern und Ursöhnen haben. Das bringt das Unrealistische, Traumhafte und Fragmentarische in die voneinander isolierten Gruppensysteme.

Hiermit werden einige bisher wenig beachtete Probleme aufgeworfen.

1. Die Gruppentherapie sollte darauf abzielen, das Traumhafte der Isolation auszumerzen, Gruppenfragmentation zu verhindern, die Gruppen-Irrationalität zu mildern und mehr in den Fokus des Natürlichen einzudringen.

2. Wir wissen, daß die Wurzel für das späte Auftreten der Homosexualität in Burschenschaften, Klubs usw. in der Latenzzeit des Kindes liegt. Es drängt sich die Frage auf, wie man es vermeiden kann, daß die Gruppentherapie in einen Latenz-Kindersport für Erwachsene ausartet. Die Gruppenbildungen solcher Latenzkinder sollten zunächst vermittels empirischer Beobachtung studiert werden, ehe durch empathisches Wiedererleben die Verfolgung eines einzelnen Teilnehmers als Sündenbock verursacht wird. Es sollte auch kein lynchartiges Verhalten geduldet, noch Exhibitionslust gefördert werden. Vor allem muß der Seminarleiter jede narzißtische, im wesentlichen sadistische (aber auch masochistische) Rolle für sich ablehnen. Ich fürchte aber viel mehr die Gefahr, die von zwangsneurotischen, besonders rollenprägenden ritualisierenden Komponenten ausgeht, wenn sie sich in einer Gruppe manifestieren.

3. Wir müssen so rasch und so weit wie möglich danach streben, die kleinen Gruppeneinheiten sozusagen zu säkularisieren; von Gruppenschranken zu befreien, — nicht um anarchische Zustände herbeizuführen, sondern um weniger krampfhaftes Zusammenleben in der Gemeinschaft zu fördern. Die ältesten und primitivsten Männerbünde sind auf esoterischen und mystischen Prinzipien aufgebaut. Das Geheimnis, die Esoterik ist aber der Faktor, der Gruppen statisch macht und die gesunde Blutzirkulation in der Gesellschaft unterbindet. Das gilt auch für professionelle Gesellschaften, dienen sie nun wissenschaftlichen oder therapeutischen Zwecken.

Wir werden immer zu demselben dynamischen Ergebnis kommen, wenn wir eine Gruppe von 10 Männern und zwei Frauen haben, handele es sich um Akademiker, um Studenten oder um Angestellte: die eine der beiden Frauen wird die mütterliche Rolle übernehmen, die andere die Rolle einer Anhängerin, und sie werden nicht ihre Persönlichkeit darstellen, sondern werden ihre

Rolle übernehmen, die ihnen manchmal nur durch die Zahl der Gruppenmitglieder zugeschrieben wird.

4. Es wäre zu begrüßen, wenn bei jedem therapeutischen Verfahren dieser Art zuerst drei Simultangruppen gebildet würden, die ein Merkmal ungemischt betonen, aber in den übrigen charakteristischen Zügen ähnlich wären: die erste Gruppe sollte nur aus Männern, die zweite nur aus Frauen und die dritte sollte aus der gleichen Anzahl Männer wie Frauen bestehen, anschließend müßte der Versuch in der gleichen Anordnung wiederholt werden mit je einem Seminarleiter bzw. einer Seminarleiterin, möglichst aus der gleichen Schicht; dies dürfte zunächst nur mit Psychotherapeuten geschehen, später mit Patienten. Natürlich ist hier die Idee des Kontrollexperimentes wichtig, die Geschlechtsaufteilung ist nur eine der möglichen Variationen.

Ich habe diese Überlegungen nicht allein deswegen angestellt, weil ich die Gefahr einer zwangsneurotischen Isolierung in bzw. zwischen Gruppen für größer halte als in der Zweier-Situation der Einzelanalyse, sondern auch deswegen, weil ich die Gruppenanalyse als eine Situation betrachte, in deren Rahmen Aggression und Destruktionstrieb besser beobachtet und voneinander differenziert werden können, als dies in der Einzelanalyse möglich ist, in der die Grenzen zwischen beiden oft verschwommen sind.

Oft möchte uns der Patient in seiner negativen Übertragung wohl lynchen, er hat aber keine Gruppe hinter sich und kann seinen Wunsch nicht effektiver ausdrücken als durch den bekannten Widerstand der Verallgemeinerung: „Andere Leute fühlen doch das Gleiche wie ich." Dies läßt sich praktisch nicht widerlegen, in der Gruppe hingegen kann darauf direkt und anschaulich reagiert werden. Die Grenze verschwimmt auch dann, wenn der Analytiker als Einzelpatient oder als Protagonist einer Gruppe von Patienten gesehen wird. Hier entsteht eine interessante wissenschaftliche Frage: Wo rücken die paranoischen Probleme eines Patienten mehr in den Vordergrund, in einer Einzel- oder einer Gruppenanalyse?

Zu meinem Ausgangssatz zurückkehrend möchte ich noch einmal betonen, daß sich kein primärer Destruktionstrieb an der hermaphroditischen Urgestalt äußert, nicht einmal an der von mir so genannten „Zweieinhalb-Person". Ich möchte auch betonen, daß der Koller bei einem Kind unter drei Monaten als Bewegungssturm normal ist. Wenn er aber in der Dreier- oder Vierer-Situation anhält, ist er als neurotisch, bei noch längerer Dauer sogar als psychotisch anzusehen, — wenigstens in der Form, wie er dem epileptischen Anfall ähnelt. Die echten epileptischen Anfälle scheinen der Prototyp für den Ausdruck des unbewußten Destruktionstriebes zu sein, sie sind aber nicht im obengenannten Sinne aggressiv, sie sind streng genommen keine Aggression.

Uns ist der Koller der primitiven Kämpfer in der Form der Berserkerwut bekannt. Ein Beispiel ist die Wut des irischen Mythenhelden Cuchullain, der nach der Schlacht drei aufeinanderfolgende kalte Bäder brauchte, um sich abzukühlen. Seine Wut war jedoch so groß, daß das Wasser jedesmal auf seinem

Körper heiß wurde. Dieser primitive Koller ist nicht Aggression, sondern der sekundäre Destruktionstrieb des Einzelnen gegen einen anderen Einzelnen oder gegen eine Gruppe. Er kann auch künstlich, durch Alkoholkonsum, Drogen oder hypnotische Suggestion entfacht werden. Er stellt eine gefährliche Regression dar, die wir aber in den mehr oder weniger zivilisierten Gruppenseminaren kaum noch antreffen werden. Wie wir sie erforschen könnten — ich glaube noch am ehesten durch Tierexperimente — ist eine große Frage, die wir nicht vernachlässigen dürfen. Wir müssen uns mit ihr beschäftigen, wenn auch zuerst vielleicht nur durch die Beobachtung ihrer reduzierten oder symbolischen Folgeerscheinungen. Ein Weltbrand könnte entstehen, wenn wir nicht im Stande währen, dies Problem rechtzeitig zu bewältigen.

Destructiveness Against Individuals and Groups

Lilla Veszy-Wagner

The author postulates that there is no innate destructive instinct, even not in the phenomenon of manifest aggression. She unfolds the conception of a secondary potential for aggression with the help of different constellations in the family and with examples of mass behaviour.

In the first phase of life no goal-directed destructive behaviour can be observed, only undifferentiated states of frenzy. The temper tantrum of the infant is always the attempt to get rid of something unpleasant. It might have destructive results, but in any case it is not goal-directed. In a second phase of life, when the parents are experienced as one hermaphrodite person the child only demands love and protection. It is only in a third phase of life, when the parents are experienced as two different persons, that hate comes into being, which finds its expression in a goal-directed petulant wish to behave destructively. All later destructive intentions of the individuals can be traced back to this prototype.

A weighty impetus for destruction is caused by the group of four, this means, when a second child is born into the family. This constellation hightens the child's readiness for destruction. The intruder is hated very strongly since he seems to demand twice as much love and since he has separated the first born from his allies.

Another possible outlet of this constellation is the alliance of Cain and Abel against the parents, with the consequence of patricide and filicide.

Here is a link to *Freud*'s theory of the primal horde, of which *Veszy-Wagner* is a bit sceptical. She doubts its universality and she questions *Freud*'s assumption that the hostility after the murder remain in the family. She reasons that no parallel can be found in the animals and that hostility in the animals is more likely to be directed against an outer enemy, who often has the function to unite the in-group. In this connection *Veszy-Wagner* discusses the phenomenon of xenophobia which always is directed against another group. It might be

aggression, if the enemy is really threatening, but in the most cases xenophobic actions lead to real destruction.

Another form of destructive group action is lynching. Discussing this phenomenon the author first gives a description of the essentials of a mass. In a mass the individual remains anonymous and is more ready to behave destructively, since all his fellow members just do the same. She remembers that *Freud* already had indicated that the thinking of the individual in a mass situation is more apt to be directed by primary processes. A lust murder executed by a mass therefore lies on a more primitive level than the one executed by an individual. The individual lust murderer kills because his sexual object shows resistance, but a lust murder in a group is not motivated by sexual desire, it is executed because mere destruction is enjoyed.

In the last part of her paper the author discusses related problems in group therapy. A therapy group aims at the transformation of destructive elements into aggressive ones. To a certain extent it will tolerate aggression, but it will resent destruction. The destructive member will be banished from the group by the group members. But a group which does not tolerate aggression at all is immature and promotes anti-social tendencies. The destructive instinct against individuals (be it executed by individuals or by groups) is always concrete, but assumes an idealistic quality when directed against hostile groups. This difference is less valid in the case of aggression. The destructive action often is very real and irrevocable, but as an idea it is irreal, whereas the aggressive action not always is irrevocable and is supported by more realistic motivations.

Finally the author points to problems which might be aroused in group therapy, since they are deeply linked with all groups, but which turn out to be anti-therapeutic.

1. Group therapy should aim at the exstinguishment of isolation of the group itself, at the prevention of group fragmentation and at a reduction of group irrationality.

2. Homosexuality should not be displayed exhibitionistically in a therapy group. It generates in the latency period and is later manifested in clubs, fraternities etc. Group therapy should not become a latency amusement for adults.

3. A therapy group should be secularized as soon as possible. It should get rid of esoteric and mystic elements to prevent stagnation.

The author holds that group analysis is more apt to work through aggression and destruction than individual analysis. In the individual setting the patient often expresses his wish to murder the analyst in the disguise of a generalization: „Other people, too, feel the same way as I do." It is very easily to refute this in a group, but difficult in the individual setting.

Summing up the author stresses that she was not able to find evidence of a primary destructive instinct, neither in the development of the child, nor in the development of mankind. The frenzy of the infant has to be regarded as a

normal expression of motility, which only then becomes neurotic or psychotic when it persists, and the frenzy of the primitive warrior, known as „Berserker"-rage is not a manifestation of aggression but of a secondary destructive instinct of the individual against individuals or groups.

Literatur

Freud, S. (1900/1901): Die Traumdeutung. Ges. W., Bd. II/III (London: Imago)
— (1910): Über Psychoanalyse. Ges. W., Bd. VIII, a. a. O.
— (1912/1913): Totem und Tabu. Ges. W., Bd. IX, a. a. O.
— (1920): Jenseits des Lustprinzips. Ges. W., Bd. XIII, a. a. O.
— (1921): Massenpsychologie und Ich-Analyse. Ges. W., Bd. XIII, a. a. O.
— (1937): Die endliche und die unendliche Analyse. Ges. W., Bd. XVI, a. a. O.
Jones, E. (1913): Hate and Anal Erotism in the Obsessional Neurosis. In: Papers on Psycho-Analysis, 1918
Kretzschmer, E. (1946): Hysterie, Reflex und Instinkt (Leipzig: Thieme, 4. Aufl.)
LeBon, G. (1912): Psychologie der Massen. 2. Aufl.
Lorenz, K. (1963): Das sogenannte Böse. Zur Naturgeschichte der Aggression (Wien: Borotha-Schoeler)
Malinowski, B. (1955): Sex and Repression in Savage Society (New York: Meridian Books)
Róheim, G.: Die Rätsel der Sphinx
Veszy-Wagner, L. (1949): Les mythes des associations masculines. Vortrag im Institut Français d'Anthropologie. In: Comptes rendus (49) 1—12

Adresse der Autorin:
Lilla Veszy-Wagner, Ph. D.
12, Boyton House
Wellington Road
London, N. W. 8

Negative Übertragung und Widerstand gegen die Nachbehandlung

Wayne C. Hudson*

Freud beobachtete als erster, daß eine Psychotherapie des Neurosekranken erfolglos blieb, wenn sich eine negative Übertragung entwickelte und unanalysiert gelassen wurde. Beim schizophren reagierenden Patienten ist die negative Übertragung häufig so stark, daß der Therapeut möglicherweise gar keine Gelegenheit mehr zu ihrer Analyse findet, da ihre Entwicklung schon im Anfang die Psychotherapie beenden kann.
Hudson berichtet über zwei Studien, welche mit 57 entlassenen schizophren reagierenden Patienten und mit 14 wiederholt stationären Patienten unter der gleichen Diagnose innerhalb einer staatlichen Krankenanstalt unternommen wurden und bei denen die Mehrheit dieser Patienten einen aktiven Widerstand gegen die Nachbehandlung ergaben. Als wichtigstes Motiv hierfür fand er eine ungelöste negative Übertragung. Ihre Entwicklung wird durch die Struktur der staatlichen Krankenanstalten gefördert: sie sind meistens stützend orientiert und prämieren die Äußerung positiver und das Verschweigen negativer Gefühle. Die Überinstitutionalisierung der großen Anstalten setzt dem Ausagieren der negativen Übertragung enge Grenzen. So wird eine Umgebung für den Kranken geschaffen, die die Entwicklung einer negativen Übertragung begünstigt, deren Ausdruck und Bearbeitung jedoch unterdrückt. Um dem entgegenzuwirken, sollte der Psychotherapeut sich nicht nur mit der offenen Symptomatik der schizophrenen Reaktion befassen, sondern auch mit der Psychodynamik, welche für die Einstellung des Patienten gegenüber einer später notwendigen Psychotherapie entscheidend werden kann.

Es wird über zwei Studien berichtet, welche bei der Mehrheit der untersuchten schizophrenen Patienten einen aktiven Widerstand gegen die Nachbehandlung ergaben. Die Ergebnisse legen nahe, daß der aktive Widerstand Manifestation einer ungelösten negativen Übertragung bedeutet. Die Verstärkung der negativen Übertragung in der Krankenanstalt und deren Folgen nach der Entlassung werden diskutiert.

Eine Studie wurde mit entlassenen Patienten einer staatlichen Krankenanstalt durchgeführt, um herauszufinden, wieviele Patienten das Nachbehandlungsprogramm wie vorgeschrieben besucht hatten. Die Patienten wurden aus den Einweisungen eines Community Health Center zur staatlichen Krankenanstalt während einer Periode von neun Monaten im Jahr 1971 ausgewählt. Folgende Kriterien wandte man bei der Selektion der Patienten für diese Studie an:

a) bei den Patienten war die Diagnose einer Schizophrenie gestellt worden,

b) der Patient war wenigstens sechs Wochen vor Beginn der Studie entlassen worden,

c) mit dem Patienten war zur Zeit der Entlassung eine Nachbehandlung verabredet worden,

d) der Patient lebte im Umkreis von sechs Meilen vom verantwortlichen Nachbehandlungszentrum entfernt.

* Klinischer Psychologe, Psychoanalytiker am South Florida State Hospital.

Ob ein Transportmittel für jeden Patienten vorhanden war, blieb ein unbekannter Faktor in der Studie, aber das Mental Health Center hielt einen freien Transport für Patienten auf Abruf bereit.

57 Patienten, 35 Männer und 22 Frauen zwischen 16 und 51 Jahren, wurden für die Untersuchung ausgewählt.

Es gab keine signifikanten alters- oder geschlechtsbedingten Unterschiede, was den Besuch der Nachbehandlung anbetraf. Die Untersuchung zeigte, daß 62 % der Patienten ihre Bestellung zur Nachbehandlung nicht eingehalten hatten, noch anschließende Verabredungen mit dem Zentrum trafen.

Die zweite Studie wurde innerhalb der staatlichen Krankenanstalt durchgeführt. 14 männliche Patienten mit der Diagnose Schizophrenie wurden ausgewählt, die drei- bis fünfmal klinisch behandelt worden waren und zwischen den Einweisungen nicht die Nachbehandlung besucht hatten, die Patienten waren zwischen 18 und 44 Jahre alt.

Der Patient und das Familienmitglied, in dessen Obhut er entlassen worden war, wurden getrennt interviewt, um herauszufinden, warum der Patient nicht irgendeine Form der Nachbehandlung zwischen den Einweisungen besucht hatte.

Sechs der Patienten gaben an, nicht gekommen zu sein, weil sie ihren Arzt nicht gernmochten und fühlten, daß er ihnen nicht helfen würde. Sieben Patienten sagten, sie spürten keinen Bedarf nach zusätzlicher Hilfe, und einer erklärte, er habe Sprechzeiten verabredet, aber sei wegen seiner Arbeit nicht fähig gewesen, sie einzuhalten.

Neun der Familienmitglieder stellten fest, der Patient sei sehr erregt gewesen, wenn sie die Verabredungen erwähnt hätten, und habe sich denen widersetzt, die angeregt hätten, die Nachbehandlung zu besuchen. In zwei Fällen hatte dieser Widerstand zu physischer Verletzung geführt. Zwei Familienmitglieder sagten aus, der Patient habe ihnen erzählt, sein Arzt habe die Einhaltung der verabredeten Nachbehandlung seitens des Patienten für nicht erforderlich gehalten, und die Familie habe geglaubt, dies sei wahr. Zwei andere Familienmitglieder fühlten, der Patient brauche keine weitere Hilfe, und eins sagte, es sei Angelegenheit des Patienten, dort hinzugehen oder nicht hinzugehen.

Die Untersuchungen enthüllten, was augenscheinlich vielmehr aktiver Widerstand als geringe Motivation oder Indifferenz gegenüber einer Nachbehandlung ist.

Obwohl diese Phänomene mit paranoiden Zügen des schizophrenen Patienten zusammenhängen können, darf hier angenommen werden, daß die vor der Entlassung erfolgte Besserung des Patienten mit der neuen Medikation die Kraft der paranoiden Tendenzen so vermindert, daß sie wenigstens nicht allein hierfür verantwortlich sind. Ebenso darf man der Meinung sein, daß Apathie nicht die wichtigste Ursache für diesen Widerstand ist, mit dem sich alle in der Krankenanstalt interviewten Patienten nach der Entlassung auseinandersetzten; zur Zeit

der vereinbarten Nachbehandlung gingen sie einer regelmäßigen Arbeit nach.

Der primäre Faktor für diesen Widerstand gegen eine Nachbehandlung kann eine ungelöste negative Übertragung sein.

Viele psychoanalytische Theoretiker haben die Ambivalenz der Übertragungsphänomene bei Schizophrenen diskutiert (*Abraham,* 1924; *Federn,* 1943; *Freeman,* 1969; *Little,* 1958; *Rosenfeld,* 1952, 1954).

Die Kraft und Bedeutung der negativen Übertragung in der Schizophrenie scheint über diejenige des neurotischen Patienten hinauszugehen. Zusätzlich wird durch den Wechsel zwischen positiver und negativer Übertragung die Notwendigkeit nachdrücklich betont, sich mit beiden Phänomenen in gleicher Weise zu beschäftigen.

Klein (1952) und *Searles* (1965) haben auf die relative Autonomie der beiden Übertragungsphänomene hingewiesen. Die Fähigkeit des Patienten, sich mit den positiven und negativen Seiten getrennt zu beschäftigen, scheint zu einer Tendenz beizutragen, alle negativen Aspekte der Beziehung zum Therapeuten außer acht zu lassen und so zu handeln, als ob er den Therapeuten nur im Zusammenhang der positiven Übertragung gekannt habe. Es gibt auch die entgegengesetzte Position, in der der Patient sich dem Therapeuten gegenüber verhält, als ob er nur eine negative Übertragung auf ihn hätte.

Spotnitz (1969), dessen therapeutische Technik mit Schizophrenen der negativen Übertragung den Vorrang gibt, bemerkt, daß eine negative Übertragung das Verhältnis zwischen Patient und Therapeut durchdringt und die Therapie nicht effektiv sein kann, wenn der Therapeut versucht, diese Übertragung von sich selbst zu lösen.

Die zweite Seite der Betrachtung ist die Frage, wie die negative Übertragung in der ungelösten Form den Prozeß der Psychotherapie beeinflussen kann, und anschließend, wie sie sich gegenüber einem Widerstand gegen die Nachbehandlung verhält.

Verschiedene Therapeuten, wie *Brody* (1964), *Eissler* (1952) und *Fromm-Reichmann* (1939), haben Beispiele dafür genannt, wie die negative Übertragung mit dem Prozeß der Psychotherapie interferiert. Dies mag sich manifestieren in Form einer mangelnden Zusammenarbeit mit dem Therapeuten oder einer Beendigung der Behandlung. *Spotnitz* (1969) bemerkt, daß die negative Übertragung beim Patienten eine Haltung erzeugen kann, in der er der Therapie Widerstand leistet, so daß der Therapeut den Fall nicht erfolgreich beenden kann. Einige Therapeuten meinen, daß die negative Übertragung schwieriger als der Narzißmus in der Behandlung von Schizophrenen ist.

Auf der neurotischen Ebene ist das Problem der negativen Übertragung grundlegend, wie *Freud* zuerst feststellte. Er beobachtete nämlich, daß der Therapeut bei der Behandlung des Patienten erfolglos blieb, wenn eine negative Übertragung sich entwickelte und unanalysiert blieb. Im Fall des Schizophrenen jedoch ist das Problem sogar noch schwieriger, insofern es möglicherweise keine

Gelegenheit gibt, die negative Übertragung zu analysieren, denn ihre Entwicklung kann bereits im Anfang die Psychotherapie des Patienten beenden.

Einige Struktur-Aspekte der staatlichen Krankenanstalten vergrößern die Möglichkeit für die Entwicklung einer ungelösten negativen Übertragung. Die meisten Anstalten sind stützend orientiert und versuchen, die Aufmerksamkeit vom Negativen abzulenken. Patienten werden belohnt, wenn sie nicht feindlich sind oder keine negativen Gefühle äußern, und werden dahin unterstützt, das Positive zu betonen. Hierdurch wird die Fähigkeit des Patienten eingeschränkt, seine negativen Gefühle gegenüber dem Therapeuten auszudrücken, und damit auch, sie zu lösen. Zusätzlich sind auch die Möglichkeiten zum Ausagieren der negativen Übertragung herabgesetzt. Die komplizierte Struktur der Klinik begrenzt unterschiedliche Antworten seitens des Patienten. Insgesamt wird eine Umgebung geschaffen, die eine negative Übertragung begünstigt, aber ihren Ausdruck unterdrückt.

Demzufolge scheint nach der Entlassung, wenn der Patient die Klinikstruktur hinter sich läßt, die unterdrückte negative Übertragung eine Gelegenheit zu finden, als eine mächtige psychische Kraft wieder aufzutauchen. Zusätzlich könnte vielleicht die Angst vor Abhängigkeit vom Therapeuten, welche *Lampl-De Groot* (1967) auf eine präödipale Angst vor der Abhängigkeit wegen ambivalenter Gefühle gegenüber der Mutter bezog, zu dieser Zeit intensiviert werden aufgrund der Stärke der negativen Übertragung. Schließlich würden Projektionen der Feindseligkeit verbunden mit negativer Übertragung *(Fromm-Reichmann,* 1939) die Polarisierung zwischen Patient und Therapeut vermehren.

Diese Faktoren können ein Ausagieren der negativen Übertragung in Form eines Widerstandes gegen die Nachbehandlung verursachen.

Fallbeispiele

Zwei Fallbeispiele stammen aus der Krankenanstalt, in der die zweite Studie durchgeführt wurde. Der erste Fall ist der eines damals in die Klinik aufgenommenen Patienten; er soll die Macht der ungelösten negativen Übertragung demonstrieren.

Der Patient war sechs Monate klinisch behandelt worden, bevor er auf eine neue Station gebracht wurde. Dort hatte er wöchentlich Einzeltherapie und täglich Gruppentherapie. Er hatte in beiden Therapieformen signifikant Fortschritte erzielt, verbunden mit dem Nachlassen paranoischer Vorstellungen und wachsender Einsicht und Motivation. Seine Stationsberichte zeigten ihn als kooperativ; Zwischenfälle in Form von Feindseligkeit oder Konfrontation mit irgendeinem anderen Patienten oder Pfleger wurden nicht verzeichnet. Seine beiden Therapeuten und die Stationsschwester waren sich darin einig, daß er zur Entlassung anstände. In Gegenwart des früheren Therapeuten aber wurde der Patient feindselig und unkooperativ, er weigerte sich, Fragen zu beantworten, und stritt mit dem untersuchenden Arzt.

Wegen dieses feindseligen Verhaltens vertagte die Entlassungskonferenz die Entscheidung über den Patienten und bat ihn, eine Woche später wieder zu kommen.

In dieser Woche war das Benehmen des Patienten wieder kooperativ und nicht paranoisch. Aber als der Patient eine Woche später zur Entlassung zurückkehrte, wiederholte sich die Feindseligkeit und mangelnde Mitarbeit gegenüber dem früheren Therapeuten. Gefragt wegen seines ungewöhnlichen Verhaltens ihm gegenüber, bemerkte der Patient: „Ich würde lieber in der Anstalt bleiben als mich zu ergeben."

Seine Entscheidung, kooperationswillig zu sein um jeden Preis, war der Beziehung zu seinem Vater analog. Die folgende Therapie des Patienten konzentrierte sich auf die Lösung der negativen Übertragung auf beide Therapeuten, den vorherigen und den jetzigen. Einen Monat später wurde der Patient entlassen und setzte die Nachbehandlung fort.

Der zweite Patient war dreimal eingewiesen worden und hatte zwischenzeitlich nie die Nachbehandlung besucht. Er wurde gefragt, warum er vier Wochen nach seiner letzten Entlassung nicht die Nachbehandlung besucht habe. Zur Zeit des Interviews lebte der Patient gerade zu Hause und hatte eine Arbeit. Er nahm noch eine Medikation, aber nicht wie verordnet, und hatte nur noch Medikamente für drei Tage.

Der Patient äußerte als Grund für seinen unterlassenen Besuch zur Nachbehandlung, der Arzt habe ihm während der Behandlung nicht helfen können. Er „machte" den Arzt „herunter", da er für ihn nicht gesorgt und ihm nicht gegeben habe, was er wirklich brauchte. Er empfand, der Arzt sei nicht interessiert gewesen. Als ihm erzählt wurde, daß der nachbehandelnde Arzt häufig nicht der Stationsarzt sei, stellte er einfach fest: „Gut, sie sind alle gleich."

Diese Verallgemeinerung vom aktuellen auf jeden möglichen Therapeuten ist ein weiterer bedeutender Faktor für den Widerstand gegen die Nachbehandlung. Wie *Salzberger* (1970) aufweist, kann die negative Übertragung auf verschiedene bedeutsame Personen projiziert werden. Sie kann vom Psychotherapeuten des Patienten auf andere Psychotherapeuten oder sogar auf die Institutionen, welche die Therapeuten repräsentieren, übertragen werden.

Je weiter die Verallgemeinerung der ungelösten negativen Übertragung, um so schwieriger wird es sein, über den Widerstand gegen die Nachbehandlung hinwegzukommen.

Folgerungen

Ein aktiver Widerstand gegen die Nachbehandlung stellt ein zusätzliches Problem in der Behandlung der Schizophrenie dar. Der Psychotherapeut sollte sich nicht nur mit ihrer offenen Symptomatologie befassen, sondern auch mit der Dynamik, welche die Haltung des Patienten gegenüber einer zukünftigen Psychotherapie beeinflussen wird. Es ist nicht anzunehmen, daß eine negative Übertragung mit dem Ende der Behandlung gelöst ist. Es ist sehr wichtig, daß

die Kraft der negativen Übertragung nach der Therapie größer sein kann als das, was sich von ihr während der klinischen Behandlung zeigte.

Negative Transference and Resistance to After Care

Wayne C. Hudson

Two studies were made, which revealed an active resistance to after care in the majority of schizophrenic patients studies. The first was made of 57 patients diagnosed schizophrenic and discharged from a state hospital at least six weeks prior to the study. It showed that 62% had not kept their after care appointments nor made subsequent appointments with the center.

The second study was conducted at the state hospital with 14 male patients, diagnosed schizophrenic and hospitalized between three and five times, who had not attended after care between hospitalization. Interviews were conducted separately with the patient and the family member into whose care the patient had been discharged.

The studies reveal what is apparently an active resistance to after care, rather than low motivation, indifference to after care, paranoid trends of the schizophrenic or apathy. The primary factor in this restance to after care is an unresolved negative transference.

On the neurotic level the basic problems of the negative transference exist as *Freud* first statet, when he observed that if a negative transference developed and was left unanalyzed, then it was no wonder that the therapist was ineffective in treating the patient. In the case of the schizophrenic the problem is even more complex in that there may not be an opportunity to analyze the negative transference for its initial development may end the patients involvement in psychotherapy.

Several aspects of the structure of state hospitals increase the possibility for the development of an unresolved negative transference. The first element is that most hospitals have a supportive orientation which attempts to de-emphasize the negative. This decreases the possibility of the patient to express his negative feelings toward the therapist and therefore decreases the possibility of them being resolved. In addition, the possibilities for acting out the negative transference are also decreased. The high structure of the hospital limits the variety of response on the part of the patient. The overall effect is to create an environment which fosters a negative transference but suppresses its expression.

In conclusion the psychotherapist should be concerned not only with the overt symptomatology of schizophrenia but also the dynamics which will influence the patients attitude toward future psychotherapy. It cannot be assumed that a negative transference will be resolved with the termination of treatment. The post treatment potency of the negative transference may be greater than what is displayed during the course of hospital treatment.

Literatur

Abraham, K. (1924): Selected Papers of Karl Abraham (London: Hogarth Press)
Brody, S. (1964): Syndrome of the Treatment Rejecting Patient. In: Psychoanal. Rev. (51) 243—252
Eissler, K. R. (1952): Remarks on the Psychoanalysis of Schizophrenia. In: Int. J. Psychoanal. (32) 139—156
Federn, P. (1943): Psychoanalysis of Psychoses In: Psychiat. Quart. (17) 3—19, 246—257, 470—487
Freeman, T. (1969): Psychopathology of the Psychoses (New York: Int. Univ. Press)
Freud, S. (1905): Bruchstücke einer Hysterieanalyse. Ges. W., Bd. V (London: Imago)
Fromm-Reichmann, F. (1939): Negative Transference. In: Psychoanal. Quart. (8) 412—426
Klein, M. (1952): Developments in Psychoanalysis (London: Hogarth Press)
Lample-De Groot, J. (1967): On Obstacles Standing in the Way of Psychoanalytic Cure. In: Psychoanal. Study Child XXII (New York: Int. Univ. Press)
Lidz, R., Lidz, T. (1965): Therapeutic Considerations Arising from the Intense Symbiotic Needs of Schizophrenic Patients. In: Psychotherapy with Schizophrenia (New York: Int. Univ. Press)
Little, M. (1958): Negative Transference. In: Int. J. Psychoanal. (39) 134—138
Rosenfeld, H. (1952): Transference Phenomena and Transference Analysis in an Acute Catatonic Schizophrenic Patient. In: Int. J. Psychoanal. (35) 135—140
— (1954): Considerations Regarding the Psychoanalytic Approach to Acute and Chronic Schizophrenia. In: Int. J. Psychoanal. (35) 135—140
Salzberger-Wittenberg, I. (1970): Psychoanalysis (London: Routledge & Kegan Paul)
Searles, H. (1965): Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects (New York: Int. Univ. Press)
Spotnitz, H. (1969): Modern Psychoanalysis of the Schizophrenic Patient: Theory of the Technique (New York: Grune & Stratton)

Adresse des Autors:
Wayne C. Hudson
111 South West 2nd Street
Delray Beach
Florida 33444

Buchbesprechungen/Bookreviews

Günter Ammon

Dynamische Psychiatrie — Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie

Luchterhand-Verlag, Darmstadt, 1973, 263 Seiten, DM 9,80

In *Günter Ammon* und seiner Arbeit vollzieht sich eine Art historischer Zirkelschluß. Als Deutscher, der viele Jahre bei *Karl Menninger* und in dessen Klinik gelernt und gearbeitet hat, ist er nach Berlin zurückgekehrt, von wo ursprünglich *Franz Alexander,* der später *Menningers* Lehrer gewesen ist, in den 30er Jahren die Schule des Berliner Psychoanalytischen Instituts nach den USA gebracht hatte.

Die Entwicklung der deutschen Psychiatrie, das Loch, das in der Hitlerzeit durch die Ausweisung der Psychoanalyse entstanden war, mußte in den Nachkriegsjahren allmählich nachgeholt und ausgefüllt werden. *Ammons* Buch ist dazu ein Beitrag.

Unter diesen Umständen muß *Ammon* die Notwendigkeit einer psychoanalytischen Psychotherapie im Rahmen deutscher Kliniken und Anstalten erst darstellen, und er entwickelt ein außergewöhnliches, Ich-psychologisches Konzept einer Dynamischen Psychiatrie, die sich sowohl von der klassischen deutschen Psychiatrie als auch von der orthodoxen Psychoanalyse abgrenzt.

Ammons Buch enthält Arbeiten über Schizophrenie, Depression, Sexuelle Perversion, Psychosomatik und das Borderline-Syndrom. Seine Konzepte und die ausgezeichneten Falldarstellungen sind in sensibler und gekonnter Weise Ich-psychologisch formuliert. Therapeutische Interventionen sind seinem dichten psychodynamischen Denken fast implicite. Der klinische und theoretische Teil des Buches wird mit zwei Kapiteln über psychoanalytische Gruppentherapie und analytische Milieutherapie abgerundet.

Im Schlußkapitel diskutiert *Ammon* Reformpläne für die deutsche Psychiatrie. Als Direktor des Berliner Lehr- und Forschungsinstituts für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik (LFI) versucht er, seinen Beitrag für die innere und äußere Reform der deutschen Psychiatrie zu leisten. Er plädiert für eine psychodynamische Ausbildung der Psychiater, für eine aktivere Therapie in den psychiatrischen Institutionen und für die Einführung einer Gemeindepsychiatrie. Kurz, er hofft, daß in Deutschland das entsteht, was in vielen europäischen Ländern und in den USA schon weitgehend eingerichtet oder geplant ist.

Ammons Buch ist den besten Arbeiten der Dynamischen Psychiatrie in Amerika gleichzustellen. Man könnte es hier ebenfalls gut gebrauchen. Seine Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) und seine Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft (DGG), sein Institut und die von ihm heraus-

gegebene Zeitschrift sind auf dem Weg, die deutsche Psychiatrie wieder lebendig zu machen.

Leopold Bellak (Larchmont, N. Y.)

Rudolf Ekstein
Grenzfallkinder — Klinische Studien über die psychoanalytische Behandlung von schwer gestörten Kindern

Ernst-Reinhardt-Verlag, München/Basel, 1973, 285 Seiten; Ln. DM 24,50; ktn. DM 17,50

Wegen der Bedeutung des *Ekstein*schen Buches, ganz besonders für die deutschsprachige Kinderpsychiatrie, haben wir uns entschlossen, die Rezensionen zweier Kolleginnen zu veröffentlichen.

Endlich ist die langangekündigte deutsche Übersetzung des in den USA bereits 1966 veröffentlichten Buches von *Rudolf Ekstein* „Children of Time and Space, of Action and Impulse" im Ernst-Reinhardt-Verlag erschienen.

Dieses Buch ermöglicht nicht nur ein weitgehendes Verständnis für „verhaltensgestörte" Kinder und hat somit einen hohen theoretischen wie praktischen Wert für die deutsche Kinderpsychiatrie und -psychotherapie, sondern erfüllt auch einen großen humanitären Dienst an dieser Gruppe psychisch kranker Kinder, die bisher für ihre in schlechtem Verhalten sich ausdrückenden psychischen Leiden in unserer Gesellschaft bestraft und noch mehr vernachlässigt wurden oder zumindest einem großen Unverständnis begegneten.

Die deutsche Psychiatrie und orthodoxe Psychoanalyse betrachtet schwergestörte Kinder — Borderline-kranke und Psychose-kranke Kinder — als therapeutisch hoffnungslos, bzw. verleugnet die Existenz schweren psychischen Leidens bei diesen Kindern aufgrund veralteter, längst überholter Anschauungen und erklärt ihre Verhaltensstörungen mit dem oft an den Haaren herbeigezogenen Vorhandensein eines fraglichen frühkindlichen Hirnschadens, womit das Kind dann für immer sein Recht auf Hilfe verliert.

Es war *Gerd Biermanns* Verdienst, daß er bereits 1968 in seinem kindertherapeutischen Handbuch in Deutschland mit einer Veröffentlichung *R. Eksteins* auf die Möglichkeiten psychoanalytischer Behandlung kindlicher Psychosen hingewiesen hat.

Rudolf Ekstein, weltbekannter Kinderpsychoanalytiker und Leiter des Kinderpsychologischen Forschungsinstituts in Los Angeles, stellt zusammen mit einer Reihe seiner Mitarbeiter in dem vorliegenden Buch „Grenzfallkinder" seine langjährigen Forschungsergebnisse und die daraus gewonnenen Therapiemethoden dar. Es handelt sich, wie im Untertitel des Buches zu lesen ist, um klinische Studien über die psychoanalytische Behandlung von schwergestörten Kindern. Ein Blick auf das Inhaltsverzeichnis zeigt die Tragweite und den Umfang der Untersuchungen: es wird auf die Psychopathologie dieser Kinder, die Thera-

piemöglichkeiten, die Wahl der Interpretationsweise während der Behandlung eingegangen, auf die Problematik des autistischen Kindes, auf die Einführung des dritten Objektes in die Therapie u.a.; es zeigt das gestörte Kind in seinem sozialen Bezugsrahmen und behandelt schließlich die erforderliche Eignung und Ausbildung des Kindertherapeuten, der mit diesen Kindern arbeitet.

Besonders eindrucksvoll erlebte die Rezensentin die Ich-psychologische Deutung der panikartigen Angstzustände und Wutausbrüche dieser Kinder bei Liebesverlust oder bei der drohenden Gefahr, verlassen zu werden. *Ekstein* beschreibt diese Zustände als Ich-Zustandswechsel, Fluktuationen in der für das Kind typischen unreifen, labilen Ich-Organisation, als vorübergehende Regressionen auf präödipale Entwicklungsstufen.

„Ego-states" sollte wohl besser mit „Ich-Zuständen" anstatt mit „Ich-Stadien" übersetzt werden, wie es in der psychoanalytischen Nomenklatur üblich ist, wie auch die übrige Übersetzung manchmal hätte sorgfältiger sein müssen.

Eine Fülle von Fallbeispielen untermauert die theoretischen und praktischen Darlegungen in solch einer Vielfalt und einem Übermaß, daß es manchmal Mühe kostet, den theoretischen Boden bzw. den Faden wiederzufinden.

Diese kurzen kritischen Anmerkungen sollen keinesfalls den Wert dieses Buches mindern, das für Kinderpsychiater und -analytiker, Erzieher und reflektierende Eltern eine Anleitung darstellt, das Verhalten schwergestörter Kinder zu verstehen und ihnen zu helfen, anstatt sie zu bestrafen. Gerade für den leider oft die englische Sprache nicht beherrschenden deutschen Kindertherapeuten sollte dieses Buch als Lehrbuch dienen, damit endlich auch in Deutschland mit dem Irrtum des therapieresistenten „verhaltensgestörten" Kindes aufgeräumt wird.

Da das Buch sich kaum einer für Laien unverständlichen Fachsprache bedient, im Gegenteil sehr einfach zu lesen und überdies noch preisgünstig ist, kann es allen Lesern, die ein generelles Interesse an Kinderarbeit haben, wärmstens empfohlen werden.

Regine Schneider (Berlin)

Der Autor ist Direktor des Forschungsobjektes für Kinder-Psychosen am Reiss-Davis Child Study Center in Los Angeles und Lehranalytiker. Er beabsichtigt mit dem vorliegenden Buch eine „erste Zusammenfassung" wichtiger Probleme in der Behandlung der Kinderpsychosen, ihrer Theorie der Persönlichkeitsorganisation und Behandlungstechnik — mehr sei beim derzeitigen Stand der Forschung noch nicht möglich. So erhellt diese Arbeit den dialektischen Prozeß, in dem sich in differenzierten Fallschilderungen dokumentierte therapeutische Erfahrung mit fortschreitender Theorienbildung verbindet. Diese Art der Darstellung verdeutlicht dem Leser unmittelbar die Grundprobleme dessen, der die Psychotherapie schwer gestörter Kinder wagt: ihre Krankheit zu verstehen, einen Zugang zu ihnen zu finden, wirksam zu handeln und sie damit zu heilen.

Als Behandlungsmodell, das der Arbeit mit diesen Patienten am ehesten gerecht wird, erweist sich eine Kombination des topologischen und des strukturellen Persönlichkeitsmodells *Freuds,* nach dem verschiedene Bewußtseinsebenen und Stufen der Ich-Organisation einander entsprechen. Dieses Modell ermöglicht das Konzept der fluktuierenden Ich-Zustände, die als erklärendes Charakteristikum psychotischen Verhaltens gelten dürfen. Innerhalb dieses Konzepts läßt sich das therapeutische Ziel als Wiederherstellung der zerstörten Kontinuität der Ich-Organisation und der Ich-Funktionen formulieren, eine synthetische Leistung also.

Ein Großteil des Buches befaßt sich mit den therapeutischen Mitteln, dieses Ziel zu erreichen. Im Mittelpunkt der Bemühungen steht das Aufspüren von Kommunikationskanälen, das Herstellen einer Übertragungsbeziehung in einer für das Kind erträglichen und dem Therapeuten möglichen Weise. Technisch gelingt dies über das Spiel, die metaphorische Deutung und den symbolischen Akt; d.h. daß der Therapeut zum Patienten und mit ihm regredieren muß, um ihn zu erreichen. Ausführliche Behandlungsprotokolle mit nachfogender Analyse verdeutlichen dieses Vorgehen.

Schizophrenen und Grenzfallkindern gemeinsam sei der als absolut unlösbar erfahrene Konflikt zwischen totaler Isolation und verschlingender Symbiose, die beide Vernichtung bedeuten. Psychotisches Verhalten läßt sich demnach als Abwehr der Vernichtungsangst verstehen. Am Beispiel eines autistischen Kindes wird gezeigt, wie der Therapeut über Echolalie und Echopraxie einen ersten Zugang zum Kind gewinnt, dessen Angst vor der Symbiose reduziert und ihm so die auditive Identifikation als Grundlage des Sprechenlernens ermöglicht. Die Wichtigkeit, die psychotische Angst zu verstehen und die Notwendigkeit, ihre Abwehr zu respektieren, dokumentiert der Fall eines psychotischen Kindes, das sich von unerträglichen Anteilen seines Selbst mittels exzessiver Weltraumphantasien distanzierte. Nachdem es der Therapeutin gelungen war, eine Rolle in diesen Phantasien einzunehmen, konnte allmählich die für das Kind notwendige Distanz zwischen seinen abgespaltenen Persönlichkeitsanteilen verringert werden, bis zur endlichen Reintegration. Der Integration bzw. der Aneignung stabiler Introjekte dient auch der „Pakt mit dem Ungeheuer", der projizierten bedrohlichen Eltern-Imagines also, die trotz ihrer angsterregenden Naturals als primitive Vorläufer des Über-Ichs rudimentäre adaptive Funktionen wahrnehmen und sich deshalb für das therapeutische Bündnis eignen. Indem sie durch Verschmelzung mit dem Therapeuten positive und realitätsgerechte Züge annehmen, können sie introjiziert und zur Basis der weiteren Ich-Entwicklung werden.

Weitere Kapitel erörtern das Problem der Gegenübertragung, deren ständige Kontrolle über den Erfolg der Behandlung entscheidet; die Rolle des Sozialarbeiters, der als Ersatz-Mutter für Kind und Eltern Hilfs-Ich-Funktionen wahrnehmen muß; die Aufgabe der Schule, die in ihrer erzieherischen Funktion den für das Kind unerläßlichen Realitätsbezug herstellen kann; die besondere

psychische Situation der Lehrenden und Lernenden der Psychotherapie schwer gestörter Kinder.

Die Intensität und Sorgfalt, mit der dieses Buch die Problemstellung seines Gegenstands erhellt, macht seine Lektüre für alle, die sich mit Kinderpsychotherapie beschäftigen, unerläßlich, für den interessierten Laien trotz seiner nicht ganz leichten Lesbarkeit sehr empfehlenswert.

Christine Bott (München)

Edith Jacobson

The Self and the Object World

International Universities Press, New York, 1954, 250 Seiten, $ 7.50

Erste Hinweise über den Begriff „Objektbeziehung" finden wir in *Freuds* Aufsatz „Trauer und Melancholie" (1916), in dem er seine Aufmerksamkeit der Beziehung zwischen Melancholie und Objektverlust widmet. In „Das Ich und das Es" (1923) verallgemeinert er diese Vorstellungen auf die Bildung von Ich und Über-Ich und diskutiert grundlegende Begriffe wie Objektverlust, Objektwahl, Introjektion, Identifikation etc. Später, in „Fetischismus" (1927), entwickelt er den Begriff der Regression und erkennt auch die Ich-Spaltung als einen der wichtigsten Abwehrvorgänge („Abriß der Psychoanalyse", 1938; „Die Ich-Spaltung im Abwehrvorgang" 1940).

Aber erst als *Melanie Klein* ihre Vorstellungen vom „inneren Objekt" entwickelte, wurde die Theorie der Objektbeziehungen ein fundamentaler Teil der Psychoanalyse. Ihre Mitarbeiter, *Joan Riviere, Susan Isaacs, Paula Heimann, Alfred Bion, Herbert Rosenfeld* und *Hanna Segal,* die das Zentrum der „Englischen Schule" bilden, haben diese Theorie weiterverfolgt. Eine andere Gruppe in England, die „Mittlere Gruppe", mit *W. Fairbairn, H. Guntrip, J. D. Sutherland, M. Balint* und *W. Winnicott,* die *Melanie Klein* nahestehen, aber einige ihrer Hauptthesen, wie z. B. die Todestriebtheorie, ablehnen, entwickelten die Theorie der Objektbeziehung weiter.

Edith Jacobson nahm als eine der ersten amerikanischen Psychoanalytiker die Theorie der Objektbeziehungen auf und verband sie mit den Ergebnissen der Ich-psychologischen Forschung *René Spitz', J. Bowlbys* und *Erik Eriksons.*

In ihrem Buch „The Self and the Object World", das auf einem 1954 erschienenen Aufsatz gleichen Titels aufbaut, differenziert *Jacobson* sorgfältig zwischen Selbst und Objekt und ihren psychischen Repräsentationen im Selbst. Sie diskutiert ausführlich die Entwicklung der Selbst- und Objekt-Repräsentationen, beginnend auf der frühesten Ebene der Differenzierung der Persönlichkeitsstruktur. Konsequent ist das Buch deshalb in drei Teile gegliedert: „Early Infantile, Preoedipal and Oedipal Phases", „Superego Formation and the Latency Period" and „Puberty and the Period of Adolescence." Die Autorin untersucht detailliert, inwieweit der Prozeß der Differenzierung durch starke in der Kindheit

erlittene Frustrationen beeinflußt wird, und wie in der Psychopathologie der Erwachsenen, als Ergebnis von Regression, bereits erreichte Differenzierung von Selbst- und Objektrepräsentationen verloren geht und der Zusammenbruch des Ichs erfolgt. Außerdem setzt sie sich kritisch mit den Theorien *Melanie Kleins, Erik Eriksons, René Spitz'* und *J. Bowlbys* auseinander.

Der Rezensent kritisiert, daß *E. Jacobson* die Theorien *M. Kleins* simplifiziert und wichtige Beiträge *Faibairns, Guntrips* und anderer „Post-Kleinianer" zur „Theorie der Objektbeziehung" außer acht läßt. Ihre Revision der Triebtheorie *Freuds,* ihr Postulat einer undifferenzierten Triebenergie, die sich im Laufe der Kindheit zu zwei „psychobiologisch bestimmten psychischen Trieben", einem libidinösen und einem aggressiven Trieb entwickelt, ist keine Lösung der *Freud*schen Todestrieblehre, sondern stellt eher einen Aufschub dieses Dilemmas auf eine spätere Entwicklungsstufe dar.

Das Buch *E. Jacobsons* verlangt einen Leser, der gewillt ist, ihre mannigfaltigen theoretischen Formulierungen als einen wichtigen Schritt auf dem Wege zur Bildung einer umfassenden Theorie der Objektbeziehungen zu betrachten, und als Stimulans zu kritischer Antwort einer differenzierteren Neuformulierung ihrer Hypothesen.

Es sollte noch erwähnt werden, daß *E. Jacobson* inzwischen zwei weitere Bücher veröffentlicht hat: „Psychotischer Konflikt und Realität" (1967) — in Dyn. Psychiat. No. 19 besprochen — und „Depression" (1971), in denen sie ihre Theorie der Objektbeziehungen weiterentwickelt.

Andreas v. Wallenberg Pachaly (München)

Theodore Lidz
Familie und psychosoziale Entwicklung

Conditio humana, S. Fischer Verlag, Frankfurt/Main, 1971, 109 Seiten, DM 12.—

Der Autor, Psychotherapeut und Professor für Psychiatrie an der Yale-University, untersucht in diesem Band, der drei Vorlesungen über Familienstruktur und Ich-Entwicklung zusammenfaßt, sozialpsychiatrische Aspekte der „human adaptation". *Lidz,* der die mißlungene Vermittlung sozialer Anpassung in den Familien Schizophreniekranker gründlich studiert hat, versucht hier die Bedingungen für eine konfliktfreie psychosoziale Entwicklung zu beschreiben.

Gegen die pessimistischen Äußerungen über Zerfall und Bedeutungslosigkeit der Familie, gegen den Ruf nach ihrer Abschaffung entwickelt *Lidz* im ersten Teil die jetzige Situation der isolierten Kleinfamilie, der nach der Auflösung der Großfamilie im 19. Jahrhundert eine äußerst schwierige Aufgabe zufällt. Anders als die stabile, unveränderte Traditionen weitergebende Großfamilie muß die Kleinfamilie möglichst flexibel und aufgeschlossen eine permanente Anpassungsfähigkeit an eine sich ständig im Fluß befindliche Zivilisation beweisen. Nur Familien mit dynamischem Gleichgewicht können dem Kind jene

instrumentell brauchbare Anpassungsformen geben, die der Gesellschaft, in der es lebt, angemessen sind.

Im zweiten Teil werden die dafür notwendigen familiären Strukturen näher untersucht. Wesentliche Inhalte der ehelichen Beziehung und elterlichen Eigenschaften, durch deren Internalisierung dem Kind sich Ich und Über-Ich aufbauen, sind die Eindeutigkeit der elterlichen Koalition dem Kinde gegenüber, die Einhaltung der geschlechtsspezifischen Rollen und besonders auch die Betonung des Generationsunterschiedes, der dem Kind die Lösung der ödipalen Situation erleichtern hilft. Im dritten Teil schließlich erläutert der Autor die zentrale Aufgabe der Sprachvermittlung, das Trainieren der Bedeutungssysteme, die für das Kind Basis und Differenzierungsmöglichkeit in seinem Verhältnis zur Wirklichkeit bilden.

Die Gültigkeit seiner Thesen, die für die Theorie und Praxis der Dynamischen Psychiatrie von großer Bedeutung sind, zeigt *Lidz* an eindrucksvollen Krankengeschichten, in denen die geschilderten Bedingungen für eine gesunde Ich-Entwicklung nicht gegeben waren. Ein empfehlenswertes Buch — besonders für jene, die bereit sind, Gesellschaftsstrukturen von ihrer kleinsten Einheit her, der Familie, zu verstehen und nicht umgekehrt!

Wiltrud Kernstock (München)

Humberto Nagera
Vincent van Gogh — Psychoanalytische Deutung seines Lebens anhand seiner Briefe

Ernst-Reinhardt-Verlag, München/Basel 1973, 175 Seiten, ca. DM 18,—

Selten sind um die Krankheit eines Berühmten so verschiedenartige Meinungen und Diagnosen geäußert worden wie bei *van Gogh.*

So hielt *Karl Jaspers,* u. a. auch *Minkowski* und *Barison, van Goghs* psychische Krankheit mit einem „Minimum an Unsicherheit" für Schizophrenie — ein Leiden, das durch zeitweiligen gänzlichen Bewußtseinsverlust, Verwirrtheit, Halluzinationen, wahnhafte Erlebnisse, religiös ekstatische Offenbarungen, furchtbare Ängste, Erregungszustände und Selbstzerstörungswut (l'oreile coupée) gekennzeichnet war und das ihn zwang, die letzten Jahre seines Lebens mit kurzen Unterbrechungen in Heilanstalten zu leben, die er oft freiwillig aufsuchte, weil er dort besser malen konnte und sich sicherer fühlte, ein Leben, das schließlich im Selbstmord endete.

Doikan und *Levoy,* wie auch *Goldbladt,* halten *van Goghs* Erkrankung für eine epileptoide Psychose ohne epileptische Anfälle, episodische Dämmerzustände, der Epilepsie nahestehend und weisen auf die mütterlicherseits stark epileptisch belastete Familie *van Goghs* hin.

Diskutiert wird ebenfalls eine hirnluetische Paralyse mit dem Hinweis auf *van Goghs* Bruder, der ein halbes Jahr nach ihm an Paralyse starb.

Paul Schilder entschied sich für eine Psychose mit schizophrenen Zügen, ohne daß es möglich wäre, eine Epilepsie völlig auszuschließen: Auf den ersten Blick scheint es eine Schizophrenie zu sein mit schleichender Entwicklung und langdauernden Remissionen. Jedoch haben die Malereien nichts typisch Schizophrenes, keinen Stilwandel. Die Persönlichkeit hat sich zwischen 1872 und 1890 nicht verändert, *van Gogh* blieb seiner Krankheit gegenüber kritisch, was auch *Jaspers* als auffallend betont.

Nun ist wiederum im Ernst-Reinhardt-Verlag ein neuer Deutungsversuch der Persönlichkeit *van Goghs* erschienen. *Humberto Nagera* gibt eine psychoanalytische Deutung seines Lebens anhand seiner Briefe. Es handelt sich hierbei Gottseidank nicht um einen erneuten Versuch der psychiatrischen Klassifizierung. *Anna Freud* hat dazu das Vorwort geschrieben. Als Informationsquelle die Briefe *van Goghs* zu verwenden, hat bei diesem Maler insofern eine große Berechtigung, da sie in großer Zahl fast ausschließlich an seinen symbiotischen Lebenspartner, seinen Bruder gerichtet sind, der ihn zeitlebens finanziell getragen hat, ihn in seiner Kunst unterstützt hat, und sein einziger Freund blieb. Er starb ein halbes Jahr nach ihm. Seine Heirat hat *van Gogh* stärker in die Krankheit getrieben.

Nagera, orthodoxer Psychoanalytiker, hat triebpsychologisch ausgerichtet sehr sorgfältig und mit viel menschlicher Anteilnahme das Leben dieses Künstlers interpretiert. „Als Ergebnis seiner Bemühungen" — so *A. Freud* im Vorwort — „entsteht vor unseren Augen das Bild eines moralisch hochstehenden Manns im Kampfe mit seinem eigenen ungebändigten Triebleben, ein Schicksal, das unser Mitgefühl erregen würde, auch wenn der tragische Held der Darstellung ein Unbekannter wäre und nicht einer der bewunderten genialen Großen des vergangenen Jahrhunderts. Das Buch bekundet eindrücklich die Machtlosigkeit des Menschen Konflikten und destruktiven Regungen gegenüber, für die auch der höchste Ausdruck des künstlerischen Schaffens keine Lösung finden kann."

Der Rezensentin fehlt der psychodynamische und Ich-psychologische Aspekt, womit sicherlich ein tieferes Verständnis für die psychopathologischen Zusammenhänge dieser Persönlichkeit möglich wäre. Es fehlt beipielsweise ganz ein Einblick in die Dynamik zwischen Mutter und Sohn, wie *van Goghs* Mutter überhaupt kaum Erwähnung findet, was ja schon ein Hinweis genug ist. Ebenfalls würde die Rezensentin die ganz spezielle Dynamik zwischen den beiden *Gogh*-Brüdern interessieren. Bruder *Theo* vereinigt in sich wohl von beiden Eltern die guten Anteile der ambivalent-symbiotischen Beziehung *van Goghs* zur Umwelt, während die Umwelt die abgespaltenen bösen Aspekte verkörpert.

Durch das Splitting war *van Gogh* in der Lage, diese für ihn lebensnotwendige, wie sicherlich auch lebensverlängernde Beziehung zu seinem Bruder aufrecht zu erhalten. Bezeichnenderweise verschlimmert sich sein psychisches Leiden erheblich, als der Bruder heiratet und einen eigenen Sohn hat. *Van Gogh* nimmt sich das Leben, der Bruder stirbt ein halbes Jahr später, als ob auch er nicht ohne den kranken Bruder lebensfähig wäre. Die Frage nach der Identität *van*

Goghs steht offen. — So gibt es viele Fragen, die unbeantwortet bleiben. Dies ist jedoch der Vorteil dieses Buches, daß es so anregend wirkt, sich weiterhin mit diesem Künstler und seinem tragischen Lebensweg auseinanderzusetzen.

Regine Schneider (Berlin)

Replik
auf die Rezension von Mathias Hirsch über León Grinberg, Marie Langer und Emilio Rodrigué, hrsg. von Werner Kemper:
Psychoanalytische Gruppentherapie — Praxis und theoretische Grundlagen
(*in: Dyn. Psychiat.* [6] *H. 20*)

Ich danke Ihnen für die positive Besprechung des von mir herausgegebenen Taschenbuches „Psychoanalytische Gruppentherapie".

Zu zwei Einzelheiten möchte ich gern noch etwas klarstellen:

Als „Ansatzpunkt zur Kritik" haben Sie referiert: „Nach Meinung der Autoren ist das Zurückführen auf die infantile Geschichte des einzelnen Patienten nicht notwendig und stört den Zusammenhalt der Gruppe. Dementsprechend wird eine mit der Gruppentherapie kombinierte Behandlung eines Gruppenmitgliedes abgelehnt."

Hier muß ein Mißverständnis vorliegen. Kombinierte Gruppen- mit Einzeltherapie wird keineswegs grundsätzlich abgelehnt. Ich selber habe auf dem 1. lateinamerikanischen Kongreß für analytische Gruppentherapie 1964 in Rio de Janeiro ein Round-table-Seminar über dieses Thema geleitet, an dem auch die Buchautoren teilnahmen. Resumée der anschließenden Diskussion: Solche Parallelbehandlung setzt stets eine sorgfältige Indikationsstellung voraus. Denn sie darf zum Beispiel dem *Patienten* nicht dazu dienen, daß er sich unbewußt mit der einen Behandlung gegen die andere absichert, mit dem Ergebnis, daß er zu guter Letzt zwischen zwei Stühlen (bzw. zwischen Stuhl und Couch) sitzt. Ebensowenig darf sie jedoch dem *Therapeuten* dazu dienen, daß er z. B. in der Erstbehandlung, ohne es selber zu merken, das eigentlich notwendige analytische Durcharbeiten eines bestimmten Problems seines Patienten aus eigener Problematik mit der Zusatzbehandlung umgeht. Fällt jedoch nach sorgfältigem Abwägen des Pro und Contra einer kombinierten Behandlung in jedem einzelnen Falle die Entscheidung zu ihren Gunsten, so sollten die beiden Behandlungen, wenn irgend möglich, von zwei verschiedenen Therapeuten durchgeführt werden. Andernfalls kommt es zu hoffnungslosen Kollisionen zwischen den in beiden Behandlungen sich niemals zeitlich und auch qualitativ übereinstimmend konstellierenden Äußerungen von Übertragung und Gegenübertragung.

Ferner sind die drei Buchautoren mit mir nicht der Meinung, daß das Zurückführen oder das Eingehen auf die infantile Geschichte des einzelnen Patienten grundsätzlich nicht notwendig sei — und zwar genau aus den Gründen, deretwegen Sie in Ihrer Buchbesprechung diese (vermeintliche) Ablehnung bedauern. Wohl sind wir der Meinung, daß solches Eingehen auf eine aktuelle Problematik und damit auch auf die Vorgeschichte des Einzelnen in der Gruppe — mag dies

auch von dem betreffenden oder von anderen Gruppenteilnehmern lediglich als solches erlebt werden, als sich bevorzugt einem Einzelnen analytisch zuwenden — vom Gruppenleiter stets in seinem hic et nunc-Bezug zur derzeitigen Gruppen- („Familien"-)situation erfaßt werden muß. Praktisch heißt das, daß sofern der Leiter deutend eingreift, in seiner Deutung dieser Bezug implicite, wenn auch nicht unbedingt expressis verbis enthalten sein muß. Wenn das nicht geschieht, besteht nämlich die Gefahr, daß die analytische Gruppentherapie mehr und mehr zu einer Einzeltherapie „in" der Gruppe entartet oder zu ihrer sonstigen Aufspaltung führt.

Glücklicherweise greift in solcher Situation zwar meist ein entsprechender Protest eines oder mehrerer Gruppenteilnehmer selbstregulierend ein. Es sollte dabei jedoch immer bedacht werden, daß es trotz aller bewußten Bereitschaft eines jeden zur aktiven Selbstbeteiligung doch allzu verführerisch und einladend ist, zu versuchen, in identifikatorischer Teilhabe an der Malaise des *Anderen* selber ungeschundener mit seiner eigenen fertig werden zu können, als wenn man selbst „dran ist"; mit anderen Worten: wenn man noch einmal wieder „davongekommen" ist, indem man glücklicherweise statt seiner ein anderes Schlachtopfer gefunden hat.

Der zweite Punkt ist etwas rein Technisches. Sie schreiben abschließend, daß die Schrift unverändert neu erschienen sei, obwohl im Einband auf der Vorderseite vermerkt ist: „Verbesserte und erweiterte Neuausgabe". Zu ihrer Entlastung muß ich allerdings anführen, daß auf Seite 4 unten in der Titelei die Angabe „Ungekürzte Ausgabe" tatsächlich irreführend ist.

Werner Kemper (Berlin)

Nachrichten

VI. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e. V. vom 9. — 13. 6. 1974 auf Schloß Weidenkam/Starnberger See

„Psychoanalytische Behandlungstechnik"

Wissenschaftliche Leitung: Dr. med. Günter Ammon
Organisationskomitee: 1 Berlin 15, Wielandstr. 27/28
Registration: 9. 6. 1974, ab 18.00 h
Eröffnung: 10. 6. 1974 10.00 h im Großen Vortragssaal des Schlosses Weidenkam

Eröffnungsreferat:
Prof. Dr. med. *W. Th. Winkler,* Gütersloh

Hauptreferate haben angemeldet:
Günter Ammon, Berlin
Gottfried R. Bloch/Noretta Haas Bloch, Los Angeles
G. Hans Graber/Astrid Knebel, Bern/Baden-Baden
Igor A. Caruso, Salzburg/Wien
Béla Buda, Budapest
Dietrich Stollberg, Bethel
Regine Schneider, Berlin
Jan Pohl, Berlin
Johann E. Münnich

Einsendeschluß für Synopsen: 1. 4. 74, füdr Referate: 1. 5. 74

Programmplanung

10.00 h	Hauptreferate (ca. 30 Minuten Redezeit)
11.30-12.30 h	Parallellaufende Diskussionsgruppen zu den Hauptreferaten
16.00-18.00 h	täglich 5 Kurzreferate (15 Minuten Redezeit mit anschließender Diskussion, 15 Minuten)
20.30-22.00 h	Parallellaufende Arbeitsgruppen zu Themen des Kongresses (nur 10. 6. und 12. 6. 74)
	11. 6. 74 Festlicher Empfang

Während des Kongresses wird keine Pressekonferenz veranstaltet, ebenso findet keine Mitgliederversammlung statt, um den Kongreß ganz in den Dienst wissenschaftlichen Austausches stellen zu können.

Informationen über Teilnahme, Kurzreferate und Arbeitsgruppen erhalten Sie über das Organisationskomitee, 1 Berlin 15, Wielandstr. 27/28

Das Internationale Collegium für Psychosomatische Medizin beauftragt *Günter Ammon* mit der Durchführung einer wissenschaftlichen Arbeitstagung über psychosomatische Medizin für die Bundesrepublik und Westberlin im Jahre 1974:

I realize that you have in West Germany some problems which, as far as I can see it, are more on personal grounds than anything else. This happens practically all over the world. We do form groups and we must be able to face the problems of human groups. Up till now our German colleagues did very little for the International College of Psychosomatic Medicine. I do not pass judgement on personalities, scientific capacity and so on, which far beyond any consideration I would be able to make. I also realize that there are scientists of high level who do have organizing capacities and others who just do not have them or do not have the time or stamina which are needed for this kind of work.

I also received your book on Dynamic Psychiatry which was judged by my colleagues here a very good contribution to the teaching of modern psychiatry with original ideas. I thank you for the book. Your work in group therapy is undoubtedly more than valuable. I must congratulate you for your scientific work both in the areas of research and training.

On the basis of all the above mentioned considerations I consider that you are entitled to organize a Regional Meeting of the International College of Psychosomatic Medicine in West Germany, on the basis of what you wrote to me in your letter of October 23, 1973. Therefore, as President of this International College I do appoint you as Chairman of the Organizing Committee of this Regional Meeting which might be also sponsored by the German Society for Psychosomatic Medicine.

There are two conditions which shall be maintained: 1) the meeting should be *open* to all German colleagues, wether *they are or not members* of your German Society. Eventhough it would be a Regional Meeting organized in Germany, it should be advertised in Europe (in this regard I would recommend to contact Drs. Luban-Plozza in Switzerland and Destounis in Greece), and 2) there *cannot be any business meeting* during this Regional Meeting (there can be only one or two informative sessions but no administrative resolutions can be considered in Regional Meetings in order to avoid local political complications). We want these meetings to be a scientific forum and a „locus" for coincidence in scientific exchange. This is the College's main purpose.

Since the Third Congress will take place in Rome in September 1975, I would suggest, if possible, to hold this German Meeting some time in 1974. This would give us an opportunity to get people interested in our 1975 congress. The data is naturally up to you, but please check with us before making it definitive.

Wishing you good luck in organizing this local congress I want to take advantage of this opportunity to wish you a marry Christmas and a very happy New Year!

Prof. Dr. Mauricio Knobel
President ICPM.
(Buenos Aires)

Regional Meeting innerhalb des International College of Psychosomatic Medicine (ICPM) vom 22. bis 26. September 1974 auf Schloß Weidenkam am Starnberger See, Ambach bei München

„Zur Psychosomatik des sterbenden Patienten"
Chairman: *Günter Ammon* (Berlin)

Das Regional Meeting wird durch die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM) e. V. unterstützt, steht jedoch *allen* auf dem Gebiet der Psychosomatischen Medizin arbeitenden Kollegen offen. Es sind bereits folgende Referate angemeldet:

Dan G. Hertz (Jerusalem): Confrontation with Death; *Nicholas Destounis* (Athen): The Psychology of the Dying Patient; *Günter Ammon* (Berlin): Tod und Sterben in der Industriegesellschaft; *Mauricio Knobel* (Buenos Aires): Thema offen; *Gisela Ammon* (Berlin): Psychosomatische Erkrankungen im Kindesalter; *Jan Pohl* (München): Das Problem des Sterbens in der stationären Behandlung; *Dietrich v. Kries* (Berlin): Psychosomatic Syndroms as a Problem of Ego-Regulation; *Karin Ammon* (Berlin): On the Possibility of the Influence of the Oedipal Conflict in Regard of the Choice of the Symptom in Psychosomatic Disease; *Regine Schneider (Berlin):* Frühkindliche Reaktion auf Tod und Sterben; *Lothar Schmidt* (Berlin): Erfahrungen mit der Gruppenhypnose in der Behandlung Alkoholkranker; *Gustav Hans Graber* (Bern)/*Astrid Knebel* (Baden-Baden): Die pränatal-psychoanalytische Behandlung; *Rolf Schmidts* (Prien/Chiemsee): Die Darstellung und Bedeutung eines körperlichen Beschwerdebildes im nichtdirektiven Interview; *Peter Moldenhauer* (Berlin): Der psychodynamische Prozeß einer Pflegerin und ihres an einem Karzinom sterbenden Patienten; *Fritjof Winkelmann (Berlin):* Arbeit mit Balint-Gruppen als Beitrag zur psychosomatischen Teamarbeit; *Gerd Röhling* (München): Zur Psychosomatik des Alkoholismus; *Hans-Joachim Hameister* (Berlin): Die Symbolik des Lethe-Flusses bei frühen psychosomatischen Untersuchungen; *Harald Knudsen:* (Berlin): Psychologische Beobachtungen eines Seelsorgers in einer Sterbeklinik; *Petra Schneider* (Berlin): Über die Reaktion einer Kindergartengruppe auf den Tod eines Vaters.

Arbeitsgruppen: The Function of the Group in Psychosomatic Disease, Leitung: *Günter Ammon;* Psychosomatische Reaktionen in einem gruppenpsychotherapeutischen Prozeß, Leitung: *Regine Schneider;* Symptom Displacement from Psychosomatic to Psychotic Reaction, Leitung: *Ursula Keller* und *Mathias*

Hirsch; Der psychosomatische Patient in der internistischen freien Praxis, Leitung: *Margot Schoch;* Zur Psychosomatik des sterbenden Patienten, Leitung: *Jan Pohl.*

Anmeldung von weiteren Arbeitsgruppen erwünscht.
Kongreßsprachen: Deutsch und Englisch
Einreichung von Referaten und Anmeldung zur Leitung von Arbeits- oder Diskussionsgruppen bis zum 1. Juni 1974 an die Wissenschaftliche Leitung des Regional Meeting:
Dr. med Günter Ammon
1 Berlin 28 (Frohnau)
Hattenheimerstr. 4

Organisationskomitee:
1 Berlin 28
Hattenheimerstr. 4
Tel. 030/8 83 92 24
4 01 43 36

Leitung des Organisationskomitees:
Dr. med. Jan Pohl
8 München 40
Leopoldstr. 87
Tel: 089/34 14 44

Anmeldung zur Teilnahme bis zum 1. August 1974.
Teilnahmegebühren: 300.— DM
Einzuzahlen bei Anmeldung auf folgende Konten der DGPM:
Berliner Commerzbank Konto Nr. 51 45826 00 oder
Postscheckamt Berlin-West Konto Nr. 3941 85-107

Regional Meeting within the International College of Psychosomatic Medicine (ICPM) from September 22nd-26th 1974, Schloß Weidenkam am Starnberger See, Ambach bei München
„On the Psychomatics of the Dying Patient"
Chairman: *Günter Ammon* (Berlin)

The Regional Meeting is sponsored by the DGPM (German Society for Psychosomatic Medicine) but open to *all* Colleagues interested in Psychosomatic Medicine. We have the pleasure to announce the following papers as yet:

Dan G. Hertz (Jerusalem): Confrontation with Death; *Nicholas Destounis* (Athen): The Psychology of the Dying Patient; *Günter Ammon* (Berlin): Tod und Sterben in der Industriegesellschaft; *Mauricio Knobel* (Buenos Aires): Thema offen; *Gisela Ammon* (Berlin): Psychosomatische Erkrankungen im Kindesalter; *Jan Pohl* (München): Das Problem des Sterbens in der stationären Behandlung; *Dietrich v. Kries* (Berlin): Psychosomatic Syndroms as a Problem of Ego-Regulation; *Karin Ammon* (Berlin): On the Possibility of the Influence of the Oedipal Conflict in Regard of the Choice of the Symptom in Psychosomatic Disease; *Regine Schneider* (Berlin): rühkindliche Reaktion auf Tod und Sterben; *Lothar Schmidt* (Berlin): Erfahrungen mit der Gruppenhypnose in der Behandlung Alkoholkranker; *Gustav Hans Graber* (Bern)/*Astrid Knebel* (Baden-Ba-

den): Die pränatal-psychoanalytische Behandlung; *Rolf Schmidts* (Prien/Chiemsee): Die Darstellung und Bedeutung eines körperlichen Beschwerdebildes im nichtdirektiven Interview; *Peter Moldenhauer* (Berlin): Der psychodynamische Prozeß einer Pflegerin und ihres an einem Karzinom sterbenden Patienten; *Fritjof Winkelmann* (Berlin): Arbeit mit Balint-Gruppen als Beitrag zur psychosomatischen Teamarbeit; *Gerd Röhling* (München): Zur Psychosomatik des Alkoholismus; *Hans-Joachim Hameister* (Berlin): Die Symbolik des Lethe-Flusses bei frühen psychosomatischen Untersuchungen; *Harald Knudsen:* (Berlin): Psychologische Beobachtungen eines Seelsorgers in einer Sterbeklinik; *Petra Schneider* (Berlin): Über die Reaktion einer Kindergartengruppe auf den Tod eines Vaters.

Workshops: The Function of the Group in Psychosomatic Disease, Chairman *Günter Ammon;* Psychosomatische Reaktionen in einem gruppenpsychotherapeutischen Prozeß, Chairman *Regine Schneider;* Symptom Displacement from Psychosomatic to Psychotic Reaction, Chairmen *Ursula Keller* and *Mathias Hirsch;* Der psychosomatische Patient in der internistischen freien Praxis, Chairman *Margot Schoch;* Zur Psychosomatik des sterbenden Patienten, Leitung: *Jan Pohl.*

Congress languages: German and English
Papers and workshops should be announced until June 1st, 1974 to:
Chairmanship oft the Regional Meeting:
Dr. med. Günter Ammon
1 Berlin 28 (Frohnau)
Hattenheimerstr. 4
Registration until August 1st, 1974

Organization Committee:
1 Berlin 28
Hattenheimerstr. 4
Tel. 030/8 83 92 24
4 01 43 36

Chairmanship of the Organization Committee: Dr. med. Jan Pohl
8 München 40
Leopoldstr. 87
Tel. 089/34 14 44

Registration fee: DM 300.—
To be payed on the following bank accounts of the DGPM:
Berliner Commerzbank Konto No. 51 45826 00 or
Postscheckamt Berlin .West Konto No. 3941 85-107

Anna Freud an Gisela Ammon

Dear Mrs. Ammon,

Thank you for sending me your book on „Psychoanalytic Pedagogy". I was very pleased to get it and also to find my own paper in it.

You have all my good wishes for your Kindergarten which ought to be a very nice one.

Yours sincerely,
Anna Freud (London)

Münchner Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e. V.

Das seit dem 28. 1. 73 arbeitende Münchner Lehr- und Forschungsinstitut der DAP (Dyn. Psychiat. (6) 19, 143) stellte sich am 13. 10. 73 mit einem öffentlichen wissenschaftlichen Vortrag von *Günter Ammon* zum Thema: „Was ist psychoanalytische Therapie?" und einer Pressekonferenz auf Schloß Weidenkam/Starnberger See, der breiteren Öffentlichkeit vor.

In seinem Vortrag vor 270 Gästen erklärte *Ammon* als gemeinsame Basis aller psychoanalytischen Therapiemethoden *Freuds* Erkenntnisse und als gemeinsames Ziel die Unterstützung der Selbstbefreiung des Patienten von unbewußten Zwängen. Dabei solle der Patient Bedeutung und Motiv seines Symptoms emotional und intellektuell verstehen und erfahren lernen. Die Struktur aller analytischen Therapieformen sei die eines interpersonellen Laboratoriums, ihre Arbeitsmethode die Durcharbeitung von Widerstand und Übertragung. Die Sprache erfülle hier die wichtige Funktion der Abgrenzung der Ich-Identität und ihre Erweiterung zur Herstellung der Kommunikation. Das freie Sprechen-Können sei folglich als Ausdruck einer befreiten Kommunikation nach innen und außen therapeutisches Ziel. Für die Wahl der psychotherapeutischen Technik sei die Bestimmung des Sprach-Ichs des Patienten entscheidend. Psychoanalytische Ich- und Identitätstherapie sei auch eine Therapie der destruktiven Aggression im Sinne ihrer Rückverwandlung in die Ich-Funktion einer primär konstruktiven Aggression. Der Konflikt des Patienten sei ein Identitätskonflikt in der Auseinandersetzung mit der verinnerlichten Gruppe.

An der Pressekonferenz nahmen auf Seiten der Deutschen Akademie für Psychoanalyse neben deren Präsident, Dr. med. *Günter Ammon,* der Vizepräsident der DAP, Dr. med. habil. Dr. phil. *Wolfram Kurth* der Präsident der Internationalen Studiengemeinschaft für Pränatale Psychologie (ISPP), Mitglied und Lehranalytiker der DAP, Dr. phil. *G. H. Graber,* sowie die Lehranalytiker der DAP, *Gisela Ammon,* Dr. med. *Jan Pohl* und Dr. med. *Regine Schneider* teil. *Ammon* informierte die Vertreter der Presse über Entstehung, Aufgaben und Ziele der DAP.

Abends fand ein festlicher Empfang auf dem Schloß statt, auf dem die Gäste sich persönlich weiter informieren konnten.

Der Sitz des Instituts auf Schloß Weidenkam/Starnberger See wird weiterhin für Tagungen, Kongresse und gruppendynamische Veranstaltungen der DAP und der DGG benutzt werden, während der Schwerpunkt der gruppenlehranalytischen- und Seminararbeit in den neuen Institutsräumen, 8 München 40, Leopoldstr. 87, liegen wird.

Wissenschaftliche Veranstaltungen der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e. V.

Im Rahmen der Gastdozenturen 1973 der DAP sprach am 28. 9. 1973 Prof. Dr. *Hilarion Petzold* (Bonn) zum Thema „Gestalttherapie". *Petzold* stellte in

seinem Referat die Grundzüge der Praxis des Begründers der Gestalttherapie, *Fritz Perls,* dar, wies hierbei besonders auf den bedeutenden Einfluß der psychoanalytischen Ausbildung von *Perls* hin und grenzte die Gestalttherapie gegenüber der Psychoanalyse und dem Psychodrama (*Moreno*) ab. In der anschließenden lebhaften Diskussion ging es vor allem um die grundlegenden Unterschiede zwischen analytischer Therapie und Gestalttherapie. Insbesondere wurde auf Seiten der Gestalttherapie ein Gruppenkonzept vermißt, da hier erklärtermaßen nur der Einzelne in der Gruppe behandelt wird.

Günter Ammon sprach am 26. 10. 73 in Berlin und am 27. 10. in München im Rahmen der wissenschaftlichen Vortragsreihe der DAP zum Thema „Ichpsychologische und gruppendynamische Aspekte der psychoanalytischen Gruppentherapie".

Als Ziel der psychoanalytischen Gruppentherapie nannte *Ammon* die nachholende Ich-Entwicklung. Die Therapiegruppe ermögliche dem Patienten eine Regression bis in die Anfangsphase der Ich-Entwicklung, indem sie die Ich-Funktion der Abgrenzung und Kontrolle übernehme, und stelle andererseits die Realsituation ihrer aktuellen Lebens- und Arbeitsgruppen dar. *Ammon* vertrat eine flexible therapeutische Kombination verschiedener Interpretations- und Interventionsstrategien. Hierbei stehe je nach der aktuellen Gruppensituation die Interpretation der Gruppe als ganzer, die des einzelnen Patienten oder die Deutung der wechselseitigen Übertragungsbeziehungen im Vordergrund (vgl. Dyn. Psychiat. (6) 21, 207—230).

Am 2. 11. 73 wurde die Vortragsreihe der Gastdozenten der DAP in Berlin fortgesetzt mit einem Referat von Dr. *Walter Schindler* (London) zum Thema: „Eros und Thanatos — konstruktive und destruktive Aspekte der Kunst".

Schindler betonte insbesondere, daß das ästhetische Empfinden sich in der frühesten Mutter-Kind-Beziehung entwickelt und ebenso wie die Kreativität entscheidend von einem Gelingen dieser Entwicklungsphase abhängt.

In der anschließenden Diskussion ging es unter anderem um Themen wie Psychoanalyse von schaffenden Künstlern, Gruppenbezug der Kunst und ihre sogenannte Wertfreiheit, Kunst und Kitsch, Kunst und Pornographie.

Die gleiche Arbeit referierte *Walter Schindler* am 3. 11. 73 auf Schloß Weidenkam/Sternberger See, wo er zusammen mit *Ammon* auch ein Seminar des dortigen DAP-Instituts durchführte.

Beilagenhinweis: Dieser Ausgabe liegen ein Prospekt des VI. Internationalen Symposiums der DAP und ein Ausbildungs-Prospekt der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e. V. bei.