A 2442F

Dynamische Psychiatrie *Dynamic Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse
Herausgegeben von Günter Ammon

Günter Ammon
Grobe Kunstfehler in der psychoanalytischen Therapie

Regine Schneider
Die Technik der Simultantherapie beim kindlichen Borderline-Syndrom

Jan Pohl
Veränderung der Technik im psychotherapeutischen Prozeß

Gerd Röhling
Über den Wechsel der therapeutischen Technik bei einer Hysterie-Analyse

7. Jahrgang 6. Heft 1974

29

PINEL-PUBLIKATIONEN BERLIN

Dynamische Psychiatrie / *Dynamic Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse
Organ der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP),
der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG) und der
Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM)
7. Jhg., 6. Heft 1974, Nr. 29

Herausgegeben von Günter Ammon
unter Mitarbeit von
F. Antonelli, Roma — D. Anzieu, Paris — R. Barnes, Phoenix — 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 — G. Murphy, Washington — S. Nacht, Paris — K. Okonogi, Tokio — 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) 333
Grobe Kunstfehler in der psychoanalytischen Therapie
Bad Mistakes in Therapeutic Technique 342

Regine Schneider (Düsseldorf) 345
Die Technik der Simultantherapie beim kindlichen Borderline-Syndrom
Simultaneous Treatment of Parents and Children in Infantile Borderline Syndromes 356

Jan Pohl (München) 358
Veränderung der Technik im psychotherapeutischen Prozeß
Changes of Technique During the Psychotherapeutic Process 371

Gerd Röhling (Berlin) 374
Über den Wechsel der therapeutischen Technik bei einer Hysterie-Analyse
Changes of Therapeutic Technique in the Treatment of a Hysteric Patient 382

Nachrichten 384

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

Grobe Kunstfehler in der psychoanalytischen Therapie*

Günter Ammon

Die grundsätzliche Bedeutung einer permanenten Reflexion psychoanalytischer Behandlungsmethoden, besonders die Aufdeckung ihrer Fehlermöglichkeiten, ist als spezifische Fragestellung bisher in der entsprechenden Fachliteratur kaum zu finden.

Die Psychoanalyse als Wissenschaft hat jedoch nicht nur die Aufgabe, ihre theoretischen Voraussetzungen zu überprüfen und weiter zu entwickeln, sondern ebenso entsprechende differenzierte therapeutische Techniken bereitzustellen und auf ihre Indikation und flexible Handhabung im Verlauf des therapeutischen Prozesses zu untersuchen. Der Autor stellt in diesem Zusammenhang spezifische Fehler und ihre Gefahren, die durch die Anwendung einer falschen Technik hervorgerufen werden, exemplarisch an der Behandlung neurotischer und psychotischer Reaktionen dar. Ausgehend von der Annahme, daß das zentrale Behandlungs- und Forschungsinstrument der psychoanalytischen Therapie im Gegensatz zu den meisten anderen therapeutischen Techniken, die Persönlichkeit des Therapeuten selbst ist, unterscheidet der Autor einen zweiten, sehr diffizilen Bereich von Fehlermöglichkeiten. Dabei handelt es sich um Kunstfehler, deren Ursache im Unbewußten des Analytikers, d. h. in unkontrollierten Gegenübertragungs- oder auch in direkten Übertragungsreaktionen des Therapeuten auf den Patienten, zu suchen sind. Dazu werden zwei Beispiele gegeben.

Anders als in der allgemeinen medizinischen Praxis, in der die Selbstreflexion über ärztliches Handeln und die genaue Definition von Kunstfehlern der Weiterentwicklung therapeutischer Methoden und letztlich dem Wohle des Patienten dient, scheint es in der Psychoanalyse weitgehend unüblich, bestehende Behandlungstechniken kritisch zu reflektieren und ihre Fehlermöglichkeiten aufzudecken. In der psychoanalytischen Literatur stellen die Arbeiten über die Praxis der Psychoanalyse ohnehin einen sehr geringen Teil dar; eine Arbeit über Kunstfehler jedoch konnte ich auch nach sorgfältigem Literaturstudium nicht finden. Die Ursache liegt wohl in der Tatsache, daß die Psychoanalyse noch immer glaubt, als Wissenschaft nicht so solide etabliert zu sein wie die medizinische oder die der empirischen Psychologie. M. E. sollte jedoch die Einstellung überholt sein, sich Angriffen wie denen von *Eysenck* gegenüber mit dessen Methoden zu rechtfertigen. Die Psychoanalyse sollte sich selbst mit wissenschaftlichen Methoden über ihre theoretischen Voraussetzungen, aber auch über ihre therapeutischen Möglichkeiten und Begrenzungen, über die Indikation verschiedener therapeutischer Techniken und über ihre Behandlungserfolge Rechenschaft ablegen, wie dies kürzlich *B. Buda* (1974) auf dem VI. Internationalen Symposium der DAP in seinem Vortrag über „Strategie und Taktik in der Gruppenpsychotherapie" getan hat.

* Vortrag gehalten auf dem VI. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 9.—13. Juni 1974, Schloß Weidenkam (Starnberger See bei München).

Die psychoanalytische Therapie unterscheidet sich von den meisten therapeutischen Techniken dadurch, daß sie jedes menschliche Verhalten als Mitteilung versteht und somit auch im Symptomverhalten einen mißlingenden Versuch der Kommunikation erkennt, der verstanden und bearbeitet werden kann. Gegenstand der Therapie wird hierdurch neben den Lebensschwierigkeiten des Patienten insbesondere seine aktuelle Beziehung zum Therapeuten in der Übertragung. Es steht also nicht ein Drittes, wie beispielsweise die Desensibilisierungshierarchien in der Verhaltenstherapie, als Arbeitsmittel zwischen Arzt und Patient, sondern der Analytiker wird in seinen mehr oder minder kontrollierten Handlungen und Reaktionen selbst zum Instrument der Therapie. Dieses „Instrument", ein Mensch mit eigener Lebensgeschichte und eventuell eigenen unbewältigten Konflikten, kann den unbewußten Manövern des Patienten inadäquat begegnen, so etwa die ihm vom Patienten in der Übertragung zugeschriebene Rolle unbewußt akzeptieren.

Kunstfehler in der psychoanalytischen Therapie haben im wesentlichen ihre Ursache einmal im Unbewußten des Analytikers, d. h. in der unkontrollierten Gegenübertragung, oder in der direkten Übertragungsreaktion des Therapeuten auf den Patienten. Zum anderen werden sie weniger durch die subjektive Seite des Therapeuten hervorgerufen, sondern durch die Anwendung einer falschen Behandlungstechnik.

Kunstfehler im Zusammenhang mit der Anwendung einer falschen Technik sollen im folgenden zuerst behandelt werden. Die Psychoanalyse hat in den letzten Jahrzehnten als Behandlungswissenschaft unterschiedliche und differenzierte Methoden entwickelt, um den Anforderungen gerecht zu werden, die ihr durch die Beschäftigung mit anderen als den neurotischen Krankheitsbildern erwuchsen. Deshalb kann psychoanalytische Therapie nicht mehr allein mit dem Setting und der Technik der Standardsituation identifiziert werden, wie es vielfach auch noch heute geschieht. Zu den verschiedenen Formen der psychoanalytischen Therapie und ihren gemeinsamen Grundlagen habe ich ausführlich in meinem Referat auf dem 9. Internationalen Kongreß für Psychotherapie in Oslo 1973 Stellung genommen.

Psychoanalytische Technik muß den unterschiedlichen Krankheitsbildern sowie dem im Verlauf des therapeutischen Prozesses sich ändernden Krankheitsgeschehen flexibel begegnen. Tut sie das nicht, so kann dies je nach der Ausgangssituation die unterschiedlichsten Konsequenzen haben.

Dies möchte ich am Beispiel der psychotischen Reaktion und der Neurose, die m. E. die Extreme eines gleitenden Spektrums psychischer Erkrankungen darstellen, demonstrieren. Es ist sowohl ein Kunstfehler, einen psychotisch reagierenden Patienten mit der Standardmethode, als

auch einen neurotischen Patienten mit einer Psychosentechnik zu behandeln.

Gefährliche Folgen hat die Behandlung eines schwerer Ich-kranken Patienten durch die klassische Analyse. Die Arbeit mit freier Assoziation und Traumdeutung setzt beim Patienten kohärente Ich-Grenzen voraus, die ihm eine, wenn auch eingeschränkte, Reflexion seiner unbewußten Ängste und Wünsche erlauben.

Dieser Form therapeutischer Arbeit, die durch ihr Setting die Regression oft erst einleitet, um die Übertragungsneurose herzustellen, und die mit Abwehr- und Triebdeutungen konzentriert auf das Unbewußte des Patienten zielt, ist der psychosenahe oder gar akut psychotisch reagierende Patient nicht gewachsen. Er befindet sich ja bereits in einem Zustand der Regression und ist von unbewußten Inhalten überschwemmt, die er als Realität erlebt. Unter dem Versuch, noch mehr unbewußtes Material zu fördern, würde der psychotisch Kranke vollends desintegrieren.

Ich möchte hier den Verlauf einer gescheiterten klassischen Analyse darstellen, über den ein Kollege berichtete, dem es nicht möglich war, einer während der Behandlung auftretenden psychotischen Reaktion flexibel mit einer Änderung der Technik zu begegnen.

Die Patientin wurde nach einem Suizidversuch mit Schlaftabletten aus der psychiatrischen Klinik zur Psychotherapie überwiesen. Sie klagte über Kontaktschwierigkeiten, Arbeitsstörungen und ständige Müdigkeit. In der Klinik war die Diagnose abnorme Persönlichkeitsentwicklung mit neurotischer Symptomatik gestellt worden.

Nach einer Anfangsphase der therapeutischen Arbeit nach der Standardmethode entwickelte die Patientin eine übermächtige Angst, vom Therapeuten verlassen zu werden. Die Analyse wurde für sie zum einzigen Lebensinhalt, sie brach nach und nach alle sozialen Kontakte ab, die Leistungen in ihrem Beruf ließen extrem nach, so daß sie in Gefahr war, die Arbeitsstelle zu verlieren. Ihre Träume waren chaotisch und oft von wilder, aggressiver Thematik, sie handelten von Krieg, Verfolgung, Folterungen. Ihre Wünsche, mit dem Therapeuten eine sexuelle Beziehung einzugehen, wurden für sie zu einer konkreten Vorstellung, an deren Realisierungsmöglichkeiten sie glaubte. In ihren Tagträumen und Phantasien stellte sie sich als Säugling dar, umsorgt von einer freundlichen Mutter, oder als Gefangene, die vom Therapeuten befreit wird. Sie kritisierte in den Sitzungen immer häufiger die Abstinenzregel und die Sachlichkeit des Analytikers und versuchte, wie der Kollege berichtete, ihn zum „mitagieren" zu bewegen. Er veränderte jedoch seine neutrale, sachliche Haltung nicht, sondern versuchte, die Träume und das Verhalten der Patientin zu interpretieren. Die Patientin hatte

keine Möglichkeit, ihre Aggressivität und die Wünsche nach Zuwendung, die sich in den Träumen und Phantasien ausdrückten, direkt an den Therapeuten zu richten, da sie auf der intellektuellen Ebene die Notwendigkeit der Neutralität des Therapeuten einsah.

Sie löste diesen Konflikt durch die Projektion ihrer Aggression auf den Therapeuten und hatte die Vorstellung, er selbst wolle die aggressive Auseinandersetzung, sage es aber nicht. Diese Vorstellung sei nicht korrigierbar gewesen. Nach dem Urlaub der Patientin, in dem sie die oberflächliche Bekanntschaft mit einer Internistin machte, und dem gleich folgenden Urlaub des Analytikers reagierte die Patientin offen psychotisch. Sie glaubte, die Internistin sei lesbisch, habe ihr seit langem die aggressiven und sexuellen Gefühle dem Analytiker gegenüber eingegeben, auch ihre Suizidgedanken, um einen Erfolg der Therapie zu verhindern. Auch der Therapeut sei beeinflußt und müsse immer das Gegenteil sagen, von dem, was er eigentlich meine. Der Therapeut versuchte, ihr das Wahnsystem als Übertragungsmanifestation zu deuten, da aber keine analytische Arbeit mehr möglich gewesen sei, besprach er mit der Patientin die Möglichkeit des Therapeutenwechsels und der stationären Einweisung. Die Patientin brach daraufhin die Analyse ab.

Mehrere Monate später wurde sie wegen einer akuten psychotischen Symptomatik in die Klinik eingewiesen und mit Psychopharmaka behandelt. Sofort nach der Entlassung suchte sie ihren Analytiker auf, der nur sehr kurz mit ihr sprechen konnte. Sie wolle sich verabschieden, sie allein habe Schuld an ihrem Versagen in der Analyse, sie wolle sich jetzt allein ein neues Leben aufbauen. Am folgenden Tag beging sie Selbstmord mit der Einnahme von Schlaftabletten.

Meines Erachtens wurde im Behandlungsverlauf dieser Patienttin ihre Ich-Schwäche bald deutlich durch ihre Unfähigkeit, Übertragung und Realität zu unterscheiden. Die „analytische" Haltung des Therapeuten mußte sie so als reales Verlassenwerden erleben. Sie stellte zwar die frühkindliche Situation wieder her, der Therapeut ermöglichte ihr jedoch keine Wiedergutmachung dieser Situation („repeat and repair" im Sinne von *Winnicott*, 1965). Er nahm ihr im Gegenteil die Abwehrmechanismen — die aggressiven Träume, das Sexualisieren ihrer archaischen Bedürfnisse nach Zuwendung, die Projektion ihrer Aggression auf den Therapeuten — durch ihre Analyse und beraubte die Patientin ihrer letzten Ich-Stützen. Trotz aller Intention des Therapeuten, ein „Mitagieren" zu vermeiden, wurde seine Reaktion auf die offen paranoide Psychose zum Agieren seiner Gegenübertragung, indem er einen Therapeutenwechsel oder die Klinikeinweisung anbot und damit die Patientin fallen ließ, wie sie in ihrem Leben so oft verlassen worden war.

Der Umfang der Deutung und besonders der Traumdeutung hängt von der Belastbarkeit des Ichs des Patienten ab. Viele psychotisch Kranke können nicht träumen. Beginnen sie aber im Laufe der Therapie wieder zu träumen, so signalisiert dies den beginnenden Aufbau einer Ich-Grenze, die dem Patienten die Unterscheidung von Traum und Realität ermöglicht. Die Interpretation des unbewußten Materials würde diese Ich-Grenze wieder öffnen und den Patienten erneut in die Regression treiben.

Hier wird nun der fundamentale Unterschied zwischen psychoanalytischer Neurosentherapie und psychoanalytischer Psychosentherapie deutlich: Die Abstinenzregel in der klassischen Analyse untersagt dem Therapeuten jegliche Gewährung von Ich-Hilfen im Sinne eines direkten Eingreifens in die reale Lebenssituation des Patienten. Die Psychose ist aber gerade eine Reaktion auf den Zusammenbruch der letzten Stützen des Ichs. Nicht erst bei der akuten psychotischen Reaktion, sondern auch bei Patienten mit präpsychotischer Struktur würde die Arbeit nach der Standardmethode die letzten Ich-Funktionen zerstören. Psychosentherapie bedeutet deshalb im wesentlichen die Übernahme von Ich-Funktionen durch den Therapeuten, sowie die Schaffung eines Milieus, z. B. in der Klinik, in der sich der Patient befindet, das therapeutisch wirksam wird.

Im Gegensatz zur Neurosentherapie wird der Therapeut die Abwehrmechanismen als Ich-Anteile unter Umständen sogar stärken, den Schwerpunkt seiner Bemühungen auf die Herstellung und Stärkung des Realitätsbezuges konzentrieren. Diese Arbeit wird an noch intakte Ich-Funktionen anknüpfen, beispielsweise, indem man vorhandene Begabungen des Patienten fördert, aber stets darauf achtet, daß die dem Patienten angebotenen Ich-Stützen allmählich internalisiert und im Laufe der Zeit autonom werden können.

Im Konzept einer Dynamischen Psychiatrie könnte diese Entwicklung durch die Entlassung aus der stationären Behandlung begleitet werden. Bis zur Aufnahme der ambulanten Behandlung müßten aber die Ich-Funktionen so weit autonom geworden sein, daß der Patient in seiner Umwelt ohne allzu große Schwierigkeiten leben und arbeiten kann.

Die Voraussetzung von Ich-Identität ist die Ausbildung und Integration von Ich-Funktionen, eine Aufgabe, die beim psychosenahen Patienten der Therapeut aktiv unterstützen muß. Eine Behandlung nach dem Neurosenmodell würde jedoch die ohnehin nur bruchstückhaft vorhandene Ich-Identität zerstören.

An dieser Stelle soll aber auch kurz die übliche Verhinderung von Ich-Identität des psychotischen Patienten angesprochen werden: Die

herkömmlichen psychiatrischen Kliniken nehmen dem Patienten während seines Aufenthaltes ähnlich wie dem organisch Kranken jegliche Belastung ab. Sie übernehmen damit zwar auch Ich-Funktionen, aber sie arbeiten nicht auf deren notwendige Übernahme durch den Patienten hin. Statt dessen gehen sie im Zuge der Gegenübertragung beschützend auf die symbiotischen Bedürfnisse des Patienten ein. Häufig erfolgt hierdurch eine vordergründige Reintegration während des Klinik-Aufenthaltes, die sich aber spätestens nach der Entlassung als Potemkinsches Dorf erweist.

Die Umkehrung des anfangs dargestellten Kunstfehlers ist die Behandlung eines Neurotikers nach dem Psychosenmodell. Dem Patienten bleibt durch die wohlwollend Ich-stützenden Maßnahmen des Therapeuten das Bewußtwerden der zur Bearbeitung seiner Konflikte notwendigen Regression erspart. Der Patient wird sich zwar wohlfühlen, aber der therapeutische Prozeß wird stagnieren. Tendenzen dieser Art scheinen sich in der an *Adler* orientierten Individualpsychologie zu finden, deren Maßnahmen überwiegend beratend-pädagogischen Charakter haben.

Andererseits ist in der Neurosenbehandlung nicht grundsätzlich auf Belehrung zu verzichten. Vielfach wird der therapeutische Prozeß durch einfaches Nichtwissen, durch „neurotische Dummheit" aufgehalten. So braucht etwa ein Patient, der nach zehnjähriger Ehe aufgrund der Angst, von dem weiblichen Genitale verschlungen zu werden, keine Vorstellung von dessen Anatomie hat, auch ein Stück realitätsbezogener Aufklärung.

Innerhalb der Neurosentherapie wurde immer wieder die Frage nach dem korrekten Zeitpunkt der Interpretation gestellt, besonders auch die der Unterscheidung zwischen der Interpretation der Übertragung und der des Widerstandes. Nach heutigen Erfahrungen sind diese Unterscheidungen unerheblich, da eine zum falschen Zeitpunkt gegebene Interpretation zwar unter Umständen den Widerstand verstärken kann, ihn aber dadurch gleichzeitig deutlicher hervortreten läßt. In dem Maße aber, wie der Widerstand erkennbar wird, wird er auch bearbeitbar. M. E. stellt insbesondere *Wilhelm Reich* (1933) den Interpretationsablauf zu schematisch dar. Seiner Meinung nach soll zuerst das ödipale Konfliktgeschehen bearbeitet werden, dann erst soll sich der Therapeut den mehr archaischen Aspekten zuwenden. Als Grundregel würde man heute wohl eher fordern, daß der Therapeut in der Neurosentherapie das interpretiert, was der Patient anbietet. Hier muß allerdings eine wichtige Einschränkung gemacht werden, die sogenannte positive Übertragung darf nicht interpretiert werden. Das Instrument der psychoanalytischen Therapie ist bekanntlich die Rekonstruktion des ursprünglichen, unbewußt gewordenen Konfliktes und

seine Bearbeitung im Hier und Jetzt der therapeutischen Situation. Der Konflikt ereignet sich also aufs neue innerhalb der therapeutischen Situation, ein Vorgang, den *Freud* Übertragung nannte. Basis einer solchen Auseinandersetzung muß in jedem Fall ein therapeutisches Bündnis sein, in das auch Momente der positiven Übertragung eingehen.

Was in diesem Zusammenhang generell als Kunstfehler zu gelten hat, erweist sich bei der Arbeit mit schweren Ich-kranken Patienten als besonders folgenschwer: nämlich die Interpretation und damit die Auflösung der sogenannten positiven Übertragung, die bei stark regredierten Patienten oft das einzige Band zum Therapeuten darstellt. Besonders wichtig ist es, die symbiotische Übertragung des Psychosekranken uninterpretiert zu lassen und sie anzunehmen. Geschieht solch eine Interpretation dennoch, so handelt es sich um einen Gegenübertragungswiderstand: der Analytiker reagiert aus Angst vor den Ansprüchen des Patienten.

Jede symbiotische Übertragung ist stark ambivalent. Dies kommt der Gegenübertragungstendenz des Analytikers sowohl in der Einzel- als auch in der Gruppensituation entgegen, den Patienten stark an sich zu binden. Werden dann die Ansprüche des Patienten zu stark, um noch vom Analytiker ertragen werden zu können, so läßt er ihn oft fallen, wie manche Eltern ein lästiges Kind fallenlassen. Besonders bei Borderline-Strukturen und bei präpsychotischen Patienten liegt häufig in dieser Gegenübertragungsreaktion des Analytikers der Grund für den Selbstmord während der Therapie. Stark narzißtische Analytiker können umgekehrt häufig die aggressive Seite der symbiotischen Übertragung nicht tolerieren und zwingen so den Patienten zum Ausagieren dieses Anteils außerhalb der therapeutischen Situation. Die hierdurch geschaffene Explosion aggressiver Tendenzen kann ebenfalls bis zum Suizid führen.

Schwierig ist häufig auch der Umgang mit Informationen über einen Patienten, die der Analytiker durch eigene Beobachtungen außerhalb der therapeutischen Situation oder durch Dritte erhält. Bei simultaner Behandlung von Partnern kann die Information auch aus einer anderen therapeutischen Situation stammen. Darf der Analytiker diese Informationen benutzen? Grundsätzlich sollten alle Informationen, die der Analytiker jenseits der Therapie über einen Patienten erhält, in die Analyse eingebracht werden. Oberstes Gebot für den Therapeuten muß seine Integrität sein, an der der Patient seine Realitätsfähigkeit entwickeln kann. Eine ausgesprochene Double-bind-Situation wird geschaffen, wenn der Analytiker Aspekte der Realität wie einen Widerstand des Patienten behandelt. Besonders wird diese Gefahr auftreten, wenn der Patient reale Aspekte der Persönlichkeit des Analytikers an-

spricht, die dieser dann abwehrend als Übertragung interpretiert. Die Fähigkeit zur Realitätsprüfung stellt eine wichtige Identitätsfunktion dar, die keinesfalls durch den Analytiker behindert werden darf.

Ähnlich wird der analytische Prozeß durch eine direkte Übertragungsreaktion des Therapeuten arretiert. Das Verhalten des Patienten erscheint im Lichte der unbewußten Konflikte des Analytikers entstellt, d. h. auch realitätsgerechtes Verhalten erlebt und interpretiert der Therapeut als irreal und pathologisch. Die Kontrolle der therapeutischen Arbeit muß hier in stärkerem Maße als bei der Aufdeckung der Gegenübertragung ein Stück analytischer Arbeit beim Therapeuten leisten. Zwei Beispiele sollen diesen Punkt verdeutlichen:

Ein junger Ausbildungskandidat führte unter Kontrolle bei einem Patienten eine Analyse durch, der unter schweren Arbeitsstörungen und Examensangst litt. Als der Patient sein Medizin-Studium aufgeben wollte, stimmte ihm der Analytiker zu und riet ihm vom Weiterstudium ab, da er ihn für zuwenig intelligent hielt. In der Kontrollanalyse wurde jedoch klar, daß der Analytiker seine eigene Familiensituation wiederherstellte. Er erlebte in seinem Patienten seine jüngste Schwester und die Gefühle der Rivalität ihr gegenüber wieder, die wegen ihrer mäßigen Leistungen in der Schule den Eltern Sorge machte und vermehrte Aufmerksamkeit von ihnen bekam. Mit diesem unbewußten Übertragungsverhalten agierte der Analytiker seine destruktive Aggression, die der Schwester galt, dem Patienten gegenüber aus.

In einem anderen Beispiel verbot der Analytiker einem Patienten, der sich jahrelang keinen Urlaub gestatten konnte, die Teilnahme an einer milieutherapeutischen Erfahrung innerhalb der Institution, in der die Analyse stattfand. Er interpretierte den Wunsch des Patienten als Widerstand. In der Kontrollanalyse stellte sich heraus, daß der Analytiker als Kind seine jüngeren Geschwister ständig beaufsichtigen mußte und oft aus Angst, es könnte etwas passieren, deren Aktivitäten eingeschränkt hatte.

Die Integrität des Analytikers ist Voraussetzung für ein gelingendes therapeutisches Bündnis, da der Hauptgrund jeder mißlingenden Therapie darin liegt, daß der Analytiker sich mit dem Widerstand des Patienten verbündet. Dieses Mitagieren im Sinne des Widerstandes kann sich auf unterschiedliche Weise äußern. Generell hat der Analytiker in der Therapie relative Handlungsfreiheit, sofern er weiß, was er tut, und sofern sich seine Maßnahmen auf die Bearbeitung des Konfliktgeschehens richten. Unkontrollierte Handlungsweisen, wie beispielsweise Veränderungen der Stundenzahl, sind nur bei klarer Indikation erlaubt und dürfen nicht etwa bei überwiegend positiver Übertragung den symbiotischen Bedürfnissen des Patienten entgegenkommen.

Ist ein symbiotisch agierender Patient im Begriff, eigenständig zu werden, so wünscht er unter Umständen die Beendigung seiner Therapie. Will die Gruppe oder der Therapeut diesen Patienten festhalten, so kann man dies ebenfalls als Gegenübertragungsreaktion verstehen, die das Verhalten der kontrollierenden und festhaltenden Mutter wiederholt. Der Patient sollte vielmehr in seinen Autonomiewünschen bestärkt werden. Keinesfalls sollte der Therapeut durch einschränkende Verbote in den Trennungsprozeß eingreifen. Für Borderline-Patienten kann eine Trennung in diesem Stadium durchaus emanzipatorisch sein, auch wenn sie noch nicht alle anstehenden Probleme restlos durchgearbeitet haben. Ihnen bleibt, wie die Erfahrung bestätigt, immer noch die Möglichkeit, nach einer gewissen Zeit noch bestehende Probleme in einer anschließenden kurzdauernden Analyse zu bearbeiten. Anders liegt natürlich die Situation beim neurotischen Patienten, der den Wunsch nach Trennung häufig in den Dienst seines Widerstandes stellt.

Die Kontrolle der Gegenübertragung spielt eine besonders große Rolle bei der Beendigung der Therapie. Der Trennungsprozeß ist eines der wichtigsten und am schwierigsten zu handhabenden Probleme in der Analyse. Der Analytiker, der dem Patienten den Abschluß der Therapie gestattet, gestattet ihm damit den Schritt aus dem geschützten Raum der therapeutischen Symbiose zur eigenen Identität. Die Verweigerung eines Abschlusses der Therapie, die sich oft mit dem Anspruch restloser Bearbeitung aller Probleme tarnt, ist dann eine Gegenübertragungsreaktion, wenn der Analytiker selbst nicht imstande ist, ein eigenes reichhaltiges Leben zu führen und deshalb, ähnlich wie viele Eltern ihre Kinder benutzen, den Patienten braucht, um an dessen Erlebnissen teilzuhaben und in ihnen eigene unbewußte Wünsche auszuleben. Sicherlich ist es nicht übertrieben, wenn man sagt, daß der wahre Patient in diesem Fall der Analytiker ist. Diese Situation macht besonders deutlich, daß es die Persönlichkeit des Therapeuten selbst ist, die das zentrale Behandlungs- und Forschungsinstrument der psychoanalytischen Therapie darstellt.

Zusammenfassend kann man sagen, daß Kunstfehler in der Psychoanalyse, die auf der Anwendung einer falschen Technik beruhen, weitgehend vermieden werden können, wenn die differenzierte Anwendung verschiedener Techniken nach den Bedürfnissen und Fähigkeiten des Patienten ausgerichtet ist und auch eine sich ändernde Indikationsstellung während eines therapeutischen Verlaufs möglich ist. Kunstfehler, die durch unbewußte Gegenübertragungs- und Übertragungsreaktionen des Therapeuten verursacht werden, machen die Notwendigkeit einer analytischen Kontrollsituation besonders für Ausbildungskandidaten deutlich, die erst gewährleistet, daß die Arzt-Patienten-Beziehung selbst als therapeutisches Instrument eingesetzt werden kann.

Bad Mistakes in Therapeutic Technique

Günter Ammon

The psychoanalytic literature contains only very few studies about therapeutic technique. We find no critical study that is directly concerned with blunder in analysis. The author thinks that psychoanalysis is still in a defensive position against doubts about its scientific validity raised by empirical psychology and traditional psychiatry. Psychoanalysis should give up this defensive attitude and investigate itself method, indication, courses and successes of analytic treatment.

The central point of psychoanalytic therapy is the relationship between analyst and patient, in which the analyst with his own biography is more or less consciously involved. Technical mistakes arise first from the countertransference and also from the direct transference of the analyst upon the analysand. Moreover mistakes result from the application of a wrong treatment-method.

The treatment of a psychotic reacting or psychotic-close patient with the classical method of analysis leads to particularly dangerous consequences. While the analytic standard-situation conditions the regression in a neurotic patient and allows him to apprehend his unconscious conflicts, the psychoticly reacting patient is overwhelmed by the unconscious material, which he experiences as being a reality. Further stimulation of unconscious contents would lead to an ego-desintegration in this case. In contrast to the therapy of neurosis the therapy of psychotic or psychotic-close patients consists in supporting the latter in building his own ego-boundaries. When the patient begins to dream, this may be the sign of a beginning consolidation of ego-boundaries, which is permitting a distinction between unconscious and reality. Dream-analysis would re-open these boundaries and lead the patient to a new regression. While the therapy of neurosis does not consist in supporting the ego-functions (abstinence-rule), therapist or the therapeutic milieu have to assume and strengthen the ego-functions in a treatment of psychosis. During the therapeutic process this ego-assistance will be gradually internalized and finally assumed by the patient. In traditional psychiatric clinics, on the contrary, ego-functions will be taken over, yet a development of ego and identity, i. e. the assuming of his own ego-functions by the patient does not take place. Frequently the ego-integration of the patient proves to be merely superficial, after having left the clinic which has satisfied only his symbiotic needs. The patient has not reached an ego-autonomy.

On the other hand the application of psychosis-therapy upon a neurotic would spare the latter the regression necessary to his becoming

conscious of his conflicts. He would feel comfortable, yet his analysis would stagnate. Such phenomena can be observed in the individual-psychological therapy according to *Adler,* which has a paedagogic conculting character.

As to the moment of interpretation *Ammon* suggests that what the patient offers, should be interpreted. He declines a rigid succession of phases in the sense of *Reich.*

However, the so-called positive transference must not be interpreted, since it is necessary for the maintainance of the therapeutic alliance, particularly in the case of patients with strong ego-disturbances. Because of the intense ambivalence the countertransference of the analyst to the symbiotic transference of the patient would bind the latter strongly to oneself. If the patient has heavy demands, he would feel often foresaken by the analyst. This is a frequent cause of suicide during therapy. *Ammon* describes these dynamics in a case-observation. Another casus for suicide is due to the inability of the therapist to tolerate the aggressive aspect of the transference so that the patient will be obliged to actout his aggression outside the therapeutic situation.

The integrity of the therapist is in the author's opinion the ultimate imperative. Information about the patients, given from external sources, must be brought into the analytic situation. The development of the ego-function of reality-testing in the patient would be hindered, when reality aspects, particularly those concerning the person of the analyst, would be interpreted as a mere transference reaction.

The author presents two examples of a direct transference of the analyst upon his patient. The analysis in these cases is locked by blind spots in the analyst himself, who sees the behaviour of the patient in the light of his own unconscious conflicts and interprets them as belonging to the pathology of the patient.

The separation-process is the most important part of the analysis. If the analyst does not permit the patient's step away from the analysis to his own identity, this is often due to his counter-transference, which repeats the behaviour of the mother denying her child its own identity. This behaviour is often explained as being necessary for the working through of all problems. If the analyst uses the patient in the aim of taking part in the experiences of the latter and thus of enriching his own poorly lived life, then he must be seen himself as a patient.

To summarize, the author stresses the necessity of a rigorus indication method for differentiated analytic techniques for various psychic disorders, as well as a supervision revealing of transference and counter-transference reactions which may lock the analysis.

Literatur

Ammon, G. (1973): Dynamische Psychiatrie (Darmstadt: Luchterhand)
— (1974): Was ist psychoanalytische Therapie? In: Z. Psychother. med. Psychol. (24) 153—162

Buda, B. (1974): Strategie und Taktik in der Gruppenpsychotherapie. In: Dyn. Psychiat. (7) 301—324

Reich, W. (1933): Charakteranalyse (Wien: Selbstverlag; Köln: Kiepenheuer & Witsch, 1970)

Winnicott, D. W. (1965): The Maturational Processes and the Facilitating Environment (London: Hogarth)

Die Technik der Simultantherapie beim kindlichen Borderline-Syndrom**

Regine Schneider *

Die Autorin berichtet über ihre Erfahrungen in der Anwendung der Technik der Simultan- oder kombinierten Mutter-Kind-Therapie, die sie für die Technik der Wahl bei kindlichen Ich-Krankheiten, insbesondere beim kindlichen Borderline-Syndrom hält. In einem Fallbeispiel beschreibt sie den Prozeß einer kombinierten Eltern-Kinder-Gruppentherapie.

Ziel der Simultantherapie ist die nachholende Ich-Entwicklung in einer wiederhergestellten, nun aber geglückten symbiotischen Beziehung zwischen Mutter und Kind. Während des therapeutischen Prozesses dieses Zusammenbringens und wieder Trennens von Mutter und Kind schaltet sich der Therapeut unmittelbar in das interpersonelle Konfliktgeschehen als dritter Symbiosepartner ein, um sich — je gelingender die ursprüngliche Symbiose sich entwickelt — wieder zurückzuziehen.

Bevor das Kind sich von der Mutter trennen kann, muß diese es noch einmal ganz annehmen.

Seit einigen Jahren führen wir eine spezifische Technik der Kinderpsychotherapie durch, die wir die Simultan-Therapie oder „kombinierte Therapie von Mutter und Kind" genannt haben. Sie ist besonders bei jener Gruppe von kindlichen Verhaltensstörungen indiziert, die wir unter dem Begriff des Borderline-Syndroms zusammenfassen, und hat dessen Prognose entscheidend verbessert.

Die Symptomatologie des kindlichen Borderline-Syndroms ist der Ausdruck einer archaischen Ich-Krankheit, die in einer frühkindlichen mißlungenen symbiotischen Beziehung des Kindes zu seiner Mutter erworben ist. Die Spezifität des Kernkonfliktes dieser fehlgeschlagenen Symbiose aber besteht in ihrem abrupt wechselhaften emotionalen Klima: einmal überschüttet die Mutter das Kind mit Liebe und Fürsorge, weil sie es als symbiotischen Partner für sich selbst braucht und sich ohne es völlig leer und extrem verlassen fühlt. Zum anderen kann sie die Nähe des Kindes aus Angst vor Vernichtung und symbiotischer Verschmelzung nicht ertragen und wehrt es deshalb abrupt durch einen totalen emotionalen Rückzug ab.

Der ständige Wechsel zwischen intensiver Zuwendung und fluchtartigem Rückzug hinterläßt bei dem Kind als „symbiotische Erfahrung" — wie *Mahler* (1972) sagt — die „Ungewißheit der mütterlichen Verfügbarkeit", die ja die Grundlage jeder Objektbeziehung und auch der Erfahrung des „vertrauensvollen Erwartenkönnens" einer Bedürfnisbefriedigung (*Benedekt*, 1938) ist.

* Dr. med., Ärztliche Leiterin und Lehranalytikerin des Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstituts der DAP

** Vortrag gehalten auf dem VI. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 9.—13. Juni 1974, Schloß Weidenkam (Starnberger See bei München).

Aus dieser schwerwiegenden kindlichen Erfahrung resultiert unseres Erachtens eine hochgradige Schädigung der zentralen Ich-Funktion der Frustrationsregulation. Das Kardinalsymptom der Borderline-Kinder ist deshalb die Frustrations-Intoleranz. Jede physische Trennung von der Mutter und jede Ungewißheit über ihre Zuwendung ist für Borderline-Kinder nur kurzfristig tolerierbar; dann kommt es zu den typischen panikartigen Angstzuständen, die in passagere psychotische Reaktionen übergehen können, wenn es nicht bald zu einer Bedürfnisbefriedigung kommt. Die existentielle Angst, bedingt durch die ungewisse Verfügbarkeit der Mutter, erklärt das anklammernde kontrollierende Verhalten dieser Kinder, ihre destruktive Aggression gegen die Umwelt, mit der sie die Mutter teilen sollen, und das mangelnde Vertrauen in jede Objektbeziehung.

Das Ich-kranke Kind und die krankmachende umgebende Gruppe, repräsentiert durch die Mutter, stehen aber noch in einer aktuellen unmittelbaren Wechselbeziehung. Die Symptomatik des Kindes ist der Ausdruck des noch gelebten interpersonellen spezifischen Konfliktes mit der Mutter.

Auf diese Gegebenheit, nämlich, daß der Therapeut mit der aktuellen interpersonellen Konfliktsituation zwischen Mutter und Kind in der Realität konfrontiert ist, muß mit einer spezifisch gestalteten therapeutischen Technik reagiert werden. Wir haben deshalb die Konsequenz gezogen, die krankmachende Primärgruppe, d. h. von allem die Mutter, in das kindertherapeutische Konzept miteinzubeziehen, um dem Kind im Sinne der Heilung die nachholende Ich-Entwicklung während der kindertherapeutischen Sitzungen, aber auch im Elternhaus selbst zu ermöglichen. So steht im Mittelpunkt unserer analytischen Kindertherapie die Therapie des Kindes und die Therapie der krankmachenden Gruppe, d. h. die Simultantherapie von Mutter und Kind.

Durch das Aufdecken der unbewußten interfamiliären Beziehungsdynamik, aber auch durch das Erkennen der eigenen unbewußten Konflikte der Eltern ändert sich augenblicklich der pathogene Gleichgewichtszustand innerhalb der Familie, der das Kind zum Krankheitsträger hat werden lassen. Die sich nun verändernde Wechselwirkung mit einer sich wandelnden umgebenden Gruppe wird für das Kind bald ein therapeutisches Milieu und hat eine erstaunlich rasche Rückwirkung im Sinne des Schwindens seiner Symptomatik.

Das Ziel und die Strategie der Simultantherapie sind die Wiederherstellung der urspünglichen Symbiose zwischen Mutter und Kind, die nun aber, im Gegensatz zu der bereits gelebten fehlgeschlagenen, glückt und therapeutisch wirksam ist, im Sinne der nachholenden Ich-Entwicklung für das Kind. Mit der schuldfreien Lösung aus der Symbiose ist das Ziel der Simultan-Therapie als Ich-Therapie erreicht.

Während des therapeutischen Prozesses der Wiederherstellung der ursprünglichen Symbiose konnte ich immer wieder einen bestimmten Phasenverlauf beobachten: die erste Phase hat die Bildung des therapeutischen Bündnisses mit der Mutter und mit dem Kind zum Ziel und endet mit einer Symbiose zu dritt: Mutter-Kind-Therapeut. In der zweiten Phase kann sich der Therapeut aus dieser Dreier-Beziehung, je mehr die Symbiose zwischen Mutter und Kind gelingend ist, zurückziehen. Dies ist die eigentliche Phase der nachholenden Ich-Entwicklung des Kindes. Am Ende dieser Phase ist die Symbiose hergestellt. In der dritten Phase findet mit Hilfe des Therapeuten die Trennung und Loslösung der beiden Symbiose-Partner als eigenständige Persönlichkeiten mit eigenen Rechten statt.

Ich möchte nun innerhalb eines Fallbeispiels den Phasenverlauf dieses therapeutischen Prozesses schildern. In dieser Fallgeschichte handelt es sich nicht um die simultane Einzeltherapie einer Mutter-Kind-Einheit, sondern um die Simultantherapie einer Kindergruppe und ihrer entsprechenden Elterngruppe.

Diese Zwei-Gruppen-Simultantherapie stellt sicherlich eine Besonderheit dar, da hier versucht wurde, die nachholende Ich-Entwicklung des Kindes nicht nur in seiner Familiengruppe, sondern auch durch die maßgebliche Unterstützung in seiner Kindergruppe möglich zu machen.

Im Januar 1973 starteten wir diese Zwei-Gruppen-Therapie. Alle Kinder der Kindergruppe boten eine Borderline-Symptomatik: Sie litten unter schweren Ängsten, wenn sie sich von ihren Familien trennen sollten, um z. B. in die Schule zu gehen, sie zogen sich bei geringen realen Anforderungen ängstlich und abwehrend zurück, es bestanden Schlaf- und Eßstörungen, Sprachschwierigkeiten, Bettnässen, psychosomatische Beschwerden, aggressive Wutausbrüche, eine auffallend schwache Kommunikations- und Spielfähigkeit; die Freundschaftsbeziehungen zu anderen Kindern waren wechselhaft und nur sehr oberflächlich. Alle sechs Kinder stammten aus schwer gestörten Familien. Fünf Kinder waren nur durch einen Elternteil in der Elterngruppe vertreten, die Eltern waren geschieden, der Vater eines Jungen hatte Selbstmord begangen. Nur ein Mädchen hatte ihre beiden Elternteile in der Elterngruppe. Es handelte sich um drei Mädchen und drei Jungen im Alter von sechs und sieben Jahren. Beide Gruppen trafen und treffen sich einmal wöchentlich zu einer doppelstündigen Stizung. Ich hatte mich auf die Anregung von *Slavson* (1971) gestützt, der für diese Altersgruppe die Beschäftigungs-Interview-Gruppen-Technik vorschlägt. Diese Technik hat sich auch bei Borderline-Kindern, zwar etwas modifiziert, aber doch als gut anwendbar erwiesen.

Die Kindergruppe versammelte sich am Samstagnachmittag in zwei kindgerechten Räumen unseres Psychoanalytischen Kindergartens, in

denen ein Kinderhaus mit Rutsche und ein Sandkasten zur Verfügung standen. Es gab genügend Stühle und Tische, um mit Hilfe von Decken Höhlen oder Omnibusse oder auch Bühnen zu bauen, auf denen Rollenspiele aufgeführt werden konnten. Außerdem standen den Kindern Malmaterial, Knete, Baukästen, Papierrollen, Scheren, Spiele und zwei Scenokästen zur Verfügung. Es gab Obst, Apfelsaft und Bonbons, soviel die Kinder haben wollten. Beliebt waren die Spiele im Freien; es stellte sich heraus, daß sie in dieser gelockerten Atmosphäre viel besser miteinander kommunizieren und spielen konnten, als in der Beengtheit geschlossener Räume, so, als wenn die räumliche Distanz der Kinder untereinander für eine benötigte psychische stand.

Die erste Phase des Gruppenprozesses beider Gruppen hatte die Bildung des therapeutischen Bündnisses und die Gruppenbildung zum Ziel. Auf die Forderung an die Kinder in einer Gruppe, echte Beziehungen zueinander aufzunehmen — d. h. miteinander zu spielen, sich mitzuteilen, über bestehende Probleme zu sprechen — reagierten die Kinder mit chaotischem Verhalten.

Unfähig, sich in eine gemeinsame Spielaktion einzulassen, tobten sie lärmend durch die Räume, bewarfen sich mit Sand, beschmierten mutwillig Wände und Tische, machten Spielzeug kaputt, kletterten halsbrecherisch auf Regale, niemand gönnte dem anderen irgendetwas, jeder wollte im Mittelpunkt stehen oder davonlaufen. Alle Kinder jedoch hatten den Wunsch, von mir bevorzugt zu werden, und kämpften um meine Zuwendung und Aufmerksamkeit.

Der sechsjährige Sebastian rannte schreiend und stotternd durch die Räume, er hatte die Hosen und Hände verklebt mit Mengen angelutschter Bonbons und verschüttetem Apfelsaft; niemand durfte ihm zu nahe kommen, weil er sonst aus Angst, man wolle ihm etwas wegnehmen, losschlug. Plötzlich aber kletterte er an einem Regal hoch, das umzukippen drohte. Als ich ihn bat, solch' gefährliche Clownereien zu unterlassen und sofort wieder herunterzukommen, blieb er zum Vergnügen der anderen gerade oben und schaukelte mit dem Regal. Er war glücklich, auf diese Weise die gesamte Aufmerksamkeit der Kindergruppe und meine aggressive Zuwendung, weil ich mich sorgte und schimpfte, errungen zu haben.

Dieses anfängliche Chaos wurde von mir als Übertragung der chaotischen ambivalenten Beziehung zur Mutter auf die Gruppe und auf mich verstanden. Obwohl die Kinder sich vom Kindergarten her oft schon lange kannten, erlebten sie sich in der Gruppe als Feinde und reagierten destruktiv-aggressiv aufeinander; dabei richtete sich die Aggression keinesfalls als spezifische Reaktion auf ein bestimmtes Verhalten einzelner, sondern verteilte sich diffus über die ganze Gruppe.

Um meine ungeteilte Zuwendung und Aufmerksamkeit wurde gekämpft; die Kinder mußten mich — als gutes Objekt — miteinander zu sechst teilen. Teilen aber bedeutet gerade für Borderline-Kinder wieder eine starke frustrative Belastung.

Aufgrund dieser chaotischen Situation begriff ich, daß ich mich nicht ausschließlich nach *Slavsons* Anregung richten konnte, nämlich, daß der Therapeut die Aktionen der Gruppe möglichst ungesteuert ablaufen lassen sollte, um ein kathartisches Erleben zu erreichen, sondern daß gerade dieses Erleben hier starke Angst und Verlassenheit auslöste und ohne kathartischen Effekt war. Im Unterschied zu erwachsenen Borderline-Patienten kann das Kind seine Gefühle nicht verbalisieren, sondern agiert sie psychodramatisch aus.

Deshalb strukturierte ich das Spielgeschehen in den nächsten Sitzungen straff. Ich schlug nun die Spiele vor, forderte, daß alle mitmachten und dabei blieben, machte auch klar, daß niemand den anderen verstehen könne, wenn alle durcheinanderschrien oder durcheinanderrannten; daß es in der Kindergruppe darauf ankäme, miteinander zu spielen und Probleme zu besprechen; toben könne man auch später. Um miteinander zu spielen, könne auch nicht jeder machen, was er wolle.

In einer der folgenden Sitzungen hatte ich Malkästen und Papierblöcke für jedes Kind mitgebracht. Als gemeinsames Malthema hatte die Kindergruppe beschlossen „Schiff auf hoher See". Wie sich später herausstellte, bedeutete das Schiff sie selber, die gefährliche hohe See die Gruppe bzw. die Mutter. Aber auch die Malsituation bereitete Ängste auf Grund der Forderung, etwas malend zu leisten und darüber zu sprechen.

Die sonst mutige aktive Eva konnte nicht mehr malen, schaute ängstlich und hilflos zu Lore und versuchte abzumalen, was ihr aber auch nicht gelang. Sie sagte, ihre Gedanken, was sie hätte malen wollen, seien weg. Schließlich fing sie an zu weinen; auf ihrem Blatt war ein unvollständiges, kleines, braunes Gebilde, was das Schiff darstellen sollte. Lore selbst hatte schnell aufgegeben, obwohl sie sonst zeichnerisch hochbegabt war, und saß zusammengekauert, daumenlutschend auf ihrem Stuhl. Sie war ganz in sich zurückgezogen und wehrte jedes Ansprechen ab. Marc, der zunächst die Gruppe eingeschüchtert hatte durch seine Leistung, ein Schiff mit allen technischen Einzelheiten zu malen, wobei er einen phantastischen Motor mit Auspuffanlage überm Dach erfunden hatte, saß schlaff und teilnahmslos auf seinem Stuhl und hatte keine Lust mehr, er wollte nur trinken. Carla, die beim Malen über die Liebe zu ihrem Kätzchen sprach, fand, daß man ihr nicht genügend Aufmerksamkeit zollte, weil plötzlich auf Klaus' Schiff ein Feuer ausgebrochen war, was alles Interesse auf sich zog. Sie geriet

in Verzweiflung, weinte sehr, das sei keine Gruppentherapie, wenn man ihr nicht zuhörte. Dies aber erschütterte Eva so, daß sie sich von Klaus abwandte und zu ihr hinging und beide ein Gespräch über das Kätzchen führten. Das Kätzchen war Carla selbst, wie sie geliebt werden wollte. Durch diese Interpretation empfand sich Carla von mir sehr verstanden und angenommen. Klaus berichtete eine phantastische Geschichte über seinen Großvater, mit dem zusammen er angeblich einen Löwen gejagt hatte. Als man darüber lachte und es ihm nicht glaubte, geriet er in Zorn und wollte nach Haus gehen. Als ich ihn daran hinderte, warf er seinen Tuschbecher nach mir.

Plötzlich aber fiel mir Sebastian auf. Er zeichnete wirr auf seinem Blatt herum, Wasser und Schiff gingen in einem einzigen Gekritzel ineinander über. Er hatte ein maskenhaft erstarrtes, zu einem clownhaften Lächeln verzogenes Gesicht. Als ich ihn ansprach, reagierte er nicht. Sebastian war ein sekundär autistisches, stotterndes, anorektisches Kind, das von seiner Mutter immer kraß abgelehnt worden war. Sie hatte ihn nach der Scheidung an ihren Mann abgeschoben. Nun lebte er bei seinem Vater, der sich ihm aber auch nicht vollständig widmen konnte, weil er noch zu sehr mit der Trennung von seiner Frau beschäftigt war, und ihn gern dem Fernsehapparat und Bekannten überließ. Lebensrettend für Sebastian war sicherlich, daß er in unserem Psychoanalytischen Kindergarten war. Sebastians autistisch-psychotischen Rückzug konnte ich damals aufheben, indem ich mich hinter ihn auf seinen Stuhl setzte und meinen Arm um ihn legte, quasi als Alter-Ego, und freundlich mit ihm sprach. Unter Anteilnahme der Gruppe, der ich erklärte, wie sehr Sebastian Angst habe, daß ihm etwas geschähe in der Gruppe, konnten auch die anderen Kinder ihn trösten und unterstützen, aber auch ihre eigene Angst andeuten. Indem ich ihm mit Marcs Unterstützung die Hand führte, konnten wir gemeinsam den Schiffsrumpf mit starken Strichen vom Wasser trennen. Das Schiff aber stellte Sebastian selbst dar und seine Angst, daß die Gruppe bzw. die Mutter als drohendes Meer in ihn eindrang und ihn untergehen lassen würde. Damit drückte Sebastian als kränkstes Mitglied der Gruppe die Angst der Gruppe bildlich aus, die Angst vor einer echten Beziehung, in der es nicht sicher war, zu überleben. Diese Angst wurde projektiv und regressiv abgewehrt, Abwehrmechanismen, die für Borderline-Kinder typisch sind.

Ich selbst versuchte, mit gleichmäßiger Zuwendung eine freundliche symbiotische Atmosphäre zu schaffen. Soweit es in meinen Kräften stand, war ich bemüht, die Bedürfnisse der Kinder nach Zärtlichkeit, Schutz und Verständnis zu befriedigen, aber auch ihr Bedürfnis nach Distanz zu respektieren. In dieser Zeit wurde während der Sitzungen viel gegessen.

Durch meine gleichmäßige Zuwendung, dadurch, daß ich alle Kinder mit ihren kranken Verhaltensweisen bedingungslos annahm, ihre Ängste und Aggressionen zu verstehen suchte, sie als selbständige Persönlichkeiten anerkannte, und ihnen demonstrierte, daß man über schlimmes Verhalten nachdenken, sprechen und es letztlich verstehen kann und nicht zu verurteilen braucht, daß ich bei ihnen stand, war vielleicht das Wichtigste, was ich in dieser schwierigen Anfangsphase vermitteln konnte. Denn meine Haltung wirkte beruhigend und erweckte Vertrauen und diente den Kindern zur Identifizierung. Durch diese Identifizierung und Nachahmung wurde das Gruppenklima freundlicher und die Kommunikation untereinander intensiver. So versuchte ich mich als drittes gutes Objekt in die interpersonelle Konflikt-Situation zwischen Mutter und Kind einzubringen. Meine emotional gleichbleibende Haltung wurde den Kindern der Gruppe allmählich vertraut, und sie begannen, eine ambivalenzfreiere Beziehung zu mir aufzunehmen.

Daß sich ein Gruppengefühl und Gruppengrenzen gebildet hatten, wurde nach ungefähr drei Monaten deutlich; die Gruppengrenzen wurden vehement verteidigt, sobald ein Fremder in die Gruppe aus Interesse hineinsehen wollte. Dieser wurde dann mit Beschimpfungen aus der Gruppe, d. h. zur Tür hinausgeworfen.

Die wachsende Kommunikationsfähigkeit und Bündnisbildung in der Kindergruppe aber stand natürlich in engstem Zusammenhang mit den Vorgängen in der Elterngruppe.

Der Prozeß der Elterngruppe in der ersten Phase der Simultantherapie verlief entsprechend dem der Kinder. Auf das Angebot des therapeutischen Bündnisses in der Gruppe reagierten sie entsprechend ihrer Borderline-Struktur abwehrend mit Angst, Aggression und Abhängigkeitswünschen. Ich möchte aber auf diesen Prozeß hier nur insoweit eingehen, als er sich unmittelbar auf die Kindergruppe bezieht.

Die Eltern übertrugen ihre eigenen infantilen unbewußten Konflikte auf die Gruppe und mich und konnten sie therapeutisch bearbeiten. Gleichzeitig aber konfrontierte ich sie mit dem Verhalten ihrer Kinder in der Gruppe. *Günter Ammon* (1973) sagt: „Die infantile Symptomatik stellt die elterlichen Konflikte dar, wird aber von den Eltern nicht als Manifestationen ihrer eigenen Schwierigkeiten erkannt".

Jede mir auffallende Reaktion, die ich in der Kindergruppe beobachtete, d. h. jede Botschaft des Kindes an mich wurde an den betreffenden Elternteil, nicht als Nachricht, sondern als Bestandteil des eigenen ungelösten Konfliktes mitgeteilt. Diese zusätzlichen Informationen der Kinder gestaltete die Elternarbeit in der Gruppe außerordentlich intensiv.

Die Aufdeckung und Konfrontation aber allein reicht nicht aus; die kranke Mutter muß sich selbst in ihren therapeutischen Bedürfnissen

akzeptiert und verstanden fühlen. In der Identifizierung mit der Therapeutin als guter Mutter und durch die Bearbeitung ihrer eigenen Konflikte wird sie auch Co-Therapeutin für ihr Kind. Dadurch haben wir eine therapeutische Situation zu dritt: Mutter-Kind-Therapeut. Dies ist die Situation, die ich als Symbiose zu dritt bezeichne, und die der Beginn der zweiten Phase ist.

Die Rückwirkung der Veränderungen in der Elterngruppe auf das Verhalten der Kinder in ihrer Gruppe war frappierend. Je erfahrungsfähiger die Eltern wurden, desto kommunikationsfähiger wurden die Kinder in ihrer Gruppe.

Die zweite Phase der Simultantherapie ist die eigentliche therapeutische Phase, in der die nachholende Ich-Entwicklung des Kindes in seiner Gruppe und in seinem Elternhaus stattfindet. Mit großer Regelmäßigkeit wird diese Phase mit einer Regression des Kindes begonnen, die nochmals eine starke Konfrontation für die Eltern darstellt. Es ist, als wenn das Kind sich in die ihm angebotene, nun freundliche Symbiose versinken und hineinfallen läßt und dabei ein Kleinstkindverhalten zeigt: auf dem Schoß sitzen wollen, an den Fingern lutschen, aus der Flasche trinken wollen, ins Bett machen, nicht mehr allein essen können, getragen werden wollen, im Bett der Mutter schlafen und in dauernder körperlicher Nähe zu ihr sein.

Die Eltern erleben in diesen Forderungen ihre eigenen unerfüllten kindlichen Wünsche, die sie selbst nun bei ihrem Kind erfüllen sollen. Der Therapeut muß die Eltern in dieser Zeit stark unterstützen, indem er selbst für sie eine gute Mutter ist, mit der sie sich identifizieren können. Zur Zeit der Regression der Kinder wurde in der Kindergruppe ein kleines Stück meiner Felljacke weitergegeben; Lore, die es als Tröster und Schutzsymbol lange Zeit bei sich behalten hatte, gab es an Carla weiter, da sie meinte, sie brauche es nötiger.

In der zweiten Phase wurde in der Kindergruppe viel spielend kommuniziert, aber auch mehr und mehr besprochen. Z. B: Warum muß Sebastian stottern, woran liegt das? Wird er deshalb ausgelacht, und warum muß er soviel herumkaspern, wo doch niemand Spaß daran hat?

Klaus konnte nicht sagen, was sein Problem ist; dafür sagte es ihm Eva: „Du haust immer und weißt gar nicht warum". Klaus konnte dies dann aber mit Unterstützung der Therapeutin in einen Zusammenhang mit seiner Mutter bringen, die damals ihren kleinen Bruder auf ihn übertrug und sich ständig mit ihm schlug. Sehr viel Mitgefühl erregte der Bericht Lores über ihre Ängste, wenn ihre Eltern abends weggingen. Es wurden die Eltern kritisiert und Lore großzügig telefonische Hilfe von den Gruppenmitgliedern zugesagt.

Eva wurde klar gemacht, daß ihre gellende Stimme einfach nicht erträglich sei; sie meinte aber, sie habe, wenn sie leise spräche, das Gefühl, sie bekäme weniger als die anderen, ihre Schwester bekäme auch immer mehr.

Lange wurde darüber nachgedacht, warum es Carla so schwer fiel, sich von der Gruppe zu trennen, bzw. sie meinte, sie könne sie verlieren.

Besonders wichtig waren die Sitzungen, in denen die Kinder es fertigbrachten, sich ihre Ängste einzugestehen. Da jeder diese intensiven, innersten Sorgen des anderen miterlebte, daran anteilnahm und nicht lachte, entstand hierbei ein sehr enges Gruppenzusammengehörigkeitsgefühl, das auch darin seinen sichtbaren Ausdruck fand, daß die Kinder wie in einer Traube auf mir saßen und sich aneinander anlehnten.

Ganz erstaunlich war Sebastians Reaktion: Die Gruppe war zuende, er zog sich mit Hilfe seines Vaters die Schuhe an, Carla hingegen war nicht abgeholt worden. Plötzlich fiel sie über Sebastian weinend und prügelnd her und schlug sehr schmerzhaft auf ihn ein. Sebastian weinte auch. Befragt, warum sie denn einfach losschlüge, erklärte Carla, ihre Mama sei nicht da. Sebastian konnte deutlich gemacht werden, daß Carla eigentlich ihre Mutter meine, wenn sie ihn schlüge, weil diese sie nicht abgeholt hatte. Dies begriff Sebastian sofort, verzieh Carla, indem er tröstend den Arm um sie legte. Die Verständnisfähigkeit der Kinder füreinander war manchmal erstaunlich. Eva fungierte oft als Co-Therapeutin, wenn es darum ging, ein Kind zu trösten und zu beruhigen.

In meiner Gegenübertragung, die sich während der ersten Phase häufig in Ärger, Hilflosigkeit, Unsicherheit und Erschöpfung äußerte, empfand ich am Ende der zweiten Phase sehr viel Freude und Entlastung. Je gelingender die Beziehungen der Eltern und Kinder beider Gruppen wurden, desto mehr konnte ich mich in meine Rolle als Symbiosepartner zurückziehen.

Die Eltern begannen ihre Identität als gute Eltern zu finden, sie unterstützten die Entwicklung ihrer Kinder helfend und hatten mehr und mehr Freude an ihnen. Lores Mutter drückte dies folgendermaßen aus: „Es ist mir neu, daß es ein herrliches Gefühl ist, eine Tochter zu haben; ich beginne ihre Anwesenheit zu genießen". Meine Rolle als Beschützer der symbiotischen Beziehung äußerte sich darin, daß ich weiterhin mit den Eltern die eigene Konfliktproblematik bearbeitete und sie in der aktiven Beziehung zu ihrem Kind unterstützte.

In der dritten Phase erforderte die Lösung der Symbiose noch einmal ein intensives Bearbeiten der Trennungsproblematik bei den Eltern; bei den Kindern war es mehr Unterstützung und Hilfegeben bei den eigenen Schritten, die sie unternahmen.

Inzwischen bearbeiten beide Gruppen, angeregt durch das Hinzukommen eines männlichen Co-Therapeuten, ihre ödipale Problematik, die Elterngruppe durch Bearbeitung von neurotischer Übertragung, die Kindergruppe noch als reale ödipale Konflikt-Situation.

Ziel der Simultantherapie von Mutter und Kind ist die nachholende Ich-Entwicklung in der wiederhergestellten, nun aber geglückten symbiotischen Beziehung zwischen Mutter und Kind. Während des therapeutischen Prozesses dieses Zusammenbringens und wieder Trennens schaltet sich der Therapeut unmittelbar in das interpersonelle Konfliktgeschehen als dritter Symbiosepartner ein, um sich — je gelingender die ursprüngliche Symbiose sich entwickelt — wieder zurückzuziehen. Bevor sich das Kind von der Mutter trennen kann, muß diese es noch einmal ganz annehmen.

Es wurde hier der Versuch unternommen, die nachholende Ich-Entwicklung des Kindes durch seine Kindergruppe zu unterstützen. Denn, mit *Gisela Ammon* (1973) glaube ich auch, daß die Kindergruppe eine elementare Bedeutung hat; Kinder lernen leichter durch das Zusammensein mit anderen Kindern, die ihnen Partner auf gleicher Ebene innerhalb einer Auseinandersetzung sind. Die Ich-Entwicklung des Kindes wird unterstützt, wenn es von seiner Gruppe akzeptiert wird.

Über günstige therapeutische Ergebnisse bei der Anwendung der Behandlungsmethode der Simultantherapie — sowohl Einzel- als auch Gruppensimultantherapie — ist in der psychoanalytischen Literatur vielfach berichtet worden. Einen besonderen Anstoß erhielt diese Behandlungsmethode im Zusammenhang mit der Entwicklung der Familientherapie (*Ackerman,* 1969), die neuere Erkenntnisse der Ich-Psychologie, der Gruppendynamik und Gruppentherapie, Sozialpsychologie und Kommunikationstheorie in ihrem Konzept integriert hat. In der Familientherapie wird die Umwelt des Patienten, d. h. seine Familie in das erweiterte Feld therapeutischer Einflußnahme miteinbezogen. Insofern ist die Simultantherapie von Mutter und Kind eine Familientherapie im engsten Sinne.

Im Behandlungsprogramm der Hampstead-Child-Therapy-Clinic hat die Simultananalyse von Mutter-Kind-Paaren ihren Platz (*Kata Levy,* 1969; *Anna Freud,* 1965). *Anna Freud* weist auf den wertvollen Nutzen einer Behandlung der Mutter hin, denn auch sie sieht, daß „die meisten seelischen Störungen von Kindern auf die Störungen ihrer Eltern zurückgeführt werden können" und „daß manche Mütter nicht wollen, daß ihr Kind aufwächst, reinlich wird, seine Symptome verliert..." und sie meint, daß „das neurotische Symptom des Kindes oft Bestandteil mächtiger emotionaler Kräfte eines Elternteils ist, an den das Kind seinerseits gebunden ist", ohne den gruppendynamischen Aspekt theoretisch zu nutzen.

Friedemann (1969) führt in Biel/Schweiz die „bifokale Gruppentherapie" durch, indem er einerseits die Kinder, andererseits ihre Familienangehörigen in der Gruppensimultantherapie behandelt. Während er mit der bifokalen Gruppentherapie gute therapeutische Erfolge hat, meint er, daß die analytische Einzelsimultantherapie aufgrund der starken Erwartungen und Forderungen von seiten der Patienten und der Last der Übertragung einen zu hohen Anspruch an den Therapeuten stellt, den dieser nicht erfüllen kann, eine Ansicht, der wir uns nicht anschließen können.

Auch *Biermann* (1972) wendet die Behandlungsmethode der Simultantherapie — in der Einzel- und Gruppensituation — an, er sieht sie vor allem als sozialpsychologische Forderung. Einzelsimultantherapie führen auch *Ekstein* (1973) und *Mahler* (1972) mit psychotischen Kindern und ihren Müttern mit günstigen Erfolgen durch. Dabei wird die Mutter aber eher beraten als selbst in psychoanalytische Therapie genommen.

Obwohl *Mahler* (1972) sehr differenziert und ausführlich den unmittelbaren Zusammenhang zwischen kindlicher Identitätsbildung und mütterlicher Identität sieht und diesen Prozeß als wechselseitige libidinöse Widerspiegelung während der symbiotischen Phase beschreibt, so sieht sie diesen Vorgang doch primär in einer Richtung verlaufend, nämlich als „checking back" der Mutter auf die Signale des Kindes, was *Mahlers* Annahme — die wir strikt ablehnen — einer angeborenen Ich-Insuffizienz beim Ich-kranken Kind zuläßt. Erst ein nicht adäquates „checking back" der Mutter, wie Ablehnung und Unverständnis, gegenüber den kindlichen Mitteilungen führt dann sekundär bei dem Kind zu einer Störung seines Selbstgefühls, zu einer Störung seiner Libidoentwicklung. Bei fehlschlagender symbiotischer Beziehung bleibt „Libido im symbiotischen Umkreis fixiert" und kann deshalb nicht die autonomen Apparate des Selbst und die Ich-Funktionen besetzen. Da *Mahler* in ihren theoretischen Vorstellungen der symbiotischen Dynamik den gruppendynamischen Ansatz vernachlässigt, ihr Ich-Konzept dem der *Hartmann*schen Schule nahe steht, welche Aggression noch als Triebgeschehen begreift, so kann sie Ich-Struktur-Bildung des Kindes und mütterliche Ich-Struktur in keinen direkten theoretischen Bezug bringen. Umso bemerkenswerter ist, daß sie in ihrem therapeutischen Vorgehen sehr ähnlich dem unsrigen ist; auch sie stellt die „korrigierende symbiotische Erfahrung" in den Mittelpunkt und beschreibt ebenfalls den dreiteiligen Phasenverlauf dieser Behandlungsmethode.

Simultaneous Treatment of Parents and Children in Infantile Borderline Syndromes

Regine Schneider

The simultaneous therapy of mother and child is the indicated method of treatment for all infantile ego-disturbances which result from a stunted development of the symbiotic mother-child-relationship during the child's early life. The author regards the child's symptomatology (borderline syndrome) as an expression of the continuing interpersonal conflict with its mother the specific pathogenous character of which is caused by the ever changing emotional link between mother and child.

On the one hand the mother overwhelms her child with love and care because she needs the child as a symbiotic partner, otherwise she would feel deserted and empty; on the other hand she cannot stand the closeness and the demands of her child due to her fear of being destroyed and devoured by it so that she is forced to defend herself by an abrupt and total emotional retreat. This permanent alternation between intensive devotion and flight-like retreat creates the child's experience of the uncertainty and unreliability of its first love object. Thereafter the child reacts with mistrust and anxiety towards all 'objects' because it always feels threatened by their loss. An arrested and disturbed ego-development in which the central ego-function of 'frustration regulation' is especially and extremely damaged results from this symbiotic constellation. Because this ego-pathogenic interpersonal situation is still an actually lived one, it presents the favourable therapeutic opportunity to the therapist to treat both partners of this symbiotic situation simultaneously.

By changing the mother's pathogenic behaviour he reduces the pressure on the child thus improving the child's condition.

The author has gathered experience not only in simultaneous individual therapy of mother and child but also in combined group-therapy of parents and children. In the case-description taken from such a combined parents-children-group she draws attention to the special therapeutic advantage of the children-group for borderline-children whose ego-development is supported accordingly by the tolerant and understanding reaction of the group.

The author enters into the details of the technique of simultaneous therapy. The aim and strategy of simultaneous therapy is the establishment of a natural symbiosis between mother and child contrasting with the previous unsuccessful one. This symbiosis enables the child to retrieve its disturbed ego-development.

In the course of the therapeutic process the author was able to observe repeatedly particular phases:

The first phase aims at the establishment of a therapeutic alliance with mother and child and ends with the 'triple symbiosis': mother-child-therapist.

During the second phase the therapist can retreat from this triangle according to the progress which is made in the symbiosis between mother and child. This is the real phase of the retrieval of the child's ego-development. At the end of this phase the symbiosis is established; the therapist gives it the necessary protection.

In the third phase the separation of the symbiotic partners as independent personalities in their own right takes place with the aid of the therapist.

If there is a loosening of the symbiotic bonds without any feelings of guilt the aim of the simultaneous therapy as ego-therapy for the child has been reached.

Literatur

Ackerman, N. A. (1969): Familientherapie — Theorie und Praxis. In: *Biermann G.* (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie, Bd. II (München/Basel: Ernst Reinhardt)

Ammon, Gisela, Hrsg. (1973): Psychoanalytische Pädagogik (Hamburg: Hoffmann & Campe)

Ammon, Günter (1973): Aggression und Ich-Entwicklung in der Gruppe. Ein Beitrag zur psychoanalytischen Aggressionstheorie. In: Z. Psychother. med. Psychol. (23) H. 3

Benedekt, T. (1938): Adaptation to Reality in Early Infancy. In Psychoanal. Quart. (VII)

Biermann, G. (1972): Die psychosoziale Entwicklung des Kindes in unserer Zeit (München/Basel: Ernst Reinhardt)

Ekstein, R. (1973): Grenzfallkinder (München/Basel: Ernst Reinhardt)

Friedemann, A. (1969): Bifokale Gruppentherapie bei verhaltensgestörten Kindern. In: *Biermann G.* (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie, Bd. II, aaO.

Levy, K. (1969): Simultananalyse einer Mutter und ihrer Tochter. Einleitung von *Anna Freud.* In: *Biermann G.* (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie, Bd. II, aaO.

Mahler, M. S. (1972): Symbiose und Individuation (Stuttgart: Ernst Klett)

Slavson, S. R. (1971:) Einführung in die Gruppentherapie von Kindern und Jugendlichen (Göttingen: Verlag für med. Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht)

Adresse der Autorin:
Dr. med. Regine Schneider
Düsseldorfer Lehr- und
Forschungsinstitut der DAP
4 Düsseldorf
Schadowstr. 86/88

Veränderung der Technik im psychotherapeutischen Prozeß**

Jan Pohl *

Wo das Symptomverhalten des Patienten seine gesamte Lebenssituation umfaßt und in archaischer Weise eine defizitäre Ich-Entwicklung kompensiert, vermögen orthodoxe psychoanalytische Therapieformen, die sich in situativer Begrenzung beobachtend, reflektierend und verbalisierend vollziehen, den Patienten nicht zu erreichen. Daraus ergeht der Anspruch an Erfahrungsfähigkeit und Flexibilität des Therapeuten, den Sinnzusammenhang des Krankheitsgeschehens zu begreifen und Kommunikationskanäle aufzuspüren oder herzustellen, über die dem Patienten dieses Verstehen vermittelt werden kann. So entsteht eine Interaktionsbasis für die reziproke Auseinandersetzung der am therapeutischen Prozeß Beteiligten, die die Situation des Kranken zum therapeutischen Milieu strukturiert, in dem nachholende Ich-Entwicklung möglich ist.

Die vorliegende Arbeit konkretisiert dieses Konzept exemplarisch am Krankheitsgeschehen des Alkoholismus, der in seinen psychogenetischen, psychodynamischen und psychosozialen Aspekten umrissen wird, und referiert den Entwicklungsprozeß adäquater therapeutischer Techniken im Rahmen einer psychiatrischen Klinik.

Psychotherapie, die für den Patienten da ist, wie es *David Rapaport* formuliert hat, setzt die unvoreingenommene Erfahrungsfähigkeit des Therapeuten voraus, die Symptomatik als Hieroglyphe einer unverstanden gebliebenen Bedürfnisäußerung des Patienten zu begreifen. In einer Klinik für Alkoholiker wurde zunächst jede Maßnahme als Therapie bezeichnet. Ein zentraler Gegenstand der Auseinandersetzung zwischen den Patienten und dem Personal war die Frage: „Was ist Therapie, was nicht?"

Ich möchte mit der Darstellung der Entwicklung einer psychotherapeutischen Situation für Patienten mit Alkoholsucht beschreiben, wie die Frage, was Therapie ist, ihre Beantwortung in der sich verändernden Technik fand, ihrem existentiellen Hilferuf verstehend nachzukommen. Hilfe im psychotherapeutischen Sinne ist gebunden an die Bereitstellung lebendiger Gegenwart von Menschen, welche in der wechselseitigen Verständigung über ihre inneren und äußeren Bedürfnisse einen kommunikativen Raum zwischen sich schaffen, in den hinein sich das Individuum entwickeln kann. Seine Entwicklung gestaltet Form und Abgrenzung des interpersonellen Geschehens, dessen beidseitig sich verändernde Struktur seinen Ausdruck in der jeweiligen therapeutisch indizierten Technik finden muß. Während innerhalb eines orthodoxen psychoanalytischen

* Dr. med., Direktor und Lehranalytiker des Münchener Lehr- und Forschungsinstituts der DAP

** Vortrag gehalten auf dem VI. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 9.—13. Juni 1974, Schloß Weidenkam (Starnberger See bei München)

Settings solche Veränderung sich im Medium der Sprache vollzieht, manifestiert sie sich im Rahmen einer stationären Behandlung auch in einer strukturellen Veränderung der therapeutischen Situation. Die konkrete Erfahrung eines sich entwickelnden Milieus im Rahmen der psychiatrischen Klinik ist gerade für solche Patienten entscheidend, welche aufgrund ihrer mangelnden Ich-Autonomie ihre Lebenssituation nicht mehr zu bewältigen vermochten und stationäre Hilfe brauchen. Sie sind erfahrungsgemäß nicht in der Lage, ihre Konflikte beobachtend zu verbalisieren.

Bereits 1925 hat *Freud* der Tatsache Rechnung getragen, daß solche Patienten anders als streng psychoanalytisch zu behandeln wären. Er schreibt: „Die Möglichkeit der analytischen Beeinflussung ruht auf ganz bestimmten Voraussetzungen, die man als ‚analytische Situation' zusammenfassen kann, erfordert die Ausbildung gewisser psychischer Strukturen, eine besondere Einstellung zum Analytiker. Wo diese fehlen, wie beim Kind, beim jugendlichen Verwahrlosten, in der Regel auch beim triebhaften Verbrecher, muß man etwas anderes machen als Analyse, was dann in der Absicht mit ihr zusammengeht."

Zum Verständnis der Ausgangssituation unserer klinischen Arbeit möchte ich zur Problematik des Alkoholikers und seiner Rolle in der psychiatrischen Klinik einige Ausführungen machen.

In einer der größten psychiatrischen Klinik Berlins werden über 50 % aller männlichen Patienten mit der Diagnose Alkoholismus aufgenommen. Von der Behandlung der akuten Alkoholintoxikation abgesehen, bleibt die Therapie im allgemeinen auf die Isolierung von der Außenwelt und den damit verbundenen Entzug von Alkohol beschränkt. Ist die Entgiftung und die Entzugssymptomatik überstanden, so erholen sich die Patienten schnell und imponieren in der Mehrzahl gegenüber psychisch Kranken als vergleichsweise „normale" Menschen. Sie belagern die Stationen, auf denen sie vielfach zum wiederholten Male aufgenommen sind. Das Pflegepersonal ebenso wie die Ärzte sind sich insgeheim einig über das Ärgernis, die „parasitäre Tyrannei" der Alkoholiker im Rahmen ihrer stationären Bemühungen tolerieren zu müssen.

Zwar existiert der Begriff der sogenannten Alkoholkrankheit. Diese Krankheitseinheit, die dem Gamma-Alkoholiker *Jellinek*s (1952) entspricht, trägt dem Bedürfnis Rechnung, den Alkoholismus als ein somatisch bedingtes Zustandsbild zu definieren, als eine Art allergische Reaktionsweise des Körpers auf Alkohol.

*Jellinek*s Strukturanalyse des Krankheitsprozesses von Alkoholikern beruht bekanntlich auf einer umfangreichen Fragebogenaktion unter amerikanischen „Anonymen Alkoholikern", bei denen der Gamma-Alkoholiker mit Kontrollverlust überwiegt. Obgleich *Jellinek* selbst den

Gamma-Alkoholismus als eine Sekundärerscheinung des ursprünglichen Konflikttrinkens bzw. Erleichterungstrinkens dargestellt hat, was dem Alpha-Alkoholismus entspricht, der nicht unter den Begriff Alkoholkrankheit fällt, versucht man, mit der Somatisierung des alkoholischen Krankheitsgeschehens die primär psychische Bedingtheit der Alkoholsucht abzuwehren.

Nichtsdestoweniger wird der Diagnose Alkoholkrankheit mit Resignation und Überdruß begegnet. Man sieht in den Alkoholikern, wie *Kraepelin* (1904) bereits vor 50 Jahren, einen haltlosen Charakterschwächling, ein soziales Mangelwesen, wie ihn *Wieser* (1962) definiert hat.

Der Alkoholiker kommt nicht in den Genuß einer ernst genommenen psychiatrischen Diagnose. Dabei provoziert er gewissermaßen die ablehnende Haltung innerhalb der Klinik, welche ihm den Rückgriff auf seine Suchtmittel nahelegt. Dem Rückfall folgt gewöhnlich nach kurzer Zeit die Wiederaufnahme. Die resultierende Drehtürpsychiatrie ist das drastische Beispiel eines circulus vitiosus. Das innere Weltbild des Alkoholikers wird im fortwährenden Wiederholungszwang eines vergeblichen suizidalen Hilfeschreies bestätigt; denn ernsthafte, dem Ausmaß des sozialen Problems entsprechende, therapeutische Bemühungen werden aufgrund der generellen Haltung gegenüber dem Alkoholiker nicht unternommen. Hierzu trägt der endemische Charakter des Alkoholismus innerhalb unserer Gesellschaft bei. Der Psychiater handelt symptomatisch für die gesamte Bevölkerung, indem er den depravierten Alkoholiker als Asozialen in seiner Gettosituation beläßt.

Bis auf Ausnahmen, wo Alkoholiker ihre Trunksucht auf den Anlaß einer akuten Konfliktsituation zurückführen können, wissen die Patienten auf die Frage, weshalb sie trinken, keine Antwort, obgleich sie ständig darüber nachgrübeln. Jedenfalls hat der Alkoholsüchtige sein Symptom als ein ernst zu nehmendes Lebensbedürfnis entwickelt, besser gesagt, als eine Reaktion auf sein in der Welt Sein. Denn das süchtige Bedürfnis nach Alkohol ist gegen sein Leben gerichtet. Der Alkoholiker kommt häufig im Zustand körperlicher und seelischer Hilflosigkeit bzw. mit der ausgesprochenen Bitte um Hilfe in die Klinik, da er sich außerstande sieht, mit seinem Leben allein fertig zu werden. Bei dem deliranten Patienten wird die suizidale Tendenz des Alkoholsüchtigen vollends deutlich.

Karl Menninger (1938) hat für den Alkoholismus auch den Begriff „Selbstmord auf Zeit" geprägt. Während *Battegay* im Alkoholismus einen Suizidaufschub oder -ersatz als Heilungsversuch sieht, betrachten *Ringel* und *Rotter* (1957) den Alkoholismus als ein Mittel, verdrängte suizidale Tendenzen zu bahnen und zu entfesseln.

Fast 50 % der in Therapie befindlichen Patienten hatten vor der Aufnahme Selbstmordversuche unternommen. Diese Selbstmordversuche waren regelmäßig Fluchtversuche vor einer unerträglich gewordenen Isolation und der damit verbundenen Angst. Der Selbstmordversuch als mörderische Abkehr von der Welt, stellt zugleich den äußersten Schritt einer demonstrativen Mitteilung dar, wie verlassen er sich fühlt. Die Alkoholintoxikation ist eine psychodramatische Form averbaler Mitteilung eines archaischen Bedürfnisses nach Zuwendung und Hilfe, wie sie von vielen chronischen Alkoholikern systematisch erzwungen wird. Der Schutz der Klinik vor der Außenwelt, die Fürsorge des Personals, die regelmäßigen Mahlzeiten ersetzen in vieler Hinsicht das ihnen entzogene Suchtmittel. Häufig stellen sich diese Patienten in einem neuen labilen Gleichgewicht auf die stationäre Lebenssituation ein und werden dienstbereite Helfer des Personals. In der eingeschränkten Verantwortung für ihre eigene Person fühlen sie sich angstfrei wie Kinder, die etwas Erwachsenes für ihre Eltern tun dürfen. Sie erscheinen funktionstüchtig und quasi gesund. Sobald der Entlassungstermin heranrückt, werden sie prompt rückfällig.

Bei der geringen Frustrationstoleranz der Alkoholiker geschieht jedoch der Rückgriff auf das Suchtmittel im Zuge jeder Realitätsforderung. Der Rückfall weckt enorme Schuldgefühle und erzwingt beim Personal die entsprechend moralischen Verurteilungen. Dieser Schuld- und Sühnemodus ist als allgemein akzeptierte Reaktionsweise auf Alkoholexzesse ein immer gangbarer Abwehrvorgang. Solange die Umgebung mitspielt, bleibt die eigentliche Ursache des Suchtgeschehens unberührt. Die mit dem Alkoholismus verbundenen öffentlich anerkannten psychopathologischen Reaktionsweisen dienen dazu, den Patienten diejenige therapeutische Hilfe vorzuenthalten, auf die sich seine Suchtsprache in ständigem Wiederholungszwang richtet. Denn sein süchtiges Bedürfnis nach selbstvergessenem Einssein mit der Welt ist zugleich die von Angst getriebene Flucht vor der eigenen Identität. Während in den Anfangsstadien der Alkohol noch als Korrigens innerer und äußerer Realitätsbewältigung dient, werden in fortgeschrittenen Stadien frühkindliche Wünsche nach Geborgenheit, Wärme, Sicherheit und Nahrung und davon abhängiger Selbsterfahrung durch unmittelbaren Kontakt mit der mütterlich nährenden Welt zu unumwundener Wunschäußerung. Die zwangsläufigen Versagungen führen zu der ständigen inneren Bestätigung des Verstoßen- und Unverstandenseins. Die Folge ist ein zunehmender feindseliger Rückzug in die Isolation. Die soziale Realität wird als feindlich erlebt und durch die Flasche ersetzt. Im Dialog mit ihr reduziert sich der Erlebnismodus auf oral narzißtische Allmachtsphantasien.

Die Dynamik der wechselseitigen Identitätsverweigerung in der psychiatrischen Klinik spiegelt den zentralen Konflikt des Alkoholikers

wider. Er erlebt die Aufnahme auf eine psychiatrische Station als schwere narzißtische Kränkung. Er will nicht zu den psychisch Kranken gezählt werden. Doch wo findet er seinen Platz? Psychiater und Personal trinken selbst Alkohol. Eine Reihe von Süchten sind in der Gesellschaft geradezu Norm. Der Alkoholiker wird also entsprechend seiner eigenen Einschätzung nicht als psychisch Kranker, sondern als heruntergekommener, willenloser Versager verstanden, mit dem man streng umgehen müsse, wie mit einem ungezogenen Kind.

Als Leidender wird er nicht akzeptiert, sondern man fordert von ihm die Aufrechterhaltung einer Fassade, was vielen seiner Verurteiler gerade noch gelingt. Er, dessen Identitätskonflikt in seinem alkoholischen Zusammenbruch offen zutage tritt, bleibt auch in der Klinik in einem Niemandsland angesiedelt und findet höchstens in der Ersatzidentität des „Anonymen Alkoholikers" einen Hafen. Es ist deshalb nicht verwunderlich, wenn der Patient die Diagnose Alkoholismus nur zu gern annimmt und erleichtert über dieses Thema kommuniziert. Auf der anderen Seite akzeptiert der Psychiater die Diagnose Alkoholismus als eine Crux, die er im Rahmen seiner psychiatrischen Praxis in Kauf nehmen muß.

Dieses wechselseitige Bedürfnis nach statischer Festlegung eines Krankheitsgeschehens in der symptombezogenen Diagnose verhindert zwangsläufig jeden Einblick in die ätiologischen Zusammenhänge des Suchtgeschehens und ihrer autoreparativen Bedeutung.

Es ist das Verdienst des Alkoholikers und Börsenmaklers *Bell*, durch seinen spontanen Zusammenschluß mit einem alkoholsüchtigen Arzt zu einer Laiengruppe die Bewegung der „Anonymen Alkoholiker" ins Leben gerufen zu haben. Diese Form der Selbsthilfe griff instinktiv auf das Instrument der Gruppe zurück, das im Rahmen der psychotherapeutischen Entwicklung systematisch zu einer entscheidenden Behandlungsmethode archaischer Ich-Krankheiten entwickelt wurde. Die psychoanalytisch orientierte Gruppentherapie, wie sie von *Günter Ammon* (1970, 1973 a, b) im Rahmen der Berliner Schule der DAP entwickelt wurde, ist eine Methode, die neben der Arbeit mit Übertragung und Widerstand „die unbewußte Dynamik der Gruppenprozesse auf allen Ebenen der interpersonellen Beziehungen in den Dienst der therapeutischen Arbeit stellt" und dabei den Patienten im Schutze der Gruppe eine nachholende Ich-Entwicklung erlaubt.

Die „Anonymen Alkoholiker" verbünden sich in dem Bewußtsein ihrer gemeinsamen Ohnmacht gegenüber dem Alkohol. Sie organisieren eine Art Abwehrgruppenidentität. Die Ritualisierung ihrer Abstinenzorganisation entspricht in vieler Hinsicht dem Abwehrcharakter des Zwangssymptoms, mit welchem der Zwangsneurotiker an ersten zwangs-

läufigen Abgrenzungsmanövern von der primären Allgemeinpsychose des ersten Lebensjahres ritualisiert festhält. So wie dem Zwangskranken in seinem Symptomverhalten die Herstellung des Kompromisses zwischen kontrolliertem Kontakt und gleichzeitiger Abwehr der mütterlichen Ursymbiose gelingt, so ermöglicht das ritualisierte Zusammensein mit der „Anonymen Alkoholiker"-Gruppe den Alkoholikern das Erlebnis des geborgenen Gemeinsamkeitsgefühls in der gleichzeitigen Ich-Abgrenzung nach innen und nach außen. Zwar wird die Abstinenzkontrolle erfolgreich gehandhabt, aber das Ich des Gruppenmitglieds bleibt im wesentlichen auf die Ersatzidentität des „Anonymen Alkoholikers" fixiert. Hinter dieser zwanghaften Fassade bleibt die Sucht nach dualer Erlebniseinheit unverändert bestehen.

Vielleicht ist an dieser Stelle der Hinweis auf *Freuds* Todestriebmythologie erlaubt. Gerade in der Sucht manifestiert sich ein suizidales Krankheitsgeschehen. Die süchtige Selbstaufgabe als Erlösung von der Angst in der mütterlichen Ursymbiose wird in der Zwangskrankheit als permanent drohender Untergang des Ichs abgewehrt, weil die präambivalente Phase des ersten Lebensjahres mit ihren archaischen Ängsten dem Zwangskranken immer gegenwärtig bleibt. Die Idee vom Todestrieb mag auf dieser Erfahrung beruhen, welche *Ammon* (1970) mit dem Begriff vom Kampf zwischen Krankheitspartei und Gesundheitspartei endgültig dem Bereich der Triebspekulationen entzogen hat.

Diesen Kampf zwischen Leben und Tod kann kein Kind ohne den Schutz und die Erfahrungsfähigkeit der Eltern gewinnen. Die Lebensfähigkeit eines Menschen ist aber Ausdruck einer entwickelten Ich-Struktur mit flexiblen kohärenten Ich-Grenzen und der Ausbildung seiner Funktion. Voraussetzung dafür ist ein kommunikativer „Raum zwischen den Individuen der Primärgruppe, d. h. ein schützendes Milieu, in welchem interpersonelles Geschehen stattfinden kann, das Abgrenzung, Realitätskontrolle und Integration ihrer Mitglieder erlaubt."

Betrachten wir nur die von mir gesehenen, in stationärer therapeutischer Behandlung befindlichen Patienten, so müssen wir feststellen, daß alle aus gestörten Familiengruppen stammen. In mehr als 50 % der Fälle fehlte ein Elternteil, bei 20 % der Patienten waren die Eltern tot, ebenso häufig schwer krank, bei 10% geschieden.

In 95 % der Fälle begann das Trinken während der Lehrzeit, d. h. mit der Trennung von der Familie, was mit der „juvenilen Identitätskrise" (*Erikson,* 1970) zusammenfällt. In dem Maße, als der pseudogemeinschaftliche Rahmen der kranken Familiengruppe verlassen wird, entwickelt das Individuum gegen die dem Ich-Defizit entsprechenden irrationalen Ängste Abwehrsymptome, wozu der Alkohol als „Volksheilmittel" sich geradezu anbietet. Der Alkohol narkotisiert die Angst vor sich selbst

und erlaubt die Beibehaltung der infantilen Erlebnisweisen. Das schwache ängstliche Ich entzieht sich der tyrannischen Über-Ich-Instanz eines feindlich unterdrückenden Mutterbildes. In diesem Sinne formulierte *Simmel* (1948): „Das Über-Ich ist eine Substanz, die im Alkohol löslich ist."

Sämtliche Verhaltensweisen und sekundären Charaktermerkmale, wie masochistische Selbsterniedrigung, infantile Omnipotenzvorstellungen bei gleichzeitiger orgiastischer Verschmelzungsneigung von leiblichen und seelischen Erlebnisweisen, wie sie frühkindlichen Erwartungen entsprechen (*Lolly*, 1956), stehen im Dienste der Angstabwehr. Hierher gehören auch die feindselig-aggressiven Entladungen, die sich oft zu lustvollen Oppositionsexzessen steigern. Der Abwehraspekt einer bei den Alkoholikern vorwiegend polymorph perversen bzw. autoerotischen Sexualstruktur, ist u. a. auch von *Solms* (1970) hervorgehoben worden.

Aufgabe einer psychotherapeutischen Arbeit ist demnach, dem Patienten eine Situation herzustellen, in der die ihrer Ich-defizitären Persönlichkeitsstruktur entsprechende Angst zugelassen werden kann. Voraussetzung dafür ist, daß diese Therapie mit dem Entzug der „vergifteten Muttermilch" Alkohol im Sinne echter Wiedergutmachung als „gute Muttermilch" an seine Stelle tritt.

Bevor wir unsere gruppenpsychotherapeutische Arbeit begannen, hatte eine Reihe von Kollegen dort mit verschiedenen, vorwiegend gesprächstherapeutischen, indirektiven Ansätzen gearbeitet. Diese Bemühungen brachen regelmäßig mit der Versetzung des Therapeuten ab, was eine resignativ ablehnende Haltung des Personals gegenüber jeglicher Psychotherapie zur Folge hatte. Während das Personal eine Kontinuität therapeutischer Arbeit verlangte, um sich orientieren zu können, war gerade eine derartige Kontinuität therapeutischen Handelns wegen seiner emanzipatorischen Funktion gegenüber dem starr hierarchischen Abhängigkeitssystem der psychiatrischen Klinikstruktur ein Risikofaktor, welcher durch ständigen Personalwechsel unter Kontrolle gehalten wurde.

Wir begannen unsere Arbeit zunächst auf zwei Stationen mit insgesamt 80 Patienten, denen bei heterogenster Krankheitsstruktur lediglich das Symptom Alkoholismus gemeinsam war. Alle waren in delirantem oder prädelirantem Zustand stationär aufgenommen worden. Ihre Erwartungen richteten sich auf die Befriedigung der Basisbedürfnisse Schutz, Wärme, Nahrung. Eltern oder Ehefrauen waren nicht mehr in der Lage gewesen, die Patienten zu tragen. In der Mehrzahl der Fälle hatten sie bereits seit längerer Zeit getrennt von ihren Angehörigen gelebt.

Der Kontakt mit den Patienten fand zunächst in täglichen Stationsversammlungen statt. Die wöchentliche Visite unterschied sich von den Vollversammlungen durch den Gegenstand, über welchen gesprochen wurde. Während in der Visite ausschließlich über körperliche Beschwer-

den und damit verbundene Untersuchungsergebnisse wie Labordaten und Medikamente gesprochen wurde, und eine Verordnung als befriedigende reale Zuwendung galt, wurde in den Stationsversammlungen über das Essen und die Hausordnung geklagt.

Psychotherapie war für alle Patienten eine Unternehmung, die von ihnen als Behandlungsmethode nicht angenommen werden konnte. Darüberhinaus war eine Krankheitseinsicht nur in beschränktem Maße vorhanden.

Körperliche Krankheit und Kurvendaten sowie Medikamente wurden vom gesamten Personal ernst genommen. Nur über sie gelang den Patienten das Gefühl, als Patient angenommen zu werden. Dabei waren somatisch bedingte Beschwerden die Ausnahme.

Die Bemühung um Verständigung über die unbewußten infantilen Konflikte, welche in der Auseinandersetzung mit dem Personal und den Ärzten über das Essen und die Hausordnung aktualisiert wurden, stieß ins Leere. Man hatte oft das Gefühl, zwei verschiedene Sprachen zu sprechen. Zunächst stellten wir uns die Frage, inwieweit sogenannte schichtspezifische Sprachbarrieren eine Rolle dabei spielen könnten.

Diese überstrapazierte Argumentation war umso fragwürdiger, als sich die gleichen Verständigungsschwierigkeiten in der Personalgruppe herausstellten, an welcher Pfleger, Ärzte, Psychologen und Beschäftigungstherapeuten gleichermaßen teilnahmen.

Die offene Auseinandersetzung über die Schwierigkeiten, welche sich zwischen Personal und den Patienten entwickelten, wurde als deklassierende Kritik verstanden. Falldarstellungen, welche die Krankheitssituation der Patienten veranschaulichen sollten, wurden höchstens mit sentimentalem Mitleid registriert. Die große Zuwendung von Seiten der Therapeuten für die Patienten, die von ihnen gleichrangig behandelt und ernst genommen wurden, brachte das hierarchische Klinikgefüge ins Wanken. Die Fronten schienen plötzlich vertauscht. Die Pfleger beschwerten sich, die „Suffköpfe" würden viel zu gut behandelt, sie dagegen „wie der letzte Dreck". Hinter solchen Äußerungen verbarg sich ein Gefühl schwerer Bedrohung. Viele Mitglieder des Personals waren latente Alkoholiker. Gegen die Manifestation ihres Krankseins in der Lebens- und Arbeitssituation konnten sie sich nur durch ein rigides Kontrollsystem wehren. Dabei war der weiße Kittel und die damit definierte Rolle in der Klinikhierarchie von entscheidender Bedeutung in der Abgrenzung gegenüber der Krankheitspartei.

Diese Bedrohung, welche aufgrund der von den Therapeuten zugelassenen Aggressivität der Patienten in zunehmendem Maße das Personal befiel, wurde an einzelnen psychotisch reagierenden Patienten konkretisiert.

Pfleger entdeckten z. B. eines Tages bei einem 35jährigen Mann mit Borderline-Struktur Revolver im Schrank. Der Patient war in der Gruppe verbal aggressiv geworden, weil er sich von den Pflegern ständig provoziert fühlte. Die Entdeckung der Revolver war in der Personalversammlung als Ausdruck realer Bedrohung hingestellt worden, obwohl es sich um Spielzeugwaffen handelte. Eine Verständigung über den psychodynamischen Zusammenhang innerhalb der Klinik ließ sich nicht herstellen, weil das für das Personal eine Infragestellung starren Selbstverständnisses und eine Eröffnung der eigenen Konflikte bedeutet hätte. Das Ventil für die Aggressionen gegenüber den Therapeuten, die das Arbeitsklima beeinträchtigten, waren die kränkesten Patienten. Der Revolversammler wurde vom Nachtdienst dermaßen provoziert, daß er das Haus verließ, sich betrank und in voller Westernmontur psychotisch ins Haus zurückkehrte. Er gebärdete sich als Sheriff der Station, schoß mit einer Schreckschußpistole um sich und legte sich anschließend in den Hofbrunnen, wo er sich „den Nevadastaub vom Leder spülte". Wir mußten zulassen, daß der Patient auf Anordnung des Oberarztes von den triumphierenden Pflegern in die geschlossene Abteilung verlegt wurde.

Während auf der Seite der Patienten die Kontaktlosigkeit und Isolierung eines von ihnen stellvertretend für die gesamte Klinik durch seine zwangsläufige Verlegung demonstriert wurde, war in der Personalgruppe die unmittelbare Parallele in dem jetzt offenen Abbruch der Verständigung zwischen Personal und Therapeuten gegeben. Wir fühlten uns allein gelassen von der Klinikleitung, von der wir nie eine Unterstützung erfahren hatten. Der Auftrag, therapeutische Arbeit zu leisten, war formaler Natur gewesen. Niemand hatte daran gedacht, wir könnten Ernst damit machen. Psychotherapie wurde überhaupt nicht als Behandlungsmöglichkeit anerkannt, sondern sollte lediglich als eine Form der Unterhaltung der sowieso unbehandelbaren Alkoholiker eingesetzt werden.

Wir entwickelten also parallel zu den Patienten die gleichen Gefühle des Verlassenseins und der ohnmächtigen Wut. Unsere Reaktion, die therapeutische Arbeit in einer derart therapiefeindlichen Umgebung einstellen zu wollen, entsprach der destruktiven Dynamik, welche sich bei den Patienten im Abbruch ihrer stationären Kur äußerte. Wir hatten den Patienten eine Therapie aufgestülpt, welche einer einseitig narzißtischen Übung psychoanalytischer Reflektion gleichkam und als Fremdkörper im Rahmen der Klinik dem Patienten keinen kommunikativen Raum anbot. Für sie war der Arzt die Instanz geblieben, die darüber bestimmte, ob der Patient in der Klinik blieb, oder entlassen wurde, ob er Ausgang hatte und Taschengeld erhielt. Eine reale Zuwendung war durch somatische Symptome zu erzwingen und Befriedigung gelang, wenn man Medikamente bekam. Äußerungen über die Lebensgeschichte, die Krankheitssituation, die Kindheit oder gar die Eltern, hatten gar keine kom-

munikative Bedeutung. Der Alkoholiker empfand sich nach seiner Ausnüchterung nicht als krank, sondern setzte automatisch seine manipulative Abwehrstrategie mit dem Arzt fort.

In der Gruppe hatte man das Gefühl, eine Reihe von Menschen vor sich zu haben, die sich ins Fäustchen lachten, wenn sie mit ihrer Taktik ihr Ziel erreicht hatten, ihren Klinikaufenthalt zu verlängern, oder ihr heimliches Trinken zu verschleiern. Sie konnten sich erstaunlich schnell auf psychoanalytische Denkweisen einstellen. Sie beobachteten, wie der Hase läuft, und verhielten sich danach. Die Äußerungen, Berichte, Bemerkungen dienten vorwiegend der Sicherstellung ihrer Abwehrhaltung, mit welcher sie in die Behandlung gekommen waren. Worte hatten so wenig emotionale Bedeutung, daß die Konzentration auf die Verbalisierung von seiten der Therapeuten nur dazu diente, die Abwehrstrategie der Patienten zu unterstützen. Wir brauchten ein unmittelbares kommunikatives Medium als Worte, welche auch für das Personal nur in eingeschränktem Maße verstehbar waren.

Da ein großer Teil der Patienten handwerklich tätig gewesen war, organisierten wir im Sinne psychoanalytischer Milieutherapie, wie sie *Günter Ammon* entwickelt hat, Projektgruppen, welche handwerkliche Aufgaben innerhalb der Klinik wahrnehmen sollten. Die Patienten bildeten zwei Gruppen. Eine nahm sich den Umbau von Kellergängen und Aufenthaltsräumen als Projekt vor, die zweite benutzte die bereits vorhandenen Beschäftigungstherapiewerkzeuge, um die Ausstattung und Dekoration der Zimmer zu übernehmen.

Die Planung lag in der Hand der Patienten unter Assistenz von Pflegern und der Leitung der Therapeuten. Obgleich die Institution kaum Material zur Verfügung stellte und den Initiativen durch alle möglichen Beschränkungen Grenzen setzte, war die Auseinandersetzung über solche reale Fragen ein erstaunliches Vehikel zur Verständigung zwischen Patienten und Personal. Die plötzliche Mobilisierung gesunder Funktionsfähigkeiten rief bei vielen Pflegern erstmals Respekt und Anerkennung für die Patienten hervor. Andererseits wurden die Pfleger in solchen konkreten Auseinandersetzungen über Projektarbeit zu Kollegen. Die Atmosphäre war wie umgewandelt. In der Freizeit organisierten einzelne Pfleger sowie Patienten Baumaterial, um die Projekte zu ermöglichen, für die von seiten der Klinik die Mittel nicht zur Verfügung gestellt werden konnten. In parallellaufenden Sitzungen wurden die während der Arbeit aufgefallenen Schwierigkeiten in Hinblick auf die Problematik der einzelnen untersucht. Auffällig war dabei, wie diese milieutherapeutischen Sitzungen im Dienste des Widerstands in gruppentherapeutische Arbeit umfunktioniert wurde.

Die Fertigstellung eines Kellerganges zu einem attraktiven Eingang und Vorraum einer Diskothek machte auf das Personal einen ungeheuren

Eindruck. Es war etwas passiert. Die Patienten wurden mit anderen Augen angesehen. Sie waren nicht mehr heruntergekommene Subjekte, sondern wurden als Mitarbeiter anerkannt, was mit einer erheblichen Stärkung ihres Selbstgefühls einherging. Und in der inzwischen auf eine Station abgegrenzten therapeutischen Situation gelang nunmehr eine differenzierte Strukturierung des Therapieplanes. Neben den beiden milieutherapeutischen Gruppen wurde eine psychoanalytische Gruppe mit zehn bis zwölf Patienten aufgebaut. Die Vollversammlungen wurden auf eine Sitzung pro Woche reduziert. Die sogenannte Visite, welche formal von der Klinik gefordert wurde, stellte eine weitere Vollversammlung dar, die zwanzig bis dreißig Patienten umfaßte. In dem Maße als das Symptom Alkoholismus seine Funktion als Abwehrkommunikation verlor, verschwand auch das Interesse an körperlichen Beschwerden bzw. an Medikamenten und Labordaten. Visite und Vollversammlung entwickelten sich vielmehr zu Großgruppensitzungen, die für die therapeutische Station zentrale Bedeutung annahmen. In ihnen wurde das Stationsleben reflektiert. Die Realitätsaspekte wie Pflege der Räume, die selbst verantwortliche Übernahme der Küche, die Organisation von Festen, die Verwaltung von Stationsgeldern wurden hier ebenso besprochen wie die Aufnahme neuer Mitglieder. Die bis dahin vergebliche Diskussion eines Gruppenvertrages mit Schweigepflicht, regelmäßigem und pünktlichem Erscheinen, Sexualtabu, dem Einbringen der draußen zwischen Gruppenmitgliedern vorgefallenen Auseinandersetzungen sowie die Erstellung eines Protokolls wurde nunmehr als Ausdruck eines ernstgenommenen Bündnisses mit dem Therapeuten akzeptiert. Die Exploration neu aufgenommener Patienten wurde mit erstaunlicher Intensität durchgeführt. In ihnen erkannten die Gruppenmitglieder sich selbst, so wie sie gefühlt und gedacht hatten, bevor sich die Gruppen strukturierten. Sie erkannten in ihnen ihre eigene Krankheitspartei, die ihre sich entwickelnden Gruppengrenzen verunsicherte.

Für die Patienten wurden die Gruppensitzungen zu zentralen Ereignissen ihres Stationslebens. Ihre täglichen Unternehmungen sowohl mit anderen Patienten als auch mit Angehörigen, welche sie während ihres Ausgangs aufsuchten, waren nicht mehr abgespalten. Die Gruppe blieb vielmehr gegenwärtig sowohl in ihren abgrenzenden als auch ihren unterstützenden Aspekten. In der ersten Auseinandersetzung mit der Gruppe stellten die Neuankömmlinge sich mit ihren gesunden und kranken Aspekten dar. Entsprechend ihren Möglichkeiten und Bedürfnissen konnten sie mit Hilfe der Gruppe die weitere Strukturierung ihres Therapieplanes bestimmen. Denn hier fusionierten alle laufenden Gruppen zu einer Großgruppe. Der Aufbau der kleinen Gruppe geschah in ständiger Auseinandersetzung mit allen Mitgliedern der Großgruppe. Hier wurden auch die Schwimm- und Sportgruppen zusammengestellt, welche insofern

eine wichtige Funktion hatten, als die Patienten auf diese Weise ohne Therapeuten und ohne Pflegepersonal das Haus verließen und geschlossen zurückkehrten ohne auseinanderzufallen und Alkohol zu trinken. Die vom Therapeuten ausgehende starke Über-Ich-Funktion wurde von der großen Gruppe an die Schwimm- und Sportgruppen delegiert.

Der Therapeut mußte massiv strukturierende Funktion übernehmen und durch aggressive Konfrontation die Angst externalisieren, welche die Gruppe sonst zu lähmen drohte. Er mußte auf die Gruppe und die einzelnen Mitglieder zugehen und ihnen ein konstruktiv therapeutisches Handeln vorleben.

Dabei entwickelten die Patienten sehr intensive Übertragungen. Der Therapeut wurde als strenger, oft gefürchteter Vater erlebt, der aber sehr gegenwärtig war und dessen starke Zuwendung und Verständnis positive Übertragungsaspekte hatte. Viele Patienten fühlten sich in dieser Vaterübertragung angenommen und rückversichert gegenüber einer unkontrollierbaren und verschlingenden Mutter, welche die Gruppe als ganze darstellte und die nur in ausgeprägter Polarität mit dem Leiter ihre lebendige Auseinandersetzungsfähigkeit und Emotionalität entwickeln konnte. Auf die Therapeutin wurde überwiegend die gefühlskalte Mutter projiziert, mit der jedoch in Einzelgesprächen die inzestuöse Mutter-Schwester-Beziehung gesucht wurde. Die auffällige Tendenz zur Abspaltung und Verleugnung war ein zwischen den verschiedenen großen und kleinen Gruppen allgemein gehandhabter Abwehrmechanismus. Nur in einer die gesamte Station umfassenden Therapie gelang es, Grenzen zu setzen für süchtige Persönlichkeitsstrukturen, deren Spezifität gerade die Technik der Umgehung strukturierender Auseinandersetzung mit der eigenen Realität und seiner Umgebung darstellt. In der primärprozeßhaften Dynamik der unbewußten Gruppenvorgänge findet nämlich der Suchtkranke das Äquivalent seiner frühkindlichen symbiotischen Bedürfnisbefriedigung. Sie ermöglicht den Patienten das Risiko im Schoß der Muttergruppe bzw. in der Welt der Urhöhle, wie *Spitz* (1955) es treffend bezeichnet hat, sein regressives Verhalten nach Auflösung der Grenzen zwischen Ich- und Nicht-Ich einzugehen, ohne sich selbst zu zerstören. Mit Hilfe der Verbalisierung und den sekundärprozeßhaften Gruppen-Ich-Anteilen gelingt ihm die Entwicklung der notwendigen Abgrenzungsfähigkeit, welche in freundlichem Umgang mit dem eigenen Unbewußten den ständig neu zu vollziehenden kreativen Akt des Eingehens und der Abgrenzung regressiver Erfahrungsweisen zu eigener Identität ermöglicht.

Erst jetzt war es möglich, diagnostische Kriterien zu erfassen, welche dem isolierten Untersucher verborgen bleiben mußten, weil die Patienten sich ohne den Schutz der Gruppe nicht öffneten. Plötzlich konnten sie über sich und ihre Bedürfnisse sprechen. Oftmals sprachen sie erstmals

über Dinge, die sie bis dahin niemandem in ihrem Leben anzuvertrauen gewagt hatten. Ihre Ängste wurden in der mütterlichen Geborgenheit der Gruppe in dem Gefühl des Verstandenwerdens und der Zuwendung allmählich zu realen Ängsten, die man bewältigen konnte. Im gleichen Maße wurde die Alkoholsucht zunehmend Ich-fremd erlebt und konnte schließlich aufgegeben werden.

Es war bemerkswert, wie im Prozeß der therapeutischen Arbeit sich die Kommunikation mit den Patienten zunehmend differenzierte. Während die große Gruppe das häusliche Stationsmilieu repräsentierte und den archaischen Bedürfnissen nach symbiotischem Schutz, Nahrung und Geborgenheit stattgab, aber zugleich die Realitätskontrolle gewährleistete, konnten in der psychoanalytischen Gruppe mehr die Sexualität und die ödipalen Konflikte bearbeitet werden.

In den milieutherapeutischen Gruppen spielte die Konfrontation der Gruppenmitglieder untereinander, das Erlebnis der Gruppenzugehörigkeit und die Konfrontation mit dem Therapeuten neben der Projektarbeit die Hauptrolle. Interessanterweise sammelten sich um die Therapeutin, welche die Projektgruppe für Inneneinrichtung leitete, Patienten, deren Abwehrstruktur passiv-feminin war, während in der von dem männlichen Therapeuten geleiteten Projekttruppe, die mehr schwere handwerkliche Arbeiten unternahm, die aggressiv oppositionelle Abwehrstruktur vorherrschte.

Ein Abschluß der therapeutischen Arbeit war bei der befristeten Dauer der Kur naturgemäß nicht möglich, obgleich wir sie gelegentlich bis zu einem Jahr haben verlängern können. Die verändernde Wirkung der Therapie war jedoch gerade an der Reaktion des Personals sichtbar geworden. Patienten, die sechs bis siebenmal in der Klinik behandelt worden waren und als verwahrloste Individuen wieder aufgenommen wurden, entwickelten sich zu Persönlichkeiten, die vom Pflegepersonal respektiert wurden. Daneben war zu beobachten, mit welcher Aufmerksamkeit einzelne Pfleger, die den Großgruppensitzungen und der Milieutherapie beiwohnten, sich selber angesprochen fühlten und im Anschluß mit den Therapeuten über ihre Symptomatik und ihre Familiensituation sprachen. Und wie von selbst entwickelten sich Gelegenheiten zu spontaner Auseinandersetzung und Verständigung über aktuelle Probleme und die persönlichen Bedürfnisse, die in der offiziell eingericheten Personalgruppe so rigide abgewehrt wurden. Meines Erachtens sagt dieser Prozeß gegenseitiger Wahrnehmung und Anerkennung unter dem teilnehmenden Personal mehr über den Erfolg unserer Arbeit aus als eine statistische Einschätzung von therapeutischen Erfolgen, welche im Rahmen der Alkoholismusforschung nach *Wieser* zu den noch nicht gelösten Aufgaben gehört. Die Entwicklung dieser psychotherapeutischen stationären Abteilung scheint mir vielmehr bei allen Mängeln ein Stück weit beispielhaft für die

Entwicklung einer Gruppenidentität zu sein, an welcher der Prozeß individueller Identitätsfindung des süchtigen Gruppenmitglieds teil hat.

Ich möchte zum Abschluß daran erinnern, daß bereits 1925 *Ernst Simmel* im Humboldt-Schloß in Berlin-Tegel eine milieutherapeutische Klinik für Alkoholiker und sogenannte Psychopathen aufbaute, welche die Bewunderung *Freuds* erregte, der sie mehrfach besuchte und allgemein empfahl. Wenn man bedenkt, daß 50 Jahre später der Wiederaufnahme solcher inzwischen weltweit anerkannten und weiterentwickelten ärztlichen Bemühungen mit unverändertem Widerstand begegnet wird, mag man die Ängste ermessen, die mit dem Wagnis einer Identitätsentwicklung verbunden sind.

Changes of Technique During the Psychotherapeutic Process

Jan Pohl

The orthodox psychoanalytic setting assumes the patient's ability to observe and verbalize his own behavior. His therapeutic efficiency diminishes in those illnesses that rest upon a deficient ego-development. In these illnesses parts of the personality have been fixated on the archaic level because of deficient care in early infancy, and therefore are not available to mature verbal communication. This pathology determines all areas of life. Consequently the members engaged in the therapeutic process have to develop techniques, that correspond to the patients needs and abilities have to reconstruct his life situation to a therapeutic milieu enables that making up for ego-development.

This paper demonstrates the above concept with the example of therapy of alcoholics within the framework of a psychiatric hospital.

The alcoholic patient regularly comes from a defect primary group, that did not fulfil his elementary needs for affection, and answered to his demands for autonomy by threatening to abandon him. The increasing demands of reality stimulate his regressive longings for affection and symbiotic union, where in turn he is dissapointed again, so that he withdraws with hostile feelings from his untolerable reality into torturing isolation. In this situation alcohol becomes a powerful medium, that gives substitute satisfaction, narcotizes fears of being abandoned and feelings of guilt, helps to deny reality and at the same time means total physical, psychic, and social destruction: "A prolonged suicide".

The patient as well as society misunderstand the "suicidal cry for help" contained in the symptom that has to be responded by rejection, punishment, and isolation. In this sense the psychiatric hospital, too, becomes a socializing agent that co-acts the patient's repetition compulsion, continues the primary group's former prohibition of identity and the fixation of pathological defenses.

As long as the dynamic of this vicious circle was not recognized and interrupted, all therapeutic endevour remained avail. Only a milieu-therapeutic project that included the hospitals personal as well as the patients anabled the transformation of the rigid pathological role-structures. It was now possible for patient and nurses to correct their mutual perception and to develop respect for each other; and to the psychotherapists, too, was finally acceeded their psychotherapist's identity. The communication in the service of defense on the symptom alcoholism and its somatic implications lost its function and became increasingly replaced by communication on the patient's real needs. Thereby the preliminary conditions for psychoanalytic work had been created and was carried out in increasingly more differenziated plans of treatment. Psychoanalytic work proved itself to be of value in bringing the ego-diseaseds' coreprobleme, the finding of his own identity within the group closer to a resolution.

Literatur

Ammon, G. (1970): Gruppendynamik der Aggression (Berlin: Pinel-Publikationen)
— (1973a): Dynamische Psychiatrie (Darmstadt: Luchterhand)
— (1973b): Ich-psychologische und gruppendynamische Aspekte der psychoanalytischen Gruppentherapie. In: ders. (Hrsg.): Gruppenpsychotherapie (Hamburg: Hoffmann & Campe)

Battegay, R. (1970): Der Mensch in der Gruppe I-III (Bonn/Stuttgart/Wien: Huber)

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

Freud, S. (1925): Geleitwort zu „Verwahrloste Jugend" von *August Aichhorn.* Ges. W., Bd. XIV (London: Imago)

Jellinek, E. M. (1952): Phases of Alcohol Addiction. In: Quart. J. Stud. Alcohol. (13) 673—684

— (1960): The Disease Concept of Alcoholism (New Haven: Hillhouse Press)

Kraepelin, E. (1904): Klinische Psychiatrie, Bd. 2 (Leipzig: J. A. Barth)

Lolly, G. (1956): Alcoholism as a Disorder of the Love Disposition. In: Quart. J. Stud. Alcohol. (17) 96—107

Ringel, E.; Rotter, H. (1957): Zum Problem des Selbstmordversuches im Rausch. In: Wien K. Nervenheilk. (13) 406—416

Simmel, E. (1948): Alcoholism and Addiction. In: Psychoanal. Quart. (17) H. 1

Solms, H. (1970): Psychodynamik des Alkoholismus. In: *Kisker, K. P.* et al. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis, Bd. II, Teil 2 (Berlin: Springer, 2. Aufl.)

Spitz, R. (1955): Die Urhöhle: Zur Genese der Wahrnehmung und ihrer Rolle in

der psychoanalytischen Theorie. In: Psyche (IX) 641—667
Wieser, S. (1962): Alkoholismus. 1940—1959. I. Teil. Dokumentation, Begriffe und Definitionen, Stoffwechsel, Aetiologie. In: Fortschr. Neurol. Psychiat. (30) 169—228
— (1963): Die Persönlichkeit des Alkoholtäters. In: Kriminalbiol. Gegenwartsfragen. Mitt. Kriminalbiol. Ges. Bd. XII (Stuttgart: Enke)
— (1965): Alkoholismus II. Psychiatrische und neurologische Komplikationen. In: Fortschr. Neurol. Psychiat. (33) 349—409

Adresse des Autors:
Dr. med. Jan Pohl
Münchener Lehr- und
Forschungsinstitut der DAP
8 München 40
Leopoldstr. 87

Über den Wechsel der therapeutischen Technik bei einer Hysterie-Analyse **

Gerd Röhling *

Einleitend erörtert der Autor die therapeutischen Situationen, die zu einer Änderung der therapeutischen Technik führen können. Von besonderer Wichtigkeit ist dabei die Beurteilung der Ich-Stärke und der Ich-Funktionen: nicht nur bei psychotischen und Borderline-Reaktionen, auch bei Neurosen. In einem ausführlichen Fallbeispiel wird der Therapieverlauf einer hysterischen Patientin beschrieben, die anfangs im Sitzen und später nach der Standardmethode behandelt wurde. Von zentraler Bedeutung war dabei das Schweigen der Patientin, das zwei verschiedene Funktionen hatte: autistischen Rückzug und hysterische Abwehr. Diese beiden Funktionen mußten im Therapieverlauf gegeneinander abgegrenzt werden und erforderten eine flexible therapeutischen Handhabung.

Der therapeutische Prozeß als Interaktion zwischen Analytiker und Analysand spiegelt sich wider in intrapsychischen Veränderungen im Patienten und im Erkenntnisprozeß des Analytikers. Beides führt zu einer Revision der diagnostischen Beurteilung und der therapeutischen Strategie.

Eine Korrektur der Diagnose und der therapeutischen Technik kann daher zwei Gründe haben:

1) Erst die Entfaltung des therapeutischen Prozesses ermöglicht eine differenzierte diagnostische Klärung.

2) Die Veränderungen des Patienten im Laufe des therapeutischen Prozesses differenzieren und verändern die diagnostische Beurteilung.

Beide Punkte bilden eine Ergänzungsreihe.

Wesentlich für die Diagnose und die Wahl der therapeutischen Technik ist die Beurteilung der Ich-Stärke und der Ich-Funktionen des Patienten. Bei den von *Ammon* (1973) beschriebenen archaischen Ich-Krankheiten mit ihrem narzißtischen Defizit ist das Ich mit seinen zentralen Funktionen der Abgrenzungsfähigkeit, der Frustrationsregulation, der Aggression und der Integrationsfunktion so stark gestört und geschwächt, daß der Patient unfähig ist, seine Konflikte in der klassischen analytischen Situation im Liegen auf der Couch zu erkennen und beobachtend zu reflektieren. Die Methode der Wahl ist hier die Gruppenpsychotherapie. Ein Wechsel der Behandlungstechnik ist hier an folgendem Punkt des therapeutischen Prozesses möglich: Wenn sich das Ich im Zuge einer nachholenden Ich-Entwicklung in der Gruppe soweit strukturiert,

* Dr. med., Lehranalytiker der DAP, Berlin

** Vortrag gehalten auf dem VI. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 9.—13. Juni 1974, Schloß Weidenkam (Starnberger See bei München)

hat es seine Abgrenzungsfähigkeit gewonnen, seine Abwehrfunktion gestärkt und verdrängungsfähig geworden ist, das Ich sozusagen von einer archaisch-psychosenahen auf eine neurotische Stufe gehoben worden ist, kann die Therapie in der letzten Phase als Einzelanalyse nach der Standardmethode fortgesetzt werden.

In anderen Fällen kann ein scheinbar neurotisches Konfliktgeschehen das wahre Ausmaß der Ich-Beteiligung und das narzißtische Defizit verbergen. Erst der starke Frustrationsreiz des klassischen analytischen Settings enthüllt die geringe Belastbarkeit des Ichs. Der Patient regrediert stark und erlebt große Verlassensängste. Um einen Abbruch der Analyse oder eine drohende psychotische Desintegration zu verhindern, wird man dann die Therapie im Sitzen fortsetzen.

Bei den bisher beschriebenen Möglichkeiten des Wechsels der therapeutischen Technik handelt es sich um Behandlung schwer Ich-kranker Patienten. Aber auch außerhalb dieser psychotischen und Borderline-Erkrankungen geht jede psychische Krankheit mit einer Beeinträchtigung des Ichs einher, die bei der Wahl der therapeutischen Technik berücksichtigt werden muß.

So zeigt *Bellak* (1969) mit seinen Ich-Profil-Studien, in denen er eine Reihe von Ich-Funktionen quantitativ erfaßt, in welchem Maße auch bei neurotischen Patienten Ich-Störungen und Einschränkungen der Ich-Funktionen betehen. Schon *Freud* (1939) hat als einen Faktor, der den Verlauf der Analyse ungünstig beeinflußt, bei seinen neurotischen Patienten eine Ich-Veränderung beschrieben, die er verstand als eine „im Abwehrkampf erworbene ungünstige Veränderung des Ichs im Sinne einer Verrenkung und Einschränkung". Diese Ich-Veränderung wurde von *Freud* begriffen als eine „Wirkung der Abwehren im Ich".

Wilhelm Reich (1973) beschrieb Charakterdeformationen als Veränderungen der Ich-Struktur aufgrund von festgefügten Widerstandsformationen. Diese Störungen können nicht in Ich-dystonen neurotischen Symptomen gebunden werden, sondern führen zu eingefahrenen Ich-syntonen pathologischen Haltungen. *Reich* begriff jedoch wie *Freud* Ich-Veränderungen immer als Folge eines konflikthaften neurotischen Geschehens.

Erst die Arbeiten von *Hartmann* (1939) und *Rapaport* (1958) mit ihren Untersuchungen der konfliktfreien Sphären des Ichs, der Anpassungsfunktionen und der relativen Autonomie führten zu einem erweiterten Verständnis des Ichs, das entscheidende therapeutische Konsequenzen haben mußte. Das Ich wurde nicht mehr allein als Träger der Abwehr und als Widerpart des Triebgeschehens gesehen, sondern wurde in seinen vielfältigen autonomen Funktionen und ihren Störungen beurteilt.

Ich glaube, daß diese Erkenntnisse über die Ich- und Identitätsentwicklung, wie sie von *Ammon* in seinem Gruppenkonzept der Ich-Entwicklung erweitert und differenziert wurden, nicht nur für die Therapie der sogenannten „archaischen Ich-Krankheiten" von Bedeutung sind, sondern auch zu Modifikationen in der Therapie mit neurotisch kranken Patienten führen müssen, was ich an einem Fallbeispiel zeigen möchte.

Die 26jährige Pädagogik-Studentin Sybille — von hagerer Statur, mit steifem Gang, eckigen Bewegungen und starrer Mimik — kam wegen großer Kontaktängste, besonders gegenüber Männern, Frigidität und schweren Arbeitsstörungen in die Therapie. Sie träumte davon, zu Naturvölkern zu reisen und dort das wahre Leben zu finden. Die psychotherapeutische Gruppe, an der sie nur wenige Sitzungen schweigend teilnahm, verließ sie unter Protest gegen den von ihr als aggressiv erlebten Therapeuten. Sie kam dann in eine Einzeltherapie im Sitzen zu einem freundlichen und mütterlichen Therapeuten, der sich der schweigenden und verkrampften Patientin intensiv zuwandte und mit viel Mühe versuchte, die starre therapeutische Situation aufzulockern — u. a. machte er mit ihr Spaziergänge, um einen Kontakt zu der zurückgezogenen Patientin zu gewinnen. Bald darauf übernahm ich die Therapie der Patientin, als der Therapeut in eine andere Stadt zog.

Extrem verschüchtert, starr zur Erde blickend und ängstlich saß die Patientin mir gegenüber, meistens schwieg sie; wenn sie sprach, kam nur mit ersterbender Stimme ein kaum hörbares Flüstern über ihre Lippen. Sie wirkte sehr verletzbar und ich hatte in meiner Gegenübertragung das Gefühl, als ob jedes falsche Wort von mir eine Katastrophe auslösen könnte und daß ich sie mit großer Vorsicht behandeln müsse. Behutsam versuchte ich mit ihr Kontakt aufzunehmen: Sie schwieg beharrlich, auch ihr Sprechen — mit vagen Andeutungen und abstrakten Formulierungen — schien noch ein Verschweigen zu sein. An ihre Kindheit hatte sie fast keine Erinnerungen. Aktuelle Ereignisse brachte sie so wortkarg, abstrakt und ohne Gefühlsbeteiligung, daß man sie kaum entziffern konnte. Nichts konnte die große Distanz in der therapeutischen Situation durchbrechen.

Zu dieser Zeit war die diagnostische Beurteilung der Patientin außerordentlich schwierig. Insbesondere ihr Schweigen gab Rätsel auf. *Kemper* (1948) hat in seiner Arbeit „Der Patient schweigt" darauf hingewiesen, daß das Schweigen vielerlei Bedeutungen haben kann und nicht nur als Widerstandsphänomen gesehen werden darf. Besonders hat *Kemper* das Schweigen als Ausdruck eines gefürchteten und eines bereits erfolgten Kontaktverlustes beschrieben. *Khan* (1963) wies auf die Kommunikationsfunktion des Schweigens hin.

Es war die Frage, inwieweit das Schweigen und die steife Haltung der Patientin Ausdruck eines autistischen Rückzuges, einer primären

Kontaktlosigkeit mit mangelnder Ausbildung des sprachlichen und körperlichen Ausdrucksvermögens war oder inwieweit das Schweigen als eine Hemmung infolge eines unbewußt gefürchteten Ereignisses und Ausdruck einer hysterischen Kontaktangst zu sehen und damit psychodynamisch als Analogon zu der Steifheit ihres Körpers (als eines konversionshysterischen Phänomens) zu beurteilen war.

Im weiteren Verlauf der Analyse wurde der Abwehrcharakter des Schweigens immer deutlicher: verbissen und aggressiv verweigerte die Patientin jede Kommunikation, schwieg trotzig auf Fragen. Deutungen ihrer Feindseligkeit konnte sie nicht annehmen und reagierte darauf mit Unverständnis. Dankbar hingegen war sie, wenn ich ihr alle analytische Arbeit abnahm, ruhig und freundlich mit ihr sprach wie zu einem hilflosen Kind und z. B. auch eigene Gedanken zu ihren Träumen äußerte, zu denen sie selbst nicht eine einzige Assoziation brachte.

Weil die hysterische Abwehrstruktur der Patientin immer klarer zutage trat, schlug ich ihr die Fortsetzung der Therapie nach der Standardmethode im Liegen vor. Dieser Vorschlag führte zu einer dramatischen Entwicklung. Zunächst reagierte sie mit einer kurzen und schroffen Ablehnung ohne eine weitere Erklärung. Als ich meinen Vorschlag wiederholte und ihr den Wechsel der Technik freundlich zu erklären versuchte, gab sie mir gereizt zu verstehen, daß sie über dieses Thema nicht mehr zu sprechen wünsche und schwieg verbissen. Als ich doch wieder darauf zu sprechen kam, um nach dem Grund ihrer Weigerung zu fragen, stand sie abrupt auf und verließ mit stocksteifem Gang und hochrotem Gesicht erbost und mit Stakkato-Schritten das Analysenzimmer. Sie nahm darauf wieder Kontakt zu ihrem alten Therapeuten auf, der sie so liebevoll und behutsam behandelt hatte. Die Patientin war in der therapeutischen Situation nicht mehr zu erreichen. Durch ihr agierendes Verhalten war ihre hysterische Abwehrstruktur deutlich zutage getreten, ich wollte die Analyse nach der Standardmethode — wie sie für neurotische Patienten indiziert ist — fortsetzen, fühlte mich aber von dem Wunsch der Patientin, lieb und behutsam mit ihr umzugehen und ihr nicht zu nahe zu treten, in meiner Funktion als Analytiker kastriert und ohnmächtig. Ich war ratlos und wütend.

In der Analyse meiner Gegenübertragungsgefühle gegenüber der Patientin, die sich meinem Vorschlag zum Therapiewechsel nicht fügen wollte, erkannte ich zwei Momente, die diese meine Gefühle hervorgerufen hatten:

1. Die in der Übertragung von der Patientin wiedererlebten Gefühle gegenüber ihrem Vater, von dem sie erinnerte, daß er — als sie fünf Jahre alt war — mit ihr Pferdchen spielen wollte, wogegen sie sich mit großen Unlustgefühlen und aller Heftigkeit gewehrt hatte.

2. Die Gefühle gegenüber ihrer Mutter — einer stillen und fleißigen, ordentlichen und auf das äußere Wohl ihrer Kinder bedachten Frau —, von der sie sich in ihren Bedürfnissen unverstanden fühlte. Ihren Protest gegen die Mutter konnte sie nur dadurch ausdrücken, daß sie sich verbissen und schweigend widersetzte, wenn die Mutter sie zu Handreichungen im Haushalt oder zu Einkäufen aufforderte. Nur wenn sie Bauchkrämpfe und Erbrechen hatte, die meist vor Prüfungssituationen auftraten, fühlte sie sich von ihrer Mutter, die ihr dann den Kopf hielt, liebevoll behandelt.

Dieses zweite Moment der Mutterübertragung war dafür verantwortlich, daß die Patientin mein Verhalten als Verständnislosigkeit erleben mußte und mich nur akzeptieren konnte, wenn ich sie vorsichtig und behutsam als krankes Kind behandelte, an das man keine Forderungen stellen kann. Die klassische Regel, die Übertragung dann zu analysieren, wenn sie — wie in diesem Fall — zum massiven Widerstand wird, mußte hier versagen, da die Ich-Funktion, die dazu befähigt, Realität und Übertragung zu unterscheiden — als Voraussetzung zu einer analytisch-reflektierenden Durcharbeitung — bei der Patientin mangelhaft entwickelt war.

Ich gab daher meine starre Haltung auf und akzeptierte die strikte Weigerung der Patientin, die ich als notwendig ansah, um die Integrität ihres Ichs zu wahren. Zeitweise trug ich mich mit dem Gedanken, eine Spieltherapie mit dem Scenobaukasten mit der Patientin zu machen, um ihr damit Gelegenheit zu geben, ihre Probleme, die sie nicht verbalisieren konnte, in einer szenischen Darstellung auszudrücken. Sobald ich jedoch meine Haltung der Patientin gegenüber in dieser Weise geändert hatte, war sie innerhalb kurzer Zeit zu dem vorgeschlagenen Wechsel der therapeutischen Technik und zu einer Fortsetzung der Analyse nach der Standardmethode zu bewegen — ohne daß freilich ihr Widerstand analysiert worden wäre. Das entspannte Liegen auf der Couch machte ihr anfänglich große Schwierigkeiten: sie verkrampfte ihren ganzen Körper und wurde immer unruhiger, schwieg aber weiter. Statt dessen machte sie abrupte Bewegungen, zupfte mit ihrer Hand am Kissen, zog sich die Decke über den Kopf, wälzte sich hin und her und drehte sich auf die Seite, um sich Schlafen zu legen. Bald darauf brachte sie mehr und mehr Träume mit deutlichem sexuellen und ödipalen Inhalt. Fragte ich sie, was ihr zu dem Schlagen der Messer, Hämmer und Stöcke, die in ihren Träumen auftauchten, einfiele, wurde sie stocksteif, bekam einen roten Kopf und brachte kein Wort mehr heraus; ohne mich anzusehen, stelzte sie aus der Stunde. Eine analytische Bearbeitung war noch nicht möglich. Impotenz — sagte die Patientin einmal — ist Krankheit, Frigidität ist Schuld. Das Liegen auf der Couch erlebte sie als große Kränkung, als ein Sich-Ausliefern und

als Entblößung. Sie schwieg noch immer sehr viel. Ich lernte, die beiden Bedeutungen ihres Schweigens immer mehr zu differenzieren und entsprechend darauf zu reagieren.

1. Drückte sie durch ihr trotziges und aggressives Schweigen ihre Abwehr gegen meine Interpretationen aus, die sie unbewußt wie einen sie bedrohenden Penis erlebte und versuchte durch ihr Schweigen, mich als Analytiker zu kastrieren, indem sie mir durch ihre Distanz keine Angriffsfläche und Interpretationsmöglichkeit bot.

2. War ihr Schweigen Ausdruck ihrer Hilflosigkeit und Unfähigkeit, sich in ihren widerstreitenden Gefühlen zurechtzufinden. Ich sollte sie ohne Worte begreifen, sie verstehen und ihr die Klarheit geben, die sie selbst nicht hatte. Gleichzeitig fürchtete sie, meine Zuwendung zu verlieren, wenn sie ihre sexuellen und aggressiven Phantasien äußerte. Es war ihr unmöglich, einen Teil ihres Ichs so zu organisieren, daß dieser Teil ein therapeutisches Bündnis eingehen und sich der Aufarbeitung ihrer sexuellen Konflikte, die sie als schwere Schuld erlebte, stellen konnte. So war es immer wieder nötig, diesen schwachen Teil ihres Ichs zu stärken, geduldig auf sie einzugehen, für sie zu sprechen, für sie Phantasien auszudrücken, für sie Träume zu analysieren und ihr somit als ein Hilfs-Ich eine schuldfreie Kommunikation mit dem Unbewußten zu zeigen. Erst dann gelang es ihr allmählich, ihre positive ödipale Übertragung mir gegenüber in Träumen und Phantasien auszudrücken und unter großen Ängsten zu äußern. Ihr Verhalten in der analytischen Situation änderte sich: Sie wurde aufgeschlossener, sprach mehr, konnte Gefühle ausdrücken und entkrampfte sich in ihrer Körperhaltung.

Zwischendurch kam es aber immer wieder zu Perioden des Schweigens, in denen der unanalysierte Widerstand deutlich wurde. Auch klagte sie, daß sich an ihrer Lebenssituation nichts ändere.

Als ich deshalb daranging, ihren Widerstand behutsam zu bearbeiten, erlebte das die Patientin zunächst wieder als Zurückweisung, als Undank, wo sie doch gar nicht mehr so trotzig schweige wie früher. Sie erlebte es als angenehm, wenn ich sie in ihrer Rolle als unschuldiges und hilfloses Kind annahm, an ihre Identität als Frau und ihre Frigidität sollte ich sie nicht erinnern, sie wünschte sich, ein Neutrum zu sein.

Eine Wende brachte dann folgender Traum: Ein furchterregendes Ungeheuer kam auf sie zu und forderte sie zu sexuellem Verkehr heraus. Sie erschrak vor seinem riesigen Penis. Als das Ungeheuer anfing zu sprechen, merkte sie, daß es ja ein Mann war, der ganz freundlich mit ihr redete und gar nicht zum Fürchten war. Sie bat ihn dann, seinen Penis kleiner zu machen, was der Mann auch sofort tat, worauf sie seine sexuellen Wünsche akzeptieren konnte.

Bei der Analyse des Traumes, der den analytischen Prozeß in der Übertragungsbeziehung zu mir exakt widerspiegelte, konnte die Patientin erstmals ihre die ganze Zeit ängstlich geheimgehaltenen Phantasien äußern, von mir geschlagen und aus der Analyse geworfen zu werden — ein regressiv entstellter ödipaler Wunsch und gleichzeitig die Bestrafung für diesen Wunsch (wie *Freud* [1919] das in seiner Arbeit „Ein Kind wird geschlagen" beschrieben hat). Meine Deutungen hatte sie unbewußt als riesigen Penis erlebt, der sie bedrohte und den sie deshalb abwehren mußte.

Der Wunsch, daß dieser Penis verkleinert werde, vereinigte das Bedürfnis, von mir verständnisvoll und behutsam behandelt zu werden, mit einem Kastrationswunsch, wobei diese beiden Ebenen — die präödipale und die ödipale — sich in den beiden unbewußten Bedeutungen ihres Schweigens — als Suche um Verständnis und als kastrierende Abwehr — widerspiegelten. Außerdem stellte das Schweigen ihre eigene Penislosigkeit dar.

Als ich ihr deutete, daß sie das Gefühl habe, nur als kastriertes, hilfloses Kind von mir verstanden zu werden, dagegen sich nicht vorstellen und gestatten könne, in ihren Ängsten und Wünschen als Frau, die sich einen Penis phantasiere, von mir therapeutische Hilfe zu bekommen, konnte sie das annehmen.

Erstmals war es ihr möglich, ihren unbewußten Widerstand zu erkennen und zwischen ihren Phantasien und der Realität zu unterscheiden. Erst von da an war es möglich, einen tragfähigen Ich-Anteil als festen Bündnispartner zu gewinnen, der zur Realitätsprüfung imstande war. Die phantasierten Ängste, Wünsche und Widerstände konnten als der realen Situation inadäquat und damit als Übertragungsphänomene erkannt und bearbeitet werden.

Dieses Fallbeispiel soll zeigen, daß auch bei einer hysterischen Patientin die Beurteilung der Möglichkeiten und Einschränkungen der Ich-Struktur und der Ich-Funktionen für den therapeutischen Prozeß und die Wahl der therapeutischen Technik von großer Bedeutung sind. Eine konsequente Widerstandsanalyse ohne Berücksichtigung der Belastbarkeit ihres Ichs hätte meines Erachtens die therapeutische Situation gesprengt. Vor der analytischen Durcharbeitung ihres ödipalen Konfliktes und auch immer wieder parallel dazu war es nötig, der Patientin bei der Strukturierung ihres Ichs zu helfen. Ihrem Ich fehlte die Fähigkeit, zwischen Realität und Übertragung in der therapeutischen Situation — die Voraussetzung für eine analytische Durcharbeitung — zu unterscheiden. Es war unfähig zur inneren und äußeren Kommunikation — d. h. mit ihrem Unbewußten und ihrer Umwelt — und unfähig zur Diskriminierung ihrer Gefühle und zum Umsetzen dieser Gefühle in Begriffe und einen sprachlichen Ausdruck.

Die sich im therapeutischen Prozeß entfaltende Dynamik spiegelte die Kindheitssituation der Patientin und die Dynamik ihrer Primärgruppe wider. In ihrer Familie wurde viel geschwiegen: Über Bedürfnisse wurde nicht kommuniziert; Meinungen und Interessen wurden kaum artikuliert und führten zu keiner Auseinandersetzung unter den Familienmitgliedern. Nur der Vater glänzte mit Monologen, denen die Patientin stumm und bewundernd lauschte. Gefühle hingegen blieben unklar und wurden nicht geäußert. Besonders jedes Ansprechen von Sexualität war streng tabuiert. Phantasie und Wirklichkeit wurden nicht in einer lebendigen Interaktion geprüft und differenziert.

Vor diesem Hintergrund wird verständlich, daß merkwürdige Krampfanfälle ihres Vaters, die die Patientin erschreckt und entsetzt erlebte und über die kein klärendes Wort fiel, ihren unkontrollierten Phantasien ausgeliefert waren. Sie schrieb diesen unansprechbaren Anfällen eine geheimnisvolle, sexuelle und aggressive Bedeutung zu, die ihre Neugierde anzog und sie gleichzeitig entsetzte und abstieß.

Ihr Schweigen, das die therapeutische Situation weitgehend beherrschte, drückte auf präödipaler Ebene den zerrissenen Kommunikationszusammenhang der Familiengruppe und die fehlende Diskriminierungsfähigkeit aus. Hier war es nötig, ihren Ruf nach Kommunikation zu begreifen, ihr zu zeigen, daß man mit Träumen und Phantasien angstfrei umgehen kann, und für sie sprachliche Begriffe zu finden, durch die sich die Innenwelt der Gefühle und die Außenwelt abbilden läßt. Auf ödipaler Ebene drückte ihr Schweigen die hysterische Abwehr gegen den sexuell bedrohlich erlebten Vater und den Widerstand gegen die Annahme ihrer Rolle als Frau aus. Hier war es nötig, konsequent den Widerstandscharakter aufzuzeigen und zu analysieren.

Diese beiden Aspekte mußten in der Analyse dauernd miteinander in Beziehung gesetzt und differenziert werden. Sie erforderten eine flexible Handhabung der therapeutischen Technik. Erst als die Patientin erleben konnte, daß sie in ihrer Hilf- und Ausdruckslosigkeit verstanden und daß der in der Familiengruppe zerrissene Kommunikationszusammenhang mühsam und geduldig aufgebaut wurde, konnte sie ihre positive ödipale Übertragung aussprechen und dann auch akzeptieren, daß ich ihr bei der Bearbeitung ihrer massiven Widerstände und ihrer sexuellen Problematik, die sie als schwere Schuld erlebte, zur Seite stand. Erst dann konnte sie ihr Schweigen als grandiosen Versuch, die Welt in der Phantasie zu beherrschen, aufgeben.

Change of Therapeutic Technique in the Treatment of a Hysteric Patient

Gerd Röhling

A change in diagnosis and therapeutic technique is not to be considered as an attempt to correct a false diagnostic approach to the patient but in the contrary is to be regarded as the adequate response to the patient's development in the course of the therapeutic process that parallels the development of the therapist's insight in the patient's ego structure and deep inner conflicts. One can even say that only the evolution of the therapeutic process enables a differentiated and profound diagnosis.

In order to be able to give a diagnosis and choose the adequate therapeutic technique a judgement of ego-strength and ego-functions must preceed. If a patient who suffers from an archaic ego-weakness *(Ammon)* has been able to structure his ego during group therapy in the course of his retrieving ego-development by obtaining the ability of repression and the ability to suppress the overwhelming unconscious material, a change of technique to the standard situation is indicated. In other cases, where the intense frustration of the classical therapeutic situation threatens the patient's weak ego, therapy will be changed into a sitting position in order to avoid psychotic desintegration. Not only borderline- and psychotic reactions but also neurotic disorders may include severe ego-disturbances.

The case of a young hysteric female patient is reported in order to show the importance of ego-strength and egofunctioning for the choice of therapeutic technique. The patient (woman) had entered therapy suffering from a severe disability to contact other persons, to accomplish her university studies and to enjoy sexual encounters.

During the sessions, silence were the main ways of communication. On the one hand her silence could be understood as an expression of her helplessness and inability to find her way through the antagonistic emotions she found herself in and to give them an understandable expression, on the other hand it was to be interpreted as an obstinate and aggressive defense against the therapist's interpretations which she unconsciously experienced to be a threatening penis.

In the first phase of therapy which was held in a sitting position, an autistic retreat combined with absolute silence was the domination reaction towards the therapist. Thus the therapist regarded her as a patient with a borderline reaction. After the hysterical type resistance of her silence became more and more evident, in the second phase of

the treatment the technique was changed to classicals analysis. Now it became necessary to interpret the double meaning of the patient's silence to her repeatedly and to reac towards both attitudes in a flexible manner.

The author discusses whether a straight and steady resistance analysis of her silence would not have disrupted the therapeutic alliance by threatening the weak ego of the patient too much. Parallel to the working-through of her conflicts it had been necessary to support the patient's attempts to structure her ego and to find the way through her antagonistic emotional attitudes.

Literatur

Ammon, G. (1973): Dynamische Psychiatrie — Grundlagen einer Reform der Psychiatrie (Darmstadt: Luchterhand)

Bellak, L. (1969): The Systematic Diagnosis of the Schizophrenic Syndrome. In: Dyn. Psychiat. (3) 148

Freud, S. (1919): Ein Kind wird geschlagen. Ges. W. Bd. XII (London: Imago)
— (1937): Die endliche und die unendliche Analyse. Ges. W. Bd. XVI, aaO.

Hartmann, H. (1939): Ich-Psychologie und Anpassungsproblem. (Stuttgart: Klett, 1960)

Kemper, W. (1948): „Der Patient schweigt", in: Psyche (1) 503

Khan, M. R. (1963): Silence as Communication. In: Bull. Menn. Clin. (27) 300

Rapaport, D. (1958): The Theory of Ego-Autonomy: A Generalization. In: Bull. Menn. Clin. (22) 13

Reich, W. (1933): Charakteranalyse (Köln/Berlin: Kiepenheuer und Witsch, 1970)

Nachrichten

Regional Meeting des ICPM auf Schloß Weidenkam — Kongreßbericht

Das International College of Psychosomatic Medicine veranstaltete ihr erstes Regional Meeting unter der Leitung von *Günter Ammon.* Die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM) war mit der Durchführung der Tagung beauftragt. Sie stand unter dem Leitthema: „Zur Psychosomatik des sterbenden Patienten".

Günter Ammon begrüßte in der Eröffnungsrede die Vertreter der Bayerischen Landesregierung und die Delegationen der Teilnehmer aus 10 Ländern.

Im Namen des Ministerpräsidenten von Bayern, Dr. *A. Goppel,* betonte Ministerialdirigent Dr. *Kläß* in seiner Begrüßung, daß die Fragestellung der Tagung von ganz besonderem gesellschaftlichen Interesse sei und daß man sich wichtige Anregungen auch für kommunalpolitische Entscheidungen auf diesem Gebiet erhoffe. Schriftliche Grußworte wurden im Namen des Rektors der Ludwig-Maximilians-Universität München, Prof. *N. Lobkowicz,* im Namen des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Dr. *Focke,* und im Namen des Bayerischen Staatsministers des Inneren, Dr. *Merk,* verlesen.

Als Vertreter des Präsidiums des International College of Psychosomatic Medicine richtete Prof. *A. Krakowski* auch im Namen von Prof. *M. Knobel,* dem Präsidenten des ICPM, Begrüßungsworte an die Teilnehmer und dankte Dr. *Ammon.* Ihm schlossen sich die Vertreter der ausländischen Delegationen an: Prof. *E. Ringel* (Österreich), der im Namen der Internationalen Vereinigung für Selbstmordverhütung sprach; Prof. *N. Destounis* (Griechenland), Präsident der Hellenic Society for Psychosomatic Medicine; Prof. *D. G. Hertz* (Israel); Dr. *A. M. Comazzi* (Italien), Vertreter der Italienischen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin; Dr. *M. Petelin* (Jugoslawien), Dr. *K. J. F. Gossner* (USA) und Dr. *G. H. Graber* (Schweiz), der auch die Grüße der Schweizer Gesellschaft für Psychosomatische Medizin überbrachte. Dr. *J. Pohl* überbrachte für die Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) eine Grußbotschaft, *Gisela Ammon* für die Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft (DGG).

Günter Ammon betonte in seinen einführenden Worten, daß die Situation des sterbenden Patienten in den letzten Jahren zum Ausgangspunkt breiter Diskussionen geworden ist und den Horizont medizinischer Arbeit und Forschung weit überschritten hat. Die stetigen Fortschritte der modernen Medizin haben, wie *Ammon* zeigte, dazu geführt, daß mit Hilfe ständig verfeinerter medizinischer Technologien die in-

dividuelle Lebensgrenze sich immer weiter hinausschiebt. Doch sind auf der anderen Seite Tod und Sterben als existentielle Probleme immer mehr aus dem Blickfeld einer in der Hauptsache an physiologischen Organvorgängen orientierten medizinischen Praxis und Forschung geraten. Für den Arzt bedeuten sie kaum noch Ereignisse, die ihm eine Perspektive sinnvollen Handelns einräumen. Gerade aber der sterbende Patient konfrontiert den Arzt mit dem „ganzen Menschen" als psychosomatische Einheit, der auch von ihm den ganzen Menschen fordert.

Somit bezeichnet die Frage nach der Psychosomatik des sterbenden Patienten nicht einen abgelegenen Randbereich der Medizin, sondern ein zentrales Problemgebiet der Medizin überhaupt und der psychosomatischen Medizin im besonderen. Will man den Patienten als psychosomatische Ganzheit erforschen und behandeln, dann heißt dies auch, daß der Beitrag der psychosomatischen Medizin nicht darin bestehen kann, dem Patienten die Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod zu ersparen oder ihn als Sterbenden zu isolieren. Dies würde die zunehmende Entmenschlichung in der Sterbesituation verschärfen, die in der Gesellschaft allgemein zu beobachten ist. Aufgabe der psychosomatischen Medizin ist gerade umgekehrt, dem sterbenden Patienten die Auseinandersetzung mit dem Tod zu ermöglichen, nicht ihn darum zu betrügen. Ein solches Ziel kann weder die menschliche noch die fachliche Identität des Arztes unberührt lassen. Nur der Arzt — so fuhr *Ammon* fort —, der seine professionelle Identität nicht auf eine zwanghafte Abwehr von Tod und Sterben stützen muß, sondern der in der Lage ist, Tod und Sterben als Grenze seines Tuns und als Begrenzung seiner Identität zu akzeptieren, kann auch dem Sterbenden dabei behilflich sein, dem Tod bewußt zu begegnen. Die Medizin kann daher nicht im Dienste einer Lebensverlängerung um jeden Preis stehen; ihre Aufgabe ist es vielmehr, mit dem Kranken die Lebensgrenze aus der Wertschätzung und Abgrenzung von Möglichkeiten her zu gestalten, die sich in seinem Leben kreativ realisiert haben.

Das Arzt-Patienten-Verhältnis, wie es im Lichte von Tod und Sterben erscheint, spiegelt Abwehrformen wider, die man in allen gesellschaftlichen Gruppen und Institutionen antreffen kann. *E. Ringel* (Wien) hat in seinem Vortrag „Sterben und Tod im medizinischen Unterricht" darauf hingewiesen, daß dem Medizinstudenten während seiner Ausbildung die Realität des Todes nicht nahegebracht wird. Die schon im medizinischen Unterricht stattfindende Todesverdrängung macht ihn als Arzt vielen Aufgaben gegenüber hilflos; nicht immer ist er sich darüber klar, daß die Verleugnung des Todes beim Patienten zu einer Reihe von neurotischen Reaktionen und zu gravierenden Fehlern in der Behandlung führt. *Ringel* hob hervor, daß die sachgemäße Information über den wahrscheinlichen Ablauf lebensgefährlicher Erkrankungen als

entscheidendes Element in der Behandlung angesehen werden muß. Um diesen Faktoren von seiten des Arztes gerecht zu werden, bedarf es einer Umgestaltung der medizinischen Ausbildung, die nur einem Umdenken entspringen kann, welches dem Arzt aus der bewußten Begegnung mit dem Tode erwächst.

In diesem Zusammenhang sind auch die Ausführungen von *A. J. Krakowski* (Plattsburgh, N. Y.) zu sehen, die er unter das Thema stellte: „The Meaning of Death in Psychodynamics of Medical Practice". *Krakowski* betonte, daß Tod und Sterben, die unbewußte Dimension der psychodynamischen Beziehungen zwischen Arzt und Patient nachhaltig bestimmen. Die Motivation vieler Patienten, einen bestimmten Arzt aufzusuchen, mag durchaus in der Furcht dieses Arztes vor dem Tode liegen, die der Kranke zur Abwehr eigener Todesängste benutzt. Dies zu wissen, bedeutet für den Arzt einen beständigen Kampf mit Reaktionen, die zwischen Überängstlichkeit und dem Betäuben eigener Schwierigkeiten dem Patienten gegenüber schwanken können. Der Arzt muß wissen, daß er selbst in die Psychodynamik des sterbenden Patienten einbezogen ist.

Die Psychodynamik des therapeutischen Teams, das den Sterbenden betreut, untersuchte *N. Destounis* (Athen) in seinem Beitrag: „The Psychology of the Dying Patient". Ich-Stärke und die Bereitschaft, sich existentiell mit dem Todesproblem auseinanderzusetzen, sind Forderungen, die vor allem an den Leiter der therapeutischen Gruppe gestellt sind, der seinerseits als kreatives Subjekt Trauerarbeit und Ablösungsprozesse auch in der Familiengruppe des Patienten in Gang bringen kann.

Wie aber soll sich ein Arzt einem Patienten mit einer unheilbaren Krebserkrankung gegenüber verhalten? *A. M. Comazzi* (Mailand) versucht dieses Problem zu lösen, indem er den Patienten selbst als einen Führer in der Auseinandersetzung mit ihm und seinem Leiden anerkennt.

Arzt, Familiengruppe und der sterbende Patient bilden eine gruppen- und psychodynamische Gesamtheit, in der sich entscheidet, ob dem Kranken ein Abschied aus den bisherigen Lebensbezügen gelingt. *F. Winkelmann* (München) berichtete über Erfahrungen aus einer Balint-Gruppe, in der sich zeigte, daß vor allem in symbiotischen Familienbeziehungen pathologische Todesängste herrschen, die um jeden Preis verdrängt werden müssen. Den realen Tod erleben solche Gruppen unvorbereitet, als katastrophalen Kommunikationsabbruch und Identitätsverlust. Es geschieht oft, daß Ärzte unter den Zwängen falschen Mitleids und in Identifikation mit den Familiengliedern diese Ängste mitagieren und das Sterben zugleich als narzißtische Störung ihrer ärztlichen Omnipotenzgefühle abwehren müssen.

Tod und Sterben sind damit als Identitätsprobleme angesprochen, einem Thema, dem sich *G. Ammon* (Berlin) in seinem grundlegenden Referat unter Ich-psychologischen und gruppendynamischen Aspekten zugewandt hat. Ausgehend von den Erkenntnissen der psychoanalytischen Ich- und Gruppenforschung begreift er die pathologischen Todesängste als Ergebnis einer defizitären Ich- und Identitätsentwicklung in erfahrungsunfähigen Gruppen. Der Aufbau einer eigenen Identität, der mit Abgrenzungs- und Trennungsprozessen notwendigerweise verbunden ist, ruft in solchen Gruppen Verlassenheitsgefühle und Vernichtungsängste hervor. Diese Gruppen, die den Lebenden die eigene Identität verweigern, sind auch nicht in der Lage, einem sterbenden Mitglied in seiner endgültigen Trennungsproblematik Beistand zu leisten, sie vorenthalten dem Sterbenden das Bewußtsein, wer er gewesen ist und in der Sterbesituation noch sein kann. *Ammon* zeigte, daß die Praxis der medizinisch-technischen Lebensverlängerung die Todesverdrängung in der pathogenen Familiendynamik auf der Ebene der Krankenversorgung wiederholt, den Sterbenden buchstäblich depersonalisiert und ihm ein Existenzrecht nur noch als isolierten und bewußtlosen Organismus gewährt. Die geglückte Auseinandersetzung mit dem Tod bedeutet eine Bereicherung der Ich- und Gruppenidentität. Gruppen, in denen dies gelingt, brauchen ihre Sterbenden nicht zwanghaft zu verlassen, sondern können sie teilnehmend begleiten. Es ist aber nicht allein die Gruppe, die dem Sterbenden gegenüber eine Funktion hat; der Sterbende selbst hat der Gruppe durch die Art, wie er stirbt und den eigenen Tod bewältigt, etwas Entscheidendes mitzuteilen. Er stellt gleichsam beispielhaft die Begrenzung des Lebens dar, innerhalb derer sich allein Ich- und Gruppenidentität gestalten läßt. Die Vergewisserung der Tatsache, daß der Sterbende Gruppen- und Lebensgrenze repräsentiert und der Gruppe damit zu einem Bewußtsein ihrer Lebensmöglichkeiten verhilft, kann z. B. im Rahmen kreativer Sterbe- und Trauerfeiern vollzogen werden.

Der katholische Theologe *L. Pinkus* (Rom) hat diesen Gedanken *Ammons* in seinem Referat über die Bedeutung der Krankensalbung aufgegriffen. In diesem Ritus bringt die kirchliche Gemeinschaft zum Ausdruck, daß sie dem Sterbenden beistehen und sein Gedächtnis bewahren will; zugleich wiesen die leiblichen Berührungen im Ritual auf die Dimension der psychosomatischen Ganzheit des Menschen hin, die sich im Prozeß des Sterbens nicht etwa auflöst, sondern hier gerade manifestiert.

Das Prinzip der Leib-Seele-Einheit ist für alle Phasen menschlichen Lebens gleichermaßen gültig. *A. Knebel* (Baden-Baden) und *G. H. Graber* (Bern) haben in ihren Vorträgen die Bedeutung dieses Prinzips für das Leben vor der Geburt untersucht und Methoden einer pränatal-psy-

choanalytischen Behandlung erörtert. Die unbewußte Dynamik des Geburtstraumas wiederholt sich im Angstaffekt vor jeder Änderung im weiteren Leben und findet seinen Ausdruck ebenso in der Angst vor dem Tod, als dem Daseinswechsel in ein Unbekanntes. Die pränatalpsychoanalytische Technik muß sich hier vor allem auf die Handhabung von Regressionsprozessen verstehen, in denen die Fähigkeit zu geburtstraumatischem Nacherleben zugleich die Bewältigung von Identitätsangst im Leben wie in der Situation des Sterbens ermöglichen kann.

Die bei sterbenden Patienten allgemein zu beobachtende Regressionsneigung spiegelt aber auch die Sehnsucht des Individuums nach Befreiung von mitunter unerträglichen Spannungszuständen der Sterbesituation wider und ist als solche während der psychoanalytischen Behandlung zu begreifen. Auf diesen Punkt hat vor allem *I. Milakovic* (Sarajewo) hingewiesen. Die Selbstzerstörungstendenzen in der Regression enthalten zugleich ein Streben nach dem glücklichen pränatalen Leben ohne Aggressions- und Aktivitätsbedürfnis, das in agnonalen Zuständen oft als Resignation vorweggenommen wird.

Das Verhalten Sterbender läßt sich jedoch schwer zu einem generellen Bild zusammenfassen; es hängt weitgehend ab von der individuellen Pathologie des jeweiligen Patienten. *L. Witzel* berichtete von detaillierten Interviews mit 360 Moribunden, die ergeben haben, daß zwischen Symptomverhalten eines Kranken und seinem Verhalten in der Sterbesituation enge Zusammenhänge bestehen. Interessant war vor allem die Beobachtung, daß Patienten mit festem und solche ohne Glauben dem Tode gegenüber weniger ängstlich waren als Kranke mit vergleichsweise schwankenden Einstellungen.

Viel beachtet wurden die Beiträge der Berliner Schule der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), die aufbauend auf *Ammons* Konzepten der Ich- und Gruppenentwicklung die psychosomatische Grundverfassung des Menschen als prozeßhafte Einheit verstanden, welche sich zunächst in der Dynamik der frühen Mutter-Kind-Symbiose realisiert. Störungen in diesem Bereich durch die Identitätslosigkeit der Mutter führen beim Kind zu einem narzißtischen Defizit, das durch psychosomatische Symptome ausgefüllt wird. *K. Ammon* (München) zeigte an Hand einer Falldarstellung, daß das psychosomatische Symptom der Abwehr von Todes- und Verlassenheitsängsten dient und als regressiver Wunsch nach Vereinigung mit der Mutter gesehen werden muß. Wird der Kommunikationsinhalt des Symptoms verkannt, besteht für den Patienten die Gefahr eines tödlichen Verlassenheitsgefühls und eines starken suizidalen Sogs. Auch *M. Hirsch* (München), der die Dynamik einer Familie über drei Generationen verfolgte, stellte dar, daß psychosomatische Reaktionen ihre Begründung in der unbewältigt ambivalenten

Mutter-Kind-Symbiose finden können. Abgrenzungs- und Identitätssuche ist in solchen Beziehungen gleichbedeutend mit totalem Verlassenwerden. Am Beispiel einer operativen Intervention im psychotherapeutischen Prozeß schilderte *U. Keller* (Düsseldorf) unter dem Aspekt der psychoanalytischen Ich- und Gruppenforschung, daß psychosomatisches Symptomverhalten auf den interpersonellen Zusammenhang früher pathogener Familienbeziehungen zurückgeführt werden kann, welche in der aktuellen Lebenssituation wie in der therapeutischen Beziehung nachzuweisen sind.

G. Röhling (Berlin) hat in seinem Beitrag Ich-psychologische und gruppenpsychoanalytische Forschungsergebnisse der Analyse alkoholkranker Patienten zugrunde gelegt und die Verbindung von Sucht und Suizidalität darlegen können. Er zeigte an Fallbeispielen auf, wie das exzessive Suchtverhalten in dem Moment einsetzt, wenn die in Ansätzen aufgebaute psychosomatische oder perverse Ersatzidentität intrapsychisch und gruppendynamisch ihre Funktion verliert und zusammenbricht. An diesen Prozessen sind zweifellos auch soziologische und sozialpsychologische Faktoren beteiligt, die *L. Schmidt* (Berlin) für das Problemfeld des Alkoholismus und seiner Erforschung namhaft gemacht hat; in diesem Zusammenhang stellte er als Therapieform spezielle Techniken der Hypnosebehandlung Alkoholkranker in Gruppen zur Diskussion.

Allgemein kann man hinter den psychosomatischen Erkrankungen, die den Verlust der Persönlichkeitsidentität durch Symptombildungen ausfüllen wollen, einen Zwang zu einer pathologischen Abgrenzung von verkümmerten Ich- und Gruppenformationen erkennen, die in kranken Gruppen als abgedrängte Dimension des psychischen Todes ständig präsent ist. Dieser Seite des Problems hat sich *W. Kurth* (Wiesbaden) in seinem Referat „Biologischer und geistiger Tod" gewidmet, ein Thema, das unter Hinzuziehung reichen kulturhistorischen Materials *E. Stumpfe* (Essen) als das Problem des psychogenen Todes bearbeitete.

Trotz des überwiegenden Interesses in der somatischen Medizin für biologische bzw. organische Todesbestimmungen wird sie auf die Erkenntnisse der gruppen- und psychodynamischen Anteile nicht verzichten können, welche dem umfassenden Geschehen von Tod und Sterben zugrundeliegen.

Diese Einsicht haben *P. Schneider* (Berlin) und *R. Schneider* (Düsseldorf) in ihrem gemeinsamen Referat „Frühkindliche Reaktionen auf Tod und Sterben" zu der These zusammengefaßt, daß der Tod und das Erleben des Todes Gruppengeschehen sind. Anhand von Beobachtungen an Kinderpatienten konnten sie zeigen, daß Kinder den Tod eines geliebten Objekts als traumatische Trennung erleben, die im Laufe einer echten therapeutischen Trauerarbeit zu einer aktiven Ablösung werden muß.

Aber auch die erwachsenen Mitglieder einer Familiengruppe, die einen Angehörigen verloren hat, müssen sich, wie *K. J. F. Gossner* (Belle Mead, New Jersey) in seinem Beitrag „The Bereaved Relatives" dargelegt hat, der Aufgabe einer Trennung und eines bewußten Abschieds stellen.

Symbiosekranke Gruppen stehen auf Grund der Psychodynamik ihrer Ich-Schwäche unter dem Zwang, ihr destruktives Potential auszuagieren. *J. Pohl* (München) hat in diesem Zusammenhang den *Freud*schen Begriff des Todestriebes im Sinne von *Ammons* Identitäts-Konzept modifiziert. Das narzißtische Defizit eines kranken Ichs verursacht eine Tendenz zu polysymptomatischer Selbstzerstörung, die in den Phänomenen der Psychosomatik, der Sucht und der Suizidalität ihren Ausdruck und zugleich eine pathologische Eingrenzung findet. *D. v. Kries* (Frankfurt), der vom Konzept des archaischen Defizits in der Ich-Struktur *(Ammon)* ausging, konnte darstellen, daß psychosomatische Syndrome die Funktion haben, eine Ich-Desintegration abzuwehren und ein wenn auch pathologisches Gleichgewicht in der Ich-Regulation herzustellen. Sie weisen gleichzeitig hin auf eine Deformation der Ich-Grenzstruktur und einen partiellen Funktionsverlust des Körpers als intermediäres Objekt zwischen Ich- und Außenwelt.

Die Problematik von Tod und Sterben ist in den Diskussionen und Arbeitsgruppen sowie in informellen Gesprächen nach den Vorträgen intensiv diskutiert worden; anläßlich einer Panel-Diskussion fand sich ein Plenum der Kongreßteilnehmer zusammen, das unter der Leitung von *Ammon* das Thema „Die Gruppensituation des sterbenden Patienten und ihre Psychodynamik" bearbeitete. Am Panel beteiligten sich Psychiater, Psychoanalytiker, Mediziner verschiedener Disziplinen und theologische Vertreter des Islam, der römisch-katholischen und der evangelischen Kirche: Prof. *Dan G. Hertz*, Jerusalem (Psychoanalyse und Psychiatrie, Judaismus); Akad. Rat *Mohamed S. El-Safti*, Berlin (Psychoanalyse, Islam); Prof. *Lucio Pinkus*, Rom (römisch-katholische Theologie, Psychoanalyse); Dr. *Harald Knudsen*, Berlin (evangelische Theologie, Psychoanalyse); Prof. *Erwin Ringel*, Wien (Psychoanalyse, Psychiatrie); Prof. *H. D. Hiersche*, Kaiserslautern (Gynäkologie); Prof. *Helmut Mehnert*, München (Innere Medizin); Dr. *Lothar Witzel*, Bern (Innere Medizin); Dr. *Hartwig Volbehr*, Berlin (Intensivmedizin, Psychoanalyse).

Nichts konnte besser die Grundprinzipien der psychosomatischen Medizin herausstellen als die Differenziertheit der in den Voten dargebotenen Anregungen und Aspekte. Trotz der teilweise gegensätzlichen Standpunkte wurde deutlich, daß angesichts von Tod und Sterben die psychosomatische Medizin die verschiedenen Momente des ärztlichen Verhaltens dem Patienten gegenüber zu einem Bewußt-

sein der Menschlichkeit vereinen kann. Zu diesem Bewußtsein gehört nicht zuletzt die Erfahrung der eigenen Schwäche und Ratlosigkeit in Situationen, die mit Tod und Sterben unvermeidbar konfrontieren, die aber in identitätsbewußten Therapeutengruppen eingestanden und getragen werden können.

Das Regional Meeting hat mit seiner Themenstellung eine große Verpflichtung übernommen, der es sich durch eine Verbindung und Kooperation der verschiedenen geistes- und behandlungswissenschaftlichen Ansätze gerecht zu werden bemühte, die weit über die Spezialisierung in einem bestimmten Fach der Medizin hinausgingen. Neben Vertretern der medizinischen und psychoanalytischen Fachrichtungen kamen auch Wissenschaftler und Praktiker verwandter Disziplinen zu Worte, — ein Pluralismus, der nicht unverbindliche Meinungsäußerungen nebeneinanderstellte, sondern im Ablauf des gesamten Kongresses eine alle medizinische Praxis übergreifende Notwendigkeit sichtbar machte, in der Auseinandersetzung mit Tod und Sterben offene Gemeinschaft zu praktizieren: mehr Menschlichkeit am Sterbebett.

VII. INTERNATIONALES SYMPOSIUM DER DEUTSCHEN AKADEMIE FÜR PSYCHOANALYSE (DAP) e. V.

im Kongreßzentrum San Domenico Palace Hotel
I-98039 Taormina / Sizilien

1.—5. August 1975

„PSYCHOANALYTISCHE AUSBILDUNG"

Wissenschaftliche Leitung: Dr. med. Günter Ammon
Organisationskomitee: 1 Berlin 15, Wielandstr. 27/28
Registration: 1. 8. 75 ab 18.00 h
Eröffnung : 2. 8. 75 10.00 h im Großen Konferenzsaal des San Domenico Palace Hotels

Referate und Kurzreferate zu folgenden Themen, die auch die Themen der parallel stattfindenden Arbeitsgruppen sind, können bis zum 1. 4. 75 eingereicht werden (Synopsen müssen bis zum 1. 2. 75 vorliegen):

1. Theorie und Praxis der psychoanalytischen Ausbildung
2. Lehranalyse
3. Einzel- und Gruppenkontrollanalyse
4. Ausbildung in analytischer Gruppentherapie, Gruppendynamik und Milieutherapie
5. Psychodynamik des Ausbildungsinstituts
6. Verbindung von Ausbildung und Forschung innerhalb psychoanalytischer Institute: pro und contra
7. Beziehung zwischen Psychoanalyse und Psychiatrie in der Ausbildung
8. Beziehung zwischen psychoanalytischen und Universitätsinstituten
9. Die Identität des Psychoanalytikers in der Gesellschaft

Außerdem findet eine Panel-Diskussion statt:
„THEORIE UND PRAXIS DER PSYCHOANALYTISCHEN AUSBILDUNG"

Kongreßgebühren: bei Anmeldung bis zum 31. 5. 75 DM 300,—
ab 1. 6. 75 DM 400,—

Informationen über Teilnahme, Referate und Kurzreferate, Arbeitsgruppen etc. erhalten Sie über das Organisationskomitee, sowie über das

Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik (LFI)
1 Berlin 15
Wielandstraße 27-28
Telefon 030 / 883 92 24

Münchener Lehr- und Forschungsinstitut der DAP
8 München 40
Leopoldstraße 87
Telefon 089 / 34 14 44

Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstitut der DAP
4 Düsseldorf
Schadowstraße 86-88
Telefon 0211 / 36 49 00

Frankfurter Lehr- und Forschungsinstitut der DAP
6 Frankfurt 1
Niedenau 36
Telefon 0611 / 72 53 41

VII. INTERNATIONAL SYMPOSIUM OF THE DEUTSCHE AKADEMIE FÜR PSYCHOANALYSE (DAP) e.V.

Congress Center of the San Domenico Palace Hotel
I-98039 Taormina / Sicily (Italia)

August 1st to 5th, 1975

"PSYCHOANALYTIC TRAINING"

Chairmanship: Günter Ammon, M. D.
Organization Committee: D-1 Berlin 15, Wielandstrasse 27/28
Registration: August 1st, 1975, from 6.00 p. m.
Opening: August 2nd, 1975, 10.00 a.m., in the Plenary Hall of the San Domenico Palace Hotel

Papers and Short Papers concerning the following subjects which are also the subjects of the workshops taking place simultaneously can be submitted until the 1st of April 1975 (Synopses must be presented till February 1st, 1975):

1. Theory and Practice of the Psychoanalytic Training
2. Training Analysis
3. Individual and Group Control Analysis
4. Training in Analytic Group Therapy, Group Dynamics and Milieu Therapy
5. Psychodynamics of a Training Institute
6. Relation between Training and Research within Psychoanalytic Institutes: Pros and Cons
7. Relation between Psychoanalysis and Psychiatry during the Training
8. Relation between Psychoanalytic Institutes and University Institutes
9. The Identity of the Psychoanalist in Society

Furthermore there will be a Panel-Discussion:
"THEORY AND PRACTICE OF PSYCHOANALYTIC TRAINING"

Registration Fee: If registered till May 31st, 1975: DM 300,—
from June 1st, 1975: DM 400,—

Information concerning Participation, Papers, Workshops etc. may be obtained from the Organization Committee as well as from the

Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik (LFI)
1 Berlin 15
Wielandstraße 27-28
Telefon 030 / 883 92 24

Münchener Lehr- und Forschungsinstitut der DAP
8 München 40
Leopoldstraße 87
Telefon 089 / 34 14 44

Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstitut der DAP
4 Düsseldorf
Schadowstraße 86-88
Telefon 0211 / 36 49 00

Frankfurter Lehr- und Forschungsinstitut der DAP
6 Frankfurt 1
Niedenau 36
Telefon 0611 / 72 53 41

Die *6. Gruppendynamische Klausurtagung der DGG* findet unter Leitung von Akad. Rat. M. S. El-Safti vom 26. 12. 1974 bis zum 4. 1. 1975 in der Tagesklinik für Intensive Gruppenpsychotherapie Stelzerreut/Kumreut (Passau) statt. Der Fachbereich Gruppendynamik Berlin der DGG (1 Berlin 15, Wielandstr. 27/28) nimmt noch Anmeldungen entgegen.

Der *Fachbereich Gruppendynamik Frankfurt der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG)* führt in den Räumen des Frankfurter Lehr- und Forschungsinstituts der Deutschen Akademie für Psychoanalyse vom 26.—30. 12. 1974 die *7. Gruppendynamische Klausurtagung* durch.

Anmeldungen sind zu richten an das Frankfurter Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse, 6 Frankfurt, Niedenau 36 (Tel.: 0611/72 53 41).

Die *Mitgliederversammlungen der DAP, DGG und DGPM* finden in diesem Jahr am 7. und 8. 12. 1974 in den neuen Räumen des Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstituts der DAP, 4 Düsseldorf, Schadowstraße 86/88 (Tel.: 0211/36 49 00) statt.

Dr. med. J. Molina-Nuñez †

Mit großem Schmerz müssen wir Ihnen die traurige Nachricht geben, daß Dr. *J. Molina-Nuñez* für uns alle völlig unerwartet an einer schweren Lungenkrankheit gestorben ist. In *Molina-Nuñez* verliert die spanische Psychoanalyse einen ihrer wichtigsten progressiven Vertreter. Die Deutsche Akademie für Psychoanalyse und ihre Schule verlieren in ihm einen aufrichtigen und treuen Freund.

Das von ihm begründete Institut „Peña Retama" wurde umbenannt in Instituto di Psicoterapie Clinica „Molina-Nuñez" und wird nunmehr gemeinsam von seiner Frau, *Marina Molina,* und unserem DAP-Mitglied Dr. med. *Luis Ylla-Segura* geleitet.

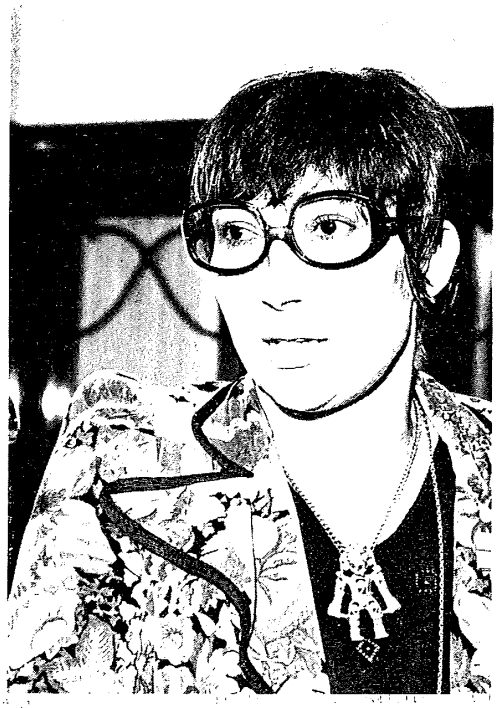
Beilagenhinweis: Dieser Ausgabe liegt ein Prospekt der Reihe „Conditio Humana" des S. Fischer Verlages, Frankfurt/Main, bei.

Eröffnung des ersten deutschen Regional Meeting des ICPM auf Schloß Weidenkam zum Thema „Zur Psychosomatik des sterbenden Patienten"

Panel-Diskussion „Die Gruppensituation des sterbenden Patienten und ihre Psychodynamik"

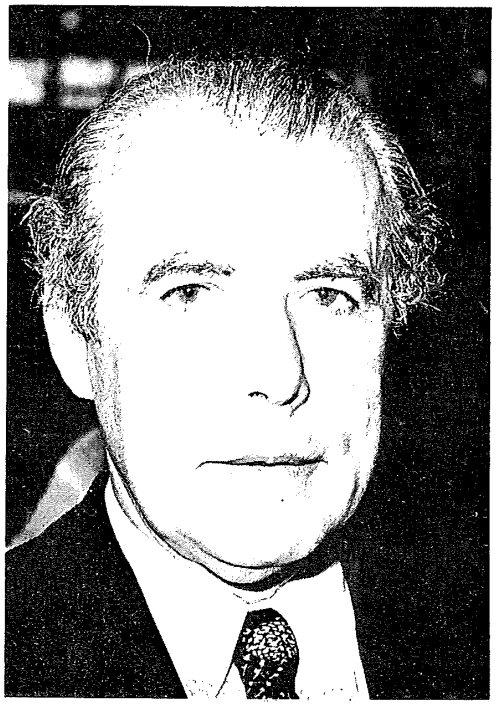
(v. l. n. r.: Dr. L. Witzel, Bern; Akad. Rat M. S. El-Safti, Berlin; Dr. D. G. Hertz, Jerusalem; Prof. Dr. H. Mehnert, München; Dr. G. Ammon, Berlin; Prof. Dr. E. Ringel, Wien; Prof. Dr. H. D. Hiersche, Kaiserslautern; Prof. L. Pinkus, Rom; Dr. H. Knudsen, Berlin; Dr. H. Volbehr, Berlin)

Prof. Dr. Erwin Ringel
(Wien)



Gisela Ammon
(Berlin)

Dr. Karl J. F. Gossner
(New Jersey)



Dr. Dan G. Hertz
(Jerusalem)

Referenten und Teilnehmer des Regional Meeting des ICPM

Prof. Dr. Adam J. Krakowsky
(Plattsburgh, N. Y.)

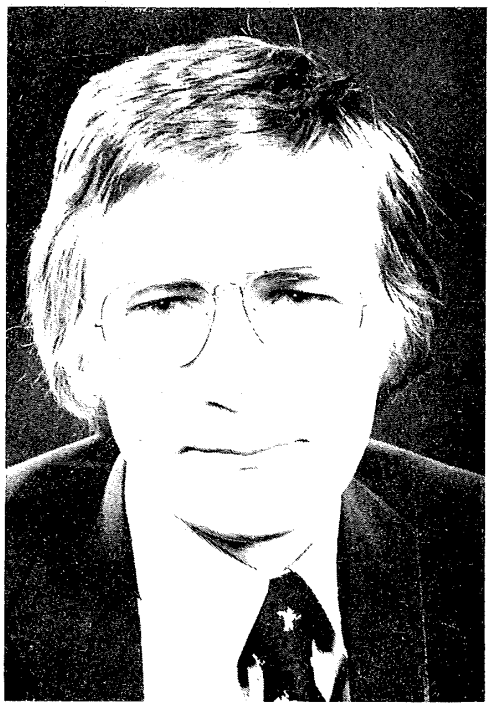
Ministerialdirigent
Dr. B. Kläß (München)

Prof. Dr. Lucio Pinkus
(Rom)

Dr. Karin Ammon
(Berlin)

Referenten und Teilnehmer des Regional Meeting des ICPM

Prof. Dr. Nicholas Destounis (Athen)



Dipl.-Psych. Dietrich v. Kries (Frankfurt)

Dr. Mathias Hirsch (München)

Dr. Miklavž Petelin (Ljubljana)

Referenten und Teilnehmer des Regional Meeting des ICPM