

Dynamische *Dynamic* Psychiatrie *Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse
Herausgegeben von Günter Ammon

Leopold Bellak

Ich-Funktionen und Psychotherapie

Gislinde Bass

Die Arbeit mit den gesunden Ich-Anteilen:

Die analytische Milieuthherapie

Petra Schneider

Zur Dynamik der kombinierten Technik —

Entstehungsbedingungen und Verlauf einer

„Terminierungsgruppe“

Fritjof Winkelmann

Plötzlicher Therapeutenwechsel in der analytischen

Einzel- und Gruppentherapie

Henry Bachrach

Some Tangibles in Treatment Planning

8. Jahrgang

1. Heft 1975

PINEL-PUBLIKATIONEN BERLIN

30

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)
8. Jhg., 1. Heft 1975, Nr. 30

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 —
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, Güters-
loh — W. Z. Winnik, Jerusalem — E. D. Wittkower, Montreal.

	Seite
<i>Leopold Bellak</i> (Larchmont, N. Y.)	1
Ich-Funktionen und Psychotherapie	
Ego-Functions and Psychotherapy	5
<i>Gislinde Bass</i> (München)	8
Die Arbeit mit gesunden Ich-Anteilen:	
Die analytische Milieuthérapie	
Working with the Ego's Healthy Parts:	15
The Analytic Milieu-Therapy	
<i>Petra Schneider</i> (Berlin)	17
Zur Dynamik der kombinierten Technik —	
Entstehungsbedingungen und Verlauf einer „Terminierungsgruppe“	
A Contribution to Combined Technique in Psychotherapy —	38
The Terminal Phase of Therapy in a Small Group	
<i>Fritjof Winkelmann</i> (München)	41
Plötzlicher Therapeutenwechsel in der analytischen Einzel- und Gruppentherapie	
Sudden Changing of Therapist within the Analytic Individual and Group	50
Psychotherapy	
<i>Henry Bachrach</i> (Philadelphia)	52
Some Tangibles in Treatment Planning	
Kriterien bei der Planung psychotherapeutischer Behandlung	58
Buchbesprechungen / Book Reviews	60

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

Ich-Funktionen und Psychotherapie

Leopold Bellak *

Zur Planung und Verlaufskontrolle einer Psychotherapie geht der Autor von einer systematischen Auswertung der Ich-Funktionen, des Über-Ichs und der Triebstärke aus. Er prüft bei jeder Anamnese, welche Ich-Funktionen unversehrt sind und als „Verbündete“ während der Therapie infrage kommen und welche Ich-Funktionen nicht genügend entwickelt sind oder fehlen, so daß in diesen Bereichen eine gezielte Intervention durch den Therapeuten als Hilfs-Ich erforderlich wird. Besonders bei Patienten mit archaischen Ich-Krankheiten (Psychosen, Perversionen, psychosomatischen Erkrankungen, Borderline-Erkrankungen) ist die hier vorgeschlagene systematische Evaluation notwendig.

In diesem Zusammenhang muß auch jedesmal wieder sorgfältig die Frage geprüft werden, ob nicht die „Lernsituation“ einer Familien- oder Gruppentherapie im Einzelfall geeigneter ist als eine dyadische Psychotherapie.

Jede Form der Psychotherapie folgt m. E. bestimmten Gesetzen, die als Funktion in sich geschlossener Hypothesen der allgemeinen Psychologie der Persönlichkeit und der Spezifität der jeweiligen Psychopathologie verstanden werden können.

Ich habe versucht, die Notwendigkeit einer Berücksichtigung von theoretischen Konzepten beim Behandlungsverlauf in verschiedenen Publikationen darzustellen, z. B. in einer Arbeit über Kurztherapie (Bellak u. Small, 1972) und in einer anderen über Psychotherapie (Bellak, 1963) Darüber hinausgehend würde ich heute vorschlagen, daß man spezifisch planen sollte, in welches psychische „Gebiet“ man zunächst psychotherapeutisch eingreifen will, mit welcher Art von Intervention und in welcher Reihenfolge der „Gebiete“ und der Interventionen. Eingriffe in psychische „Gebiete“ können z. B. bei depressiven Patienten sein: Die Beschäftigung mit den gegenwärtigen und lebensgeschichtlichen Problemen der Selbsteinschätzung des Patienten oder die Bearbeitung des Konfliktes zwischen Aggression und Über-Ich. In einem anderen Fall können Enttäuschung und Zorn oder das introjizierte Objekt und dessen Beziehung zur gegenwärtigen Depression im Vordergrund stehen.

Die Intervention kann in einem Fall eine Interpretation, in einem anderen Rat und Unterstützung, Katharsis oder die Verordnung von Antidepressiva sein. Bei verschiedenen Patienten ist auch die Reihenfolge der angesprochenen Gebiete und die Art der Intervention unterschiedlich.

Unter mehreren gebräuchlichen Leithypothesen für die Planung von Psychotherapie halte ich weiterhin aufgrund meiner Forschungen der letzten Jahre die systematische Untersuchung der Ich-Funktionen, des Über-Ichs und der Triebstärke für besonders geeignet.

* Professor Dr. med., Psychoanalytiker, Larchmont, N. Y., Albert-Einstein-Medical-Institute, New York, New York University

Das Ich ist eine Abstraktion, die am besten operational durch seine Funktionen definiert werden kann. Der Versuch, zwölf Ich-Funktionen so zu definieren, daß ihre Beurteilung durch voneinander unabhängige Kliniker mit statistischer Gültigkeit zuverlässig übereinstimmt, wurde an anderer Stelle beschrieben (Bellak et al., 1973). Zwölf Ich-Funktionen (sowohl zur Abschätzung der Stärke und Konsistenz des Über-Ichs, der aggressiven und der libidinösen Triebe und deren Neutralisierung) schienen gerade notwendig und ausreichend zur klinischen Beschreibung der Ich-Stärke eines Patienten, nämlich: Realitätsprüfung; Urteilsvermögen; Realitätsgefühl; Regulierung und Kontrolle von Trieben, Affekten und Impulsen; Objektbeziehungen; Denkprozesse; adaptive Regression im Dienst des Ichs; Abwehrfunktion; Reizschranke; Funktion der Autonomie; synthetisch-integrative Funktion; Fähigkeit der Bewältigung.

Diese Ich-Funktionen variieren ausreichend unabhängig voneinander, so daß es sinnvoll ist, sie einzeln zu bewerten. Andererseits beeinflussen sie sich gegenseitig so weit, daß man vom Ich als einem Gesamtbegriff sprechen kann. Die systematische Auswertung der Ich-Funktionen kann klinische Probleme theoretisch begründen und dem Therapeuten helfen, sie aus einer mehr theoretisch distanzierten Sicht zu lösen. Distanz ist immer ein wesentlicher Teil der Urteilskraft, und die enge intellektuelle und affektive Wechselwirkung in der Arbeit mit Patienten führt zur Notwendigkeit einer dauernden Veränderung von Nähe und Distanz, sowohl konzeptionell als auch gefühlsmäßig*.

Ein Beispiel soll mein Anliegen deutlicher machen: Eine Assistenzärztin hatte mit einer schizophren reagierenden Patientin sehr gute Fortschritte gemacht, so daß alle Halluzinationen und Wahnideen verschwunden waren und die junge Frau jetzt ambulant behandelt werden konnte. Es schien aber, daß ein Stillstand eingetreten war. Vera hatte keine affektive Beziehung zu ihrem Mann; sie ignorierte in der Therapie alle Deutungen von Übertragung und Widerstand. Wir beschlossen, die Ich-Funktionen systematisch zu untersuchen, um zu sehen, ob wir damit die Dynamik der therapeutischen Situation und die Struktur der Patientin besser verstehen könnten. Wir begannen mit der Beurteilung der Fähigkeit zur Realitätsprüfung. Vera war jetzt ausreichend in der Lage, die äußere Wirklichkeit genau wahrzunehmen, eine der drei Bestandteile der Realitätsprüfung, ebenso konnte sie den Unterschied zwischen inneren und äußeren Erlebnissen gut beurteilen.

Aber die dritte Komponente — innere Realitätsprüfung und psychologisches Selbstverständnis — war noch immer sehr schlecht ausgebildet. Sie wußte, daß sie vormals Halluzinationen hatte und Wahnideen, aber

* Daher habe ich vorgeschlagen, daß wir in gewissen Intervallen jeden therapeutischen Verlauf mit einem Kollegen durchsprechen sollten oder den Patienten sogar von einem Kollegen sehen lassen sollten.

sie sah keine Beziehung zwischen ihnen, sich selbst und ihrer Lebensgeschichte. Sie konnte keine Gefühle der Wut und Enttäuschung empfinden, die ihr als „Signal-Funktion“ geholfen hätten, eine Situation realitätsgerecht einzuschätzen. Wir erinnerten aus der Krankengeschichte, daß Vera darunter gelitten hatte, daß die Eltern sich getrennt hatten, als sie sehr klein war, und sie nicht manifest darauf reagiert hatte. Sie war ein sehr „braves Kind“ gewesen, weil sie sich emotional zurückgezogen und das Trauma verleugnet hatte. Es wurde jetzt ganz klar, daß sie berechtigten Ärger über ihren Ehemann oder ihre Therapeutin ebenso mit Hilfe der Verleugnung zu bewältigen versuchte. Sie erlaubte sich nicht, ihre Gefühle und Gedanken wahrzunehmen. Mein Rat an die Kollegin war, sie solle jedesmal die gleichgültige Reaktion der Patientin — besonders in der Übertragung — als Wiederholung der Kindheitssituation deuten und solle gleichzeitig ausdrücken, daß sie sie — anders als die Eltern — nicht verlassen werde, auch wenn sie ihre Aggressionen offen ausdrücken würde. Es war wichtig, daß die Patientin lernte, sich selbst zu beobachten und ihre Gefühle wahrzunehmen.

Von der Untersuchung einer der Komponenten der Realitätsprüfung — der inneren Wahrnehmung der eigenen Gedanken und Gefühle — sind wir auf die Besprechung der Objektbeziehungen gekommen. Unsere Einsicht ist ganz sicher nicht einzigartig oder besonders bemerkenswert. Es war jedoch von großem Nutzen, daß die Kollegin erfuhr, was in der Patientin vorging und was zunächst zu tun war, um den Abbruch der Behandlung zu verhindern. Im Laufe der systematischen Untersuchung der Ich-Funktionen brauchten wir nicht weiter zu gehen als bis zur ersten in meiner Skala, da die Kollegin den Widerstand der Patientin erkannt hatte und die Stagnation der Behandlung aufgehoben werden konnte.

In einem anderen Fall demonstrierte ich die Technik der Kurztherapie hinter einem Einwegspiegel. Eine auf Einsicht gerichtete Kurztherapie schien für die intelligente, depressive Patientin in der ersten Sitzung indiziert zu sein. Bei der zweiten Zusammenkunft zeigte sich jedoch schnell, daß sie zwar allgemeine Zusammenhänge erkennen konnte zwischen ihren Symptomen, dem auslösenden Ereignis und ähnlichen Situationen in ihrer Lebensgeschichte. Sie hatte aber nicht die synthetisch-integrative Fähigkeit, diese Einsicht in neue affektive und kognitive Gestalten umzuorganisieren. Darauf mußte ich die ganze Behandlungsstrategie ändern und wählte statt einer Einsichtstherapie eine Behandlungsform, in der ich erklärte, daß ein kindlicher Teil von ihr weiter von der Mutter betreut werden wolle (da sie ihren Ehemann gerade verloren hatte und mit Agoraphobie, Übelkeit und Depression reagierte), und daß ein mehr erwachsener Teil zusammen mit mir versuchen müßte, diesen Wunsch unnötig zu machen. Deshalb half ich ihr direkt, ihr tägliches Leben „erwachsener“ zu strukturieren. Ich gab ihr ein Medikament gegen die Übel-

keit, mit dessen Hilfe sie morgens ausgehen konnte und bot ihr an, mich anzurufen, falls sie Schwierigkeiten oder Angst hätte. Sie würde sich besser fühlen, wenn sie wieder eine Stellung als Sekretärin annähme und so den erwachsenen Teil ihrer Persönlichkeit befriedigen könnte. Sie hätte dann die Genugtuung, sich selbst erhalten zu können und unabhängiger zu sein.

Ich schlug ihr eine Art Handel vor — das kindliche Vergnügen, von der Mutter betreut zu werden, verbunden mit dem Gefühl, hilflos und krank zu sein, einzutauschen gegen eine größere Unabhängigkeit.

Meiner Erfahrung nach — und so war es auch in diesem Fall — verschwindet der neurotische sekundäre Krankheitsgewinn schnell, wenn die realen Vorteile überwiegen. Ich habe das besonders in der vieljährigen Behandlung von Tuberkulösen und Herzkranken beobachtet, die ihre Passivität sehr stark narzißtisch besetzt hatten und Hilfe brauchten, erste Schwierigkeiten zu überwinden.

Nun ist auch dieser Fall ganz undramatisch, fast banal. Es handelt sich weder um eine besondere Einsicht noch um ein erstaunliches Resultat. Innerhalb von fünf Behandlungsstunden hatte die Patientin jedoch ihre monatealten, sie sehr behindernden und unangenehmen Symptome verloren. Aus der Beobachtung, daß eine Ich-Funktion — die Fähigkeit, intellektuelle Einsichten synthetisch zu verarbeiten — nicht vorhanden war, ergab sich die Notwendigkeit, die therapeutische Technik zu ändern. Ich vermute, daß viele Fälle einen zu geringen oder keinen therapeutischen Erfolg zeigen, weil oft nicht verstanden wurde, daß bestimmte Ich-Funktionen zu gering entwickelt sind.

Ich möchte kurz zusammenfassen: Ich halte es für sehr wichtig, sich bei jeder Anamnese systematisch ein klares Bild zu machen, welche Ich-Funktionen unversehrt sind. Bei Ich-schwachen Patienten sollte neben der üblichen psychotherapeutischen Taktik und Strategie überlegt werden, ob eventuell Medikamente eingesetzt werden sollen, um z. B. eine mangelhafte Impulskontrolle zu beeinflussen. Ferner sollte bedacht werden, ob nicht intrapsychische Veränderungen eher durch „Lern“-Situationen in der Gruppen- oder Familientherapie als in einer Einzeltherapie erreicht werden können. Die systematische Bewertung der Ich-Funktionen, der Triebstärke und des Über-Ichs ist um so notwendiger, je kränker der Patient ist. Besonders für die Planung der Therapie bei psychotischen Reaktionen und Borderline-Zuständen braucht man ein klares Bild darüber, wo die Stärken und Schwächen der Patienten liegen. Aber auch für jede Psychotherapie einschließlich der klassischen Psychoanalyse ist es wertvoll, wenn man aufgrund der Kenntnis dieser Variablen den Verlauf der Übertragung voraussagen kann. Man kann so die Wahrscheinlichkeit abschätzen, wie weit unter dem Druck der Regression eine starke Reali-

tätsverzerrung eintritt, die in den Bereich einer Übertragungspsychose rückt, ob das Urteilsvermögen so mangelhaft ist, daß magische Erwartungen entstehen können oder ob damit zu rechnen ist, daß der Patient aufgrund einer geringen Impulskontrolle Konflikte ausagieren muß. Ebenso wird es möglich, sich ein Bild zu machen, ob die relative „sensory deprivation“ und ein eingeschränktes Selbstgefühl in der klassischen Analyse die Wahrscheinlichkeit erhöht, daß der Patient Entfremdungsgefühle erleidet.

Ich bin hier besonders auf die Anwendung der Untersuchung der Ich-Funktionen im klinisch-therapeutischen Bereich eingegangen. An anderer Stelle habe ich beschrieben, daß die Bewertung der Ich-Funktionen durch verschiedene Untersucher bei einem Patienten zuverlässig übereinstimmt (*Bellak, 1973*).

Weiterhin ist die Methode geeignet, die Wirkung von Drogen objektiv zu bewerten, Fortschritte in der Therapie zu messen und die Resultate anderer psychologischer Tests zu kontrollieren. Die systematische Bewertung der Ich-Funktionen ist somit auf vielen Gebieten der Psychiatrie, der Psychologie und der Psychoanalyse anwendbar.

Ego-Functions and Psychotherapy

Leopold Bellak

Bellak suggests a specific planning and timing of psychotherapy related to its content and style of intervention. In the treatment of a depressive patient one might at first focus on present or past problems of self respect, or on the conflict between aggression and super-ego, or on disappointment and anger, or on the nature of the introjected object and its significance to the present state of depression.

A systematic evaluation of the ego-functions, of the super-ego structure and the strength of instincts is useful in planning psychotherapy. *Bellak* operationalizes 12 ego-functions: Reality Testing; Judgement; Sense of Reality of the World and the Self; Regulation and Control of Drives; Affects, and Impulses; Object Relations; Thought Processes; Adaptive Aggression in the Service of the Ego; Defensive Functioning; Stimulus Barrier Autonomous Functioning; Synthetic-Integrative Functioning; Mastery-Competence.

In anamnesis it is important to investigate which ego-functions have remained unimpaired.

First he describes the process of therapy with a schizophrenic patient, in which the process of analytic treatment has been stalemated after the

dissolution of hallucinations and delusions. Of the three constituents of reality testing the patient was able to perceive external reality and could differentiate between inner and outer experiences, but could not perceive any relation between her former hallucinations and delusional ideas and her life-history, neither was she aware of any feelings of anger or disappointment.

The anamnesis made evident that there was no manifest reaction to the early separation of her parents and that she had denied any traumatic experience in connection with it. In the same way she tried to deny any justified anger she had with her husband or with the therapist. Whenever the patient reacted with indifference — above all in transference — it was interpreted as a repetition of her childhood situation, but at the same time she was reassured that the therapist — unlike the parents — would stay with her, even in the case of openly expressed aggression. Thus the stagnation in the treatment process could be lifted.

A depressive patient seemed to be suitable for individual analysis after having seen her for the first time. The second hour, she showed that she was able to perceive the connection between her symptoms, the traumatic event and similar situations in her life history, but had not the synthetic-integrative ability, to restructure this insight into new affective and cognitive patterns. The therapist interpreted to her that an infantile part of her still wished to be taken care of by her mother and that a mature part aimed, in cooperation with the therapist, at rendering this behaviour unnecessary. In her case the aim was to make her daily life more mature. The analyst strengthened her wish to pick up her work as a secretary. This aimed at a sort of bargaining: the patient exchanged the infantile satisfaction of being taken care of with its disadvantages of being helpless and sick against the feeling to be independent and less sick. With the growth of real object relations the neurotic secondary gain from illness disappeared. This process is especially important in the case of chronically organic patients.

The systematic evaluation of ego-functions, of the strength of super-ego and instincts, as well as their consistency is the more necessary the more disturbed the patient reacts. Carefully it has to be investigated, if not a learning-situation like family-therapy is more indicated than a dyadic therapy.

The evaluation of the 12 ego-functions, of the super-ego and strength of instincts might also serve for the measurement of therapeutic process, for the evaluation of the treatment process and for testing psychological test results. It might be applied on many fields of psychiatry, psychology and psychoanalysis.

Literatur

- Bellak, L.* (1963): Methodology and Research in the Psychotherapy of Psychoses. In: Am. Psychiat. Ass. Research Report No. 17
- (1974): Psychodiagnostic Test Report Blank (Larchmont, N. Y.: C.P.S.)
- ; Chassan, J. B.; Gediman, H.; Hurvich, M. (1973): Ego-Funktion Assessment of Analytic Psychotherapy Combined with Drug Therapy. In: J. Nerv. Ment. Diseases (157) No. 6 465—469
- ; Hurvich, M.; Gediman, H. (1973): Ego Functions in Schizophrenics, Neurotics, and Normals (New York: Wiley)
- ; Loeb, L. (1969): The Schizophrenic Syndrome (New York: Grune & Stratton)
- ; Meyers, B. (1975): Ego-Function Assessment and Analyzability. In. Int. J. Psychoanal., i. Vorb.
- ; Sheehy, M. (1975): The Broad Role of Ego Function Assessment. unveröfftl. Manuskript.
- ; Small, L. (1972): Kurzpsychotherapie und Notfallpsychotherapie (Frankfurt/M.: Suhrkamp)

Adresse des Autors:
 Prof. Dr. med. Leopold Bellak
 22, Rockwood Drive
 Larchmont, N. Y. 10538

Die Arbeit mit den gesunden Ich-Anteilen: Die analytische Milieuthérapie**

Gislinde Bass *

Die Arbeit stellt die psychoanalytische Milieuthérapie dar, wie sie auf der Basis einer analytischen Ich- und Gruppentherapie praktiziert wird. Sie wird stets in Verbindung mit einer aufdeckenden Therapie durchgeführt, stimuliert jedoch im Unterschied zu dieser keine Übertragungs- und Regressionsprozesse, sondern bemüht sich auf der Realitätssebene, mit den gesunden Ich-Anteilen der einzelnen Patienten zu arbeiten. Außeres Setting, ein teamartiges Arbeitsprojekt, eine besondere Beziehung zum Therapeuten und die Gruppe sind die wesentlichen therapeutischen Mittel, die eine Ich-Thérapie in diesem Rahmen ermöglichen.

Im folgenden möchte ich das Verfahren der analytischen Milieuthérapie, wie es von *Günter Ammon* (1959) entwickelt wurde und in der Bundesrepublik von ihm und seinen Mitarbeitern seit 1968 intensiv praktiziert wird, in einigen wesentlichen theoretischen Punkten darstellen.

Eine milieuthérapeutische Gruppe wird aus Patienten, die sich in verschiedenen psychoanalytischen Gruppen befinden, zusammengestellt. Jährlich nehmen aus verschiedenen gruppentherapeutischen Gruppen der Praxis 20 %, also ca. 30—40 Patienten, am milieuthérapeutischen Programm teil. Eine milieuthérapeutische Gruppe besteht aus etwa 12 Patienten. Die Milieuthérapie findet vorwiegend in der Tagesklinik Stelzerreut statt, wo auch gruppendynamische Klausurtagungen und internationale Kongresse veranstaltet werden, aber auch im Kongreßzentrum Paestum.

Eine milieuthérapeutische Gruppe bereitet sich in Vorsitzungen, die zwischen einem Monat bis hin zu drei Monaten dauern können, in Berlin auf das Zusammenleben in einer der Tageskliniken vor. Die Patienten gestalten ihren drei- bis vierwöchigen Aufenthalt in Zusammenarbeit mit dem begleitenden Therapeuten selbstverantwortlich. Sie versorgen sich selbst mit Essen, regeln Arbeit und Freizeit. Jede milieuthérapeutische Gruppe hat ein bestimmtes abgegrenztes Arbeitsprojekt, mit dem sie sich während ihres Aufenthaltes in der Tagesklinik auseinandersetzen muß. Meistens handelt es sich um Arbeiten an der Tagesklinik (Maurer-, Maler- und Holzarbeiten z. B.) oder um Arbeiten im Gelände, Parkgestaltung oder Erschließen einer Quelle. Während des Aufenthaltes werden täglich unter der Leitung des Therapeuten Sitzungen abgehalten. Sie tragen eher einen gruppendynamischen als einen gruppenpsychotherapeutischen Cha-

* Lehranalytikerin 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).

rakter, da sie sich vor allem auf die Durcharbeitung von Tagesereignissen beziehen. Der die Milieugruppe leitende Therapeut wurde über die Psychodynamik jedes einzelnen Patienten von den jeweiligen Gruppentherapeuten informiert. Bei dieser Form der Milieuthherapie stehen die gesunden Ich-Anteile der einzelnen Patienten im Vordergrund. Man könnte sie quasi als Eintrittskarte für die milieutherapeutische Gruppe bezeichnen. Die analytische Milieuthherapie ist keine Technik, die isoliert angewendet werden kann. Sie ist eine intensive Ich-Therapie, die nur in Verbindung mit einer aufdeckenden Therapie möglich ist, zumeist einer analytischen Gruppentherapie. Anders als diese arbeitet die milieutherapeutische Gruppe in einem weit geringeren Maße mit dem Phänomen der Übertragung und versucht, Regressionsprozesse möglichst einzudämmen. Die Milieuthherapie ist nach *Ammon* (1973) der Versuch, „dem Problem jener Patienten gerecht zu werden, deren schwere Ich-Störung es ihnen unmöglich macht, das eigene Verhalten zum Gegenstand reflektierender Beobachtung zu machen und die auch nicht in der Lage sind, mit Hilfe einer therapeutischen Gruppe, die ihre vergangene und aktuelle Lebenssituation repräsentiert“ (die Betonung liegt hier auf dem Wort repräsentiert, *G. B.*), Einsicht in ihr Verhalten und ihre Konflikte zu gewinnen. Es handelt sich um Patienten, die „nicht imstande sind, ihre Konflikte zugleich auf der realen und der symbolischen Ebene der Interaktion in der therapeutischen Gruppe darzustellen und zu bearbeiten“ (*Ammon*, ebda.). Das heißt, diese Patienten können sich, obwohl der Realitätsaspekt in der analytischen Gruppe in einem stärkeren Maße als in der Einzeltherapie, die sich ja nur mit dem intrapsychischen Konflikt befaßt, vorhanden ist, nicht in ihrer pathologischen Übertragungsdynamik wiedererkennen. Sie nehmen an, daß die Interpretationen ihres Verhaltens nicht stimmen, weil es sich ja nur um eine therapeutische Gruppe handele, weil der Therapeut, der die Patienten ja nur zweimal in der Woche sieht, gar nicht den rechten Überblick habe usw. Dennoch stehen sie unter einem starken Leidensdruck, den sie aber nicht verbalisieren können. Sie benötigen eine Situation, die sowohl eine therapeutische ist, als auch ein Höchstmaß an Realitätscharakter besitzt: die analytische Milieuthherapie, in der die gesamte Lebenssituation des Patienten deckungsgleich mit seiner therapeutischen Situation ist. Die Konfrontation findet nicht mit Übertragungsobjekten, sondern mit der Realität selbst statt.

Die Milieuthherapie ist für alle Patienten indiziert, die entweder ein zersplittertes Ich besitzen, wie schizoide und Borderline-Persönlichkeiten, oder auch für solche Patienten, die einzelne Ich-Anteile, gesunde oder pathologisch deformierte, von ihrem Bewußtsein zwangsneurotisch abgespalten haben. Trotz ihres Leidensdrucks können sie die Rolle des Patienten nicht annehmen, da sie ihren Konflikt entfremdet erleben. Eine wei-

tere Gruppe sind depressive Patienten, denen es eine schwere Objektstörung unmöglich macht, eine stabile Übertragungsbeziehung aufzubauen. Für sie bedeutet die Teilnahme an der Milieuthherapie immer eine Stärkung des therapeutischen Bündnisses wie auch eine Entlastung von ihren Über-Ich-Anforderungen. Ferner habe ich Patienten beobachten können, für die eine Milieuthherapie indiziert war, weil sie über die Arbeit an einem Projekt, die sie für den „Therapeuten ausführten“, wie sie es erlebten, dann schließlich auch ohne Schuldgefühle therapeutische Hilfe in ihrer Gruppenpsychotherapie annehmen konnten.

Eine milieutheraeutische Gruppe besteht meistens aus Patienten mit verschiedener Symptomatik, unterschiedlicher Ich-Stärke, unterschiedlich langer Teilnahme an einer gruppenpsychotherapeutischen Behandlung. Es kommt darauf an, daß die Gruppe funktionsfähig ist, das heißt ein Gruppen-Ich aus dem Ensemble der gesunden Ich-Anteile aller sich bilden kann, das wiederum als Identifikationsmuster für den individuellen Ich-Aufbau dient. Das Strukturieren einer milieutheraeutischen Gruppe ist für den Therapeuten die wichtigste, aber auch schwierigste Aufgabe. Das Ziel, ein Gruppen-Ich auszubilden, steht bei der Zusammenstellung der Gruppe in den Vorsitzungen im Vordergrund. Patienten, die nicht erkennen lassen, daß sie sich mit der Gruppe konstruktiv auseinandersetzen, sondern die die Gruppe im Rahmen ihrer pathologischen Übertragungsdynamik erleben, sowie Patienten, die nicht in der Lage sind, im Rahmen ihrer Möglichkeiten (dabei handelt es sich nicht vor allem um handwerkliche oder organisatorische Fähigkeiten, sondern auch um emotionale und soziale Kompetenz) einen konstruktiven Beitrag zu dem gemeinsamen Projekt und dem Zusammenleben zu leisten, scheiden vorher aus.

Die theoretischen Grundlagen der analytischen Milieuthherapie sind in der Objektschule, der analytischen Ich-Psychologie in Verbindung mit der Narzißmusforschung und der *Ammonschen* Ich- und Gruppenforschung zu suchen. Ohne die Theorie vom Gruppen-Ich, der Ich-Entwicklung in der Gruppe, der Gruppen- und der Ich-Grenze ist die analytische Milieuthherapie als Ich-Therapie nicht denkbar.

Die Milieuthherapie ist keine Arbeits- und Beschäftigungstherapie, die allein darauf abzielt, eine Beziehung zu Objekten herzustellen. Das Projekt, die Arbeit, spielt zwar eine wichtige Rolle, ist aber nicht das Ziel. Sie ist insofern wichtig, weil sie Einsichten in die Art der Objektbeziehungen, die der Patient aufgebaut hat, vermittelt. Sie läßt die Tiefe und Weite der Interessen des Patienten erkennen, und wieweit der Patient autonom funktionieren kann. Durch sie wird eine erste nachholende Ich-Entwicklung möglich.

Die ersten Objektbeziehungen des Kindes finden über die Beziehung zur Mutter am eigenen Körper statt, sind mit der Herausbildung eines

Körper-Ichs identisch. Oft werden in der Milieuthherapie gerade diese ersten Objektbeziehungen wieder neu erfahren oder auch zum ersten Mal bewußt erlebt. Das heißt, die Körper-Ich-Grenze wird erneut besetzt. Dabei spielen einfache körperliche Reaktionen, wie müde zu sein, zu schwitzen, eine wesentliche Rolle. Der Ausspruch eines schwerkranken Patienten, der nur über philosophische Gespräche Kontakt aufnehmen konnte und große Berührungsangst zeigte, veranschaulicht das. Er teilte der Gruppe in der letzten Sitzung mit, daß er morgen beruhigt abfahren werde, denn es sei ihm zum ersten Mal gelungen, zu schwitzen. Die Gruppe reagierte darauf mit großem Verständnis, obwohl sie sich während des ganzen Aufenthaltes über den Patienten wegen seiner „Faulheit“ sehr aufgeregt hatte.

Dieser Aspekt, über Arbeit Zugang zu neuen Objektbezeichnungen zu finden, können auch in einer Milieuthherapie für den einzelnen Patienten nachgewiesen werden, und hierauf basieren alle Formen moderner Arbeits- und Beschäftigungstherapie in psychiatrischen Kliniken. Ausgehend von den Erfahrungen *Simmels* (1929, 1936) wurde sie in der Menninger Clinic angewendet, wo man zur Stärkung Ich-schwacher Patienten solche milieutherapeutischen Programme entwickelte. Jedoch läßt sich die analytische Milieuthherapie damit nicht erschöpfen, die als wesentliches Element ihrer Arbeit die Gruppe anerkennt, in der alle Ich-Entwicklung, auch die nachholende, stattfindet. Ein weiteres wichtiges Element für die nachholende Ich-Entwicklung ist die Vielfalt narzißtischer Befriedigung, die in der milieutherapeutischen Gruppe angeboten wird. Der Patient hat seine einseitig ausgebildeten Ich-Anteile ambivalent besetzt. Auf der einen Seite identifiziert er sich narzißtisch mit ihnen, auf der anderen Seite erlebt er immer wieder die narzißtische Kränkung, daß ihm kein vollständiges Ich gestattet wurde. In der milieutherapeutischen Gruppe wird nun diese Einseitigkeit in der Interaktion mit den gesunden Ich-Anteilen der anderen funktional. Gleichzeitig werden die Löcher in der Ich-Struktur bemerkt und mit Verständnis darauf reagiert. Ein anderes Gruppenmitglied mag eben diese vermißten Fähigkeiten haben.

In der Milieuthherapie wird die Möglichkeit, narzißtische Besetzungen, sei es kollektiv oder individuell, aufzubauen und auszuleben, intensiv genutzt. Die Gruppenmitglieder bewundern sich selbst, sie fotografieren sich, filmen das Projekt, hängen bei ihrer Rückkehr in der Praxis große Fotos aus, fragen auch nachfolgende Gruppen nach ihrem Projekt, ob es nicht prächtig sei usw. Das nimmt manchmal Züge eines grandiosen Objektes an und wird in der Gruppenpsychotherapie durchgearbeitet. Der Einzelne findet auch Möglichkeiten, sich narzißtisch zu bestätigen, indem er eine besonderes schwierige Arbeit oder eine ästhetisch schöne Arbeit ausführt. Wichtig ist, daß die Gruppe und der Therapeut dies wahrnehmen und den einzelnen bestätigen.

Eine andere Möglichkeit, Ich-Entwicklung nachzuholen, liegt im Ausprobieren von Identitäten, wie es sonst Kinder im Spiel vor der Mutter machen und wie es unseren Patienten in ihrer Kindheit von verständnislosen und ungeduldigen Müttern verwehrt wurde. Die Milieuthherapie stellt eine Vielfalt von Rollen zur Verfügung, die relativ frei disponibel sind, sei es in der Arbeit am Projekt, in der Küche, in Kontakten mit der Umwelt oder in der Freizeit. Wichtig hierbei ist, daß das Ausleben von Identitäten nie isoliert von der Gruppe geschieht. Der Einzelne hat seine Gegenspieler, Zuschauer, Kritiker und findet Ablehnung oder freundliche Unterstützung. Es wäre falsch, daraus den Schluß zu ziehen, daß die Milieuthherapie eine Spieltherapie für erwachsene Patienten ist. Es handelt sich hier um eine nachholende Ich-Entwicklung im Rahmen einer Gruppe, die ein „facilitating environment“ im Sinne *Winnicotts* (1972) schafft, und nicht um die Aufdeckung kindlicher Konflikte, die nur im Spiel darstellbar sind. Die analytische Milieuthherapie ist eine Ich-Therapie, die das Ich durch den Aufbau neuer Objektbeziehungen und durch eine realitätsgerechte Interaktion mit einer Gruppe und ihrer Umwelt stärkt. Sie findet in einer Gruppe statt, in der die einzelnen Mitglieder verschieden gut ausgebildete Ich-Anteile besitzen, verschiedene Individualitäten, verschiedene Pathologien. Es ist eine Gruppe, die einer gutfunktionierenden Gruppe, wie sie für eine gesunde Ich-Entwicklung in der Kindheit wesentlich wäre oder gewesen wäre, nahekommt.

Die technischen Mittel der analytischen Milieuthherapie sind 1. das Milieu, der Ort i. e. Sinne selbst, 2. das Arbeitsprojekt, 3. eine besondere Beziehung zum Therapeuten, verglichen mit anderen psychoanalytischen Techniken, und 4. vor allem die Gruppe selbst.

In einem allgemeinen Sinne bezeichnet der Begriff Milieu die gesamte Situation, im engeren Sinne soll er im folgenden das äußere Setting benennen. Dies besteht im zeitlich begrenzten Aufenthalt in einer Tagesklinik, die Teil einer größeren psychoanalytischen Praxis ist. Dieses Milieu dient dazu, den äußeren Rahmen für Abgrenzung und Identität der Gruppe bereitzustellen und ist nicht in dem Sinne der Ort des Ausagierens der pathologischen Symptomatik, wie er es in der Gruppenpsychotherapie ist. Das Milieu hat Realcharakter, hat wenig mit einer psychiatrischen Klinik herkömmlichen Stils gemeinsam. Der Realitätsaspekt steht im Vordergrund, und es wird alles vermieden, was den Patienten mit seiner Patientenrolle identifizieren könnte. Der Patient wird immer wieder in seinen pathologischen Persönlichkeitsanteilen verunsichert durch eine ständige Konfrontation mit der Realität. Das gesunde Ich ist ein realitätsgerechtes Ich, das den Patienten befähigt, sich nach und nach besser mit der Realität auseinanderzusetzen. Es ist ein Irrtum zu meinen, daß es das einzige Bedürfnis des Patienten ist, als Kranker anerkannt zu werden.

Dieses therapeutische Milieu, das so wenig mit herkömmlichen therapeutischen Milieus zu tun hat, stärkt die schwache Ich-Struktur der Patienten. Es bildet kein Als-ob-Ich, kein Ich-Surrogat, wie es die Beschäftigungstherapie macht. Seine Bedeutung besteht darin, daß eine ständige Auseinandersetzung mit der Realität stattfindet, die der Ich-Erweiterung dient. Das Projekt dient zum Aufbau von Objektbeziehungen, wie ich es bereits andeutete. Es ist konkret nur zum Teil vorgegeben, zum anderen, weitaus größeren Teil, muß die Gruppe es sich selbstverantwortlich erst aneignen. Es kann zum Beispiel darin bestehen, eine Pergola im Garten zu bauen. Wie diese konstruiert wird, die Baupläne entworfen werden, das Material ausgesucht und besorgt wird, mit knappen Mitteln kalkuliert wird, ist Angelegenheit der Gruppe. Die endgültige Formgebung und Durchführung eines Projektes ist eine Frage des Umgangs mit der Realität, des Desinteresses oder der Starrheit oder schließlich des kreativen Potentials einer Gruppe. Ich habe bisher keine Gruppe erlebt, die ein Projekt nicht beendet hätte. Ein Mißlingen wäre jedoch unbedingt mit der Gruppe im Milieu noch durchzuarbeiten, da sie sonst eine schwere Schädigung ihres Selbstwertgefühls erleben würde.

Das Projekt selbst ist immer so konstruiert, daß es ein teamartiges Zusammenarbeiten erfordert und nicht ein Nebeneinanderherarbeiten. Das Projekt und seine Lösung ist eine Gruppenleistung, trotz oder jenseits aller Pathologie.

Die analytische Milieuthherapie arbeitet nur zu einem geringen Maße mit dem Mittel der Übertragung auf den Therapeuten und stimuliert auch keine Regressionsprozesse als therapeutisches Medium. Der Therapeut in der analytischen Milieuthherapie fungiert nicht als Spiegel, der es durch therapeutische Abstinenz möglich macht, daß frühkindliche Reaktionsweisen durch den Prozeß der Übertragung auf ihn bewußt gemacht werden können. Das bleibt der Gruppenpsychotherapie überlassen. Er ist vor allem ein Identifikationsobjekt für den Ich-schwachen Patienten. Der Therapeut, der mit den Gruppenmitgliedern zusammen am Projekt arbeitet, mit ihnen zusammenlebt und seine Freizeit verbringt, wird, wie *Ammon* (1973) es ausdrückt, zum aktiven Partner in dieser Lebenssituation und erst in zweiter Linie zum Interpretieren des Verhaltens und der Konflikte des Patienten. Das heißt, er bleibt eine reale Person, und die Konflikte des Patienten werden vornehmlich im Umgang mit Personen und Objekten verdeutlicht.

Je mehr der Therapeut sich der Aufgabe entzieht, aktiv am Zusammenleben und an der Arbeit der Gruppe teilzunehmen, um so mehr bringt er den Patienten durch diese Distanz in seine Patientenrolle und um so tiefere Regressionsprozesse werden eingeleitet. Fast alle Versuche, sich als Therapeut von der Gruppe zurückzuziehen und nur die abendlichen Sitzungen der Gruppe zu leiten, gefährden den Einsatz und das Projekt

und damit den therapeutischen Nutzen für die Patienten. Von der Gruppe selbst kommt auch immer wieder der Versuch, den Therapeuten in das Gruppengeschehen real miteinzubeziehen. Man könnte sein Verhalten als ein bewußtes Mitagieren bezeichnen.

Das zentrale Element der analytischen Milieuthherapie ist jedoch die selbstverantwortliche therapeutische Gruppe. Die Gruppe trifft sich täglich zu Gruppensitzungen, die weniger gruppenpsychotherapeutischen als gruppenspezifischen Charakter haben. Diese Gruppensitzungen arbeiten mit dem Hier und Jetzt und wenig mit dem Damals und Dort. Sie dienen der Integration, der Identifikation mit dem Gruppen-Ich, das sich im Laufe des milieutheraeutischen Prozesses immer stärker herausbildet. In ihnen findet die Auseinandersetzung mit starren Über-Ich-Anforderungen wie mit überflutenden Es-Wünschen statt. Sie grenzen die Pathologie in der Gruppe durch Verbalisation ein und fordern so eine ständige Kommunikation über die Bedürfnisse der einzelnen untereinander.

Die Gruppe übernimmt nach und nach in den Gruppensitzungen in Auseinandersetzung mit den gesunden und pathologischen Ich-Anteilen der einzelnen die Ich-Funktion einer integrierenden und synthetisierenden Beobachtung des Verhaltens der einzelnen. Dieses Gruppen-Ich wird zunächst am deutlichsten durch den begleitenden Therapeuten, wie auch durch einzelne Patienten, die besondere Funktionen in der Gruppe übernommen haben, dargestellt. Im gruppenspezifischen Prozeß, an dem jeder gleichberechtigt teilnimmt, werden die Talente und Mängel der einzelnen Mitglieder benannt und die Bedeutung der gesunden Ich-Anteile in ihrem Zusammenspiel für die Gruppe bewußt gemacht. Die Gruppe existiert nur durch die Interaktion ihrer Teile. Sie ist das Ensemble aller Ich-Funktionen, ist der Prototyp für ein integriertes Ich. Die gesunden Ich-Anteile sind in der Gruppe aufgehoben, die Gruppe als Ganze ist die Identität, die der Patient noch nicht hat. Die Arbeit mit gesunden Ich-Anteilen ist wahrscheinlich am effektivsten in einer Gruppe, vielleicht nur hier möglich. Im Nachhinein wird das Gruppen-Ich als ein freundliches Hilfs-Ich angesehen, als ein potentielles Ich, an dem man real Anteil gehabt hat.

Am besten läßt sich dieser Prozeß durch ein abschließendes Zitat von *Günter Ammon* (1973) ausdrücken, das für jede Art von Gruppenpsychotherapie gültig ist: „Durch die Herstellung einer flexiblen, gemeinsamen Gruppengrenze, mit der sie den Patienten umgibt, entlastet sie (die Gruppe) sein schwaches und gestörtes Ich und bildet in der Realität ihrer interpersonellen Beziehungen ein Vorbild für die Ich-Grenzen, die der Patient im Zuge seiner nachholenden Ich-Entwicklung aufbauen soll.“

Working with the Ego's Healthy Parts: The Analytic Milieu-Therapy

Gislinde Bass

This essay gives a brief overview on psychoanalytic milieu-therapy as it has been practised by *Günter Ammon* and his co-workers since a couple of years. This kind of therapy, in which nearly 20 % of patients who are treated in analytic group therapy takes part, has its theoretic basis in analytic ego- and group-psychology. Conceptions as group-ego, ego- and group-boundaries are indispensable for its understanding. Analytic milieu therapy is indicated for all those patients, who suffer from a split ego or who experience certain ego-parts in such an alienated way that even analytic group therapy cannot work upon it.

It is no therapy that can be handled isolated, but can only be done in accordance with an analytic therapy. Unlike an uncovering analytic therapy it does not stimulate processes of transference and regression, but tries to work on a reality level, in the here and now, with the patients' healthy ego-parts. Group sessions held daily primarily serve the confrontation with daily problems and not with infantile conflicts.

A milieu-therapy group consists of members from different therapy groups who are working and living together in an open day hospital for a couple of weeks. Before the stay in the day hospital the group meets for some sessions, after the stay some sessions follow but then the patients reenter their own therapy groups. The group has to be selected carefully, since it is the group that has to provide a healthy whole of ego-parts which may serve the individual patient as a model for his own building up of an ego or an integration of his ego-parts.

The essential therapeutic tools in milieu-therapy are the formal setting, the open day hospital, which has been constructed by different milieu-therapy groups and thus gives a historic background, the working project, which only can be done in cooperation, serving the diagnosis of object relations and giving narcissistic supply, the special relationship to the therapist, who works and lives with the group, who is more an identification than a transference figure and most important it is the group, that provides for a group-ego and a group-boundary and with the "facilitating environment" necessary for a making up of ego-development.

Literatur

- Ammon, G.* (1959): Theoretical Aspects of Milieu Therapy. The Menninger School of Psychiatry, Topeka/Kansas, USA
- (1971 a): Freizeitgestaltung im Rahmen einer gruppenspezifischen Arbeitstherapie. In: *Z. Psychother. med. Psychol.* (21) 197—204
- (1971 b): Probleme der Freizeitgestaltung im Rahmen einer gruppenspezifischen Arbeitstherapie. In: *Prax. Psychother.* (16) 152—166
- (1971 c): Analytische Milieuthherapie und „Freie Zeit“ — Eine sozialpsychiatrische Studie. In: *Beschäftigungsther. Rehabil.* (2)
- (1973): Psychoanalytische Milieuthherapie. In: *Dynamische Psychiatrie — Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie* (Darmstadt: Luchterhand), vgl.: Psychoanalytische Milieuthherapie. In: *Dyn. Psychiat.* (6) 112—120
- Simmel, E.* (1929): Psychoanalytic Treatment in a Sanatorium. In: *Int. J. Psychoanal.* (10) 70—89
- (1936): The Psychoanalytic Sanatorium and the Psychoanalytic Movement. In: *Bull. Menn. Clinic* (1) 133—134
- Winnicott, D. W.* (1972): *The Maturational Process and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development* (London: Hogarth)

Adresse der Autorin:
Gislinde Bass
8 München 40
Hohenzollernstr. 110

Zur Dynamik der kombinierten Technik — Entstehungsbedingungen und Verlauf einer „Terminierungsgruppe“**

Petra Schneider *

Anhand einer komprimierten Falldarstellung dreier weiblicher Patienten, die in der Terminierungsphase der Therapie in einer Kleingruppe mit parallel laufenden Einzelsitzungen zusammengefaßt wurden, wird diskutiert, welche spezifischen Persönlichkeitsstrukturen hier jeweils der schweren Trennungsproblematik zugrunde lagen, die eine kombinierte Technik in dieser Form für indiziert und erfolgversprechend erscheinen ließen. Den Schwerpunkt der Darstellung bilden die Genese und die Entwicklung von Abgrenzungs- und Identitätsängsten im Leben und in der Therapie dieser Patienten. Die gelingende Abgrenzung und Identitätsfindung war dabei erst möglich nach einer Phase der Regression, die zu einer Anerkennung der Abhängigkeitsbedürfnisse führte und dadurch schuld- und ambivalenzfreie Abgrenzung und Identitätsbildung in der kombinierten Situation möglich machte.

Probleme der Termination

Die Initialphase und die Endphase einer Behandlung müssen als entscheidende Phasen des therapeutischen Prozesses angesehen werden. Die Beendigung einer Behandlung in der Gruppe hat in der gruppentherapeutischen Literatur bisher wenig Beachtung gefunden (siehe auch *Illing*, 1969), obwohl gerade diese Situation besondere Schwierigkeiten mit sich bringt und eine flexible Handhabung erfordert.

Diese Arbeit beschreibt eine besondere Variante der Gruppenbeendigung, nämlich die Entstehung einer Kleingruppe mit drei weiblichen Patienten zum Zwecke der Beendigung ihrer langjährigen Therapie, wobei hier eine kombinierte Form der Einzel- und Gruppentherapie bei demselben Therapeuten unter dem spezifischen Gesichtspunkt der Bearbeitung der Trennungs- und Abhängigkeitsproblematik dieser Patienten gewählt wurde. Die psychodynamischen Voraussetzungen und die Konstellation, die zur Entstehung der Kleingruppe führten, werden komprimiert dargestellt, um aufzuzeigen und zu diskutieren, aufgrund welcher Spezifika ein kombinierter Gruppen- und Einzelprozeß bei Patienten mit Ambivalenz- und Abhängigkeitskonflikten und Trennungsschwierigkeiten insbesondere für den Abschluß einer Behandlung indiziert sein kann.

* Psychoanalytikerin am Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik (LFI) Berlin 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)

Die drei Frauen, Kersten, Erdmute und Rena im Alter zwischen 30 und 40 Jahren waren im Laufe ihrer insgesamt fünf bis acht Jahre dauernden Therapie bei verschiedenen Therapeuten und unter Anwendung verschiedener therapeutischer Techniken (wie Gruppentherapie, Milieuthherapie, Einzeltherapie und klassische Psychoanalyse) nicht in der Lage gewesen, ein therapeutisches Bündnis herzustellen. Sie konnten die Analyse nicht beenden, weil sie den Therapeuten, stellvertretend für die Eltern und die Erwachsenen schlechthin immer wieder beweisen wollten, daß sie sie nicht verstanden und ihnen nicht das Richtige gegeben hatten. In einer phallisch-kastrierenden Grundhaltung, bedingt durch eine narzißtische Autoritätsproblematik und unbewußte Rachewünsche erwarteten die drei Frauen von mir, ihrer letzten Therapeutin, daß ich mich ändern solle und versuchten damit, mich zur Patientin zu machen.

Der Zusammenschluß der drei Einzelpatientinnen in der Kleingruppe, der „Amazonengruppe“, war gedacht als letzter Versuch, der un-gelebten und unerlebten Therapie eine neue Form zu geben und Grundbedingungen der Abwehrhaltung „des toten Lebens“ (Miller de Paiva, 1973) bei diesen Patientinnen gemeinsam zu erhellen. Ziel war dabei, die Patientinnen aus ihrem toten Leben, ihren falschen Selbstvorstellungen, d. h. auch von den schlechten internalisierten Elternimages, zu befreien.

Die Gleichzeitigkeit von neurotischen Symptomen und archaischen Abwehrmechanismen bedingte bei diesen Patienten besondere diagnostische und prognostische Schwierigkeiten. Deutlich wurde dies bei Erdmute, deren Problematik zu Beginn ihrer Therapie im neurotischen Formenkreis liegend eingestuft worden war, während Renas und Kerstens Schwierigkeiten von Anbeginn im Borderline-Bereich angesiedelt schienen. Bei Erdmute wurde dann erst im Verlauf ihrer Analyse und ihrer drei mißlungenen Terminationsversuche die destruktive Familiendynamik, die starke Identitätsdiffusion und Identitätsangst und ihre in einem starren Charakterpanzer eingeschlossenen Aggressionen in vollem Ausmaß sichtbar.

Die Panikreaktion auf die jeweils gesetzten oder prospektierten Endtermine stellten die Trennungängste, verbunden mit Aggressions- und Identitätsängsten in den Vordergrund des therapeutischen Prozesses. Wegen der strukturellen Ähnlichkeiten und eines ähnlichen Therapieverlaufes der drei Patientinnen stellte sich die Frage nach einer Veränderung der therapeutischen Situation. Daher wurde die Möglichkeit einer Kleingruppe erwogen.

Bei den drei Patientinnen mußte die Zielsetzung der Endphase darin bestehen, sich selbst als integrierte Person annehmen und damit mit der Therapie ein gutes, intaktes Objekt internalisieren zu können. Vermie-

den werden sollte vor allen Dingen, was bei der schweren Trennungsproblematik als Gefahr drohte, daß die Therapie als ein destruktives Marathon erlebt wurde, an dessen Ende Patient und Therapeut gleichermaßen erschöpft, lustlos und resigniert die Therapie gewaltsam einem Ende zuführen.

Familiendynamik

Die drei Frauen haben einen ähnlichen Familienhintergrund. Jede der Familien hatte eine hervorgehobene Stellung. Daher und wegen der Besitzansprüche der Mütter waren die Kinder jeweils stark isoliert. Die Familie selbst bot wenig Ausgleich, so daß die Patientinnen hin und her gerissen waren zwischen den Wünschen einerseits auszubrechen und andererseits der Suche nach einer schützenden Familiensituation. Alle drei haben vorwiegend weibliche Bezugspersonen, während die Väter in der Familienhierarchie an unterschiedlicher, aber unbedeutenderer Stelle stehen.

Erdmutes Mutter ist eine typische Borderline-Mutter mit depressiven, suizidalen, hypomanischen und hysterischen Zügen. Sie wechselte ihre Einstellungen und Stimmungen ständig und litt unter Kaufzwängen und Verschwendungssucht, wofür die Patientin teilweise aufkommen mußte. Ihre symbiotischen Bedürfnisse befriedigte sie, indem sie immer ein Kleinkind um sich hatte und reagierte eifersüchtig schon auf die Beziehung Erdmutes zu ihrem Vater und Großvater. In der Identifikation mit dem strengen ironisch abwehrenden Vater versuchte sie, ein Junge zu werden, der sich von Mutter und Schwester abheben sollte. Auch die Mutter hatte eigentlich einen Jungen haben wollen. In der frühesten Kindheit war die Patientin aus Krankheitsgründen extrem motorisch eingeschränkt und zugleich durch die Fürsorge der Mutter stark verwöhnt worden. Diese Gleichzeitigkeit von Frustration und Verwöhnung und die daraus resultierende Gefühlsunsicherheit und aufgezwungene passive Haltung bestimmten ihr späteres Leben.

Kersten hatte eine dominierende, geld- und repräsentationssüchtige Mutter und einen schwachen gutmütigen Vater, der sie gegenüber der rigiden Mutter nicht schützte. Die Mutter versuchte, Abweichungen, wie Eßstörungen und die überwiegende Benutzung der linken Hand, mit Gewalt zu lösen. Als Baby wurde die Patientin — als problemlos eingestuft — viel allein gelassen. Von der älteren Schwester, die sie beneidete, wurde sie, wie von der Mutter, unterdrückt. Sexualitäts- und Gefühlsfeindlichkeit und schwere ritualisierte Strafen bestimmten den Kontakt mit der Mutter. Mit vier Jahren begannen die Sprachschwierigkeiten bei einem Wutanfall, wobei die Patientin in der Folge regelmäßig gezwungen wurde, die Worte solange zu wiederholen,

bis sie sie fließend sprechen konnte. Die Mutter verhielt sich nach dem Erziehungsgrundsatz, den störrischen Willen ihres Kindes zu brechen. Im Alter von 12 Jahren wurde Kersten zu einem befreundeten kinderlosen Ehepaar in die Großstadt gegeben, um dort eine Sprachheilschule zu besuchen, und sah ihre Eltern nur noch in den Ferien.

Rena hatte nie eine Mutterbeziehung gehabt, weil die Mutter sie wegen ihres Aussehens abgelehnt hatte. Die Mutter war kalt, gefühlfeindlich und suizidal. Stundenlang saß die Patientin als kleines Kind allein und spielte und sprach mit Puppen und Stofftieren. Der nächst jüngeren Schwester gegenüber reagierte sie mit so heftiger Eifersucht und unterdrückte sie derartig, daß diese kaum sprechen lernte und sie selbst dann stellvertretend für die Schwester sprach, während sie die jüngste Schwester behandelte, als wäre es ihr eigenes Kind. Der Vater, ein zugleich geliebter und gefürchteter Despot, dessen Lieblingstochter sie wurde, starb, als die Patientin 10 Jahre alt war. Sie identifizierte sich mit dem toten Vater und infizierte sich bei der Totenwache, so daß sie seine Krankheit übernahm. Im Dienste des toten Vaters führte sie ein geschlechtsneutrales, romantisch verklärtes Leben.

Alle drei Frauen haben eine Verbindung zur Pädagogik. Entweder waren die Väter Lehrer, sie selbst heirateten Lehrer oder sie übten Berufe auf dem Gebiet der Pädagogik aus. Ich erwähne diese Übereinstimmungen, weil ich zu der Ansicht gekommen bin, daß die Gefühlsarmut und die Abspaltungsneigung der drei Frauen in Beziehung stehen zur Disziplin, Selbstkontrolle, zu Verdrängungszwängen und autoritativen Verhaltensweisen, die der Lehrberuf mit sich bringen.

Therapeutischer Prozeß

Erdmute hatte als Studentin mit der Diagnose einer schweren Angstneurose, hysterischen Depressionen und Konzentrationsstörungen mit dem im Vordergrund stehenden Symptom des Vergessens die psychotherapeutische Praxis aufgesucht. In ihrer äußeren Erscheinung pendelte sie zwischen einer überangepaßten braven Schülerin und einem kessen Pagen und trug, ebenso wie die anderen Frauen, Hosen. In der Gruppentherapie bei einem männlichen Therapeuten hatte die Patientin für lange Zeit die Rolle des „doctor's assistant“ (Frank, 1959) inne. Gefühle zu äußern und über sich zu sprechen, fiel ihr schwer. Durch Überanpassung versuchte sie hier in der Übertragung die Liebe der Eltern, vor allen Dingen des idealisierten Vaters, zu erlangen, der ihre Zuneigung in der Realität nie beantwortet hatte. In den Einzelsitzungen mit einer weiblichen Therapeutin, die sie in den ersten Sitzungen ohne ein Wort sagen

Trennungsschwierigkeiten bei gleichzeitiger totaler Unfähigkeit, eine Beziehung zu halten und sich selbst, ihre Ängste, Gefühle und Konflikte anzunehmen.

Als sie ihre Analyse bei mir begann, standen ihre ständigen Selbstvorwürfe und Gefühle des Draußen-Seins und ihre symbiotischen Partnerbeziehungen im Vordergrund, in denen sie — die von ihr als Unterwerfung verstandene weibliche Rolle abwehrend — den aktiven männlichen Part spielte und jegliche Abhängigkeit zu leugnen versuchte. Die für beide Seiten unbefriedigende Situation endete jeweils mit Trennung, auf die hin häufig reumütige Versöhnungsversuche folgten. Eigentlich konnte sie sich nicht trennen und hielt zu allen Freunden eine modifizierte Beziehung aufrecht, wobei die Übergänge von einem Partner zum anderen meistens nahtlos erfolgten. Die Liebe zum vorherigen Partner war meistens schnell vergessen. Sie trauerte nicht, begann aber im Zuge der Therapie an ihrer Fähigkeit zu lieben, zu zweifeln.

Diese Dynamik wiederholte sich in der Analyse. Auf jede Veränderung reagierte sie panisch. Ich durfte kaum schweigen, sondern sie verlangte, um Beruhigung und Bestätigung zu erhalten, daß ich ständig mit ihr spreche. Sie selbst sprach stets mit monoton klagend gepreßter Sing-Sang-Stimme, als wenn sie einen Pfropf im Mund hätte. Wenn sie weinte, tat sie das leise und verhalten in sich hinein. Wie immer ich mich verhielt, war es falsch, war es der Patientin nicht recht. Sie spiegelte damit das Verhalten der Mutter, das sie fast in die Verücktheit getrieben hatte und sie ständig an sich zweifeln ließ. In der Gegenübertragung begann ich an mir und meinen therapeutischen Fähigkeiten zu zweifeln und der Patientin gegenüber Schuldgefühle zu entwickeln. Durch meine Gegenübertragungsreaktionen erkannte ich, daß das falsche Selbst der Patientin, nämlich das gute und beflissene Mädchen zu spielen, in der Therapie bisher zu einer Als-Ob-Situation geführt hatte, in der sie krampfhaft versuchte, sich nur positiv darzustellen. Dabei mußte sie aber aufgrund der in ihr arbeitenden unterdrückten Aggressionen immer unzufriedener und mißmutiger mit sich und anderen werden, und ihre Unsicherheit, wer sie eigentlich sei, nahm ständig zu. Dieser Zwickmühle versuchte sie zu entgehen, indem sie sich willkürlich Endtermine setzte, denen ich dann zustimmte und auf die ich mit ihr hinarbeitete. Bei jedem der drei Endtermine reagierte sie mit einer tiefen Regression, die zugleich Anklammerungs- und Rachecharakter hatte. Beim ersten Termin, der Beendigung der Gruppentherapie nach ungefähr fünf Jahren, hatte sie der Trennung schon vorgebeugt und Einzelsitzungen bei mir verlangt, so daß die Therapie nahtlos weitergeführt werden konnte. Beim zweiten Ver-

Wochenfrequenz von zwei Sitzungen, verfiel sie in eine tiefe anklammerungsartige, hilflose Regression, in eine symbiotische Phase, wie Searles (1970) sie beschreibt. Sie wollte mich jeden Tag sehen, was auch zeitweilig geschah, immer bei mir sein und, wie sie es ausdrückte, mich völlig besitzen und aussaugen.

In der dritten Trennungsphase durchlief die Patientin noch einmal alle wichtigen Stationen ihres Lebens, wobei die Gefühlsbeteiligung hier stärker, und zwar negativ von einer destruktiven Trotzhaltung, geprägt war. Sie übertrug auf die Analyse, die sie als Institution erlebte, beide Eltern, die sie hatte verlassen müssen, weil sie sie nicht genügend geliebt hatten, im Gegensatz zu der Schwester, die im Heimatort geblieben war. Häufig hatte sie mit der Wunsch- und Angstvorstellung gespielt, verrückt und unheilbar krank zu sein. Zeitweilig glaubte sie tatsächlich daran und warf mir vor, daß ich es wisse und sie darüber im unklaren lasse, daß ich das „Geheimnis ihrer Analyse“ kenne, es aus Bosheit und Mißgunst aber für mich behalte. In der letzten Zeit hatte sie die Vorstellung geäußert, daß ich ihr das Essen wegnähme und ihr den eigentlichen „Trick“, mit dem sie leben könne, nicht verraten wolle. Das Wesentliche am Verlauf dieser letzten Phase vor der „Amazonengruppe“ war, daß die Patientin all dies als real erlebte. Für sie war ich und die Analyse als Institution in der Übertragung all diese Personen, die ihr etwas weggenommen oder verweigert hatten, und sie war kaum bereit, diese Vorstellungen aufzugeben.

Kersten hatte die Therapie begonnen, um ihren Sprachfehler, auf den sie ihre starken Kontaktstörungen zurückführte, zu verlieren und erwartete unbewußt eine Wunderheilung, die ihr jede Eigenbeteiligung am therapeutischen Prozeß abnehmen sollte. Ihr Gesichtsausdruck war unbeständig und schwankte zwischen Sensibilität, Arroganz und Weinerlichkeit. Bei einer extrem starken Unterwürfigkeitshaltung und gleichzeitiger Skepsis und Kritik allen Autoritäten gegenüber zeigte sich Kersten äußerst mißtrauisch gegenüber jedem positiven Kontakt. Immer hatte sie Angst, Anforderungen nicht zu genügen und das Gefühl, daß man sie loswerden wolle. Sie hatte starke masochistische Tendenzen und ihr strenges, strafendes Über-Ich veranlaßte sie, anderen und sich selbst zu mißtrauen.

Sie begann ihre Therapie in der Gruppe, wobei sie die Gruppentherapie aufgrund ihrer starken Tendenz, Gefühle abzuspalten, dadurch gefährdete, daß sie die Abstinenzregel des Gruppenvertrages durchbrach und eine intime Beziehung zu einem jungen Tänzer ihrer Gruppe aufnahm. Ihre ein dreiviertel Jahr parallel laufende Einzeltherapie, in der sie sich der therapeutischen Situation unterwarf, indem sie über Träume und Schwierigkeiten berichtete, aber Gefühle nicht ausdrücken

konnte, wurde von der Therapeutin mit der Begründung unterbrochen, daß sie erst in der Gruppe weiterkommen solle. Wie sehr diese Maßnahme den Narzißmus der Patientin getroffen hatte, und wie sehr sie sich dadurch verstoßen fühlte, konnte sie erst fünf Jahre später empfinden und ausdrücken, als ich die Therapie beendete. Sie agierte damals ihre Enttäuschung aus, indem sie sich gegen die Gruppe und für ihren Freund entschied, mit dem sie in eine andere Stadt zog. Nach einem Jahr, in dem sie sich als Hausfrau verloren und überflüssig gefühlt hatte, nahm sie ihre Arbeit und zugleich ihre Therapie wieder auf.

Sie begann eine Analyse bei einem jungen Analytiker, während der sie nach eigenen Berichten permanent schwieg, weil sie sich von ihm angegriffen und belagert fühlte. Sie konnte sich seiner „herabwürdigenden“ Art nur durch Schweigen widersetzen, das er ihr dann wieder vorhielt. Sie beschrieb dieses Jahr Analyse als die erniedrigendste Situation ihres Lebens. Sie hatte zwar ihre auf ihr herumhackende Mutter zu der Situation erinnert, verhartete aber mit dem sie beherrschenden Gefühl, der Analytiker wolle sie zerstören und ihr den Ehemann wegnehmen, weiter in Schweigen. Als der Analytiker aus beruflichen Gründen die Stadt verließ, übernahm ich die Analyse der Patientin.

Ich sah sie ein viertel Jahr im Sitzen und begann dann erst mit der Analyse nach der Standardmethode mit einer Frequenz von zwei Wochenstunden. Sie äußerte wütend, daß sie ja wegen des Symptoms gezwungen sei, die Analyse fortzusetzen und erwartete, von mir ähnliche Reaktionen wie von dem vorigen Analytiker. Als ich ihren Masochismus und ihre Bewegungslosigkeit in der vorangegangenen Situation zu bearbeiten und auf ihre Kindheit zurückzuführen suchte, empfand sie diesen analytischen Ansatz als Versuch, ihr die Aggressionen auf den Analytiker wegzunehmen und ihn zu decken. Der Kampf und das Mißtrauen in diesem Punkt dauerten fast ein Jahr, in dem sie immer wieder auf diese Mißhandlungen zu sprechen kam, Aggressionen mir gegenüber aber strikt leugnete. Meine geduldigen Versuche, ihr Schweigen aufzulösen, ihren Widerstand zu umgehen, und meine verstehenden Interpretationen faßte sie als Vorwurf und Leistungsforderung auf. Immer wieder äußerte sie resignative Gefühle. Ich sei sicher mit ihr unzufrieden, weil sie nichts bringen könne, und wolle sie loswerden. Ich konfrontierte sie freundlich mit dem projektiven Charakter dieser Vorstellungen und mit ihrer pathologischen Abhängigkeit von der therapeutischen Situation, auf die sie die Familie übertrug, die sie verlassen und ausgesetzt hatte. Wenn ich sie nach Einfällen fragte, antwortete sie mit trotzigem Gegenfragen. Die Träume, die häufig beengenden, verfolgenden Charakter hatten, erzählte sie kurz und überließ es mir, sie zu deuten. Nach den Sitzungen schlich sie meistens zerschmettert und zerschlagen, wie eine geknickte Blume mit gesenktem Kopf, davon. Ihre negative therapeutische Reaktion wurde

dadurch verstärkt, daß sie mich, ohne dies als Übertragungsgeschehen annehmen zu können, stark beneidete und ihre Lage auf der Couch als totale Niederlage und Selbstaufgabe empfand. Da sie nicht assoziieren konnte, deutete ich ihre Berichte metaphorisch, womit ich der Patientin allmählich etwas näher kam. Aufgrund von Träumen und Erinnerungen begann ich zu verstehen, daß die Beschäftigung und das Anerkennen von Gefühlen und Problemen für die Patientin gleichbedeutend mit einer Auslieferung an die Mutter war. Die zugegebene Schwäche war der Stock, den sie der Mutter hatte bringen müssen, um dann auf die Prügel zu warten. Diese Prügel erwartete sie in der Übertragung ständig von mir, wobei die Schläge auch pervertierte Wünsche nach dem ersehnten, zärtlichen Kontakt mit der Mutter darstellten. Die Patientin lag meistens mit angezogenen, hochgestellten Knien und bedeckte den Kopf mit der Hand, wie um sich vor Schlägen zu schützen. Ich verstand, daß sie mich durch ihr Schweigen auch kontrollieren und zwingen wollte, zu sprechen, was ihre Mutter nicht mit ihr getan hatte. Ich begann mit kleinen Schritten ihr zwangsneurotisch erdrückendes Über-Ich zu attackieren und ihr lust- und gefühlsbetonte Möglichkeiten aufzuzeigen und sie freundlich mit ihrer dienenden, geduckten Haltung zu konfrontieren. Sie verlor die Angst, daß ich ihr ihren Mann, den sie als Hauptwiderstand gegen die Therapie benutzt hatte, wegnehmen könnte und begann vorsichtig über ihre Eheschwierigkeiten zu sprechen. In ihrer Ehe inszenierte sie die Familiensituation ihrer Kindheit mit wechselnden Rollen. Durch diese ausagierte Familiensituation wurde die analytische Arbeit erheblich erschwert. Da die Patientin in der Analyse so große Schwierigkeiten hatte und häufig von Gruppensituationen sprach, in denen sie sich wohlgeföhlt hatte, wurde sie der Motor für die Bildung der sogenannten „Amazonengruppe“.

Rena, eine inzwischen 39jährige Erzieherin, hatte, als sie in therapeutische Behandlung kam, das Aussehen eines Indianerhäuptlings, da sie aus Protest gegen die Mutter langes schwarzes Haar trug. Sie kam mit ihrem langjährigen Freund in die Praxis, um die sich auflösende Beziehung zu retten. Diagnose und Prognose waren bei ihr schwierig. Bei infantiler Charakterstruktur und Zwangsverhalten erschien die Patientin zugleich konfus und verschwommen. Sie litt unter Redefluß, hatte leicht hypomanische Züge und war frigide. Sie kannte nur oberflächliche Kontakte, was ihr nicht bewußt war, und machte den Eindruck einer Betriebsnudel. Nach verschiedenen Berufsversuchen war sie schließlich Erzieherin geworden, ein Beruf, der sie sehr ausfüllte. Sie identifizierte sich stark mit den Kindern, sexualisierte die Beziehungen unbewußt und versuchte gleichzeitig, ihnen die gute Mutter zu sein. Dabei umgab sie sich mit dem Bild von Unfehlbarkeit. Mit dem Freund, den sie zu Beginn ihrer Beziehung

trieben hatte, teilte sie die Jugendgruppenzeit als gemeinsame Erfahrung und Basis ihrer Beziehung. Dieser Freund fühlte sich von ihr dominiert und eingeschränkt, lehnte sie sexuell ab und verlangte auf sexuellem Gebiet bessere Leistungen. Er hatte ständig Verkehr mit anderen Frauen. Sie litt sehr darunter und klammerte sich nur noch mehr an ihn. Während des gesamten therapeutischen Prozesses stand die sadomasochistische Beziehung und die nach dreijähriger Therapiedauer versuchte endgültige Trennung im Vordergrund. Die Patientin selbst schien existenzlos zu sein. Es wurde deutlich, daß sie hier die sadomasochistische Beziehung zum Vater wiederholte und zugleich auf den Freund die entbehrte gute Mutter projizierte. Die von der Therapie forcierte Trennung und der sich über drei Jahre hinziehende Trennungsprozeß ermöglichte der Patientin in der Analyse, um den Vater zu trauern, so daß sie eine intensive depressive Phase durchmachte, in der sie echte Trauer zeigte und litt und in der ich sie trug und für sie da war. Das Bild ihrer Mutter blieb ebenso wie ihr Selbstbild verschwommen und undeutlich. Wenn sie Gefühle aus ihrer Lebenssituation oder der Analyse gegenüber darstellen wollte, sah sie diese wie einen Nebel sich verflüchtigen. Sie wollte sie festhalten, konnte sie aber nie erreichen. In der Gruppentherapie waren ihre Hauptabwehrmechanismen Redefluß, Verleugnung, Idolisierung und Intellektualisierung gewesen. Sie wurde als „Märchentante“ erlebt und mußte ständig gestoppt und damit konfrontiert werden. Parallel zur Gruppentherapie hatte sie Einzelsitzungen bei der Gruppentherapeutin. Als diese erkrankte, übernahm ich die Einzelbehandlung neben der Gruppentherapie. In dieser Phase spielte sie die beiden Situationen gegeneinander aus, so daß der therapeutische Prozeß stagnierte. Die Gruppentherapie wurde beendet, damit sie sich auf eine Situation beschränken konnte. In der Einzelanalyse entdeckte sie, daß sie alles alleine machen wolle, daß sie Angst habe, abhängig zu werden und daß Beziehungen eine zu große Belastung für sie darstellten. Dieser autistische Rückzug trat bei allen drei Patientinnen auf. Obwohl sie ständig nach Rat und konkreter Hilfe verlangte und erwartete, positive Gefühle zu mir entwickeln zu können, die sie mir schuldig zu sein glaubte, empfand sie statt dessen Leere und sprach von der „Analyse“, aber kaum von ihrer Beziehung zu mir. Hier konfrontierte ich sie mit den unbewußten Inhalten ihrer zerfließenden Beschreibungen, worauf sie häufig mit Zorn und Unwillen reagierte. Ihr Hauptvorwurf gegen die Therapie war, daß sie ihr den Freund weggenommen hatte, was als Übertragungsgeschehen gedeutet wurde. Unbewußt machte sie auch ihre Mutter für den Tod des Vaters verantwortlich und erlebte sich selbst als den eigentlichen Partner des Vaters. So war sie bisher immer auf der Suche nach Objekten gewesen, die sie bewunderte und denen sie sich unterwarf, wobei sie aber nur Pseudobeziehungen ein-

Bei einer voyeuristischen, perversen Neigung, was auch an ihrer Partnerwahl deutlich wurde, konnte sie Gefühle nur bei anderen provozieren, beobachten und sich daran „sattsehen“. Sie trug am deutlichsten die Fassade eines falschen Selbstes, eine übertriebene Freundlichkeit und Beflissenheit, die sie sehr unecht wirken ließ.

Die voraussichtliche Beendigung der Therapie löste bei allen drei Patienten eine panische Angst aus. Sie benutzten die Analyse aufgrund ihrer Lebensängste als Schutz und Alibi, nicht selbständig sein und Verantwortung tragen zu müssen. Die Analyse erfüllte die Funktion, die Verantwortung für bestimmte, vom Ich der Patienten abgespaltene Persönlichkeitsanteile zu übernehmen. Diese abgespaltenen Persönlichkeitsanteile waren bei Kersten Gefühle im allgemeinen, die in ihrem Sprachsymptom gefangen waren. Sie gab an, die Analyse nicht verlassen zu können, weil sie ja immer noch nicht sprechen könne. Bei Rena, der Patientin mit einer starken sexuellen Identitätsdiffusion waren es die in einer pervers-infantilen Persönlichkeitsstruktur abgespaltenen libidinösen Impulse. Sie beantwortete beide Endtermine, die ich ihr gesetzt hatte, mit Träumen, in denen sie zur Prostitution gezwungen wurde und anderen bedrohlichen Sexualträumen, die von ihrer starken Angst vor weiblicher Identität und von ihrer perversen Fixierung zeugten. Bei Erdmute war es die Frage, welches Leben und welche Identität sie sich gestatten durfte, auf die sie in der Analyse noch keine befriedigende Antwort gefunden hatte. Die Analyse dagegen bot ihr die sichere Identität als psychisch Kranke, die sich durch die Exklusivität der Kur besonders von anderen Menschen unterschied. Sie gab ihr die Möglichkeit, sich als tiefsinnig und gefühlvoll zu empfinden, was sie in ihren Beziehungen zu Männern und zu Frauen noch nicht sein konnte.

Zur Entstehung des „Falschen Selbst“

Ich möchte auf die Genese der Abwehrstrukturen der Patientinnen und die damit in engem Zusammenhang stehenden Trennungängste eingehen. Auffällig war, daß bei allen drei Frauen die intellektuelle Ebene gut ausgebildet war und sie auf sozialer Ebene, nachdem in der Therapie die Arbeitsstörungen behoben waren, im beruflichen Sektor überdurchschnittliche Leistungen erreichten. Der emotionale Bereich war schwach ausgebildet und unterdrückt. Durch die intellektuelle Fassade, die einen der wesentlichen Abwehrmechanismen in der therapeutischen Arbeit darstellte, wurden Verlassenheits-, Vernichtungs- und Todesängste abgewehrt, die auf extreme emotionale und äußere Verlassenheitssituationen der Patientinnen in der frühen Kindheit zurückgingen.

Ich habe bei (*Guntrip*, 1968) wertvolle Hinweise für die Genese der psychischen Konstellation dieser Patientinnen gefunden, nämlich die

Verbindung von pseudomännlichen, phallischen Zügen und einem, in der frühen Kindheit entstandenen Ich-Defizit (*Ammon, 1973a*).

Guntrip sieht in Anlehnung an *Winnicott* eine enge Verbindung zwischen Trennungsangst und einer gestörten Ich-Bezogenheit, „ego-relatedness“ (ein Begriff von *Winnicott*). Er sagt: „Vulnerability to separation anxiety exists when the human being is not basically ego-related, is in fact in a state of ego-unrelatedness.“ Diese Verletzbarkeit gegenüber Trennungen basiert aber nicht auf äußeren Objektverlusten. Ein Individuum, das eine sichere Ich-Bezogenheit seit der frühen Kindheit kennt, kann auch den Verlust seines äußeren stützenden Bezugssystems verschmerzen. Je weniger ein heranwachsendes Kind in der Lage ist, sich von der Mutter in der äußeren Realität zu trennen, desto sicherer kann man daraus schließen, sagt *Guntrip*, daß der Ich-Bezug zur Mutter in der inneren Realität des Ichs des Kindes gestört ist. Neben dieser Verlassensangst tritt bei Kindern mit einem gestörten Ich-Bezug später auch die Flucht vor realen Beziehungen auf, ein Verhalten, das die drei Frauen sowohl im Leben als auch in der Therapie zeigten. *Guntrip* sagt dazu: „Ohne das Medium einer interpersonellen Beziehung kann kein sich entwickelndes Ich eine abgegrenzte Identität ausbilden. Aber das schwache Ich fürchtet zugleich immer, von der anderen Person verschluckt oder überrollt zu werden. Der therapeutische Prozeß bewegt sich dann jeweils auf einer langen Strecke zwischen Annäherung und Flucht dem Therapeuten gegenüber, wobei langsam und fast unmerklich die Fähigkeit zu vertrauen und sich anzuvertrauen wächst.“ Die Beziehungsfähigkeit und Ausbildung eines falschen Selbstes der schizoiden Patienten verbindet *Guntrip* mit dem spezifischen Charakter der dissoziierten Ich-Anteile. In Anlehnung an *Winnicotts* Unterscheidung von männlichen und weiblichen Persönlichkeitselementen als Ich-Aspekte des „doing“ (männlich) und des „being“ (weiblich) erläutert *Guntrip*, daß immer der weibliche Ich-Anteil des „being“ bei schizoiden oder Borderline-Patienten abgespalten und unterdrückt ist: Ist der Ich-Aspekt des „being“ vorhanden, etwa vergleichbar mit *Eriksons* Begriff des Urvertrauens, geht nach *Guntrip* der Aspekt des „doing“ als selbstverständlich daraus hervor. Ist der Aspekt des „being“ abgespalten, so wird der Aspekt des „doing“ stark forciert und muß das „being“ mit ersetzen. So erklärt sich bei den drei Frauen die Übergewichtigkeit der beruflichen und intellektuellen Ebene.

Guntrip erläutert die Genese des weiblichen Ich-Anteils, des „being“ mit folgenden Worten: „The female element is best exemplified in the maternal feeling, that evokes and fosters an experience of „being“ in the infant as a starting point of all personal growth; the capacity to feel with and then to feel for, the capacity to feel oneself in relationship, the basic permanent experience of ego-relatedness, of which the sense of

being is the core and without which the psyche loses all sense of its own reality as an ego.“ Für alle drei Patienten trifft diese von *Guntrip* beschriebene Dynamik zu. Ihr Leben und ihre Analyse stagnierte, weil sie sich abhängige und weibliche Wünsche nicht gestatten konnten und ein überwältigendes archaisches Über-Ich immer gewaltsamer den Ich-Aspekt des „doing“ zu ihrer Lebensbasis machte. Da das Gefühl des „being“ primär schon abgespalten war, konnten sie nicht das Gefühl einer individuellen, wirklichen Existenz entwickeln, sondern verloren sich in Überangepasstheit nach außen, symbiotischen Beziehungen und Objekthunger.

Die drei emotionalen Faktoren, die den therapeutischen Prozeß dieser Frauen so schwierig und langwierig machten, waren: 1. Die Ausbildung eines falschen Selbstes auf der Seite des „doing“; 2. die Introjektion der Liebe verweigernden primären Objekte und daher die Ausbildung von starken destruktiven Aggressionen und masochistischen Charakterzügen; 3. die Ausbildung von massiven Abwehrformationen wie: Intellektualisierung, Isolierung, Idolisierung, Ungeschehen-machen und Reaktionsbildungen, Projektion, Regression, Abspaltung und Verleugnung. Im therapeutischen Prozeß standen „Urvertrauen“ und „Urmißtrauen“ in stetem Kampf miteinander. Eine verzerrte Form von Urvertrauen trat auf als Sehnsucht nach einer Beziehung und danach, Gefühle erleben und äußern zu können. Die Unfähigkeit, ein therapeutisches Bündnis zu schließen, korrelierte mit der angstvollen Abwehr einer realen Beziehung im Leben. Die Hauptangst bestand darin, aus der Welt der isolierten Vorstellungen und phantasierten Beziehungen in die Welt der realen Auseinandersetzungen und konkreten Beziehungen einzutreten. Diese Angst trat im therapeutischen Prozeß auf als Angst, das falsche Selbst, ebenso wie die phantasierte, gute Mutter aufzugeben und das wahre Selbst, ebenso wie die verlassende, böse Mutter, zu erkennen.

Es stellte sich nun die Frage, wie diesen starken Trennungswiderständen und Ängsten der drei Frauen begegnet werden könnte, und es wurde daran gedacht, ob sie sich nicht gegenseitig in einer kleinen Gruppe bei der Bewältigung ihrer Lebens- und Trennungsschwierigkeiten helfen könnten. Da die drei Frauen früher dieselbe therapeutische Gruppe besucht und sich auch inzwischen nicht ganz aus den Augen verloren hatten, jede aber eine andere Lösung ihrer sehr ähnlichen Grundproblematik im Leben versucht hatte, und unterschiedliche Symptomatik auf der Skala des gleitenden Spektrums der frühen Ich-Krankheiten (*Ammon, 1970a*) aufwiesen, entwickelte sich der Plan, die drei Patientinnen gemeinsam einem Ende ihrer Therapie zuzuführen.

Ich möchte, bevor ich auf den einjährigen Verlauf der sogenannten „Amazonengruppe“ eingehe, die theoretischen Prämissen diskutieren, die hier eine Gruppensituation geeignet scheinen ließen, und auf die kombinierte Situation eingehen, die aus der Verbindung von zwei analytischen Sitzungen nach der Standardmethode und einer gemeinsamen Gruppensitzung in der Woche bestand.

Wie *Ammon et al.* (1967) am Beispiel einer gruppendynamischen Gruppe von Ausbildungskandidaten in einer psychiatrischen Klinik aufgezeigt hat, kann die Beendigung einer intensiven Gefühlserfahrung Frustration, Bitterkeit und Gefühle auslösen, die mit ungelösten Abhängigkeits- und Unabhängigkeitskonflikten zusammenhängen. Zumal, wenn die Abhängigkeitsbedürfnisse unterdrückt und in der therapeutischen Situation nur latent ausgelebt wurden, aber nie offen zum Tragen kamen. Die Unfähigkeit, sich fallen zu lassen, findet sich bei schwer Ich-kranken Patienten häufig. Das Urmißtrauen, die Angst, Schwäche zu zeigen und dann verlassen oder nicht verstanden zu werden, bildet bei diesen Patienten einen wesentlichen Faktor im Widerstandsgeschehen. Diese Angst vor Abhängigkeit in einer Beziehung erklärt *Tuovinen* (1974) eindrucksvoll in bezug auf Patienten mit narzißtischen Persönlichkeitsstrukturen. Er führt aus, daß starke Frustrationen in frühen Objektbeziehungen eine gefährliche Fusion der Selbst-Imago und Objekt-Imagines zur Folge haben können, die eine Auflösung der Ich-Grenzen und den Verlust der Realitätsprüfung bedingen. Die Patienten identifizieren sich dabei mit ihren idealen Selbst-Imagines, um so die normale Abhängigkeit von äußeren Objekten bzw. deren inneren Repräsentanten zu leugnen. Diese Patienten leiden an einer larvierten Depression, bei denen Gefühle der Trauer oder Melancholie nicht bewußt erlebt werden. *Tuovinen* beschreibt sie als verdrossen und verbittert. „Ihre sadistischen, grotesken Selbstvorwürfe haben auch die Funktion, ein realistisches Urteil des Über-Ichs und den inneren Kontakt mit der wirklichen Schuld zu vermeiden, um so die Vorstellung von Unschuld oder Phantasien über sich selbst als einer Ausnahme erhalten und inmitten aller Verzweiflung kultivieren zu können.“ Diese Haltung trifft bei den drei Frauen, besonders bei Erdmute, aber auch bei Kersten zu. „Die wirklichen Forderungen der Eltern und die aggressiven Vorläufer des Über-Ichs können mit den idealisierten Imagines nicht verbunden werden und das Über-Ich behält seinen aggressiven Charakter. Es ist so schwach integriert, daß es leicht in paranoischer Weise auf andere Menschen projiziert wird, die dann als grundsätzlich unehrlich und unzuverlässig erlebt werden, als ob sie nur auf äußeren Druck reagieren.“ Diese Patienten, wie auch die hier beschriebenen, leiden darunter,

daß sie — bedingt durch symbiotische Bedürfnisse und Abgrenzungsschwierigkeiten — nur schlecht einen anderen Menschen für sich wichtig werden lassen können. Um ein verlorenes gutes Objekt oder ein verlorenes Selbst-Imago können sie daher nicht trauern. Der Zwang, Objekte in der Realität abzuwerten, versetzt diese Patienten in ein Niemandland und verursacht quälende Gefühle der Leere. „Die Abwertung dient aber auch der Abwehr von Neid. Anerkennung der Abhängigkeit und Bedürfnisse anderen gegenüber aktivierte den Neid, der für den geschädigten Narzißmus unerträglich ist.“ Diese Charakterabwehr hat nach *Tuovinen* die Funktion, Selbstachtung zu wahren. Die Fusion des wirklichen Selbst mit den idealen Selbst-Imagines bildet einen Schutz gegen primitive orale Konflikte, gegen Frustration und Wut. Bei dieser starren, strukturell verfestigten Abwehrformation, die bei allen drei Patientinnen in unterschiedlichem Grad vorhanden war, ist leicht erklärlich, daß die therapeutische Situation, so flexibel sie auch gehandhabt wird, auf Grenzen stoßen muß, besonders in der Phase der Trennung, die dann nämlich zu einer Bedrohung des narzißtisch fusionierten Selbstbildes führt. Durch die phantasierte Wiedervereinigung von Selbst und Objekt (hier mit dem Analytiker, was bei *Erdmute* und *Rena* besonders ausgeprägt war) oder Selbst- und Objekt-Imagines nach *Tuovinen*, entflieht das Individuum dem Konflikt, der dadurch entsteht, daß es das äußere Objekt gleichzeitig fürchtet und benötigt. Meine Erfahrung mit den drei Patientinnen bestätigt *Tuovinen's* Aussage, daß das Aufgeben der narzißtischen Fusion mit der Erfahrung größter Schwäche, Hilf- und Wertlosigkeit verbunden ist. Das Durcharbeiten dieser Phase setzt die Fähigkeit voraus, diese intensiven, schmerzhaften Gefühle, diesen extrem passiven Zustand zu tolerieren und damit fertigzuwerden. Von seiten des Therapeuten besteht meines Erachtens die Aufgabe, dem Patienten bei dieser schweren und angstmachenden Phase Unterstützung zu gewähren, Anerkennung und Liebe zu vermitteln und neue Identifikationsmöglichkeiten anzubieten. Durch die idealisierende Haltung gegenüber dem Therapeuten und die latenten Ängste und Aggressionen ist diese Arbeit, besonders am Ende einer Therapie, erschwert. Denn in der Endphase tauchen massive Zweifel und alle negativen Projektionen der Anfangsphase wieder auf, die den Patienten ein Bestehen in der Welt ohne Analyse unmöglich erscheinen lassen.

Die Gruppe in enger Verbindung mit der Einzeltherapie als schützende und tragende Mutter, die zugleich Realität repräsentiert, soll es möglich machen, daß Selbstbild, Ideal und Ideal-Selbst und Objekt-Imago und Objekt voneinander differenziert und getrennt werden. Somit werden in einer der beiden Situationen Abhängigkeitsbedürfnisse anerkannt und können damit in der therapeutischen Situation angenommen und bearbeitet werden. Erst nach dem bewußten Eingehen und

Vollziehen dieser therapeutischen Beziehung und mit dem Durcharbeiten der damit verbundenen archaischen Aggressionen wird eine Abgrenzung und gelingende Trennung der Patienten von der Therapie möglich. Eine therapeutische Kleingruppe kann dabei mehrfache Funktionen erfüllen.

Das Hauptproblem bei Patienten mit Symptomen auf dem Gebiet der archaischen Ich-Krankheiten ist, wie *Ammon* (1974b) ausführt, die Differenzierung und Abgrenzung der psychischen Instanzen, die in früher Kindheit nicht stattfinden konnte. Das Symptom dient diesen Patienten als Ersatz für die fehlende psychische Struktur und hat die Funktion, archaische Trennungs- und Vernichtungsängste abzuwehren. Das Symptom oder Symptomverhalten dient der Abwehr der Ich-Desintegration und ist Ich-synton.

Die Matrix, der Mutterboden der Gruppe, ermöglicht die Ich-Funktion der Abgrenzung und der reflektierenden Beobachtung. Die Struktur der therapeutischen Situation kann als eigene Ich-Grenze (*Ammon*, 1973b, *Federn*, 1952) verinnerlicht werden, macht also die nachholende Ich-Entwicklung im „facilitating environment“ (*Winnicott*, 1972) der therapeutischen Gruppe möglich. Die mangelhaft ausgebildete Ich-Grenze bei Ich-kranken Patienten führt zu einer Unfähigkeit, Symptomverhalten als Übertragungsbeziehung zu verstehen und damit frei zu assoziieren. Die Konflikte werden traumhaft auf der Bühne des Lebens ausgetragen. Nach *Ammon* (1974b) muß dieses Verhalten vom Therapeuten verstanden werden als Ausdruck eines tatsächlich erlittenen Defizits. Der Therapeut hat die Aufgabe, dem Patienten bei der Abgrenzung und Bestimmung seiner Identität zu helfen. Kann der Patient aber von einem einzelnen, gleichzeitig geliebten und gefürchteten Therapeuten nur schwer etwas annehmen, so kann eine Gruppe, wie hier die Kleingruppe, diese abgrenzungs- und identitätsbildende Funktion übernehmen. Dabei dient die gebildete Gruppengrenze nach innen und außen als Vorbild für die Ich-Grenze der einzelnen Mitglieder, der ständigen Überprüfung von innen und außen, von pathologischem und der Realität angemessenem Verhalten (*Ammon*, 1973c). Die Gruppe erlaubt das Durcharbeiten einer primärprozeßhaften Dynamik und ist damit Abbild der frühesten Formen der Wahrnehmung und Interaktion in der Symbiose von Mutter und Kind. Die Gruppe erlaubt die Regression bis hin zur gefürchteten Auflösung der Grenze zwischen Ich- und Nicht-Ich. Diese Regression und die gleichzeitig auftauchenden Abhängigkeitsbedürfnisse sind besonders wichtig für die Lösung aus der pseudosymbiotischen Erstarrung, wie sie die drei Patientinnen zeigten, und stellt eine Voraussetzung für die gelingende Trennung dar.

Ein anderer wichtiger Aspekt der Gruppe ist, daß sie als direktes Abbild der aktuellen Lebenssituation fungiert. Das Sehen und Gesehen-wer-

den, das Aussprechen und Ansprechen des Wahrgenommenen bildet eine ständige Garantie und Möglichkeit der Realitätskontrolle. Wo diese Kontrollmöglichkeit im Ich des Patienten geschwächt ist (wie auch bei den drei Patientinnen) und Phantasien, Ängste und Träume Realitätscharakter annehmen, kann die Gruppe diese lebenswichtige Funktion übernehmen. Auch dient die Realitätsprüfung der Loslösung von schlechten internalisierten Eltern-Imagines und ermöglicht Identitätsfindung und damit Trennung. Die Gruppenmitglieder identifizieren sich direkt miteinander und mit dem Therapeuten, was bei einer gleichgeschlechtlichen Gruppe wie der Kleingruppe der „Amazonen“ besonders wichtig wird, da die Wertschätzung des eigenen Geschlechtes durch negative Erfahrungen in der präödpalen und ödpalen Phase bei diesen Frauen sehr gelitten hatte. In der Gruppe konnten sie voneinander lernen, was Frauen sind, was sie sein wollen und können, und auch, was sie miteinander ohne Männer zu leisten fähig sind.

Ein weiterer wichtiger Aspekt bei Patienten mit abgespaltenen Ich-Anteilen und Charakterstörungen ist die Möglichkeit und Notwendigkeit von Konfrontation. Diese ist aber in der Einzelsituation, besonders auf der Couch, begrenzt, während die Gruppe dazu vielfältige Möglichkeiten bietet. Die Spiegelfunktion der Gruppe ermöglicht die Konfrontation der Patienten mit den verschiedensten Aspekten ihres Verhaltens und die Aufsplitterung der freigesetzten Aggressionen. Eine Verbindung von Einzelsituation und Gruppe macht es möglich, die Situationen, je nach Notwendigkeit zu vertauschen. Hier schließt sich die Frage an, weshalb in der Trennungsphase der drei Patientinnen nicht nur die Gruppe, sondern eine kombinierte Form der Klein-Gruppen und einzelanalytischen Arbeit gewählt wurde: Eine erweiterte oder doppelte Situation bietet eine Bereicherung der therapeutischen Arbeit durch ein größeres Erlebnisspektrum und mehr analytisches Material, das bearbeitet werden kann. Ist der Therapeut flexibel genug, um mit beiden Situationen umzugehen, kann er das doppelt besetzte Feld zugunsten der analytischen Arbeit mit den Patienten nutzen.

Bei Patienten mit archaischen Konflikten besteht immer die Gefahr eines zu starken Agierens des Konfliktmaterials, besonders der destruktiven Aggressionen außerhalb der therapeutischen Situation. Der Motor des Agierens ist die Angst vor einer Integration der abgespaltenen Ich-Anteile. Eine kombinierte Situation, als Erweiterung des therapeutischen Spielraumes, ermöglicht eine Bearbeitung dieser Aggression im therapeutischen Feld selbst, weil nicht mehr gefürchtet werden muß, wie in einer begrenzten Zweiersituation, daß die gute, Symbiose gewährende Mutter durch Aggression und Abgrenzung zerstört wird. Nach *Moldenhauer* (1974) liegt einer kombinierten Technik keine spezifische Indikation zugrunde, sondern sie bietet im Vergleich zur analytischen Gruppen-

therapie dem Patienten „zwei zusätzliche Felder im abgegrenzten, sicheren Rahmen der Therapie“, . . . „die Einzelsituation und vor allem den Raum zwischen der Gruppen- und Einzelsituation“. Dadurch „können einige typische Prozesse innerhalb des Therapiefeldes ablaufen, der Patient braucht sich nicht außerhalb einen Raum dafür zu suchen oder zu schaffen.“

Verlauf der „Amazonengruppe“

Ich erwartete von dem Zusammenschluß der drei Frauen, die zwischen eineinhalb und zweieinhalb Jahren meine Patienten waren, daß sie sich einen Spiegel vorhalten und sich damit einer Korrektur ihres idealisierten oder grandiosen falschen Selbstbildes näher brächten. Außerdem hatte ich die Hoffnung, daß sich eine genuine Hilfs-Ich-Funktion der Gruppe entwickeln würde und die Bearbeitung von allen gemeinsamen Schwierigkeiten in einer Gruppe von „peers“ unter freundlicher, zurückhaltender Leitung jeder von ihnen leichter fallen würde, als in der Einzelanalyse. Die Gruppe sollte Ich-stützende, analysierende und Realitätsaspekte miteinander vereinen. Ich hatte die Erwartung, daß die von den Patienten vollzogene Trennung zwischen ihrem Leben und der Analyse und die Abspaltung ihrer Gefühlswelt, durch die Gruppe aufgehoben werden könnte. Ich erwartete, ebenso wie die Patienten, einen Ansturm von Aggressionen in der Gruppe und mir gegenüber. Bezogen auf Erdmutes Schwierigkeiten erwartete ich eine Auflösung ihrer falschen Identitäten und eine Integration ihrer männlichen und weiblichen Persönlichkeitsaspekte, die sich bis dahin ausgeschlossen und alterniert hatten. Sie selbst reagierte auf die Möglichkeit der Gruppenbildung ambivalent und zeigte stärkere Angst als die beiden anderen Frauen, vor allen Dingen Angst, durchschaut und konfrontiert zu werden und vor den anderen nicht bestehen zu können. Bewußt äußerte sie den Wunsch, in der Gruppe anerkannt zu werden, unbewußt wollte sie die erste in der Gruppe sein. In Bezug auf Rena hatte ich die Erwartung, daß sie in der Gruppe ihre latente Homosexualität und ihre dominierende, geschlechtsneutrale mütterliche Rolle bearbeiten könne. Sie selbst erwartete die Befähigung, eine stabile, gleichberechtigte Beziehung zu einem Mann herstellen zu können. Unbewußt wünschte sie, daß ich ihr diese Beziehung schenken sollte. Zur Zeit des Beginns der „Amazonengruppe“ hatte sich die Patientin endgültig aus der symbiotischen, destruktiven Beziehung mit ihrem Freund gelöst und bald darauf eine neue Beziehung begonnen, woraufhin sie positiver der Analyse gegenüber eingestellt war. Vor der Gruppe hatte sie eine undefinierbare Angst und zugleich eine übersteigerte Hoffnung, mehr Gefühle, besonders Aggressionen, zeigen zu können. Von Kerstens Verhalten in der Gruppe erwartete ich, daß sie mehr Zugang zu sich

selbst und anderen finden könne und das Stillhalteabkommen zwischen männlicher und weiblicher Identität, männlicher und weiblicher Partnerwahl bearbeiten und auflösen könne. Sie selbst erwartete ein Verbesserung, wenn nicht Auflösung ihres Sprachsymtoms, unbewußt aber die Möglichkeit, Kontakt zu finden. Sie war die Einzige, die sich eindeutig freute und positive Erwartungen der Gruppe gegenüber hatte. Mit der Auflösung des Sprachsymtoms war zu erwarten, daß Angst, Depression, Aggression und sexuelle Bedürfnisse der Patientin mehr an die Oberfläche kämen.

Die Kleingruppe der drei Frauen bestand insgesamt ein Jahr und führte zum Abschluß der Therapie der drei Patientinnen. Bereits in der ersten Sitzung, als ich den Gruppenvertrag angab und dann schwieg, schlossen sich die drei Frauen zu einer Gruppe zusammen. Es entstand ein Erwartungs- und Übertragungsfeld und Gruppenspannungen (*Ezriel*, 1950), die den Grundstein für die Bildung der Gruppengrenze legten. Alle drei Frauen waren verwundert, daß die anderen noch nicht weiter waren, oder daß jede bei dem, was sie erreicht hatte, sich so unbedeutend und unwert fühlte. Auf dieser Ebene der Rivalität um den besten Platz, d. h. auch um den Platz der Kränkesten, die am meisten Zuwendung zu erwarten hatte, wurde in der ersten Phase die Geschwisterrivalität bearbeitet. Es entwickelte sich eine Familienübertragung einer Familie ohne Vater, eine Situation, die alle drei Patientinnen kannten. Der Selbsthaß und der Haß auf die Väter, die sie im Stich gelassen hatten, wurde deutlich als Grundlage ihres unbefriedigten Lebens, das auf einer doppelten negativen Identifikation mit beiden Eltern beruhte. Während ich anfangs den Eindruck hatte, die Gruppe sei um Kersten herum und für sie gebildet worden, nahmen im Verlauf der Sitzungen abwechselnd die beiden anderen Patientinnen die zentrale Stellung in der Gruppe ein.

Durch die Beteiligung der anderen wurde die Qualität eines Übertragungsgeschehens erstmals deutlich und für die Patientinnen erkennbar und annehmbar. Dadurch, daß sie mich und sich gegenseitig sehen konnten, war es eher möglich, Aggression und positive Zuwendung voneinander zu unterscheiden.

Ich möchte einige Beispiele für das Gruppengeschehen geben. Eine stark veränderte Übertragungsreaktion zeigte Rena innerhalb der Gruppe. Während sie in der Einzelanalyse und früher auch in der Gruppe unter Redefluß gelitten hatte, saß sie jetzt in der Dreiergruppe mit niedergeschlagenen Augen, schweigend und verängstigt da. Ihre Angst ließ sie häufig fehlen. Daraufhin angesprochen, reagierte sie trotzig und verstärkte ihr Schweigen. Ich versuchte, sie durch Konfrontation zu erreichen. Sie äußerte, daß sie sich von mir ungeliebt und ungerecht behandelt fühle. Als die anderen beiden geduldig auf sie eingingen, erinnerte sie,

wie sie sich nach dem Tode des Vaters von der Restfamilie entfremdet und es sie zu einer Jugendgruppe und künstlerischer Betätigung gezogen hatte. Die Mutter hatte sie daraufhin wie eine Aussätzige behandelt und fast für verrückt erklärt. Wenn Besuch kam, öffnete sie demonstrativ das Zimmer der Patientin, die malte oder las, mit den Worten: „Und das hier ist unsere Rena.“ Diese Situation hatte die Patientin durch ihr eigenbrödlerisches Verhalten und die darauf folgenden Übertragungsreaktionen in der Gruppe in Szene gesetzt. Durch die verstehende Reaktion der Gruppe konnte sie ihre starken Schuldgefühle — aufgrund der Ablehnung der Mutter — auflösen. Die Erstarrung löste sich und sie begann, mich vorsichtig auch direkt anzugreifen.

Erdmute wurde in der Gruppe die Sprecherin der Aggressionen und der Enttäuschungen über die Analyse, nachdem sie die Rolle des hilflosen kleinen Mädchens aufgegeben hatte. Sie wurde wegen der heftigen Übertragungsgefühle von den anderen beiden beneidet und somit in ihrer analytischen Arbeit bestätigt. Parallel zu der aggressiven Auseinandersetzung mit mir entdeckte und erkannte sie in der Einzelanalyse ihre pathologische Abhängigkeit von den Eltern und empfand zum erstenmal deutlich, allerdings mit Schuldgefühlen, libidinöse Wünsche gegenüber der Mutter. Als ich ihr versicherte, daß solche Gefühle normal seien, und sie positiv bewertete, weinte sie erlöst und ungläubig. In der darauffolgenden Zeit begann sie, ihrem Äußeren mehr Aufmerksamkeit zu widmen und fand wieder mehr Mut zu sexuellen Kontakten.

Im Zentrum des Gruppengeschehens stand die Schwangerschaft und zukünftige Mutterschaft von Kersten. Zur Rettung des Kindes und damit auch der Ehe der Patientin trug die Gruppe wesentlich bei. Das Kind war also ein Gruppenkind. Alle erlebten hier die problematische Beziehung zur Mutter in der Symbiose wieder. Erdmute äußerte bei der Vorstellung, selbst ein Kind zu haben, daß es ihr zeitweilig lästig werden könnte, sie dann nicht mehr zu reagieren wisse und fürchtete, daß das Kind sehr unter ihren Launen zu leiden hätte. Rena, die nie eine Mutter, sondern nur Ersatzmütter erlebt hatte und die ihren Schützlingen gegenüber selbst die Rolle einer Ersatzmutter einnahm, äußerte Angst, nicht immer die Kraft aufbringen zu können, ein Kind zu lieben. Sie dachte zugleich eifersüchtig an ihre jüngste Schwester, die schon wie selbstverständlich das zweite Kind bekam. Die Realisation ihres Wunsches nach einem Kind machte sie von der Stabilität ihrer Partnerbeziehung abhängig, die sie durch ihre eigenen Zweifel und Eifersüchte ständig schweren Belastungsproben aussetzte.

Für Kersten verband sich mit der „Amazonengruppe“, die zeitlich mit ihrer Schwangerschaft und den ersten Lebensmonaten ihres Kindes zusammenfiel, die bisher aktivste Zeit ihrer Therapie. In keiner anderen

Situation hatte sie so viele Gefühle, Ängste und Bedürfnisse ausdrücken können. Das Kind, das allen drei Patientinnen eine Übertragungsaufsplitterung auf ein drittes Objekt (*Khan*, 1964, 1966) ermöglichte, hatte bei Kersten zur Bearbeitung ihrer starken Sexualitäts- und Lustfeindlichkeit geführt. Sie wurde von mir in allen bisher von ihr als schuldhaft erlebten passiven und zärtlichen Strebungen bestärkt. Je näher der Termin der Geburt rückte, desto mehr fühlte sie sich eingeengt und bedroht. Ihre Angst, als Mutter und Hausfrau die intellektuelle, männliche Rolle und damit ihre Hauptabwehrfunktion gegenüber dem von ihr so gefürchteten emotionalen Bereich zu verlieren, war in der Einzelsituation bearbeitet worden. Sie hatte zuerst masochistisch gefürchtet, das Kind könne schwachsinnig oder mißgestalt geboren werden, daß ihr Sprachfehler ihm schaden könne, daß sie keinen Kontakt herstellen könne, wenn es schreie und sie es trösten wolle. Jetzt äußerte sie in der Gruppe in der Übertragung auf die eifersüchtigen Gruppenschwestern die paranoische Angst, ihre Mutter und Schwiegermutter würden sich einmischen, ihr das Kind wegnehmen und ihr die Zärtlichkeit und Verwöhnung, die sie ihm zukommen lassen wolle, verbieten. Sie fürchtete, sich gegenüber dieser erdrückenden Übermacht — wie als Kind — nicht durchsetzen zu können. Die Gruppe gab ihr in dieser inneren und äußeren Gefahrensituation Schutz und Beistand.

Terminierungsphase

Die Patientinnen veränderten in der Gruppe ihre ursprünglich kritische und fordernde Einstellung der Analyse gegenüber. Sie wurden aktiver, fühlten sich wohler und überließen die analytische Arbeit nicht nur mir. Eine größere heilsame Distanz stellte sich her und das Arbeiten in beiden Situationen wurde leichter. Die drei letzten einzelanalytischen Sitzungen, bevor ich auf die wissenschaftliche Tagung fuhr, um diesen Vortrag zu halten, brachten jeweils wichtiges Material für das psychodynamische Verständnis der drei Frauen. Rena berichtete eine Szene, in der ihr Freund nachts aus dem Bett gefallen war und sie in furchtbarer Angst laut schreiend seinen Namen gerufen hatte. Unter dieser Angst habe sie ihr ganzes Leben gelitten. Sie erinnerte dazu den Tod des Vaters und sagte, daß sie, soweit sie zurückdenken könne, das Gefühl gehabt habe, immer dann wenn sie jemanden liebe, fürchterlich bestraft, verletzt und verlassen zu werden. Ihre Verlassenheitsangst vor der vorübergehenden kurzen Trennung konnte sie nur über ein drittes Objekt, den Freund, ausdrücken. Mit dieser Grundangst hatte sie bisher alle Beziehungen zerstört und fürchtete nun, daß sich diese Dynamik wiederholen könne. In der letzten Phase ihrer

Therapie verschob sie alle Trennungängste und Aggressionen von der Analyse auf diese Freundschaft.

Kersten, die in der letzten Stunde lange auf mich hatte warten müssen, reagierte darauf mit massivem Schweigen und äußerte den Wunsch, den Raum verlassen zu können, um Besorgungen für ihre Reise zu machen. Sie erinnerte dann, daß ihre Mutter von der Familie immer erwartet hatte, daß alle mit ihr sprächen, und zwar dann, wenn sie es wollte. Daraufhin hatten sie selbst, die Schwester und der Vater immer gleich reagiert: sie hatten geschwiegen. Eine andere Form, sich der Mutter gegenüber zur Wehr zu setzen, schien es nicht zu geben. Diese Erinnerung ließ das Schweigen der Patientin als gemeinsame Familienabwehrform gegen die dominierende Mutter erscheinen.

Erdmute reagierte mit Neid und Wut auf meine Reise. Sie gönne mir keinen Erfolg, denn hätte ich Erfolg, würde sie uninteressant für mich werden. Sie sprach von allen Menschen, die sie beneidete und verlangte, mich ganz für sich zu haben. Sie könne weder Mann noch Frau sein und sich nicht einmal ein Kleid kaufen. Sie äußerte den Wunsch, immer bei mir zu sein, um zu beobachten, wie ich lebe, und wie ich alles mache, um es dann genauso oder besser zu machen. Sie wollte auch wissen, was ich esse. Ich zählte ihr auf, was ich an diesem Tag gegessen hatte. Meine konkretistische Antwort, die der Patientin wie in einem Spiegel ihre Überangepaßtheit zeigen sollte, beantwortete sie mit einem herzhaften Lachen, und sie konnte sich erleichtert trennen. Einen Monat später, vor Beginn der Sommerpause, nach halbjährigem Bestehen der Gruppe, reflektierten die Gruppenmitglieder gemeinsam den bisher abgelaufenen Prozeß. Sie kamen zu dem Resultat, daß die Gruppe für sie sehr wichtig geworden sei, daß sie zum gegenseitigen Verständnis ihrer Probleme beitrage, daß aber die explosiven, aggressiven Auseinandersetzungen untereinander und mit mir nicht stattgefunden hätten.

In der letzten Phase der Therapie, dem folgenden halben Jahr, wurden hauptsächlich Abgrenzungs- und Identitätsprobleme, bezogen auf konkrete Lebenssituationen und den therapeutischen Prozeß, behandelt. Übertragungen und Verlassenheitsängste nahmen lebendige Gestalt an. Es wurde weniger theoretisiert. Häufig lieferten die Gruppensitzungen Material, das in den Einzelsitzungen intensiver bearbeitet werden konnte. In beiden Situationen wurden die Patientinnen aber aktiver, d. h. sie konnten sich mehr fallen lassen und mehr zeigen. Sie hatten mehr Vertrauen in die Therapie, sich selbst und ihre Fähigkeiten gewonnen.

Die Verleugnung und Abwehr der Trennung, diesmal der endgültigen Beendigung der Therapie, bestand allerdings bei allen drei Frauen

bis zum Schluß. Sie durchlebten noch einmal eine aggressive, vorwurfsvolle Phase, in der sie mich und die Therapie offen angriffen, die ihnen nicht genug gegeben und doch noch Schwierigkeiten und Konflikte ungelöst gelassen habe. Schließlich entstand ein Konsensus, die Therapie zu einem Abschluß zu bringen. Im Falle von schweren Konflikten würden sie die Therapie noch einmal gezielt und begrenzt in Anspruch nehmen können. In Verleugnung der Trennungssituation glaubten die drei Patientinnen nicht, daß ich die Gruppe endgültig schließen würde. Rena äußerte in der Einzelsitzung, daß sie mich und die Analyse in einem gläsernen Käfig mitnehmen wolle. Erdmute wollte sich vergewissern, daß ich dem Kontakt nicht ausweichen würde, wenn sie mir begegnete. Kersten wollte mich mit einer depressiven und verzweifelten Haltung zwingen, die Behandlung doch noch fortzusetzen. Sie drückte am stärksten die noch vorhandenen Lebens- und Identitätsängste der Gruppe aus, deren Mitglieder aber doch in der Lage waren, die Therapie zu beenden und zugleich mit der Beendigung den Wunsch ausdrückten, die Beziehungen untereinander jenseits von Übertragung und Widerstand fortzusetzen.

*A Contribution to Combined Technique in Psychotherapy —
The Terminal Phase of Therapy in a Small Group*

Petra Schneider

The paper delivers a case history of three female patients with similar narcissistic personality disorders, and stresses the psychogenesis of "false self" (*Winnicott*), archaic defense mechanisms and overlying neurotic symptoms. This complicated personality structure hindered the development of a therapeutic alliance and of transference solution during a long lasting therapeutic process. The personalities of the three phallic patients were based on a "false self" and the predominance of the male aspect of "doing" over the "female" aspect of "being" (*Guntrip*). Intellectualization and splitting off mechanisms were the prevailing defense mechanisms in the therapy of the three patients. The severe deficiencies in mother-child-relationship were revealed during analysis and worked through by confrontation, since the patients had compensated their ego-deficit (*Ammon*) by over-adaptation, object-hunger, stressed activities, idealization and repression of feelings.

The three patients felt incapable of leaving therapy after having had a long period of therapy applying combined techniques as: milieu-therapy, grouptherapy, psychotherapy and psychoanalysis. They were brought together in a small group, which was supposed to integrate

their split off ego aspects and enable separation and identity-finding. The following basic elements of group therapy: group boundaries, the mirror function, the reality aspect, and the mother and family transference are discussed under the aspect of separation- and identity-problems. In addition the indication for combined therapy and the advantages of this therapeutic technique for patients with ego-disorders are thoroughly discussed. The process of termination in a small, homogeneous group, lasting one year, is reported and the results of this experiment are given to consideration. They are as listed: The patients gave up their passive clinging attitude. They became capable of differentiating transference from reality. The combination allowed them the splitting of clinging attitudes and aggression. Acting-out was reduced and easier to handle. The aspect of false-self in the personality structures diminished and real interests and desires arose, which could be partly realized by the patients.

The small termination group approximately fulfilled the expectations the therapist and the patients had before its beginning, i. e.: to integrate the separated ego-aspects of "being" and "doing" within the ego-structure and life of the patients and to allow them to lead a life with an own identity.

Literatur

- Ammon, G.* (1969): Psychoanalytische Gruppentherapie-Indikation und Prozeß (Berlin: Pinel-Publikationen)
- (1970a): Gruppendynamik der Aggression (Berlin: Pinel-Publikationen, 3. Aufl. 1972)
- (1970b): Von der psychoanalytischen Standardmethode zur analytischen Gruppentherapie. Überlegungen zu Gemeinsamkeiten und Differenzen. In: *Dyn. Psychiat.* (3) 121—126
- (1971): Zur Psychodynamik des Todes. In: *Med. Welt* (15) 3—12
- (1973a): Dynamische Psychiatrie (Darmstadt: Luchterhand)
- , Hrsg. (1973b): Gruppenpsychotherapie (Hamburg: Hoffmann & Campe)
- (1973c): Ich-psychologische und gruppendynamische Aspekte der psychoanalytischen Gruppentherapie. In: *Dyn. Psychiat.* (6) 207—230
- (1974a): Zur Psychodynamik des Suizidgeschehens. In: *Dyn. Psychiat.* (7) 1—18
- (1974b): Das narzißtische Defizit als Problem der psychoanalytischen Behandlungstechnik. — Ein Beitrag zur Theorie und Praxis der nachholenden Ich-Entwicklung. In: *Dyn. Psychiat.* (7) 201—215
- ; *Ament, A.* (1967): The Terminal Phase of the Dynamic Process of a Group-Dynamic Teaching Process. In: *Int. J. Gr. Psychother.* (17) 35—43. Dt. in: *Ammon, G.* (Hrsg.): Gruppenpsychotherapie (Hamburg: Hoffmann & Campe, 1973)
- Ezriel, H.* (1950): A Psycho-Analytic Approach to Group Treatment. In: *Brit. J. Med. Psychol.* (23) 59—74

- Federn, P.* (1952): *Ego-Psychology and the Psychoses* (New York: Basic Books).
Dt. Ausg.: *Ich-Psychologie und die Psychosen* (Bern: Huber, 1956)
- Frank, J. D.* (1959): *Group Methods in Therapy* (New York: Public Affairs Committee)
- Guntrip, H.* (1968): *Schizoid Phenomena, Object-Relations and the Self* (London: Hogarth Press)
- Hirsch, M.* (1974): Die Technik der Konfrontation in der Gruppen- und Einzelanalyse.
In: *Dyn. Psychiat.* (7) 291—299
- Illing, H. A.* (1969): Die Rückkehr in die Gruppe: Zur Dynamik der vorzeitigen Beendigung der Gruppenpsychotherapie. In: *Dyn. Psychiat.* (2) 164—172
- Khan, M. M. R.* (1964): The Function of Intimacy and Acting Out in Perversions.
In: *Slovenko, R.* (Ed.), *Sex, Beh. and the Law*: (Springfield, Ill.: Thomas)
- (1966): Role of Phobic and Counter-Phobic Mechanism and Separation-Anxiety in Schizoid Character Formation. In: *Int. J. Psycho-Anal.* (47)
- Knight, R. P.* (1953): Management and Psychotherapy of the Borderline Schizophrenic Patient. In: *Bull. Menn. Clinic* (17) 139—150
- (1954): An Evaluation of Psychotherapeutic Techniques. *Psychoanalytic Psychiatry and Psychology* (New York: Int. Univ. Press)
- Miller de Paiva, L.* (1973): Abwehrmechanismen in der therapeutischen Gruppe. Die introjektive Identifikation mit dem thanatotischen Objekt. In: *Dyn. Psychiat.* (6) 238—248
- Moldenhauer, P.* (1974): Zur Indikation von kombinierter analytischer Einzel- und Gruppentherapie. Vortrag gehalten am Ausb. Inst. der DAP Berlin, am 8. 2. 1974
- Searles, H. F.* (1965): *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects* (London: Hogarth Press)
- (1970): Autism and the Phase of Transition to Therapeutic Symbiosis. In: *Contemp. Psychoanal.* (7)
- Tuovinen, M.* (1974): *Depressio sine Depressione — An Aspect of the Antisocial Personality*. In: *Dyn. Psychiat.* (7) 19—31
- Winnicott, D. W.* (1972): *The Maturation Process and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development* (London: Hogarth Press)

Adresse der Autorin:
Petra Schneider
1 Berlin 19
Rönnestr. 28

Plötzlicher Therapeutenwechsel in der analytischen Einzel- und Gruppentherapie**

Fritjof Winkelmann *

Der Analytikerwechsel wird als Dreiecksprozeß zwischen den Patienten und den betroffenen Therapeuten kritisch untersucht. Hierbei ist die Vergegenwärtigung früher Objektverluste für den Patienten nicht nur sehr schmerzlich, sondern stellt gleichzeitig eine Therapiechance für ihn dar. Außerdem kann es im günstigen Fall zu einer Aufdeckung von Skotomen und einer Übernahme anderer Ich-Funktionen durch den neuen Therapeuten kommen. Als Fallbeispiele werden der plötzliche Therapeutenwechsel mit kurz darauf folgender Rückkehr zum ersten Analytiker bei zwei Patientinnen mit einer Agoraphobie und einer Borderline-Erkrankung und der plötzliche Therapeutenwechsel in einer Gruppe dargestellt.

Das Hauptproblem des plötzlichen Therapeutenwechsels sieht der Autor in der Verinnerlichung des verlorenen Analytikers als eines unangreifbaren Heroen. Lösungsmöglichkeiten zur Handhabung dieser schwierigen Situation werden erörtert.

Viele Patienten in ambulanter oder stationärer psychoanalytischer Behandlung werden jährlich mit dem Verlust ihres Therapeuten und dem Übergang zu einem anderen Analytiker konfrontiert. *Scher* schätzte ihre Zahl 1970 auf einige tausend. Auffällig ist die Vernachlässigung dieses häufigen und für Patient und Analytiker wichtigen Ereignisses in der wissenschaftlichen Literatur. Veröffentlichungen über einen plötzlichen Therapeutenwechsel sind mir nicht bekannt.

Dies muß seinen Grund in der Art und Weise haben, wie die Psychoanalytiker selbst einen Therapeutenwechsel erleben. Wir können ihn mit *Fleisch* (1947) als einen Dreiecksprozeß zwischen dem Patienten, seinem bisherigen und seinem zukünftigen Analytiker begreifen. In diesem Prozeß scheint die Rolle der beteiligten Therapeuten nicht genügend reflektiert zu werden. Da meines Erachtens hier die Ursache für die wissenschaftliche Vernachlässigung des Themas liegen dürfte, halte ich es für richtig, unsere Betrachtung gegen die übliche Gewohnheit selbstkritisch bei den Analytikern zu beginnen.

Da ist zunächst der bisherige Therapeut: nach *Scher* (1970) erlebt er die Abgabe seines Patienten ähnlich wie dieser. Auch er erleidet den Verlust einer Person, der bislang ein bestimmter Teil seines Lebens gehörte, und erlebt Trennungsängste. Er exponiert aufgrund seiner geschriebenen und mündlichen Berichte seine theoretischen Kenntnisse, seine Beziehung

* Dr. med., Internist, Mitarbeiter am Münchener Lehr- und Forschungsinstitut 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)

zum Patienten, das Verständnis seiner Psychodynamik und seiner Arbeitsweise dem neuen Analytiker, und sein Patient wird diese Exposition in mehr oder weniger entstellter Form fortsetzen, ohne daß sich der bisherige Analytiker verteidigen kann. Der Patient wird ihn nun mit dem neuen Therapeuten vergleichen und hierbei seine relativen Stärken und Schwächen feststellen.

Die Wahl des neuen Analytikers und Zuordnung eines bestimmten Patienten zu ihm wird nicht zufällig sein: nach *Scher* (1970) wird er dem Kollegen, welchen er am meisten schätzt, seinen hoffnungsvollsten und interessantesten Patienten offerieren und ihn dadurch möglicherweise sich verpflichten wollen. Die schwierigsten Patienten wird er — kontrolliert er sich nicht selbst — vielleicht seinem Rivalen abgeben. Jede Übergabe eines Patienten ist — wie *Scher* sagt — ein Geschenk, aber für Geschenke gibt es verschiedene Motivationen.

Die Gründlichkeit der Trennungsarbeit schließlich hängt weitgehend davon ab, wie der Analytiker selbst sich trennen kann, wie er seine eigenen Verlassenheitsängste, seinen Narzißmus, seine Angst vor Aggressionen und mögliche Schuldgefühle kontrollieren kann. Dies ist schwierig, und so verwundert es nicht, daß nur eine mir bekannte Veröffentlichung zu diesem Thema vom ersten Therapeuten verfaßt wurde (*Sadoff*, 1968).

Aber auch die Rolle des neuen Analytikers ist nicht einfach: für lange Zeit wird er vom Patienten am Vorgänger gemessen. Auf das Entdeckungserlebnis der Erst-Exploration muß er verzichten. Jemand war vor ihm da, in dessen Schatten er arbeiten muß und den der Patient für bedeutender hält. Der neue Therapeut muß dem Patienten helfen, sich vom ersten Analytiker zu lösen, sein Leid und seine Wut zu äußern, die der neue Analytiker tragen muß und die umso mehr auf ihm lasten, je unvorbereiteter der Therapeutenwechsel vonstatten geht. Im Fall des plötzlichen Therapeutenwechsels hat er die gesamte Trennungsarbeit mit dem Patienten allein zu leisten. Entweder trifft ihn die Aggression des Patienten, mit der dieser auf seinen plötzlichen Objektverlust reagiert, oder der Patient wendet diese destruktiv gegen sich selbst. Die Interaktion zwischen dem neuen Analytiker und seinem Patienten wird von der Intensität der Trauerarbeit, aber auch auf die Dauer von dem Maß an Sympathie, Respekt und Offenheit abhängen, das der neue Therapeut gegenüber dem ersten Analytiker hat. Die Spärlichkeit der Veröffentlichungen über den Therapeutenwechsel könnte auch ein Hinweis sein auf eine mangelnde Kommunikation zwischen den Analytikern, eine nur ungerne verbalisierte Kritik am Verhalten der Vorgänger und Insuffizienzgefühle der Nachfolger.

Gerade hier kann eine Supervisionsgruppe, wie auch wir sie an unseren Lehr- und Forschungsinstituten der DAP praktizieren, sehr hilfreich sein,

um über eine offene Kommunikation zwischen den beteiligten Therapeuten innerhalb dieser Gruppe die Initialphase mit dem zweiten Analytiker und die Herstellung eines neuen therapeutischen Bündnisses zu erleichtern (vergleiche auch *Sadoff*, 1968).

Der Patient leidet am stärksten unter einem schweren Objektverlust und starken Trennungsängsten. Seine reale Beziehung zum Therapeuten ist unwiderruflich beendet und besteht nur noch in Phantasien und Erinnerungen weiter. Am meisten leiden die depressiven Patienten darunter, da der Verlust des alten Therapeuten ihren frühen pathogenen Objektverlust vergegenwärtigt.

Während sich der Patient beim ersten Therapeuten allmählich und nach eigenem Bedürfnis öffnen und seine Gefühle und Handlungen vorsichtig zeigen konnte, weiß der neue Analytiker schon viel über ihn. Der Patient ist mehr exponiert bei weniger eigenen Kontrollmöglichkeiten. Andererseits bietet der Therapeutenwechsel auch Chancen für ihn. Er gibt dem Patienten die Gelegenheit, frühere Objektverluste zu erinnern und zu bearbeiten. Konflikte, die der erste Analytiker skotomisiert hatte, können vom neuen Therapeuten aufgedeckt werden. Auf den neuen Therapeuten wird der Patient möglicherweise eine andere Person seiner Primärgruppe übertragen. Vielleicht fällt es ihm z. B. bei einer Frau leichter, seine Symbioseprobleme zu bearbeiten als bei einem Mann. Aus diesem Grunde empfiehlt es sich i. a., beim Therapeutenwechsel einen Analytiker des anderen Geschlechts zu wählen.

Vor allem Patienten mit archaischen Ich-Krankheiten können vom Therapeutenwechsel profitieren: Gerade in der Regression dieser Patienten übernimmt der Analytiker stellvertretend zunächst die Ich-Funktionen der Abgrenzung, der Realitätskontrolle und der Integration, um das regredierte Ich zu schützen und ihm im Laufe seiner Entwicklung die Möglichkeit zu geben, diese Ich-Funktionen schrittweise in eigener Verantwortung zu übernehmen (*Ammon*, 1973).

Entsprechend seiner eigenen Persönlichkeit kann der neue Therapeut andere Ich-Funktionen als der erste Analytiker stellvertretend zeitweilig übernehmen und damit die nachholende Ich-Entwicklung um wesentliche Aspekte bereichern.

In einer Therapiegruppe wird der neue Analytiker häufig jenseits aller Übertragung und Gegenübertragung Aspekte seiner eigenen Persönlichkeit in einzelnen Patienten eher wiederentdecken als dies der alte Therapeut konnte. Auf diese Weise haben auch die Gruppenmitglieder, welche bislang an der Peripherie des Gruppengeschehens standen, die Chance, daß der neue Analytiker sie besser versteht und gerade für sie wirksamer die Funktion eines Hilfs-Ichs übernehmen kann.

Mit drei Fallbeispielen möchte ich die Patientenreaktion auf einen plötzlichen Therapeutenwechsel veranschaulichen. Im Februar dieses Jahres erkrankte einer meiner Kollegen vor einem geplanten Ortswechsel sehr schwer und mußte für mehrere Wochen stationär im Krankenhaus behandelt werden. Da ohnehin sein Umzug in eine andere Stadt geplant war, übernahm ich zwei seiner Patientinnen in Einzeltherapie. Frau B., eine 30jährige, verheiratete Frau mit einer Agoraphobie und einer Schluckstörung gegenüber flüssigen Speisen war ein Jahr lang in klassischer Analyse gewesen. Der erkrankte Kollege hatte mich ihr bereits als neuen Analytiker empfohlen, hatte dann aber den Abschied wegen seiner Erkrankung nicht mehr bearbeiten können. Zur ersten vereinbarten Sitzung erschien Frau B. nicht und ließ sich telefonisch einen zweiten Termin nennen. Im Gespräch äußerte sie große Angst, ihre Therapie völlig von neuem beginnen zu müssen, dann betonte sie die Schwierigkeiten bei der Unterbringung ihres Sohnes während der Sitzungen.

Während der ersten Sitzung auf der Couch betonte sie, wie angenehm es ihr sei, mich nicht ansehen zu müssen. Sie äußerte die Phantasie, mein Vorgänger sei während der ersten Stunden eingeschlafen, und befürchtete das gleiche bei mir. Hiermit wollte sie ausdrücken, der erste Analytiker habe sie aus Desinteresse verlassen; gleichzeitig wollte sie sich damit vergewissern, daß wenigstens ich Anteilnahme für sie zeigte und bei ihr bliebe.

In der darauffolgenden Sitzung brachte sie folgenden Traum mit: Sie lief nach einem Streit vor ihrem sie verfolgenden Ehemann weg auf ein Taxi zu. Sie konnte sich nicht bewegen. Später fuhr sie im Taxi, das von einem Polizistenpaar angehalten wurde mit der Bemerkung, man wolle sie in ein Zimmer ohne Ofen bringen. Im Traum hatte sie die Verhältnisse umgekehrt: ihr Therapeut, auf den sie ebenso wie auf ihren Mann den unbekanntem Vater übertrug, verfolgte sie, statt sie zu verlassen. Der Taxifahrt, die etwas mit ihren unbewußten Ängsten und Wünschen, sich zu prostituieren, zu tun hatte, folgte die Ankündigung, zu ihrer kalten Mutter zurückgeschickt zu werden, was für die Patientin gleichzeitig Strafe und Wunscherfüllung war.

Zwei Wochen nach dem Therapeutenwechsel begann sie, auf ihren alten Analytiker zu schimpfen, eine Woche danach trat ihre inzwischen weitgehend beherrschte Agoraphobie wieder auf. Sie verließ kaum noch ihre Wohnung. Frau B. stellte ihre Symptomverschlechterung und große Verlassenheit in einem Traum dar: Sie wurde in England nach *Janovs* Urschreimethode behandelt. In der Therapie war sie sehr aggressiv auf den vorigen Analytiker. Schließlich bezog sie ihren Sohn mit ein, dieser bekam hohes Fieber; sie brachte ihn später mit in die Sitzung und behauptete, in seiner Gegenwart nicht richtig sprechen zu können.

Ich habe auf diese spektakuläre Symptomatik verständnisvoll, aber sehr ruhig und zurückhaltend reagiert, und die Patientin konnte nach einer Woche darauf verzichten. Sie erzählte nun wieder von ihren sexuellen Phantasien mit meinem Vorgänger und von ihrem Wunsch, ein Kind von ihm zu bekommen. Ihr vierjähriger Sohn verstand sie unbewußt, wenn er sie vor ihrer Sitzung fragte, ob der Doktor in ihren Zähnen herumbohre.

Zwei Monate nach dem Therapeutenwechsel hatte ich in ihren sexuellen Träumen und Phantasien die Rolle des ersten Analytikers übernommen. Drei Monate nach Übernahme der Therapie entschied sich der vorbehandelnde Kollege, nun doch in Berlin zu bleiben. Ich hatte — ebenso wie die Patientin — während der ganzen Zeit das Gefühl behalten, daß sie eigentlich seine Patientin geblieben war. Auch der Kollege wollte Frau B. wieder in Therapie übernehmen. Auf diese Weise ergab sich die seltene Situation eines Therapeutenwechsels mit kurz darauf folgender Rückkehr zum ersten Analytiker. Dies bedeutete für die Patientin einen zweimaligen Therapeutenverlust und den unterschiedlichen Persönlichkeiten der Analytiker entsprechende Veränderungen der Kommunikation.

Als ich Frau B. erzählte, sie könne wieder zu ihrem ersten Therapeuten gehen, reagierte sie zunächst mit einer verständlichen Klage über das „dauernde Hin und Her“ und der Frage, auf wen man sich denn verlassen könne. Dann sah sie verbal ein, daß eine Rückkehr zum ersten Therapeuten, der ihre Analyse auch bis zum Abschluß begleiten konnte, für sie die beste Lösung sei. Sie erzählte noch einmal ausführlich von ihren sexuellen Phantasien dem ersten Analytiker gegenüber, wohl um sich wie in einer Generalbeichte davon zu befreien und der größeren Peinlichkeit eines Berichtes ihm gegenüber aus dem Wege zu gehen. Zwei Tage später hatte sie eine schwere Auseinandersetzung mit ihrem Ehemann, bei der es fast zu einer Schlägerei gekommen wäre und beide von Scheidung sprachen. Ich deutete diesen Ehestreit als dramatische Inszenierung ihrer Trennung von mir und als Agieren ihrer Aggression gegen den sie verlassenden Therapeuten. Zur letzten Sitzung vor der Übergabe erschien Frau B. wegen einer Verschlimmerung ihrer Straßenangst nicht. Hiermit demonstrierte sie noch einmal ihre Verlassenheit.

Eine zweite Patientin des gleichen Kollegen, die 28jährige Frau H., übernahm ich nach zweijähriger Gruppentherapie und einhalbjähriger kombinierter Gruppen- und Einzeltherapie ebenfalls in Einzelanalyse. Sie litt unter Depressionen und masochistischen Partnerbeziehungen, hatte sich aber der Therapie durch gutes Assoziieren, braves Einsehen und Annehmen aller Deutungen und kluge eigene Interpretationen ihres Verhaltens angepaßt. Ihre Konflikte trug sie außerhalb der Therapie mit ihrem Freund, ihren Hausnachbarn und in ihrer Arbeit an der Uni-

versität aus. Frau H. war wegen der oben schon genannten Gründe nur einen Monat lang bei mir in Therapie, ich kannte sie bereits aus einem milieuthérapeutischen Einsatz.

Gleich in der ersten Sitzung brachte sie die Trennung von ihrem ersten Therapeuten in Verbindung mit Trennungen aus einer symbiotischen Partnerbeziehung, von der milieuthérapeutischen Gruppe und ihrer Berliner Therapiegruppe. Sie hatte von einem Abbruchhaus geträumt, in dem sie ihre Dissertationsarbeit schrieb, obwohl schon Dachstuhl, Decken und Fußböden fehlten. Hiermit beschrieb sie ihren verzweifelten Versuch, sich die alte therapeutische Situation zu erhalten, weil sie den Therapeutenwechsel wie den Verlust ihrer Mutter erlebte. Diese hatte sie schon im zweiten Lebensjahr der Großmutter zur Pflege überlassen und sie nur sporadisch zu sich zurückgenommen. Frau H. agierte nun diesen Verlust und die Suche nach ihrer Mutter traumhaft aus, indem sie in Berliner Abbruchhäusern nach Kacheln und Geländerverzierungen suchte wie nach einem Schatz.

Auf die Nachricht vom Weggang ihres bisherigen Therapeuten hatte sie damit reagiert, daß sie den Renovierungsabfall ihrer Wohnung am helllichten Tag vor dem Fenster einer alten Frau auf den Bürgersteig auftürmte und dem Vermieter einen Teil der Renovierungskosten von der Miete abzog. In der alten Frau erkannte sie ihre Großmutter wieder. Wegen der Abfallaffäre kam es zu zivil- und strafrechtlichen Klagen. Frau H. benutzte dies, um im drohenden Verlust ihrer Wohnung den Therapeutenverlust und ihren frühen Objektverlust darzustellen. Gleichzeitig nahm sie sich einen neuen, weichen und sieben Jahre jüngeren Freund, von dem sie phantasierte, er würde sie auf den Arm nehmen.

Eine Woche später konnte sie ihre Aggressionen gegen mich und ihre sexuellen Wünsche mir gegenüber äußern, indem sie mich mit einem Polizeigeneral beim Erschießen eines Vietkong und mit ihrem Großvater verglich, der kleine Kinder verführte.

Bei dieser Patientin ergab sich die gleiche Situation wie im vorher geschilderten Fall. Als ich ihr einen Monat nach ihrer Übernahme bereits wieder vorschlug, zum ersten Analytiker zurückzugehen, fühlte sie sich zunächst abgelehnt. Sie erzählte wieder von dem drohenden Verlust ihrer Wohnung und berichtete dann einen Traum, in dem sie sich sehr aggressiv mit ihrer Therapiegruppe und deren Therapeuten auseinandersetzte: sie sah im Traum einen Therapieraum, in dem die zerstückelten Leiber der Gruppenmitglieder herumlagen und deren Köpfe auf Schallplatten kreisten. Ihr früherer Therapeut stand als Disc-Jockey dabei und leitete den schaurigen Klagegesang der Köpfe. Frau H. konnte nach einer weiteren Sitzung die zwischen meinem Kollegen und mir in ihrem Interesse vereinbarte Lösung akzeptieren.

Zuletzt möchte ich von einem plötzlichen Therapeutenwechsel in einer analytischen Gruppe berichten. Die Gruppe hatte sechs Monate vor dem Therapeutenwechsel einen Co-Therapeuten bekommen und übertrug auf den Therapeuten, Herrn K., die Rolle eines strengen, idealisierten Vaters, auf den Co-Therapeuten Herrn D., die Rolle einer weichen, freundlichen aber schwachen Mutter. Herr K. hatte plötzlich eine Aufgabe in einer anderen Stadt übernehmen müssen. Die Gruppe war auf sein Wegbleiben noch nicht vorbereitet, als auch schon Herr D. wegen einer Erkrankung die Gruppe verlassen mußte.

In dieser Situation übernahm ich die Gruppe. Ich hatte ein distanzierendes Verhältnis zu Herrn K. und war über sein plötzliches Wegbleiben verärgert, unterließ aber leider eine Auseinandersetzung und informierte mich über die Gruppe hauptsächlich durch Herrn D. und anhand von Einzelgesprächen mit jedem Patienten. Herrn D. und mir blieben vier Sitzungen, um den unvorbereiteten plötzlichen Verlust des Therapeuten und den Weggang des Co-Therapeuten zu bearbeiten und eine Vertrauensbasis zu mir aufzubauen.

Die Gruppe reagierte auf die Nachricht vom endgültigen Verlust von Herrn K. mit einer Depression. Nur die Patientinnen, die sich vornehmlich mit Herrn D. identifiziert hatten, äußerten Aggressionen gegen Herrn K. Die ganze Gruppe fühlte sich von ihm in Stich gelassen; die männlichen Patienten identifizierten sich mit ihm und betrachteten ihn als ihren „eigentlichen Therapeuten“, für den es kaum einen Nachfolger geben konnte.

Zwei Mitglieder der Gruppe reagierten mit Mißerfolgen im Staatsexamen. Dies wurde als Aggression gegen ihre leistungsorientierten Väter und gleichzeitig — entsprechend ihrer individuellen Psychodynamik — als masochistischer Akt verstanden. Hierin ging eine Patientin noch weiter, als sie bei sich unmittelbar nach dem Weggang des Co-Therapeuten von einem befreundeten jungen Arzt eine seit vielen Jahren geplante, medizinisch aber nur relativ indizierte größere Operation ausführen ließ. Als Begründung nannte sie den drohenden Weggang des befreundeten Arztes.

Auffallend war auch die nur gedämpft depressive Reaktion der Gruppe auf den Weggang des Co-Therapeuten. Offene Aggressionen gegen mich durften offenbar nicht geäußert werden, weil man sonst auch meinen Verlust gefürchtet hätte.

Die Gruppe weigerte sich, nach dem plötzlichen Therapeutenweggang eine gründlichere Trauerarbeit zu leisten. Stattdessen identifizierten sich gerade die männlichen Patienten mit dem verlorenen Analytiker. Ein sehr psychosenaher Patient trug wochenlang den gleichen Anzug und die gleichen Schuhe wie dieser und versuchte, ihn als Therapeuten zu imitieren.

Diese zunächst positive Identifikation benutzte gerade er zu massivem Widerstand und beantwortete alle Fragen von Gruppenmitgliedern sofort mit Gegenfragen. Es war sehr mühsam, noch etwas über ihn selbst zu erfahren. Andere Patienten versuchten, Herrn K. intellektualisierend zu imitieren.

Mir und einem zwei Wochen darauf in die Gruppe eintretenden Co-Therapeuten wollte die Gruppe die Rollenverteilung unserer Vorgänger überstülpen: aus mir versuchte sie einen überstrengen und etwas starren Vater, aus dem Kollegen eine liebevoll verwöhnende, schwache Mutter zu machen. Wir konnten nur durch gegenseitige Kontrolle eine Fixierung auf diese Rollen vermeiden, indem wir miteinander auch über unsere Rivalitätsgefühle sprachen. In diesem Moment wurde es den Gruppenmitgliedern möglich, auch untereinander zu kommunizieren und nicht nur eine direkte Zuwendung von einem der Therapeuten zu suchen.

Eine allmähliche Neubelebung der sehr depressiven, relativ kleinen Gruppe, die zur Zeit der Übergabe nur sieben Mitglieder zählte, war jedoch erst nach Aufnahme und Integration von fünf neuen Mitgliedern möglich, die nicht mehr durch eine sehr starke und nur schwer zu bearbeitende und zu lösende Übertragung auf Herrn K. belastet waren.

Ein halbes Jahr nach dem Therapeutenwechsel, nachdem wir uns inzwischen selbst intensiver mit dem Problem des Therapeutenverlustes für unsere Gruppe auseinandergesetzt hatten, konnte eine nachholende Trauerarbeit begonnen werden. Der Besuch von Herrn K. in unserer Berliner Praxis, bei dem er einzelne Gruppenmitglieder im Warteraum traf, bot den Anlaß. Das Problem der Trennung vom Vater war in der Gruppe durch die schwere Kindheitsgeschichte einer Patientin gerade repräsentiert worden. Ich sprach nun das schwächste Gruppenmitglied, welches sich bis in die Kleidung hinein mit ihm identifizierte, darauf an, warum er auf die kurze Begegnung mit Herrn K. eigentlich nicht reagiert habe. Daraufhin erzählte der angesprochene Patient, er habe Herrn K. in der vergangenen Nacht im Traum als eindruckvollsten und bedeutendsten Professor seiner Kunsthochschule gesehen. Die übrigen Professoren seien demgegenüber nur „Trottel“ gewesen.

Hiermit hatte der Patient deutlich ausgedrückt, daß sein eigentlicher großer Therapeut immer noch Herr K. war. Das schwächste Gruppenmitglied hatte auf ihn so stark seinen Vater übertragen, daß nach seinem plötzlichen Verlust nur noch eine schwächere Mutter- und Geschwisterübertragung auf die Gruppe und die beiden neuen Analytiker möglich war. Die älteren männlichen Gruppenmitglieder phantasierten nun, die Gruppe sei am Verlust von Herrn K. selbst schuld, er habe sie verlassen müssen, weil sie mit ihm gekumpelt hätten und weil er ihnen nicht mehr habe helfen können. Eine Patientin sagte, sie habe schon einmal nach

einem Therapeutenwechsel einen Autounfall gehabt. Sie wage nicht mehr, sich auf die Therapeuten zu verlassen, weil sie auch deren Weggang fürchte. Die Gruppe fragte dann die beiden Analytiker, wie lange sie denn bleiben wollten, d. h. ob sie zuverlässige Objekte seien. In dieser Phase der nachholenden Trauerarbeit und der erneuten Vertrauensfrage befindet sich diese Gruppe auch heute noch.

Ein deutlicher Fortschritt zeigte sich darin, daß die Gruppe nach der Ankündigung dieses Kongresses auf die bevorstehende Vertretung ihrer beiden Therapeuten mit einer Bearbeitung der Objektverluste einzelner Mitglieder antworten konnte.

Gerade bei dieser Gruppe wurde die Hauptschwierigkeit eines plötzlichen Therapeutenwechsels klar: sie liegt darin, daß die Patienten den verlorenen Analytiker wie einen gefallenen, weitgehend unbekanntem Helden verinnerlichen und ihm die Züge eines praktisch unangreifbaren Heroen verleihen. Die Beziehung zu ihm ist hochgradig ambivalent. Jede Kritik und Aggression ihm gegenüber ist sehr erschwert und ruft starke Schuldgefühle hervor. Die Rolle der Nachfolger ist schwierig: sie treffen nur auf sehr verdeckte und kaum je geäußerte Aggressionen, da diese Patienten besonders unter dem Objektverlust leiden und als Strafe für eine Aggression gegen den neuen Therapeuten auch dessen Verlust fürchten. Je stärker die Patienten auf den verlorenen Therapeuten übertragen haben, umso schwerer wird ihnen eine Übertragung auch auf seinen Nachfolger fallen.

Der plötzliche Therapeutenwechsel ist eine leider nicht seltene Not-situation. In jedem Fall ist eine sorgfältige Auswahl des zweiten Analytikers, eine gute Verständigung mit ihm, eine gründliche Trennungsarbeit und eine sympathische Einführung vorzuziehen. Läßt sich ein plötzlicher Therapeutenwechsel nicht vermeiden, so ist die Auswahl des zweiten Analytikers erst recht wichtig, denn sein Verhältnis zum verlorenen Therapeuten bestimmt weitgehend die erste Phase der folgenden Gruppenarbeit. Diese muß sich zuerst intensiv und gegen großen Widerstand der Trauer- und Abschiedsarbeit widmen, wobei der Therapeut umso leichter einen Zugang zum Patienten findet, je besser sein Verhältnis zum ersten Therapeuten war.

In der Gruppe muß die Trauer um den verlorenen Therapeuten ihre Fortsetzung finden in der Bearbeitung der frühen Objektverluste jedes einzelnen Gruppenmitgliedes. Dieses ist wiederum Sprecher für die Gruppe als Ganzes, so daß das Thema der Trennung vom Therapeuten in Verbindung mit jeder frühen individuellen Trennungssituation wieder erscheint.

Wird der plötzliche Therapeutenwechsel auf diese Weise als Impuls zur Bearbeitung der frühen Objektverluste benutzt, so haben die Patienten aus diesem schwerwiegenden Ereignis noch therapeutischen Nutzen gezogen.

Sudden Changing of Therapist within the Analytic Individual and Group Psychotherapy

Fritjof Winkelmann

Scientific literature so far has extensively neglected the event of a sudden change of therapists and the handing over of patients to new therapists, in the case of a change of dwelling, of accident, illness, or death of the analyst. This can be attributed to the emotions which such an event induces in the concerned therapists themselves. A study of this situation requires a self-critical analysis of the role of both therapists in the triangle process of changing therapists (*Flesch, 1947*).

The first therapist experiences an object loss, much like his patient does. The former feels like a mother who leaves her child (*Sadoff, 1968*). How thorough the working through of the separation takes place, depends to a large extent upon the therapist's ability to take leave and to control his narcissism, his fear of aggression, and his guilt feelings.

In the case of a sudden change the new therapist has to bear alone the task of working through the separation process with the patient. He is confronted with the patient's aggressions and will be constantly compared with the original analyst.

The patient is the one who suffers most from his object loss. This is especially the case for very depressive patients, since they are re-experiencing their early object loss. On the other hand, a change of therapist gives the patient the opportunity to recall and work through his early object loss. The new therapist can uncover hidden conflicts. If he differs in sex from the original therapist, new possibilities for transference are given. Especially in the case of patients suffering from archaic ego-illnesses (*Ammon, 1973*), the new therapist may take over temporarily other ego-functions and thereby foster ego development. In the case of a therapy group, the new therapist might be able more effectively to take over the function of an auxiliary ego, especially for those patients who remained so far outsiders within the group.

The author describes the peculiar situation of a change of therapists which is followed shortly by the return of the original therapist with two case histories — the one patient suffering from agoraphobia, the other from a borderline syndrome.

This is followed by a detailed description of a sudden change of therapist in an analytical group. At first, the group was only able to react to the sudden change with depression and with an acting out of its feelings of abandonment. The situation of the group which failed to express its aggressions caused by the separation corresponded to the situation of the new therapist who did not articulate the anger he felt towards the original therapist and his sudden leave. The group then was only able to work through its mourning half a year later.

The main difficulty in the sudden change of therapists lies in the fact that the patient has internalized the lost analyst as an unassailable hero, and in his fear of losing the second analyst as well if he were to articulate his aggressions.

In order to work through separation, it is important to select the new therapist carefully; there must be a mutual understanding between the therapists, and an intensive mourning with the patient must take place. The departure of the first analyst from the group must be followed by a working through of each individual member's object loss. It is precisely through this process that the patient may benefit from a sudden change of therapists.

Literatur

- Ammon, G.* (1973): Psychoanalytische Gruppentherapie. In: *Ammon, G.*: Dynamische Psychiatrie (Darmstadt: Luchterhand)
- Belinkoff, J.* (1962): The Effect of a Change of Therapist on the Group Psychotherapy in an Outpatient Clinic. In: *Int. J. Group Psychother.* (12) 456—466
- Dinnen, A.* (1971): Change of Therapist as a Cause of Absences from Group Psychotherapy. In: *Brit. J. Psychiat.* (119) 625—628
- Flesch, R.* (1947): Treatment Considerations in the Reassignment of Clients (New York: Family Service Association of America)
- Sadoff, R. L.* (1968): On Changing Group Therapists. In: *Psychiat. Quart.* (Suppl.) (42) 156—166
- Scher, M.* (1970): The Process of Changing Therapists. In: *Am. J. Psychother.* (24), 278—286

Adresse des Autors:
Dr. med Fritjof Winkelmann
8 München 19
Stuberstraße 2

Some Tangibles of Treatment Planning

Henry Bachrach*

Die Arbeit befaßt sich mit der Problemstellung des Klinikers, aus der Vielzahl möglicher therapeutischer Reaktionen auf psychische Erkrankungen die jeweils angemessene zu bestimmen. Der Behandlungsplan ergibt sich deduktiv oder induktiv aus der Diagnose. Im ersten Fall besteht diese darin, den Patienten einer psychiatrischen Kategorie zuzuordnen; mit dieser Reduktion fällt zugleich die Entscheidung über die Art der Therapie, die häufig eine Fehlentscheidung sein muß, da gravierende psychodynamische Unterschiede innerhalb einer Kategorie unberücksichtigt bleiben. Im zweiten Fall entwickelt die Diagnose sich aus einer Fülle von Informationen über die psychische Verfassung des Patienten, die ein differenziertes Bild seiner Persönlichkeit ergeben und seine Problematik verstehen lassen. Dies gilt als Voraussetzung für die Planung wirksamen therapeutischen Handelns.

Psychiatric treatment is a service provided to people who are in emotional turmoil. Broadly speaking, its aim is to help persons to cope better with the stresses that make them look to others for help. Such treatment, however, is multidimensional and involves a wide variety of options and decisions. For any one particular person one might recommend some form of environmental manipulation (e.g. vacation or "rest cure"), hospitalization, psychotherapy, medication, or any combination of these and still others.

"Psychotherapy" itself is somewhat of an umbrella term covering a number of different ways one person may conduct himself in talking with another person. The specific procedures in any given instance depend upon the goals, and the strategies considered appropriate in achieving them. These strategies direct the course of treatment by defining the kinds of responses open to a therapist consistent with his goals. Thus, a psychoanalyst, having satisfied himself that his patient can best be helped by psychoanalysis, permits the development of a "transference neurosis" and then helps the patient to "work it through." He achieves his ends by limiting his responses to tactful interpretation, confrontation, and clarification. Yet, the same psychoanalyst may decide that another patient, with what looks like the very same symptoms, can best be helped through supportive outpatient psychotherapy. In this case, he will attempt to impede, rather than permit, the development of a "transference neurosis." He may choose to lead his patient to enhanced self-esteem through encouragement and direction. What one strategy suggests he avoids doing, another leads him to capitalize upon.

* Ph. D., Ass. Professor, University of Pennsylvania, Department of Psychiatry, Philadelphia, USA.

Having a variety of treatment options, one is always faced with the task of choosing from among them those best suited to the patient's needs. One therefore attempts to put oneself in the position of anticipating, with reasonable certainty, the likely consequences of one's recommendations. A fundamental question is, what different kinds of things might be expected to happen if the patient were hospitalized, sedated, psychoanalyzed or told to take a vacation, etc.

Options, Assumptions and Information

Decisions about treatment planning are sometimes made on the basis of the patient's "chief complaint". Closer examination, however, often finds the chief complaint fitting into a more complex, psychological pattern in which it plays only a temporarily ascendent role. In fact, there is no symptom specific to any one particular kind of person, illness or "syndrome". It is therefore important to understand the symptom within the "intrapsychic" context in which it occurs. That is, to achieve an understanding of the person who has the symptoms in terms of those relatively enduring aspects of people called "character" and "ego organization". Roy Schafer (1968) * puts it this way:

"... the basic objective is not to unmask each patient or how to dispose of him with diagnostic or psychodynamic labels, but to see how, and at what cost he is trying to make the best of a bad internal situation — and is perhaps compelled to make the worst of a not-necessarily-so-bad external situation."

To keep these points in mind is to be also reminded that different treatment options carry with them certain assumptions about the patient for whom they are prescribed. For example, to recommend psychoanalysis is to assume, with reasonable confidence, that the patient is able to endure frustration and disappointment for long periods of time. It assumes that he has the ability to recall fearful, unpleasant reminiscences from his past, and can trust that the analyst will greet them with tolerance and understanding. It also assumes that in so doing the patient will be able to remain aware that most of what enters into his mind in the consulting hour is but an echo of past fears and wishes. Among other things, it also assumes that the patient is able to pay the exorbitant costs of such treatment without unreasonable sacrifices to others, and that he has valid reasons for wanting to do so.

Indeed, most forms of psychotherapy assume that the patient will be able to recognize and think reflectively about what he is experiencing,

* Schafer, R. (1968): *Projective Testing and Psychoanalysis* (New York: Int. Univ. Press)

while he is experiencing it. They also assume that the patient will be able to gain some measure of insight into the way he feels, thinks and behaves through a growing awareness of previously unknown feelings and less agreeable sides of his nature. Some forms of psychotherapy also assume that the patient will be able to entertain the idea that he himself contributes much to his own grief.

A dramatic example of what requirements certain treatment procedures made comes from the long-term hospital treatment of patients suffering from addictions. This procedure asks that a person, whose life is dominated by a nearly insatiable search for succour (and quite often by unreflective action), be able to voluntarily confine himself to a restrictive environment, in order to relinquish that which has long been the most sustaining source of comfort and nurturance. And it assumes that he will eventually be able to tolerate the pain that he must suffer as he begins to think critically about the issues that his reliance upon drugs has enabled him to avoid.

If one agrees that different forms of treatment carry with them implicit assumptions about the needs and capacities of the people who will be approached in these ways, then it becomes important to assess these needs and capacities in planning treatment. It is possible to abstract a number of factors relevant to this task.

Initially there are the symptoms of which the patient complains; there are also those things that one regards as symptomatic even though the patient himself may not regard them as such. What role do these symptoms play in his well being? In what ways are they disruptive to him and to the people who come into contact with him? In what ways are they agreeable? In *Freud's* terms, how do they affect his ability to "love and to work?" Does he want change? Or, does he come with the expectation that treatment consists of making his environment less oppressive? To what extent is he prepared to look at what he does to contribute to his own grief?

Information about the patient's intellectual endowment is also valuable in planning treatment. Beyond a simple I. Q. score, one might also want to know about the patient's imagination, flexibility, and psychological mindedness. Within the context of his own style of thinking, what is the nature of his grasp on reality? Are there particular situations in his average expectable environment that might lead him to misinterpret that which seems obvious to others?

An understanding of the things that trouble the patient and how he goes about dealing with them is also important. What makes the patient anxious, how well differentiated is his repertoire of behavior for coping with stress? To what extent can one expect him to delay satis-

faction and impulse expression in the service of thinking about what he wants to do or what he wants not to do? How capable is he of planning, and what?

What is the patient's view of himself and what are his attitudes toward others? To what extent can he engage himself in a close, non-exploitative relationship with other people? What is the range, quality and intensity of the feelings he has available to him?

An assessment of factors, such as those mentioned above, permits one to construct a scaffolding for understanding the patient which includes a hierarchical organization of his present needs and capacities. Thus, one might weigh these present psychological needs with present capacities, and narrow the range of constructive treatment alternatives.

For example, what treatment options does one have when faced with a man, acutely despairing, pessimistic that the future will bring only more profound grief, preoccupied with thoughts of suicide, little able to check impulsive action, and furthermore, unable to clearly distinguish the intentions of others from dreadful expectations? Would expressive psychotherapy be a valid treatment option at this time? To consider it so would be to assume the patient capable of thinking critically and reflectively about intense feelings at the moment he is experiencing them. Such ways of behaving are not available to the patient at the present time. Indeed, he is spurred on to action rather than to thought by his feelings, and for this reason, one might consider carefully the conditions under which they ought to be therapeutically elicited. Clearly the matter at hand is to keep the patient from killing himself. Having accomplished this, it is only after he has helped to reinstate more critical attitudes, that we may ask him to think reflectively about himself.

The Logic of Clinical Inference

Implicit in the psychological approach is the notion that the clinician's task is an inductive one. That is, by gathering information about the patient's style of thinking, grasp on reality, specific capacities for coping with different kinds of stress, values, goals, character attitudes and their flexibility and modifiability, and other such factors, he permits a picture of the patient to emerge that is bold in uniqueness and therefore not easily distilled into categories or labels. To be sure, in doing so he must rely upon his past clinical experience and theoretical attitudes. But he uses this knowledge as a guide to the *tentative* organization of his data, rather than permitting it to overly influence him as to what the relevant data should be or how it should come out.

For example, when a patient, in a clinical interview, answers our questions with a crisp, logical precision, we are led to suspect that such isolation is prototypic of the ways he deals with his feelings. And when we find neatly organized thoughts come to his mind in response to promptings that might ordinarily elicit feelings, we may come to think of him as having much in common with other compulsive people we have seen. Yet, it would be imprudent, to reason from this alone, that he is coldly rational in all situations. Indeed, he might behave in these ways only when he feels himself "one down" or in a subordinate position. He might, when he feels himself more in control, such as when playing with his children, be warm and responsive even permitting his tender feelings to imprint themselves on his judgements. It is the clinician's task to integrate this information into the kind of unified understanding that enables him to determine the intrapsychic conditions predicating his patient's behavior. The clinician is thus in a position to plan the treatment of a man who is in some ways organized like a compulsive person, rather than planning the treatment of "compulsive neurosis", which is but an organized conceptual tool.

Abstract as they may be, labels and categories do however, communicate something important about the patients to whom they are applied. In the broadest sense they highlight certain outstanding features of interest (e. g. ranges of ego weakness). Thus, the label schizophrenia or psychosis clearly communicates the presence of a formal thought disorder, and separates such patients from all patient's labeled neurotic (whatever kind), who do not, under any circumstances show formal thought disorders. But within each range (i. e. neurotic, borderline, psychotic) their value sharply decreases. To label a patient as a "compulsive neurotic" or a "compulsive neurotic with hysterical features" or a "compulsive neurotic with hysterical narcissistic and depressive features" does little to enhance our understanding of the patient. It does not communicate the information needed to plan effective treatment.

Any approach to treatment that stresses the uniqueness of each patient is likely to elicit feelings of uncertainty, and to some extent, professional impotence, within ourselves. When faced with such feelings, particularly when we have only limited means for helping and may have to settle for unambitious goals, there is a great temptation to rely too heavily upon *deductive* and literalistic reasoning. A sudden zeal to arrive at a diagnosis (in the sense of a label) sets in with a disparate hope that a treatment prescription will somehow emerge more clearly. The hazard here is that deductive logic makes it more possible to conclude that once having relegated the patient to a specific category, then it is possible to understand him and prescribe treatment in terms of the characteristics of the category alone. Such reasoning takes the form

of: 1. The patient is attractive, seductive, dramatic, competitive, emotionally labile and thinks impressionistically; 2. She is therefore hysteric; 3. Hysterics do well in psychoanalysis; 4. Therefore the patient can best be helped by psychoanalysis.

Three patients fitting the above mentioned description (and all eventually labeled "hysteric") sought psychiatric treatment. The first had recently become depressed and attempted suicide. Careful examination revealed that her character attitudes, rather than reflecting feelings of dissatisfaction with her state as a woman (presumed the "core neurotic conflict" in "hysteria"), were more related to her desperate need to garner nurture. And when she felt herself intensely unsuccored, her thinking took on projective, overly inferential qualities, her thoughts became colored with despair, and she became driven into unreflective action in the wake of sudden surges of anxiety. These difficulties in effectively modulating feelings and thinking critically seemed to logically call for a supportive, structured form of expressive psychotherapy. Indeed, strategically, expressive psychotherapy would have focus her attention upon disturbing thoughts and feelings, mobilizing anxiety with which she was unable to cope. A supportive, structured approach was designed to help her to put her disturbing thoughts and feelings temporarily out of mind, and instead, work toward the reconsolidation of her defenses.

The second patient was similar to the first, except it was more her nature to vituperatively blame others for her distress in violent, angry outbursts. Because this pattern of adjustment had persisted ever since her childhood years, it was thought that a supportive approach might not enable her to make lasting changes. Locked in, as this otherwise resourceful woman was, into wracking conflicts, expressive psychotherapy seemed to offer the most hope for enduring relief. Yet, because of her inability to contain her angry feelings, such treatment had to be conducted within the confines of the hospital.

The third patient was hospitalized because of anorexia, in addition to her depression and social isolation. Overwhelmed by her angry feelings as she sometimes became, she nonetheless committed herself tenaciously to getting well, as long as she felt herself to have an ally in her nurturing therapist. It was the extent to which she persisted in her attempts to think reflectively about her painful feelings, all the while maintaining critical attitudes, that prompted her therapist to permit the development of a more expressive form of treatment.

An Attitude of the Clinician

In essence, the attitude of the psychologically oriented clinician is one of tentativeness and openness to information that may even make his task less certain. His approach might be called empathic since he seeks to understand the motives, attitudes and capacities underlying his patient's thoughts, feelings and actions. His goal is to see his patient's behavior as a logical, sensible reaction to a personal, individual and somehow different perception of circumstance. He seeks to understand those conditions under which the patient is correct in his beliefs, rather than how they are illogical from a more critical perspective. He sees treatment as emerging from diagnosis. But his view of diagnosis is one of empathic understanding rather than categorizing.

Kriterien bei der Planung psychotherapeutischer Behandlung

Henry Bachrach

Psychiatrische Behandlung umfaßt eine Vielzahl von Möglichkeiten, psychisch Kranken zu helfen; eine davon ist die Psychotherapie — wiederum ein Oberbegriff für verschiedene Behandlungsformen, die sich des Gesprächs als eines therapeutischen Mediums bedienen. Die Entscheidung zu der dem Patienten jeweils angemessenen Behandlungsprozedur erfolgt entsprechend dem angestrebten Ziel und der dahin führenden Strategie, diese definiert das therapeutische Verhalten. Erscheint z. B. Psychoanalyse als Methode der Wahl, so fördert der Therapeut die Entwicklung einer Übertragungsneurose und reagiert auf das Verhalten des Patienten mit Interpretation, Konfrontation und Klärung.

Jede Therapieform enthält implizit Annahmen über die Bedürfnisse und Fähigkeiten des Patienten. So setzt eine psychoanalytische Behandlung voraus, daß der Analysand über genug Toleranz verfügt, Frustrationen zu ertragen, Angsterregendes zu erinnern, zur Reflexion über seine Erfahrungen imstande ist usf.

Wesentliche Determinanten der Behandlungsplanung sind daher die Bedürfnisse und Fähigkeiten des Patienten, nicht etwa seine Symptome. Diese sind weder krankheits- noch persönlichkeitspezifisch und gewinnen ihre Bedeutung erst aus dem gesamten psychischen Kontext, der Ich-Organisation, dem Charakter. Psychiatrische Kategorien besitzen ebenfalls geringe Relevanz für die Wahl der Therapieform. Sie enthalten zwar grobe Informationen über den Patienten, differenzieren aber unzureichend und verdecken gravierende psychodynamische Unterschiede.

Zur Beurteilung des psychischen Befindens des Patienten ist die Beantwortung folgender Fragenkomplexe unerlässlich:

1. Welche Symptome hat der Patient, in welchem Ausmaß affizieren sie sein Wohlbefinden, seine Fähigkeit zu lieben und zu arbeiten? Sind sie ihm fremd oder in seine Persönlichkeit integriert? Worin besteht der Krankheitsgewinn? Kann der Patient seinen Anteil an seinem Leiden anerkennen, oder hält er seine Umwelt für allein verantwortlich?

2. Wie ist die Intelligenz des Patienten, seine Vorstellungskraft, Flexibilität, sein Denkstil und die Art des Realitätsbezugs?

3. Was beunruhigt ihn, wie geht er mit seiner Angst um? Über welche Möglichkeiten verfügt er, mit Belastungen fertig zu werden?

4. Wie ist sein Selbstbild beschaffen, die Art, Intensität und Qualität seiner Gefühle, seine Einstellung zu anderen?

Die vorsichtige Organisation derart eruiertes Daten ergibt ein differenziertes Bild vom Patienten, das Schlußfolgerungen auf die ihm angemessene Behandlungsform zuläßt. Die Fülle der darin enthaltenen Informationen verunsichert zwar, besonders, wenn die verfügbaren Hilfsmittel begrenzt sind. Es ist aber ein Trugschluß zu glauben, mit dem Etikett hätte man den Schlüssel zum Verständnis des Patienten und zugleich die richtige Therapieform gefunden.

Die Behandlungsplanung ergibt sich aus der Diagnose; diese aber entwickelt sich aus empathischem Verstehen der Motive, Einstellungen und Fähigkeiten des Patienten — nicht aus einer Kategorisierung.

Author's address:

Henry Bachrach, Ph. D.

Ass. Prof. in Psychiatry

University of Pennsylvania

Dept. of Psychiatry

Philadelphia 1 91 04, USA

Buchbesprechungen / *Book Reviews*

Günter Ammon

Dynamische Psychiatrie — Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie

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

Schon vor mehr als 60 Jahren hat *Eugen Bleuler* ein Konzept der Dynamischen Psychiatrie entwickelt, das im Gegensatz zur statisch-deskriptiven Krankheitsbetrachtung der klassischen *Kraepelinschen* Psychiatrie stand. Die Dynamische Psychiatrie *Bleulers* sah in den Krankheitsbildern und Symptomen Manifestationen dynamischer Prozesse innerhalb der Persönlichkeit. In der folgenden Zeit ist die Psychoanalyse zur Grundlage einer dynamischen Betrachtungsweise in der Psychiatrie geworden. Die psychoanalytischen Konzepte haben inzwischen einen weit über die Grenzen der psychoanalytischen Bewegung reichenden fruchtbaren Einfluß ausgeübt. Sie sind heute ein fester Bestandteil der modernen Richtungen der Psychiatrie, die nicht nur das Kräftespiel intrapsychischer Vorgänge berücksichtigen, sondern auch die persönlichkeitsgestaltenden, interpersonellen und soziokulturellen Prozesse betonen. Zu diesen Teilaspekten der Dynamischen Psychiatrie sind viele Arbeiten erschienen, jedoch gibt es bisher keine Veröffentlichung, die einen Gesamtüberblick vermitteln konnte.

Günter Ammons Buch „Dynamische Psychiatrie“ kann als ein erster Versuch betrachtet werden, der eine solche integrative Zusammenfassung des gesamten Gebietes der Dynamischen Psychiatrie darstellt. Sehr klar beschreibt *Ammon* die Grundsätze der dynamischen Betrachtungsweise psychischer Erkrankung und weist auf die Konsequenzen und Aufgaben hin, die sich aus dieser Anschauung ergeben.

Er beginnt in seinem Buch mit der Schilderung der Unzulänglichkeiten des gegenwärtigen psychiatrischen Versorgungssystems. Anhand neuer Statistiken zeigt er die große Zahl psychisch Behandlungsbedürftiger in der Bevölkerung der Bundesrepublik auf. Der großen Zahl psychisch Kranker steht eine geringe Anzahl fachlich qualifizierter Therapeuten und moderner psychiatrischer Institutionen gegenüber. Die Mehrheit der psychiatrisch Kranken ist in überfüllten Landesnervenkliniken untergebracht, wo sie sehr unzureichend versorgt und behandelt werden können. Die objektiv schlechten äußeren Verhältnisse werden noch potenziert durch eine veraltete, symptomzentrierte Betrachtungsweise einer traditionellen Psychiatrie, die im Kranken nur den „depersonalisierten Krankheitsträger“ sieht und die das psychiatrische Krankenhaus zu einer Verwahrungsanstalt, zu einem, wie *Ammon* sagt, „Hauptverbands-

platz“ macht. Das Behandlungsziel ist hier eine rasche Beeinflussung und Beseitigung der Symptome und schnelle Entlassung des so „geheilten“ Patienten. Da die entlassenen Patienten wegen des Mangels einer adäquaten psychotherapeutischen Vor- und Nachversorgung bald wieder aufgenommen werden, läßt sich in den psychiatrischen Anstalten das Phänomen der sogenannten „Drehtürpsychiatrie“ beobachten.

Die Dynamische Psychiatrie fordert ein ganz anderes Versorgungssystem: In einem ausgezeichneten Kapitel des Buches legt *Ammon* seine Vorstellungen dazu dar: Die Dynamische Psychiatrie sieht in den Krankheitsbildern keine selbständigen Entitäten, sondern betrachtet sie als Reaktionsformen der in ihrer Ich-Entwicklung geschädigten Persönlichkeit. Deshalb ist es die Hauptaufgabe der Behandlung, dem Patienten eine nachholende Ich-Entwicklung zu ermöglichen. Dies ist jedoch nur in einem psychotherapeutischen Prozeß möglich. Einerseits kann der Kranke in einer psychoanalytisch gestalteten therapeutischen Beziehung zum Psychiater die seine Ich-Entwicklung störende familiäre Situation symbolisch wiederherstellen und durcharbeiten, andererseits, und dies ist das wichtigste Element therapeutischer Wirksamkeit, helfen die psychoanalytische Gruppenpsychotherapie und Milieuthérapie dem Patienten, kohärente und flexible Ich-Grenzen aufzubauen, seine Ich-Funktionen der konstruktiven Aggression und der Kreativität zu entfalten und zu differenzieren und neue Verhaltensmuster, neue Formen der emotionalen Beziehungen und der Kommunikation zu erlernen.

Im folgenden Kapitel wird die Genese und Dynamik der wichtigsten psychiatrischen Reaktionsformen bzw. Krankheitsbilder dynamisch-psychiatrisch interpretiert. Nach *Ammons* Meinung ist die Genese dieser Krankheiten immer multifaktoriell; besondere Wichtigkeit in der Ätiologie aber muß dem pathogenen Familienmilieu und der pathogenen Mutter-Kind-Beziehung beigemessen werden. Durch eine meisterhafte Integration familienpathologischer Konzepte und psychoanalytischer Theorien bildet *Ammon* ein recht kompliziertes, aber sehr einleuchtendes, logisches und durchsichtiges Theoriegebäude der Psychosen.

Ammon bezeichnet die Psychosen als arachaische Ich-Krankheiten, beschreibt das spezifisch strukturelle Ich-Defizit und die Störung der Ich-Grenzen, die für Psychosen kennzeichnend sind. *Ammon* weist darauf hin, daß die Mutter — unbewußt aufgrund einer eigenen Ich-Störung — das kindliche Ich durch Ablehnung und Mangel an Zuwendung schädigt. Obwohl die Mutter in der Reihe der krankmachenden Einflüsse an erster Stelle steht, macht *Ammon* sie nicht allein verantwortlich für die Krankheit des Kindes, sondern sieht sie als Vertreter der interpersonellen Pathologie der gesamten Familiengruppe und im weiteren Sinne der Gesellschaft. Ein schwerstes Defizit an mütterlicher

Identität wird bei Müttern der später schizophren reagierenden Kinder beobachtet. Die Mutter unterhält zu ihrem Kind eine double-bind-Beziehung. Daraus resultiert eine pathologische Symbiose zwischen Mutter und Kind, eine mangelhafte Ausbildung und Störung der Ich-Grenzen und der Identität und eine Tendenz der Persönlichkeit, in Streß-Situationen mit symbiotischer Regression zu reagieren. Diese Regression bedeutet oft einen Kontaktverlust mit der Realität. *Ammons* Theorie über die Entstehung und Dynamik der schizophrenen Ich-Störung berücksichtigt und integriert alle Erfahrungen, die aus der analytischen Psychotherapie von Psychotikern und aus Beobachtungen der Interaktion von Familien, die ein psychotisch reagierendes Mitglied haben, gewonnen werden konnten.

Zu den archaischen Ich-Krankheiten, denen ein jeweils spezifisches strukturelles Ich-Defizit zugrunde liegt, zählt *Ammon* auch die psychotische Depression, die Borderline-Erkrankung — d. h. Grenzfälle zwischen Psychose und schwerer Neurose —, die psychosomatischen Erkrankungen, sexuelle Perversion und Sucht. Die Unterschiede in der Psychopathologie der Mutter und der Primärgruppe und die Unterschiede in der Qualität und Stärke der resultierenden Ich-Störung bestimmen, welche Art der Erkrankung sich später entwickeln wird. *Ammon* sieht in der Erkrankung — z. B. in der perversen Handlung und Einstellung oder im psychosomatischen Symptom — eine Existenzmodalität, einen Gleichgewichtszustand der inneren Konflikte des Kranken, in dem er verhältnismäßig angstfrei leben kann. Die Symptomatik der archaischen Ich-Krankheiten füllt ein narzißtisches Defizit, ein „Loch“ im Ich aus. Besonders eindrucksvoll und neuartig ist *Ammons* Beitrag zur Genese und Dynamik psychosomatischer Erkrankungen.

Ammon untermauert seine Theorie der psychiatrischen Krankheitsbilder mit psychoanalytischem Fallmaterial. Die Wirkungsweise und Zusammenhänge zwischen den einzelnen Symptomen werden in treffenden Abbildungen dargestellt. *Ammon* berücksichtigt bei jedem einzelnen Krankheitsbild eine große Anzahl von Fachveröffentlichungen. Der Darstellung der archaischen Ich-Krankheiten folgen eine Reihe kurzer Kapitel über die Behandlungsmethoden der Dynamischen Psychiatrie. Ein Kapitel ist der analytischen Gruppenpsychotherapie, ein anderes der analytischen Milieuthherapie gewidmet, in der die Lebenssituation des Patienten in die Therapie einbezogen wird. Die Methode und Theorie der psychoanalytischen Milieuthherapie ist einer der wichtigsten und originellsten Beiträge *Ammons* zur Dynamischen Psychiatrie. Das letzte Kapitel enthält detaillierte Vorschläge zur Strukturreform der psychiatrischen Krankenversorgung.

Dem Leser wird in diesem Buch ein sehr wertvolles und bedeutendes Werk nahegebracht. Es ist ein origineller Integrationsversuch, in dem der

Verfasser seine mehr als zwanzigjährige therapeutische Erfahrung, die er teils in Berlin, teils in den Vereinigten Staaten (von 1959 — 1965 in der Menninger Klinik in Topeka, Kansas) gesammelt hat, ergänzt durch Erfahrungen seiner Schüler in Deutschland und in verschiedenen anderen Ländern, mit den Beiträgen der Fachliteratur zu einem großen theoretischen und therapeutischen Konzept vereint.

Jeder Psychiater, der selbst mit Ich-kranken Patienten psychotherapeutisch arbeitet, kann die ihm aus der Praxis bekannten Mechanismen und Symptome in einen theoretischen Sinnzusammenhang einordnen. Sehr aufschlußreich ist die kritische Schilderung der Verhältnisse der psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik und der Reformvorschlag, der als ersten Schritt einer inneren Reform die Veränderung psychiatrischer Denkweise im Sinne der dynamisch-psychiatrischen fordert. Unsere Verhältnisse in Ungarn sind denen in Deutschland ähnlich; darum ist dieser Teil des Buches auch für uns sehr aktuell.

Noch ein wertvoller Aspekt dieses Bandes muß erwähnt werden. In der Einleitung betont *Ammon*, daß die Psychiatrie mit der Verwirklichung ihrer Reformbestrebungen nur dann rechnen kann, wenn ihre Vertreter ihre Zielsetzungen der Gesellschaft verständlich machen können. Deshalb müssen auch Fachbücher so geschrieben werden, daß sie nicht nur von einem kleinen Kreis von Fachleuten, sondern von jedem Psychiater, sogar von gebildeten Laien verstanden werden können. *Ammon* ist es beinahe gelungen, sein Buch in diesem Sinn allgemeinverständlich zu schreiben. Natürlich konnte er dieses Ziel nicht völlig verwirklichen, da manche Fachausdrücke bei der Beschreibung der Genese psychischer Erkrankungen und Fallgeschichten nicht zu vermeiden waren. Sein Stil aber ist sehr klar und verständlich.

Dieses Buch wird sehr viel zum Verständnis der heutigen Lage der Psychiatrie und zur Entwicklung einer modernen Dynamischen Psychiatrie beitragen.

Béla Buda (Budapest)

Henry F. Ellenberger

Die Entdeckung des Unbewußten

Verlag Hans Huber, Bern/Stuttgart/Wien, 1973 2 Bde., 1189 Seiten und Register, DM 76,—

Der Autor ist gebürtiger Schweizer, lehrte an der Menninger School of Psychiatry und ist derzeit Professor für Kriminologie an der Universität Montreal sowie Psychiatric Consultant am dortigen Philippe-Pinel-Institut. Sein Buch ist das Ergebnis einer 12jährigen Forschungsarbeit. Die Geschichte der Dynamischen Psychiatrie — das ist der Untertitel des Originals, der in der vorliegenden deutschen Ausgabe fehlt — wird

in ihren kulturellen Entstehungsbedingungen beschrieben und in ihren historischen Zusammenhängen gedeutet.

Es ist einer der Vorzüge dieses Buches, die Entwicklung der Dynamischen Psychiatrie und der Psychoanalyse nicht als Folge isolierter wissenschaftlicher Entdeckungen zu beschreiben. *Ellenberger* will die Menschen, die diesen Prozeß personifizieren, entmythologisieren, hebt aber andererseits die Bedeutung der charismatischen Begründerpersönlichkeit für Schulbildung, Entwicklung und Durchsetzung neuer Theorien hervor.

Das Buch gliedert sich in drei Teile. Der erste stellt einen historischen Zusammenhang her von den psychotherapeutischen Techniken in den sogenannten primitiven Kulturen über die verschiedenen Schulen der griechischen und römischen Antike bis zu den religiösen Heilslehren des Mittelalters. Am Ende des 18. Jahrhunderts liegt nach *Ellenberger* die Geburtsstunde der Dynamischen Psychiatrie, als die exorzistischen Praktiken durch die naturwissenschaftlich formulierten Vorstellungen abgelöst wurden, wie sie vor allem von Messmer entwickelt worden seien. *Ellenberger* weist eine kontinuierliche Kette zwischen Exorzismus, Magnetismus, Hypnotismus und der modernen dynamischen Psychiatrie und der Psychoanalyse nach.

Den Schwerpunkt der Darstellung legt *Ellenberger* auf die Entwicklung im 19. Jahrhundert. Er zeigt eine Vielzahl von Beziehungen zwischen Theorien der Romantik zur dynamischen Denkweise des 20. Jahrhunderts auf.

Im zweiten Teil stellt *Ellenberger* — auf jeweils über 100 Seiten — die Systeme von *Janet*, *Freud*, *Adler* und *Jung* auf dem Hintergrund ihrer persönlichen und kulturellen Geschichte dar. Er will dabei vor allem die „Heldenverehrung“ gewisser früherer Berichte vermeiden und Legenden, die bisher unkritisch weitergegeben worden sind, widerlegen. Dabei stützt er sich weitgehend auf Originalquellen, Archive und Aussagen von „vertrauenswürdigen Zeugen“.

Die Biographie von *Janet* (1859—1947) ist die erste zusammenfassende Darstellung des Lebens und Werkes dieses damals berühmten französischen Philosophen, Psychologen und Psychotherapeuten. Er entwickelte eine systematische Theorie des Unbewußten und arbeitete als dynamisch orientierter Psychotherapeut. Den Rezensenten scheint jedoch seine Bedeutung und auch sein Einfluß auf *Freud* von *Ellenberger* überbewertet.

Zu *Freuds* Biographie hat *Ellenberger* viele bisher vernachlässigte Fakten ausgegraben. So belegt er die z. T. differenzierte öffentliche Reaktion auf *Freuds* erste Arbeiten und stellt dar, daß *Freud* um die Jahrhundertwende keineswegs ein verfolgter Außenseiter gewesen ist. Erst

als um 1908, ausgehend vom ersten Internationalen Kongreß, die Psychoanalyse eine Bewegung wurde und sich als solche darstellte, setzte die Polemik ein.

Zusammenfassend versteht *Ellenberger* die Geschichte der Dynamischen Psychiatrie während des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts als Manifestation der Auseinandersetzung zwischen Aufklärung und Romantik, wobei er *Janet* und in geringerem Maße *Adler* als späte Epigonen der Aufklärung, *Freud* und noch mehr *Jung* als späte Epigonen der Romantik darstellt.

Die Stärke dieses Buches liegt gerade darin, daß die reale Geschichte der Menschen und ihrer Theorien nicht getrennt, sondern in einem Zusammenhang gesehen werden. *Ellenberger* verzichtet dabei auf jede dogmatische Position; statt dessen beschreibt er die Pioniere der Dynamischen Psychiatrie in ihrer wissenschaftlichen Intention und ihrer Menschlichkeit, ihrer humanitären Haltung gegenüber ihren Patienten — ein Grund für die besonders empathische Darstellung *Janets*.

Das Buch enthält eine Fülle von bisher unbekanntem historischen und biographischen Material, das erstmalig in derartigem Umfang zu diesem Thema zusammengetragen wurde. Trotz der Systematik im Großen zerfällt es im Detail durch die vielen anekdotenhaften Schilderungen, die als solche zwar interessant zu lesen sind, aber vom Autor nicht immer in einen überzeugenden Zusammenhang gebracht und auf explizite Hypothesen bezogen werden.

Das gilt insbesondere für den letzten Teil des Buches. *Ellenberger* will hier die Entwicklung der Dynamischen Psychiatrie und der Psychoanalyse der Zeit von 1882 bis etwa 1945 auf dem Hintergrund weltpolitischer Entwicklungen und aktuellen Tagesgeschehens chronologisch darstellen. Dieser Versuch zur Integration scheint den Rezensenten mißglückt.

Ellenberger schließt seinen Überblick mit dem Jahr 1945, dem Ende des Zweiten Weltkrieges, einem für die Entwicklung der Dynamischen Psychiatrie willkürlich gewählten Datum, das die entscheidende Weiterentwicklung in den letzten dreißig Jahren außer acht läßt, die vor allem durch die Einbeziehung des psychoanalytischen Ich- und Gruppenkonzeptes bestimmt wurde (vgl. *Ammon*, 1973).

Die Grundlage für diese Entwicklung wurde z. T. schon in den zwanziger Jahren gelegt; die Rezensenten vermissen u. a. eine entsprechende Darstellung der Beiträge von *Anna Freud*, *Federn*, *Sullivan*, *Horney*, *Hartmann*, *Rapaport*, *Erikson* sowie *William* und *Karl Menninger*, die ihre Klinik bereits 1925 gründeten.

Dem Verlag ist zu danken, daß er dieses nicht nur als Materialsammlung und Nachschlagewerk wertvolle Buch zu einem relativ nied-

rigen Preis zugänglich macht. Die mitunter subjektive Bewertung der Fakten, die im Widerspruch zu „offiziellen“ Meinungen stehen, fordern den an Dynamischer Psychiatrie und Psychoanalyse Interessierten zu kreativen Fragen auf.

Frankfurter LFI

Jules Massermann

Theory and Therapy in Dynamic Psychiatrie

Jason Aronson, New York, 1973, 235 Seiten, \$ 10.—

Mit diesem Buch will der Autor eine kurze zusammenfassende Einführung in Psychologie und Psychiatrie für Laien, Lernende und in der Psychiatrie Arbeitende geben. Es geht ihm darum, von der Norm abweichendes menschliches Verhalten auf dem Hintergrund der persönlichen Geschichte und der aktuellen Lebenssituation verstehbar zu machen. Dabei betont er die Notwendigkeit, sich von dogmatischen Vorstellungen, seien sie auf *Kraepelin*, *Pawlow* oder *Freud* zurückzuführen, zu lösen.

So stellt er an den Anfang seines Buches eine philologisch orientierte Auseinandersetzung mit den Begriffen Persönlichkeit, Persönlichkeitsstörung, Gesundheit und Therapie.

Persönlichkeit wird als öffentliche Fassade, als Kombination von Verhaltensschemen, die auf erbbiologischer Anlage beruhen und durch Lebenserfahrungen modifiziert werden, und als kulturelle Stereotype diskutiert.

Persönlichkeitsstörungen faßt er als eine Störung der Übereinstimmung von Gesellschaft und Individuum auf und verweist darauf, daß viele bei uns als psychiatrische Syndrome klassifizierten Verhaltens- und Erlebensformen in anderen Kulturen als erstrebenswerte Norm angesehen werden.

In Gesundheit sieht er ein Zusammentreffen von Bedeutungsinhalten, wie körperliches Wohlergehen, sozialer Kontakt und Übereinstimmung mit lokalen Glaubenssystemen über Herkunft, Ziel und Bestimmung des Menschen und setzt dazu drei Konzepte von Therapie in Beziehung: individuell-organisch, soziokulturell und religionswissenschaftlich orientiert. In Anlehnung an die Arbeiten von *Fiedler*, *Levitt* und *Eysenck* meint er, daß keine der unterschiedlichen Methoden sich bis jetzt als signifikant wirksamer herausgestellt habe. In diesem Zusammenhang sieht er es als Aufgabe jeder Therapie an, dem Patienten entsprechend seiner spezifischen individuellen Situation zu körperlicher Gesundheit zu verhelfen, ihm das Erlernen von wirksameren sozialen Verhaltensformen zu ermöglichen und sein Vertrauen in den Wert seiner eigenen Person innerhalb einer Leben erlaubenden Welt zu stärken.

Mit letzterem Aspekt setzt er sich später als Urvertrauen auseinander, dessen tiefe Erschütterung er lebensgeschichtlich verstehbar bei psychotisch reagierenden Patienten darstellt.

Entsprechend diesem Konzept beginnt er den speziellen Teil mit einer Vorstellung tierexperimenteller Forschungen, deren Ergebnisse er mit menschlichem Verhalten korreliert. Er stellt vier grundlegende „biodynamische“ Prinzipien auf, deren Anwendbarkeit auf menschliches und tierisches Verhalten er anhand von Fallbeispielen demonstriert: das auf physiologischen Bedürfnissen wie Essen und Trinken, beruhende Prinzip der Motivationsentwicklung; das Prinzip der gelernten Individuation, bestehend aus Anlage, Reifung und persönlicher Erfahrung; das Prinzip der frustrationsäquivalenten Anpassungsfähigkeit mit Entwicklung von autoreparativen Techniken und Ersatzzielen; das Prinzip der konfliktuösen Verunsicherung als grundlegendes Prinzip der Neurotisierung. Bis auf seine höhere Komplexität unterscheidet sich der Mensch vom Tier nur in transzendentalen Ideologie-Bildungen. Diese beschreibt er als Urwahn der persönlichen Unverletzlichkeit, Macht und Unsterblichkeit, als Urvertrauen in die Menschlichkeit, entstanden durch die frühe Mutterkinddyade und später in die Realität projiziert, und als Ursache nach perfekter Weisheit, die die Widersprüchlichkeit der Welt aufheben könne.

In dem zentralen und längsten Kapitel des Buches setzt sich der Autor mit Interview-Techniken und diagnostischer Zielsetzung auseinander. Diagnose begreift er dabei, entgegen der klassischen Psychiatrie, nicht als diskriminierende Etikettisierung, sondern faßt sie im Sinne des griechischen Ursprungs des Wortes als sorgfältiges Verstehen auf. Dieses demonstriert er eindrucksvoll in 48 Fallvignetten, anhand derer er didaktisch gekonnt die wichtigsten psychiatrischen Syndrome von Kinder- bis Gerontopsychiatrie sowie auch Psychosomatik vorstellt. In diesen Fallbeispielen wird deutlich, daß der Autor entsprechend dem biologischen Ansatz in seinen Therapien neben einer Konfliktbearbeitung vor allem die menschliche Realhilfe im Sinne einer psychodynamisch orientierten Sozialarbeit in den Vordergrund stellt. Phantastisch wirkt in diesem Zusammenhang folgendes Fallbeispiel: Nachdem er den Konflikt eines eifersuchtkranken Patienten in der Therapie durchgearbeitet hat, dieser jedoch immer noch an der Realität seiner Verdächtigungen festhält, läßt er ihn seine Ehefrau unter Amytal, einer sogenannten Wahrheitsdroge, explorieren und überzeugt ihn so von der Grundlosigkeit seiner Verdächtigungen, wie er betont, anhaltend.

In diesem Fallbeispiel sowie auch in den kurzen theoretischen Einführungen deutet sich etwas an, was in den letzten beiden Kapiteln, in denen sich der Autor mit modernen, vor allem auch organischen Be-

handlungsverfahren, aber auch mit Psychoanalyse auseinandersetzt, deutlich wird.

Der Autor, ehemaliger Lehranalysand bei *Franz Alexander*, setzt sich ausschließlich mit der triebpsychologischen Tiefenpsychologie auseinander, wobei er grundlegende Begriffe einprägsam durch Fallbeispiele erläutert. Moderne Ansätze der Schizophrenieforschung, wie *Searles*, *Bateson*, *Lidz* u. a. sowie Ich-psychologische Konzepte fehlen völlig. Lediglich auf einer Seite setzt er sich mit *Erikson* auseinander, mit *K. Horney* und *S. Sullivan* in fünf Zeilen. Psychoanalytische Gruppenkonzepte werden in einem Nebensatz genannt. Es verwundert, daß 1973 noch ein Buch mit dem Anspruch, Theorie und Therapie in der Dynamischen Psychiatrie zu vermitteln, veröffentlicht wird, in dem moderne psychoanalytische Forschung völlig fehlt und das in seiner theoretischen Konzeption kaum über *E. Bleuler* hinausgeht.

Auf dem Boden einer humanistischen Grundhaltung entwickelt er ein stark vereinfachtes biologisches Persönlichkeitsbild, dem er ein bedrohliches pessimistisches Weltbild gegenüberstellt, gegen das sich der Mensch durch drei Urabwehrmanöver wehrt, nämlich das Erstreben eines mütterlichen Urmilieus durch Wissenschaft und Technik, wozu er auch die Medizin rechnet, den Versuch, sein Sozialleben durch politische, ökonomische und familiäre Institutionen zu garantieren und die Aufhebung der entfremdenden Widersprüchlichkeit der Welt durch religiöse und philosophische Systeme. In diesem Spannungsfeld sei es die Aufgabe des Therapeuten, das kranke Individuum zu reintegrieren.

Bei aller Vereinfachung ist es dem Autor jedoch gelungen, mit seinem Buch durch gute Fallbeispiele und eine auch für den Laien leicht verständliche Sprache einen wichtigen Beitrag zur Entmythologisierung und Entdiskriminierung des psychisch Kranken zu leisten.

Winfried Schibalski (München)

Jan Foudraine

Wer ist aus Holz?

Piper, München, 1973, 383 Seiten, DM 29,80

Jan Foudraine, holländischer Psychiater und Psychotherapeut, arbeitete nach seiner psychiatrischen Ausbildung in Holland viereinhalb Jahre in der psychoanalytischen Klinik Chestnut Lodge, wo er seine psychoanalytische Ausbildung erhielt. Mit seinem Buch will er auch dem Laien in einer engagierten Sprache die Möglichkeit zeigen, zum schizophren reagierenden Patienten einen emotionalen Zugang zu finden, und wendet sich entschieden gegen den Mythos von der Unverstehbarkeit psychotischer Erlebnisweisen. Er kämpft gegen jeden the-

rapeutischen Pessimismus und gegen erstarrte Strukturen herkömmlicher psychiatrischer Kliniken. Diese seine Anliegen deutlich zu machen, ist ihm vollauf gelungen.

Im ersten Teil des Buches beschreibt *Foudraine* seine eigene Suche nach einer Identität als Psychiater. Trotz des patientenfeindlichen Milieus der Schulpsychiatrie, in dem er anfangs arbeitet, gelingt ihm auf intuitive und identifikatorische Weise eine therapeutische Beziehung zu schizophren reagierenden Patienten, was sich in eindrucksvollen Fall-darstellungen zeigt. Die Auseinandersetzung mit Autoren wie *Rosen, Sullivan, Sechehaye, Searles* und *Frieda Fromm-Reichmann* führt ihn nach Chestnut Lodge. In dieser berühmten Psychosen-Therapie-Klinik findet er jedoch gewohnte Klinikstrukturen vor, innerhalb derer lang-jährige, z. T. sich über 20 Jahre erstreckende analytische Einzeltherapien zu minimalem Erfolg führen. Nach sorgfältiger Analyse der gruppen-dynamischen und soziologischen Prozesse in der ihm anvertrauten psychiatrischen Station verändert er sie zu einem therapeutischen Milieu. Als unerlässlich erachtete er neben der individuellen Psychotherapie eine Veränderungsfähigkeit der den Patienten umgebenden Gruppe, die ihn nicht in seiner Rolle fixieren darf aus Angst des Pflegepersonals und der Ärzte vor einer Rollendiffusion oder gar einem Rollentausch. *Foudraine* fordert, alle verfügbaren Erkenntnisse der Sozialwissen-schaften und ihrer Anwendung in der Sozio- und Milieuthherapie heranzuziehen, und schlägt vor, mit den Traditionen der Anstaltspsychiatrie zu brechen und die Psychotherapie nicht länger der Medizin, sondern der Gesellschaftswissenschaft zuzuordnen.

Obwohl *Foudraines* Bemühung, die therapeutische Situation um die Gruppe zu erweitern, sehr positiv zu sehen ist, bleibt er doch bei einem sozialtherapeutischen Ansatz stehen. Die Stationsgruppe wird für den Patienten zu einem Ort, realitätsbezogen neue Verhaltens- und Kommunikationsformen zu lernen, dem Ort der „Lebensschule“ *Fou-draines*. Entsprechend dem völligen Fehlen eines geschlossenen Konzepts der Genese psychischer Erkrankung und ihrer Therapie kann er jedoch die Gruppe nicht als Instrument sehen, durch das dem Patienten die Möglichkeit gegeben ist, die pathogene Familiendynamik wiederzuerleben, durchzuarbeiten, zu verstehen und sich nach einer nachholenden Ich-Entwicklung schuldfrei mit neugewonnener Identität aus der therapeutischen Situation zu lösen. Die Rezensentin ist der Meinung, daß *Foudraine* trotz der vielfältigen Identifikationen mit psychoanalytischer Psychotherapie nicht zu einer Identität als Psychiater gefunden hat. Bis zum Schluß ist er auf der Suche nach neuen Therapieformen, stellt die analytische Psychotherapie in Frage, von der das ganze Buch doch bestimmt ist, und schließt sich der Auffassung *Szasz'* an, psychische Krankheiten existierten nicht und seien Mythologiebildungen.

Das sehr persönlich geschriebene, in sich z. T. widersprüchliche Buch ist wegen der ausführlichen Berücksichtigung der Literatur und der Fallbeispiele lesenswert und wird einen Beitrag zur Veränderung des Bewußtseins von psychischer Krankheit leisten.

Dieta Biebel (München)

Paul Schilder

Entwurf einer Psychiatrie auf psychoanalytischer Grundlage

Suhrkamp, Frankfurt/M, 1973, 192 Seiten, DM 14,—

1925 veröffentlichte *Paul Schilder* seinen „Entwurf einer Psychiatrie auf psychoanalytischer Grundlage“. Im Vorwort zur vorliegenden Neuausgabe würdigt *Helm Stierlin* die Bedeutung dieses frühen „Entwurfes“ einer Dynamischen Psychiatrie mit der Feststellung: „Nach *Hartmann* hat *Schilder* wie kein anderer Analytiker die Psychoanalyse in der europäischen Psychiatrie heimisch gemacht.“

In der Tat unternimmt es *Schilder*, den gesamten Stoff der Psychiatrie einschließlich der organischen Syndrome psychoanalytisch zu untersuchen. Er beruft sich dabei auf *Freud*, in dessen Sinne man „von einer gewissen Äquivalenz psychischer und physischer Bedingungen, von Ergänzungsreihen“ sprechen könne. Danach schließen sich ein psychoanalytischer und organischer bzw. neurophysiologischer Bezugsrahmen keineswegs aus. Sie ergänzen sich vielmehr.

Folge dieses Ansatzes ist eine gewisse Zwiespältigkeit, insbesondere des klinischen Teils des Buches. Entgegen *Stärke*, der die Ansicht vertrat, es gäbe letztlich nur eine einzige Psychose, hält *Schilder* an den klassischen Krankheitsentitäten der Psychiatrie, beispielsweise an der Krankheit Schizophrenie oder der Krankheit manisch-depressives Irresein fest. Umgekehrt meint er, daß im Rahmen der so verstandenen Schizophrenie „das psychische System manisch-depressiv . . . gar nicht so selten betroffen“ sei. Ähnlich verhalte es sich mit der Amentia, die als Krankheit sui generis auftreten, aber auch schizophrene und manisch-depressive Krankheitsbilder begleiten könne. Schließlich führt das Ineinander klassisch-psychiatrischer und psychodynamischer Argumentation zu einer Psychologisierung des physiologischen Geschehens selbst. Erst in diesem Zusammenhang wird etwa die Forderung *Schilders* verständlich, „die Wirkung eines jeden Giftes . . . libidotheoretisch zu fassen“. Es nimmt daher nicht wunder, daß er im Rahmen seiner dynamischen Psychiatrie auch ein eigenes Kapitel über Intoxikationen voller „libidotheoretischer“ Überlegungen schreibt. Unbeschadet dieser Problematik aber enthält der klinische Teil des Buches eine Fülle interessanter Beobachtungen und mehrere anregende Fallbeispiele, die die Lektüre zu einem Gewinn werden lassen.

Der überwiegende Teil des Buches ist theoretischen Erörterungen gewidmet. Hier findet die philosophische Schulung *Schilders* an der „Phänomenologie“ *Husserls* ihren Niederschlag. Ihrem „metaphysischen“ Ansatz getreu hält *Schilder* das „Erlebnis Objekt“ für „phänomenologisch irreduzibel“. Auf der anderen Seite erscheint ihm auch das „Ich-Erleben“ „phänomenologisch unantastbar“. Daraus ergeben sich weitreichende Konsequenzen für sein gesamtes Konzept.

Ausgangspunkt seiner Überlegungen ist der „heuristisch bewährte Grundsatz der Psychoanalyse“, alles seelische Geschehen als triebhaft anzusehen. „Urbild“ des Triebes aber sei es, sich der Dinge zu bemächtigen. Wenn *Schilder* in der Folge die frühe *Freudsche* Unterscheidung der Ich-Triebe, die der Erhaltung des Einzelnen und seiner Eingliederung in die Gesellschaft dienen, und der Sexualtriebe übernimmt, hält er dementsprechend an einem beiden „gemeinsamen Triebgrund“ fest. Beiden Triebgruppen eigne gleichermaßen eine „Komponente des Fassens, Haltens und Sich-bemächtigens“. *Schilder* erblickt darin etwas „so Ursprüngliches“, daß er die „Ableitung“ der Ich-Triebe von einem Todestrieb nicht nachvollziehbar empfindet. Ebenso skeptisch beurteilt er die Annahme eines Wiederholungszwanges „am Grunde jeder Triebhaftigkeit“. Vielmehr erscheint ihm der Trieb die „Bewältigung der Gegenwart“ zu erstreben.

Das „Ich-Erleben, welches nur ein einziges unteilbares Ich kennt“, beinhaltet nach *Schilder* mehr als der *Freudsche* Ich-Begriff. Der Begriff *Freuds* stehe dem Kern der Persönlichkeit, dem „Zentrum des Ich-Kreises“ sogar relativ fern. Alle denkbaren „Teil-Iche“ seien unterschiedlich zentral innerhalb dieses Kreises lokalisiert. Im „Ich-Erleben“ seien sie zusammengefaßt. Letztlich seien sie „Verkörperungen eines gemeinsamen Ichs“. Die „Bündelung“ und Vereinheitlichung der Ich-Triebe wie auch der Sexualtriebe komme „durch Identifizierungen“ zustande. Im Laufe eines menschlichen Lebens, so führt *Schilder* aus, finden viele Identifizierungen statt, die zwar von „libidinösen Strömungen“ ausgehen, jedoch geradezu zu einem „Hilfsmittel für die Ich-Triebe“ werden. So wird es auch verständlich, daß er schließlich sogar von einem „libidinösen Trieb-Ich“ spricht. Auf dem Wege solcher Identifizierungen entstünden eine Vielzahl von „Ideal-Ichen“, je nach Reifungszustand des Individuums und Zeitpunkt der Identifizierung unterschiedlicher Organisationshöhe und entsprechend der Bedeutung der Beziehungsobjekte unterschiedlicher Wertigkeit. All diesen „Ideal-Ichen“ entsprächen „Verdrängungen“ unterschiedlicher Organisationshöhe.

Von diesem theoretischen Konzept ausgehend beschreibt *Schilder* die einzelnen psychiatrischen Krankheiten. In den der Schizophrenie gewidmeten Kapiteln schildert er einen Vorgang der Besetzungsentziehung

und -verschiebung an verschiedenen „Ideal-Ichen“, mit dessen Hilfe er die Ich-Fragmentierung und den Realitätsverlust des Schizophrenen zu erklären versucht. Er betont auch hier die Wichtigkeit der Objektbeziehung. Er stellt fest, daß auch der schizophrene Patient übertrage, wenngleich es sich dabei um eine primitive Übertragung extremer Labilität handle. Andererseits vernachlässigt er die Bedeutung der umgebenden Gruppe, so daß im Zusammenhang seiner ätiologischen Überlegungen nur der Rückgriff auf einen „toxisch bedingten Einbruch“, der eine „Umstellung der Libido“ zur Folge habe, erübrigt. Dementsprechend bleibt die Schizophrenie für ihn eine körperlich bedingte und trotz aller diagnostischen Schwierigkeiten angesichts der klinisch uneinheitlichen Bilder umschriebene Krankheit.

Auf Fragen der psychoanalytischen Therapie psychiatrischer Krankheiten geht *Schilder* in seiner Dynamischen Psychiatrie von 1925 nur kurz ein. Immerhin betont er die Möglichkeit, daß man die „Entwicklung einer Paraphrenie oder paranoiden Schizophrenie“ durch psychotherapeutische Interventionen „unterbrechen“ könne. Der Versuch einer Analyse sei selbst während des akuten Krankheitsgeschehens gerechtfertigt. Er deutete darüber hinaus an, daß psychotherapeutische Bemühungen im Rahmen der Behandlung dieser Krankheiten auf eine Ich-Stärkung und bessere Realitätsverankerung abzielen müßten. Im übrigen begnügt er sich mit Hinweisen auf Erfahrungen anderer Autoren, wie *Abraham*, *Waelder* und *Stekel*.

An allen hier nur exemplarisch herausgegriffenen Überlegungen *Schilders* fällt der ausgeprägte Ich-psychologische Ansatz auf. Zwar bleibt sein gesamtes Konzept trotz der zentralen Stellung, die er dem lebenslangen Prozeß der Identifizierungen zuweist, individualpsychologisch und biologisch, es enthält aber manche Akzentverschiebung, in deren Gefolge Gedankengänge auftauchen, die als ein Vorgriff auf spätere Entwicklungen der Psychoanalyse verstanden werden können. So enthält *Schilders* Buch, gerade weil er so entschieden an der Einheit des „Ich-Erlebens“ festhält, bereits keimhaft das Konzept der Ich-Identität. Zudem erscheint das Ich bei *Schilder* nicht als eine mehr oder weniger auf adaptive Funktionen beschränkte Instanz, sondern als eine subjektiv in der Einheit eines Erlebens zusammengefaßte, objektiv dynamische Struktur der Psyche, die sich der Triebe bedient. Der Bedeutung entsprechend, die er dieser psychischen Struktur zuweist, entfaltet er eine eigene Psychopathologie des Ichs. Ein Leitgedanke dieser Psychopathologie ist die Besetzungsänderung an den „Ideal-Ichen“, als deren Folge die verschiedenen Ich-Zustände verstanden werden müßten. Manches an diesem Gedanken erinnert an *Federns* Begriff der Ich-Grenze. Auch in dem der Hypochondrie gewidmeten Kapitel, in dem *Schilder* bereits einige der wesentlichsten Gedanken seiner späteren

Untersuchungen über das Körperschema vorwegnimmt, kann man Darstellungen finden, die dem Konzept der Ich-Grenze verwandt erscheinen.

Indem *Schilder* über *Freud* hinausgehend dem Ich eine größere Autonomie zuschreibt und eine eigene Psychopathologie des Ichs erarbeitet, erweist er sich als einer der Pioniere der Ich-Psychologie. Er eröffnet damit einen Zugang zum Verständnis der archaischen Ich-Krankheiten und muß daher als einer der Wegbereiter der modernen Dynamischen Psychiatrie angesehen werden. Insofern er entgegen *Freud* die Übertragungsfähigkeit psychotischer Patienten erkannte, gebührt ihm ein wichtiger Platz unter den Forschern, die eine psychoanalytische Psychotherapie entwickelten. Die Grenze seines „Entwurfs“ einer Dynamischen Psychiatrie liegt allerdings, der zeitgenössisch allgemeinen Blick-einengung auf eine individualpsychologische Betrachtungsweise gemäß darin, daß er den für die Ich-Entwicklung so außerordentlich wichtigen Einfluß der umgebenden Gruppe nicht entsprechend würdigen konnte. Darum mußte er auch die Genese der archaischen Ich-Krankheiten letztlich in körperlichen Bedingungen suchen. Dennoch bleibt *Schilders* Buch auch über seine Bedeutung als historisches Dokument hinaus äußerst anregend und lesenswert.

Rolf Schmidts (München)

Leopold Bellak, Marvin Hurvich, Helen K. Gediman

Ego Functions in Schizophrenics, Neurotics, and Normals:

A Systematic Study of Conceptual, Diagnostic, and Therapeutic Aspects

John Wiley & Sons, New York, 1973, 535 Seiten, \$ 19.95

In der Literatur der letzten beiden Jahrzehnte finden sich zahlreiche Arbeiten über die Therapie der Schizophrenie, wenige Studien versuchen jedoch, zu einem systematischen psychologischen Verständnis dieses Syndroms beizutragen. Diese Lücke wollen die Autoren mit dem vorliegenden Buch schließen, das die Ergebnisse fünfjähriger Erforschung der unterschiedlichen Ausprägung von Ich-Funktionen bei Schizophrenen, Neurotikern und Normalen enthält. Im ersten Teil geben sie einen Überblick über die Entwicklung des psychoanalytischen Strukturmodells und seiner Anwendung auf die bisherige Schizophrenieforschung. Ausführlich diskutieren sie hierbei verschiedene Auffassungen über Ich-Entwicklung und Ich-Funktionen, wobei sie sich theoriengeschichtlich allerdings nur mit den Konzepten bis zum Ende der Fünfziger Jahre (*Erikson*) auseinandersetzen. Im zweiten Teil entwickelt *Bellak* mit seinen Co-Autoren ein eigenes Modell von 12 Ich-Funktionen, anhand derer die Differentialdiagnose erfolgen soll. Jeder einzelnen Ich-Funktion ist ein Kapitel gewidmet, in dem die verschiedenen Auffassungen

in der Nachfolge der Konzepte *Hartmanns*, *Federns*, *Eriksons* u. a. gewürdigt werden. Die unterschiedlichen Aspekte des Realitätsbezugs werden ebenso erfaßt wie Probleme der Triebkontrolle, Objektbeziehungen, Denkprozesse, Abwehrmechanismen und der autonomen Funktionen.

Der Entwicklung dieser Ich-Skala liegt eine Vorstellung zugrunde, wie wir sie ähnlich im *Spearmanschen* Intelligenzkonzept finden: die verschiedenen Ich-Funktionen korrelieren insgesamt mit der Ich-Stärke, untereinander sollen sie aber nur einen mäßigen Zusammenhang aufweisen.

Als Ausgangsdaten dienten die Ergebnisse von Interviews, psychologischen Tests und experimentellen Untersuchungen an 25 gesunden Personen, 25 Neurotikern und 50 schizophren reagierenden Patienten. Der dritte Teil des Buches beschreibt das Forschungsprojekt und seine Ergebnisse. Mit ihrer Skala konnten die Autoren eindeutige quantitative Unterschiede in der Ausprägung der einzelnen Ich-Funktionen bei den drei untersuchten Gruppen feststellen.

Der letzte Teil des Buches ist besonders interessant für die klinische Arbeit des Therapeuten. Er behandelt die Anwendung des Verfahrens für Diagnose, Behandlung und Prognose. Eine Anzahl von Patienten-Profilen illustrieren und belegen hier die Aussagen. Besonders wichtig scheinen mir die Überlegungen der Autoren über die notwendigen Änderungen der therapeutischen Technik bei mangelhafter Entwicklung einzelner Ich-Funktionen. Ist beispielsweise die Fähigkeit, intellektuelle Einsichten synthetisch zu verarbeiten, kaum vorhanden, so wird eine ausschließlich deutende Technik wohl kaum zum Ziel führen. Sicherlich scheitern viele Therapien, weil sie die Adäquatheit ihrer Methoden nicht am Stand der Ich-Entwicklung des Patienten prüfen.

Neben dem Anspruch einer empirischen Erforschung der Ich-Funktionen ist das Ziel des Buches vorwiegend praktisch: unterschiedliche Störungen der Ich-Funktionen erfordern unterschiedliche therapeutische Strategien.

Allerdings bleiben *Bellak* et al. in ihrer Ich-psychologischen Konzeption zu sehr den Auffassungen *Hartmanns* und *Federns* verbunden. Dieses Manko zeigt sich besonders in ihrer Einschätzung der Gruppentherapie, die den Stellenwert eines Rehabilitationsverfahrens erhält.

Die Entwicklung der Ich-Identität im Raum der umgebenden Gruppe und die hieraus folgenden therapeutischen Konsequenzen, wie sie in Theorie und Praxis von *Ammon* entwickelt wurden, finden keinen Eingang in die Überlegungen. Hierin liegt ein wesentlicher Mangel des Buches, das ansonsten sehr verständlich und praxisnah geschrieben ist und in die Hand jedes Psychotherapeuten gehört.

Klaus Semmler (Berlin)