

Dynamische *Dynamic* Psychiatrie *Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse
Herausgegeben von Günter Ammon

*Yujiro Ikemi, Shunji Nakagawa, Tetsuya Nakagawa,
Mineyasu Sugita*

Psychosomatic Consideration on Cancer Patients Who Have
Made a Narrow Escape from Death

Alberto M. Comazzi

Psychological Problems and Communication with
Breast-Cancer Patients

Klaus-Dietrich Stumpfe

Der psychisch ausgelöste Tod

Wolfram Kurth

Biologischer und geistiger Tod

8. Jahrgang

2. Heft 1975

PINEL-PUBLIKATIONEN BERLIN

31

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., 2. Heft 1975, Nr. 31

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>Yujiro Ikemi, Shunji Nakagawa, Tetsuya Nakagawa, Mineyasu Sugita</i> (Fukuoka City)	77
Psychosomatic Consideration on Cancer Patients Who Have Made a Narrow Escape from Death Überlegungen zur Psychosomatik der spontanen Rückbildung von Krebs	90
<i>Alberto M. Comazzi</i> (Mailand)	93
Psychological Problems and Communication with Breast-Cancer Patients Psychologische und Kommunikationsprobleme bei Patientinnen mit Brustkarzinom	97
<i>Klaus-Dietrich Stumpfe</i> (Köln)	100
Der psychisch ausgelöste Tod The Dynamics of Psychogenic Death	104
<i>Wolfram Kurth</i> (Wiesbaden)	106
Biologischer und geistiger Tod Biological and Mental Death	114
Nachrichten	116

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

Psychosomatic Consideration on Cancer Patients Who Have Made a Narrow Escape from Death

Yujiro Ikemi *, Shunji Nakagawa, Tetsuya Nakagawa and Mineyasu Sugita

Psychosomatische Aspekte des Krebsgeschehens werden erst in den letzten Jahren systematisch in Betracht gezogen und in einzelnen Forschungszentren untersucht. In der vorliegenden Arbeit beschäftigen sich die Autoren mit dem Phänomen der plötzlichen Rückbildung von Krebs und seinen psychologischen Bedingungen. An fünf Fallbeispielen illustrieren sie, inwieweit sich Erleben und Verhalten von Patienten, bei denen sich die Carcinome rückbildeten, von der gemeinhin beobachtbaren Reaktion auf die Mitteilung einer Krebserkrankung unterschied. Diese Patienten zeigten nicht die gewöhnliche depressive Reaktion und nahmen eine erneute Bestimmung ihrer Identität im Hinblick auf den nahe bevorstehenden Tod vor. Einige immunbiologische Überlegungen und Befunde beschließen die Arbeit.

Preface

Spontaneous regression of cancer (SRC) is the concept which has been used in connection with cancer patients since the beginning of this century. In early writings, cases of SRC were reported by such investigators as *Lomer, Mohr, Gaylord, Clowes, Handley* and others. It has been observed that human cancer and transplanted cancer in animals spontaneously disappear or are reduced in size and that the host body survives for a long period of time beyond the expectations of modern medicine. This phenomenon has been noted on rare occasions not only by cancer specialists but also by experienced general physicians during their long career of clinical practice.

Everson and Cole in their book on "Spontaneous Regression of Cancer" (1966) defined and classified SRC on the basis of 176 case reports which they had collected from various countries of the world. According to their findings, SRC occurs in one out of 100,000 cancer patients while *Bowers* (1973) says that the ratio is approximately 1:80,000. *Tsuji* (1969), of Japan, conducted a statistical study of possible SRC cases and reported five cases where the patient was still alive and well more than ten years after the apparent clinical onset of cancer. *Jinnai* (1973) of Osaka University, Japan, collected seven cases of spontaneous regression, delayed recurrence and prolonged arrest of cancer from the major hospitals throughout Japan. We have also collected SRC cases so that we may only make detailed clinical observations but also conduct psychosomatic observations of each individual case in order to study the mechanism of SRC from a more comprehensive point of view.

* M. D., Professor, Department of Psychosomatic Medicine, School of Medicine, Kyushu University, Fukuoka, Japan, and Co-Workers

Definitions of SRC vary depending on investigators or the purpose of a particular study being conducted. In this paper, we have set the following criteria for the diagnosis of SRC. They were made on the basis of the requirements proposed by *Everson* and *Cole* (1966) with some modifications suggested by *Jinnai* and *Tsuji*.

1. The reduction or disappearance of a pathohistologically confirmed tumor in the absence of any active anti-cancer therapy.

2. The long survival of the host body due to extremely delayed progress or prolonged arrest of cancer with no rapid growth or metastases of a malignant tumor.

3. The long survival of the host body with no cachectic change of cancer in the presence of some anti-cancer therapy, or the death of the host body after long survival due to some cause other than cancer.

It should be noted, in regard to the definition of SRC, that spontaneous regression is not equated with spontaneous cure. In this paper, we wish to report five cases of SRC. These five cases were chosen through strict evaluations on the basis of the above-mentioned criteria from among many possible SRC cases found in the Fukuoka area.

Case Presentation

Case 1:

Y. H., a male church worker, died in November, 1964 at the age of seventy-five.

Clinical History:

The patient was 64 years old when he noted sudden nasal bleeding and nasal obstruction while at work in March 1950. Dr. F, an otorhinolaryngologist, after having examined the patient, suspected malignant cancer and sent him to the department of otorhinolaryngology of the Kyushu University Hospital. An exploratory excision was conducted from a polyp on the right maxilla. Through the histological examination, a diagnosis of "cancer of the upper jaw (right side)" was made. The resection of the tumor was conducted on April 14, 1950.

He complained of hoarseness in January 1951 when he thought he had caught a cold. At first he was treated under the diagnosis of chronic laryngitis, but his hoarseness was aggravated. Because of increased dry feeling in the laryngeal region as well as of hoarseness, the patient was examined again at the university hospital (age 66). A new growth of a tumor was discovered in the left side of the vocal cord. A record of this has been preserved on the chart at the university hospital. An exploratory excision followed by the micro-

scopic histological examination revealed carcoid (squamonocell carcinoma).

Prof. S. of the department of otorhinolaryngology recommended that the patient be operated upon, but the patient declined it. He lived for the next thirteen years without receiving any regular treatment including radiotherapy, anti-cancer drug therapy, to say nothing of an operation. He died at the age of 78 when he received a bruise on the back which eventually caused his general deterioration.

Life History:

The patient was born on a farm in 1886. At the age of eighteen, he became a member of a religious organization (Shinto sect). He was appointed teacher of a church when he was twenty-one. He then became a district leader of the organization and devoted himself to church work throughout his life.

He was a taciturn and self-punitive person by nature. After the end of Second World War, his religious organization was exposed to a great crisis. During the war he was asked to take over important business in the administration of his town. With the end of the war, he had a very difficult time carrying out his responsibilities for his neighbours as well as for his church work. Under these circumstances, he suffered from maxilla cancer in 1950.

In regard to the state of mind when he declined the laryngo resection as mentioned above, he said he was ready to accept the situation as it was on the basis of his religious conviction. He preferred continuing to be a preacher as long as he could speak to losing his voice by the operation. He felt, "This is God's will and I have no complaint about it. Whatever should happen will just happen."

Course of Illness:

Ten days after "the sentence of cancer", he visited the president of the religious organization, who said to him: "Remember that you are an invaluable asset for our church." This made him feel very happy and he shed tears of joy all the way back home. Since this moving experience, his hoarseness began to improve and he began to give a short speech at his church four months later (July 1952). At this time his voice was still hoarse. Six months later, however, he spoke thirty minutes in the church and this time his voice was quite clear (this sermon was taperecorded).

In the literature concerning psychosomatic aspects of cancer, it has been noted that cancer patients, after having become aware of their cancer, often show a tendency of repression and are apt to lapse into

depression with lack of motivation toward life and fear of death. This patient, however, did not demonstrate these characteristics at all. Today Dr. F. says: "The cancer of this patient seemed to be practically cured. When I looked into the vocal cord through laryngoscopy, the tumor was gone . . ."

Case 2:

K. N., a 81-year old ex-church worker, who is still well.

Clinical History:

The patient had a feeling of fullness and dull ache in the stomach in April 1970 when he was 77 years old. He was seen by Dr. S. in June 1970 because of epigastralgia and lumbago. The X-ray examination and gastrocamera revealed a tear of the gastric folds and an irregular shaped niche in the region of the gastric angulus and a diagnosis of gastric cancer was suspected (Fig. 1). He was further examined at the Kyushu University Hospital, where histological examination by microscope led to the diagnosis of tubular adenocarcinoma (Fig. 2).

The patient was recommended to undergo gastrectomy, but he declined it. He has been alive five years since then. Examinations conducted in April 1974 (age 81) revealed that there was no proliferative tendency in the tumor tissue of the gastric angulus. Rather, the surface of the mucous membrane was found to be smooth. On pathohistological examination, the tubular adenocarcinoma was shifted to the state of spontaneous regression.

Life History:

The patient was born on a farm in March 1894. At the age of nineteen, he became a member of a religious organization and appointed teacher of a church at the age of twenty-three. His service to the community through church work granted him a national reward at one time.

His personality is open and frank, though somewhat rigid. He had never consulted a doctor for thirty years until 1970. At the age of seventy-five in 1970, he suffered from stomach cancer. Just at that time his oldest son was appointed teacher of a church which was located far from their home. As he had expected his son to take over his church work, he was frustrated by having lost this successor and having to assume the heavy church work all by himself.

Course of Illness:

When he was told that he had cancer at the age of sixty-six and gastrectomy was suggested, he summoned a family council. He told

his relatives that he wished to serve God as long as he lived, that he would be satisfied if his life was taken away when God so wished, and that he did not want to undergo surgery but wanted to continue his usual life with his daily work and sake (a Japanese alcoholic beverage made from rice). All the relatives approved of him. Since this time on, he complained of less symptoms of the stomach and worked as usual. Sometimes he travels for mission work and pilgrimage. Today (September 1974) he maintains vitality and good health. He looks at least ten years younger than he is (Fig. 3).

Case 3:

K. A., a 39-year old housewife.

Clinical History:

She had an intermittent dull ache in the epigastrium in 1963 and was seen Dr. S. in March 1966 because of continuous epigastralgia, lumbago, anaemia, general malaise and weight loss. Extensive examinations confirmed her stomach cancer with marked metastatic lesion. Dr. O. who operated on her says:

“When I opened the abdomen, I saw many thumb apex size metastases in the lesser curvature of the stomach and in lymph nodes of the mesentery leading to the transverse colon. Also the metastases in the mesocolon lymphnodes were certain, which were later histologically confirmed as adenocarcinoma. As I thought the recurrence was sure to come, I could not help performing gastrectomy which was a palliative operation (2/3 resection — Billroth I method). I sutured the abdomen leaving metastases of cancer as they were. I told her family that cancer metastases were so bad that she would live one month or three months at best . . .”

Macroscopic and microscopic sections of the specimen from the excised stomach are shown in Figures 4 and 5.

The patient, however, began to improve three months after the operation. She has been in good health for nine years ever since.

Life History:

The patient was born on a farm in 1935. When she was in high school, her friend's mother invited her to become a member of a religious organization. She married her present husband at the age of twenty-four and they are running a drug store in Fukuoka City and have a 14-year old son.

For several years prior to the onset of her cancer, her husband used to go out on his business till late at night, often attending drinking

parties. Her self-centered and repressive personality contributed to repressing her aggression toward her husband. She had not consulted a doctor until March 1966. At that time, she thought it was due to stomach ulcer and tried to endure stomach ache. How did she feel when the diagnosis of stomach cancer was confirmed? In response to our question, she stated:

“Frankly speaking, I was not afraid of cancer. That was because I had my religious faith. But without it, I would have given in to the fear of cancer. I am now very grateful to my friend’s mother who persuaded me to have this faith.”

She continued: “I suffered from cancer much earlier before reaching what is called ‘the cancer age’. Because of this, I was forced to an early mental awakening. I had been a stubborn person and I feel I had my corners rounded off by having cancer. Faith to me is not the attachment to life just wishing to be saved, but it is the gratitude to god who saved my spirit. I had begun to live a real life since that time.”

Course of Illness:

She has been in excellent condition nine years after the operation (Fig. 6). X-ray examinations of the residual stomach conducted in October 1969 and July 1971 revealed that the gastric wall was smooth with no evidence of irregular shaped region. No sign of metastase was observed.

Case 4:

K. K., a 77-year old man.

Clinical History:

The patient noted anal bleeding and difficulty of defecation when he was forty-seven years old. At that time he thought he had haemorrhoids and was seen at the department of surgery of the Kyushu University Hospital. On examination, the growth of cancer tissue was detected in the fore wall of the rectum ampulla perforating there in a ring shape.

The doctor in charge recommended an operation, but the patient declined it for economic reasons. For sometime, he had frequent episodes of abdominal pain, lumbago, tenesmus as well as emaciation. However, these symptoms gradually disappeared. For the past thirty years, he has had no symptoms of rectal cancer.

About three years ago, however, he had the feeling of fullness in the stomach which was accompanied by abdominal discharge and dull

ache. He was seen by Dr. K. in May 1973. Results of X-ray examination and gastrocamera led him to suspect gastric cancer (Fig. 7). Biopsy material from the stomach revealed "poorly differentiated adenocarcinoma" (Fig. 8). However, the patient did not receive any regular treatment including an operation, X-ray treatment or anti-cancer drug therapy. Today he is alive and well.

Life History:

The patient was born on a farm in 1896. At the age of sixteen, he became a believer in the Nichiren Sect of Buddhism. For some time he taught at a grade school and married his present wife when he was twenty-eight. They lived in Northern China during the World War II. After returning to Japan, they found it hard to make a living. While he raised rice on the farm, his wife had to peddle dry goods about the country while carrying their baby. They simply lived a hand-to-mouth living. This must have been a big frustration, as he had no one to turn to for help. It was at this time when he had the onset of rectal cancer.

As to the recent psychological stress, he has been living with his son's family who supports him economically. He has had some emotional conflict with his son since around 1970.

Course of Illness:

When he was diagnosed as having cancer of the rectum at the Kyushu University Hospital in 1949, he was not shocked, he says. As the Comprehensive Social Insurance System had not yet been established by that time, he learned that he had to pay 100,000 for surgery from his own pocket. He had no one to turn to borrow that amount of money, so he decided that he would work hard as long as he could live even if it meant a year or two. He says that his Buddhist faith served as a big support during these trying years.

He has been unconcerned about worldly ambitions. About three years ago he began to notice the afore-mentioned stomach symptoms, for which a diagnosis of stomach cancer was confirmed. He received occasional symptomatic treatment but no anti-cancer agent therapy.

Case 5:

Y. Y., a farmer's wife, 63 years old.

Clinical History:

The patient was fifty-eight years old when she complained of anemia, epigastralgia after having worked too hard on the farm. A

local physician suspected that she had malignant tumor and referred her to a national hospital for detailed examinations. She was hospitalized on June 28, 1969, but her condition did not improve with anaemia and melana. She became so weak that she needed repeated blood transfusions. She underwent an operation on July 25, 1969.

Findings by the Surgeon:

Cancer was observed progressing from the greater curvature to the antrum of the stomach. There were extensive metastases in the surroundings of the stomach including the celiac artery and the aorta as well as the mesentery. The ulceration of cancer was marked apparently causing the discharge of blood. Adenocarcinoma was histologically confirmed.

A palliative operation was performed (gastro-resection). Her family was told that she would live one month or three months at the longest. The follow-up treatment was conducted at the section of internal medicine, where she restored her strength and was discharged four months later.

Life History:

The patient was born in 1910. She married a farmer at the age of twenty-one. The family into which she married had been in debt from the past generation. In addition to obeying her strict mother-in-law, she was expected to work very hard to regain the farm land which they had sold to pay off their debts. It was not unusual that she got up at 4:00 a. m. and went to bed at 1:00 a. m. She would work on the farm or go out to sell vegetables in the daytime and do her house work at night. All this time she was devoted to her bossy and self-centered husband. She said later that her life had been as bitter as death.

Hard working as she was, she had great power in putting up with things by suppressing her negative feelings. Although she possessed a basic trait which never permitted any wrong doing, she did not show it out in the open. Thus she had undergone unimaginable hardships for more than thirty years, during which she had kept complete health, not even catching cold. When she was informed of having cancer and of the unfavorable result of the operation, she was not shocked and showed, at least outwardly, no sign of anxiety and depression.

Course of Illness:

A drastic change took place in her pattern of life since she became ill. Before surgery she led a life of sacrifice for the family as mentioned

above, while after surgery, the attitude of the whole family has become very considerate and kind toward her. She was set free from many years of a self-sacrificing way of life, and was now protected by the love of the family. Today she is allowed to participate in recreational activities by reciting Chinese poems or making short trips with her friends. She hopes to live the rest of her life pleasantly. Along with the change of her life pattern, she has restored her strength. It is five years since she underwent the operation, but today she can work as hard as any woman on a farm.

Discussion

As mentioned above, *Everson* and *Cole* (1966) have reported in detail on 176 histologically proven cases of SRC. They explained spontaneous regression as purely accidental with scarce recognition of the influence of psychological factors on cancer. *Boyd* (1966) also reported 48 cases of SRC suggesting importance of immunological mechanism. However, several case histories reported by *Everson* and *Cole* reveal that the regression of tumors coincided with modalities of treatment which are diverse, such as intercessory prayer, conversion to Christian Science, mudpacks, vitamin therapy and force-feeding. They have only one thing in common, that is, the faith of the patients in the procedure.

Booth (1973) wrote "in the basic sense of the word all recoveries from cancer can be realized to be spontaneous, i. e. freely willed. Only very few patients are capable of realizing their life-saving option without any help. Most of them are capable of an 'existential shift' only after they have found support and encouragement from religious encounters, or from medical intervention."

Our five cases of SRC have been picked up consecutively and unselectively from among possible cases of SRC except for confirming the diagnosis of SRC according to the above-mentioned criteria. Nevertheless, some common features have been observed in their psychological conditions, which deeply impressed us. First, all five cases suffered cancer under more or less severe existential crisis and seem to have overcome cancer by accepting the responsibility for resolving such a crisis for themselves. Second, characteristic of their psychological state at the time of "a sentence of death" is the absence of anxious and depressive reactions. The causal relationship between depression and cancer was a common medical knowledge prior to the present century (*Le Shan*, 1959). *Koroljow* (1960) treated two deeply depressed patients with inoperable cancers by insulin coma. *Goldfarb*, *Driesen* and *Cole* (1967) tried to follow *Koroljow's* lead and applied an electro-convulsive

therapy to three patients with advanced cancer of the breast with metastases. This was an attempt to cope with unmanageable suicidal depression. All three cases experienced positive cancerocidal effects, which occurred entirely unexpected. *Bowers* (1973) reported, at the Second European Seminar on Psychobiologic, Psychosomatic and Sociosomatic Aspects of Neoplastic Disease, a single case of advanced carcinoma of the ovary with abdominal metastasis whose course had definitely been ameliorated by use of ECT and chemotherapy.

In the first four cases of our report, their passionate religious faith seemed to help them get rid of anxiety and depression. In the fifth case, the burden of her severe and repressed life was so heavy that even the knowledge of the pessimistic outlook of her cancer condition hardly caused her mental shock or melancholic reaction.

All five patients completely committed themselves to the fate or the will of God. In our experience such an attitude toward illness may lead to the full activation of the patient's innate self-recuperative potentials. *Luthe* (1969) maintains that the autogenic state induced by the practice of 'passive concentration' stimulates pro-homeostatic and self-normalizing ability and that this can be the major self-curative mechanism by autogenic training. The similar concept has been advocated by researchers who have studied such meditative practices as Zen, Yoga and so-called Transcendental Meditation. They reported a considerable amount of clinical and experimental observations on self-recuperative phenomena which take place during the autogenic state and meditative practice.

Third, in all five cases, the dramatic change of an outlook on life has been observed, which has resulted in the reconstruction of the patient's relationship with his human environment. Sir *David Smithers* (1964) stated through systematic biographical studies "the neoplasma is the localized symptom of traumatic interaction between the patient and his human environment. If the traumatic interaction ceases intentionally or accidentally, healing can take place."

The first two patients had been noted for their strong faith as the leaders of local branches of their religious organization. Such faith together with their old age seemed to help them make up their mind to devote the rest of their lives completely for their mission work. In these patients, 'a sentence of impending death' facilitated purifying and deepening their religious belief instead of letting them fall into the desperate and self-destructive mental state. It is felt that the background of Oriental thought might help them reach such a blessed state of mind. The Oriental philosophy teaches that all human worries and interpersonal conflicts arise from the worldly attachment, that is,

the clinging to the thought of the personal ego and the ego-centered strivings after phenomenal things, and that the abandonment of such an attachment enables us to live a real life which follows the true nature of man. The abandonment of worldly attachment has been considered as the most difficult part of self-training in Oriental religions. In this respect 'a sentence of impending death' seems to have greatly helped our patients overcome such a difficulty.

In fact their reaction to impending death is an expression of sincere gratitude for being able to live for the rest of their life even if it may be a very short one, instead of making desperate protests about not being able to live longer. For these patients with the religious background of this nature, the catastrophic experience seemed to have worked as an impelling force to achieve a sudden 'existential shift' or the kind of enlightenment which had been a long range goal for them before that event took place. Such a dramatic psychological change could be observed also in the third case in spite of her much shorter career of religious life as well as her young age. It is probably due to her naive and religious-minded personality. As she stated properly, she succeeded in getting over her self-centered and stubborn reaction pattern in interpersonal relationship through the above-mentioned conversion of an outlook on life. A similar change seemed to have taken place in the fourth case.

In the fifth case, the change in her human environment is a very impressive one. The attitude of her family toward her suddenly changed. Their demanding and indifferent approach which drove her into an extremely repressive way of life now has become a warm and sympathetic concern for the rest of her life. *Booth* (1973) states: „Spontaneous regression of cancer occurs if the personality of the patient and the psychological situation makes it possible to find satisfaction in a new relationship.”

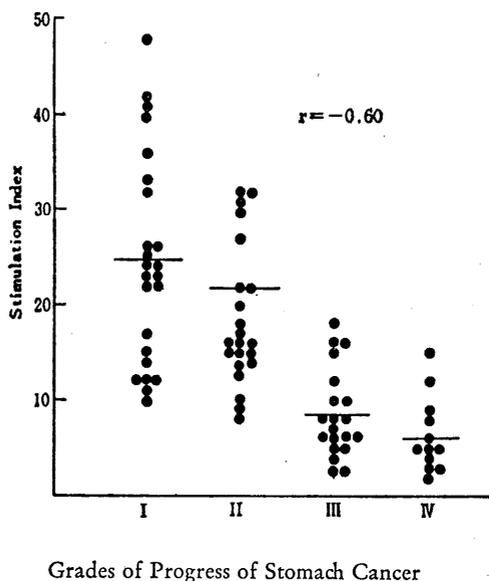
Under these circumstances, she began to take interests in the recitation of Chinese poems by becoming a member of a group of persons who had the same hobby. The loud recitation of Chinese poems provides a repressed person with a chance for emotional outlet. It has been reported by *Kissen* (1963) and others that one of the characteristics of cancer patients is the complete loss of emotional outlet and repression in the deepest sense.

Thus the psychological characteristics we have discussed in regard to our five cases of SRC lead us to feel that there is something more than "mere coincidence" or "accidental" to it when it is viewed from the psychosomatic standpoint. Of course, we have no intention of drawing any conclusion on the healing mechanism of cancer from our

observations in only five cases of SRC. The occasional successes of so-called faith healing has been a blessing for the theoretical understanding of the dynamics of cancer therapy, but it is also a great risk for the general public.

As to the underlying somatic mechanism of SRC, immunological aspects of cancer patients have recently been regarded as important. In general, the lowering of immunological capacity has been observed in cancer patients. We have examined the unspecific immunity and immuno-inhibitory factors of the serum in cancer patients by means of the measurement of lymphocyte-blastogenesis of the peripheral blood. It has been reported that the apparent lowering of the blastogenesis can be observed in cancer patients. For instance, such a lowering tendency becomes more and more marked as stomach cancer progresses from I to IV stage (Table 1). For this purpose, lymphocytes extracted from the peripheral blood of cancer patients was mixed with fetal cow serum, auto-human serum and healthy human serum respectively. These mixtures were incubated for three days and then the blastogenesis was measured.

Table 1 Relationship between Lymphocyte-blastogenesis of Patients of Stomach Cancer and Grade of its Progress



The results of the measurement of lymphocyte-blastogenesis in the sera of Case 2 and Case 3 are shown in Table 2. The marked lowering

of immunity may be expected in such an old cancer patient as Case 2. The blastogenesis of his serum turned out to be unexpectedly high although it is slightly lower than normal.

The blastogenesis is heightened in the serum of Case 3. It is higher than normal in the mixture with healthy human serum and shows the maximum value in the mixture with auto-human serum. The blastogenesis of the serum of Case 5 measured by a different method also is shown in Table 2. It is within normal limits.

Table 2
Lymphocyte-blastogenesis

Case Culture serum	Case 2 K. N. Age 81, male	Case 3 K. A. Age 39 female	Normal value
FCS fetal cow serum	72.603	98.275	11—21 × 10 ⁴
AHS auto-human serum	95.226	240.026	14—24 × 10 ⁴
HHS healthy human serum	108.163	348.640	14—24 × 10 ⁴

C. P. M. measurement

Case Culture serum	Case 5 Y. Y. Age 63, female	Normal value
auto-human serum	9.230	8.000 — 12.000

The fact that the immunity examined by the measurement of lymphocyte-blastogenesis remains within normal limits or is increased in our three cases seems to suggest one of somatic backgrounds for the occurrence of SRC in them. The lymphocyte-blastogenesis means the production of young lymphocytes among which the T-lymphocytes are known to be capable of destroying cancer cells. Much more studies are needed in this respect.

Summary

Clinical histories of five cases of spontaneous regression of cancer (SRC) have been analyzed from the psychosomatic point of view. As result, some common features have been observed in their psychophysiological conditions. In all five cases, the absence of anxious and depressive reactions and the dramatic change of an outlook on life seemed to have led to the full activation of their innate self-recuperative potentials and to have helped them to make a narrow escape from death. Such an extraordinary psychological achievement was supported and encouraged by their religious faith or favorable change of human environment. Furthermore, the authors feel that the background of Oriental thought also might help them reach such a blessed state of mind. As one of somatic conditions which might contribute to SRC in them, the unchanged or rather elevated immunological capacity which was usually lowered in cancer patients has been confirmed in three of them.

Überlegungen zur Psychosomatik der spontanen Rückbildung von Krebs

Yujiro Ikemi, Shunji Nakagawa, Tetsuya Nakagawa and Mineyasu Sugita

Spontane Rückbildung von Krebs (SRC) findet man etwa einmal unter 80 000 Fällen. Die Autoren berichten unter psychosomatischem Aspekt über fünf Patienten, die nach folgenden von *Everson* und *Cole* (1966) aufgestellten und von *Jinnai* (1973) und *Tsuji* (1969) modifizierten Kriterien ausgewählt wurden:

1. Es mußte eine teilweise oder gänzliche Rückbildung eines histologisch einwandfrei festgestellten Tumors ohne jegliche aktive Anti-Krebs-Therapie vorliegen.
2. Die Patienten mußten den Ausbruch ihrer Krankheit infolge extrem verzögerten Fortschreitens oder übermäßig langen Stillstandes der Metastasenbildung lange überleben.
3. Die Todesursache lange nach Ausbruch der Krankheit, die einmalig oder langdauernd behandelt wurde, mußte eine andere als Krebs sein.

Spontane Rückbildung von Krebs wird hierbei nicht mit gänzlicher Heilung gleichgesetzt. Einer der Patienten, über die berichtet wird, starb im Alter von 75 Jahren, nachdem elf Jahre zuvor seine Erkrankung entdeckt wurde. Die anderen vier Patienten, zum Zeitpunkt der vorliegenden Arbeit zwischen 39 und 81 Jahren alt und noch am Leben, schauen auf eine Krankheitsdauer zwischen vier und dreißig Jahren zurück.

Everson und *Cole* (1966) schreiben die spontane Rückbildung dem Zufall zu, während *Boyd* (1966) die Bedeutung immunbiologischer Mechanismen betont. Die Autoren entdecken bei den fünf von ihnen ausschließlich nach den oben dargestellten Kriterien ausgewählten Patienten jedoch hinsichtlich der psychologischen Faktoren überraschende Gemeinsamkeiten: 1. Für alle fünf Patienten bedeutete die Erkrankung eine mehr oder weniger existentielle Krise, der sie sich jedoch nicht passiv unterwarfen, sondern für deren Bewältigung sie aktiv die Verantwortung übernahmen. 2. Bei allen fiel die Abwesenheit von Angst oder depressiven Reaktionen auf. Der Zusammenhang zwischen Depression und Krebs ist seit langem bekannt, und verschiedentlich wurde über eine Besserung des Krankheitsbildes der Carcinome berichtet, nachdem die begleitende suizidale Depression durch Insulin-Koma oder Elektroschock bekämpft worden war. In vier der fünf berichteten Fälle half den Patienten ihre tiefe Religiosität bei der Überwindung von Angst und Depression. 3. Bei allen fünf Patienten führte die dramatische Änderung ihrer Lebensperspektive zu einer erneuten Bestimmung ihrer Identität innerhalb ihrer existierenden sozialen Bezüge.

Die Autoren schließen sich dem auch von anderen Forschern vertretenen psychosomatischen Standpunkt an, daß das Neoplasma das lokalisierte Sympton traumatischer Interaktion zwischen Patient und menschlicher Umwelt ist und daß eine Rückbildung des Krebses erst möglich wird, wenn der Patient sich aktiv selbst eine psychologische Situation schafft, in der er Befriedigung in neuen Beziehungen finden kann. Parallel zu den beschriebenen psychologischen Bedingungen der spontanen Rückbildung von Krebs stellen die Autoren einen signifikanten Unterschied der immunbiologischen Reaktionen dieser fünf Patienten zu anderen Krebspatienten fest.

Literature

- Booth, G.* (1973): Psychobiological Aspects of "Spontaneous" Regressions of Cancer. In: Amer. J. Psychoanal. (1) 303—317
- Bowers, M.* (1973): The Use of Electro-Convulsive Therapy in the Treatment of Carcinoma. In: Abstracts of Papers, 2nd. European Symposium of Psychobiologic, Psychophysiological, Psychosomatic and Sociosomatic Aspects of Neoplastic Disease.
- Boyd, W.* (1966): Spontaneous Regression of Cancer (Springfield, Ill.: Thomas)
- Ehrenwald, J.* (1967): Brief Psychotherapy and the Existential Shift. In: Bull. N. Y. Acad. Med. (43) 798
- Everson, T. C.; Cole, W. H.* (1966): Spontaneous Regression of Cancer (Philadelphia/London: Saunders)
- Jinnai, D.; Mori, T.* (1973): Healing and Recurrence of Cancer — From a Point of View of Surgery. In: Jap. J. Cancer Clin. (4) 275—284
- Kissen, D. M.* (1963): Personality Characteristics in Males Conductive to Lung Cancer. In: Brit. J. Med. Psychol. (36) 27—36
- (1967): Psychosomatic Aspect of Cancer. In: J. Jap. Psychosom. Soc. (5) 1760—280
- Koroljow, S.* (1962): Two Cases of Malignant Tumors with Metastases — Apparently Treated Successfully with Hypoglycemic Coma. In: Psychiat. Quart. (36) 1—10
- Luthe, W.* (1969): Medical Applications, Autogenic Therapy, Vol. 2 (New York: Grune & Stratton)
- Smithers, D. W.* (1964): On the Nature of Neoplasia in Man (Edinburgh: Livingstone)
- Symposium of Healing and Recurrence of Cancer* (1972): The Proceedings of 33rd Japanese Cancer Association, Annual Meeting, Nagoya, Japan
- Transcendental Meditation* (1974): Fundamentals of Progress, Scientific Research on Transcendental Med., The Year of Achievement for the World Plan
- Tsuji, K.* (1969): Spontaneous Regression of Cancer, Clinical and Statistical Observations. In: Jap. J. Cancer Clin. (8) 729—733
- Yoshida, T.* (1973): Healing and Recurrence of Cancer — From a Point of View of Immunology. In: Jap. J. Cancer Clin. (4) 308—316

Authors' Address:

Prof. Yujiro Ikemi, M. D.,
 Shunji Nakagawa, M. D.,
 Tetsuya Nakagawa, M. D.,
 Mineyasu Sugita, M. S. W.
 Kyushu University
 Faculty of Medicine
 Fukuoka City/Japan



Fig. 1 Case 2. Photograph by gastrocamera taken on June 5, 1970 showing a tear in the folds and an irregular shaped niche in the gastric angulus.

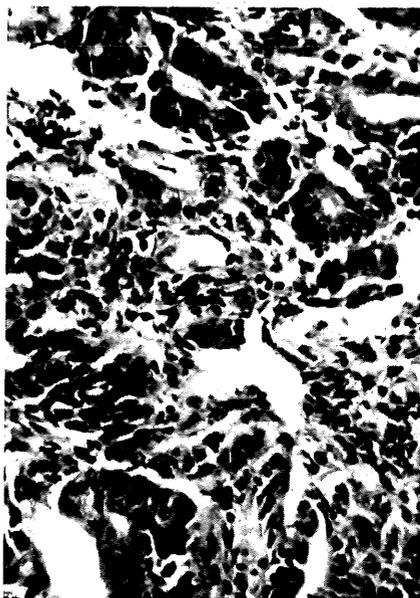


Fig. 2 Case 2. Photograph of the biopsy specimen of the tubular adenocarcinoma taken in June 1970 (200 X).



Fig. 3 Case 2. Pat. K. N., age 81, taken on August 29, 1974. He is in good health.



Fig. 4 Case 3. Photograph of the excised stomach taken on March 28, 1966 showing an ulcerative tumor (size 4x2.5 cm).

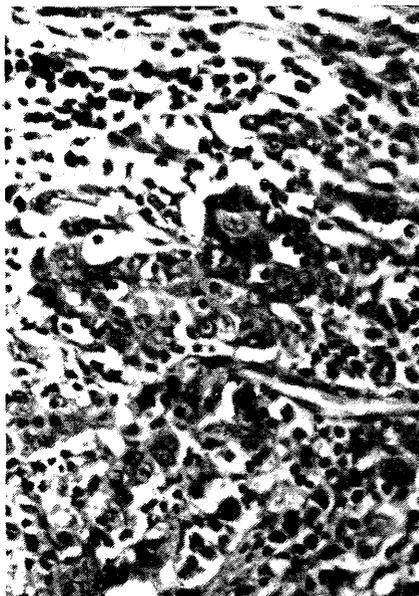


Fig. 5 Case 3: Photograph of a histological specimen of the ulcerative tumor shown in Fig. 4. Moderately differentiated adenocarcinoma (200 X).



Fig. 6 Case 3. Pat. K. A., age 39, taken on July 28, 1974. She looks young and well.



Fig. 7 Case 4. Photograph by gastrocamera showing a malignant tumor.

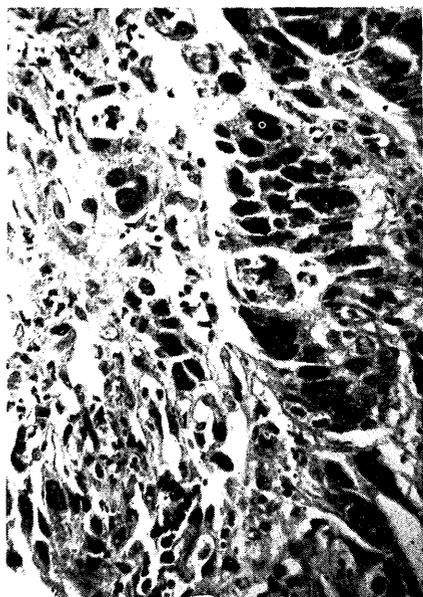


Fig. 8 Photograph of the biopsy specimen of the tumor mass (200 X) of the stomach showing poorly differentiated adenocarcinoma.

Psychological Problems and Communication with Breast-Cancer Patients**

Alberto M. Comazzi *

Die psychischen Probleme der Patientinnen mit Brustkarzinom sind sowohl durch ihre individuelle psychische Struktur als auch von den Entwicklungsphasen der Krankheit selbst bestimmt. Der Autor stellt Kommunikationsformen dieser Patientinnen fest, die von den jeweiligen Entwicklungsphasen (vor der Hospitalisation, während dieser und nach der Mastektomie) abhängig sind. Die Kommunikation des Arztes mit seiner Patientin sollte sich nach diesen Phasen richten.

The development of a cancer in the breast seems to emphasize all the psychological problems preexisting the onset of the illness. That is why I thought it worthwhile to center my research on the various elements which contribute to influence the peculiar subjective reactions to the pathological event being responsible of different life experiences.

They are: 1. age, 2. environmental and socio-cultural factors, 3. pre-morbid personality, together with constitutional and dynamic elements, 4. intellectual level and life experiences.

The first observations induced me to investigate a breast "lump", which should not escape to the attention of the patients, is often referred to the physician at a late evolutionary stage. Even not ignoring specific factors, such as "shame", "sexual taboo" and insufficient information, which still play an important role in peculiar social environments, I think that this delay could be interpreted as a defense mechanism, carried out by the patient against the anguish of the disease, in the tentative of denying a deadly pathology.

Such an hypothesis could explain the extreme difficulty and the unsatisfactory results of the various campaigns for cancer prevention, even when programmed with maximum care and wealth. The psychosomatic approach and the patterns of communication are especially significant in breast cancer patients, because of the peculiar meaning of the breast itself. It seems rather superfluous to point out that the feminine "breast" has always and universally possessed symbolic and emotional significances, in terms of fascination and seduction. On the other hand, this specific body part implies peculiar meanings of femininity linked to the maternal function.

* M.D., Istituto di Clinica Psichiatrica dell' Università di Milano/Italy (Director: Prof. C. L. Cazzullo)

** Vortrag gehalten auf dem 1. Deutschen Regional Meeting des International College of Psychosomatic Medicine, 22.—26. September 1974, Schloß Weidenkam (Starnberger See bei München)

Recently, due to various sociological factors and to the new dietetic science, the nutritional significance seemed to weaken, if compared with the aesthetic aspect praised by a new kind of fashion, inspired by the mass-media.

120 patients hospitalized in the last year at the Cancer Institute of Milano, have been randomly selected and examined by our staff and we observed three phases in the development of the psychological experiences of the patients.

a. The first phase precedes temporarily the hospitalization and starts when the subject is informed by her physician of the necessity to undergo specific diagnostic procedures. In this phase the patient is frankly anxious, restless, with a depression not deeply rooted, which can be relieved by words of encouragement and hope (even provided by the environment). An ambivalent attitude towards the disease is observed, with alternative phases of generic deny and anguishing fear.

b. The second phase is coincident with the hospitalization. At this time various elements act as positive or negative factors in the development of the psychological reactions to the disease. I think that the negative ones prevail in a first stage, and the positives come subsequently.

The negative factors are, synthetically, the following:

1. removal from the familiar environment,
2. increase of the feelings of solitude and abandonment,
3. bereavement linked to the hospitalization. In this regard especially traumatic are the reports of other patients suffering from a similar pathology, or from cases with unfavourable evolution.

At this stage the patient is depressed and anxious, she tends to interpret gestures, attitudes and words of the physicians. She is attentive to therapies and exams performed by neighbours, coming to conclusions on the peculiar evolution of her disease from differences and frequency in exams and kind of therapies that she receives as compared to other patients. This is the moment when patients need more communication (first interview with the psychiatrist).

After few days of hospitalization, the defense mechanisms against anguish develop, stimulated by the prevailing positive factors of the hospitalization itself, especially after the psychiatric interview. This stage is characterized by adjustment and resignation, manifested in an increased trusting of the medical staff and of its advices.

The mechanism of rationalization prevails in the patient, who tends to accept surgery, considered as the extreme solution of the disease and

as a possibility of definitive recovery. The patient verbalizes her motivations to accept surgery with the following words: "Cut away both breasts because I want to go home as soon as possible, to take care of my children!" The operation, removing the organic cause of the impairment, satisfies the unconscious desire to eliminate what is felt as a "bad body part".

c. In the third phase (postoperative stage), the psychological problems due to the mutilation become evident. Therefore, the defense mechanisms, previously described, break down. The patient displays depression and anguish, loss of her identity and feelings of alteration of her body image due to the mutilation. The communication becomes difficult, especially with the surgeon because he hesitates to reveal her the truth.

According to my opinion, these difficulties are the more possessing the more confused were previous identification and acceptance of the feminine role. The return to the familial and social life often increases the depression even further*. The patient develops in this case other "fears" linked directly to the dread of not being to resume validly the previous roles.

In synthesis, at a conscious level the anxiety factors and the mechanisms inducing the depression are:

1. loss of the belonging to previous groups,
2. modification of the way of life,
3. breakdown of the projects for the future,
4. doubts on the surviving of the affective and sexual links,
5. loss of the working capacity.

A phantasmatic activity is present at the unconscious level, mainly related to sexual problems.

I believe that the mastectomized patient needs, in this phase, a psychological support (second interview with the psychiatrist), as the depressive dynamics are related fundamentally to the loss of self-esteem and to a lack of identity, which condition the interpersonal relationship and the possibilities of a social reintroduction.

In this stage, the patient asks for support from those who can understand her problems, and for practical advices, mostly in relation to the need of overcoming the disadvantages of the mutilation.

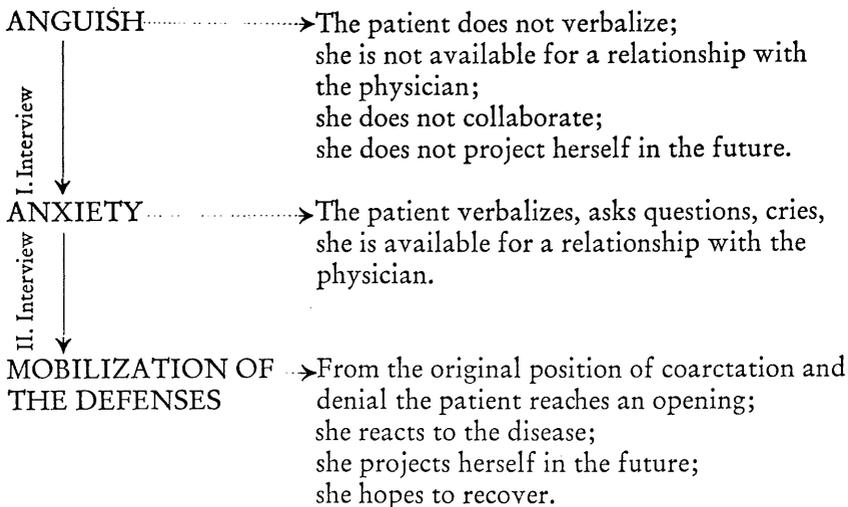
However, an individual psychotherapeutic treatment seemed seldom necessary, and only for the subjects displaying severe anxiety and deep depression.

* Especially when the environment is not able to offer a valid psychological support.

Patterns of Communication: Method of Interview

Among the 120 patients examined by our staff, 85 % received two psychiatric interviews, the first preceding surgery and the second following it. The other 15 % of the subjects requested and obtained a third interview after the dismissal from the hospital. The pattern of communication have seemed rather independent from age, cultural and socio-economical levels, and dependent, on the contrary, from the stage of the disease.

In the first interview, I intended to obtain a discharge of the anguish builded up while the patient waited for the hospital admission, and during the first period of hospitalization in the Cancer Institute. The anguish therefore evolved in anxiety.



Therefore she reaches a more open position, with a possibility of verbalizing, of getting rid of her problems, of crying. However she keeps denying her real illness.

In the second interview, as mentioned before, the requests of the subjects are essentially practical, centered on the problems of rehabilitation and reintroduction in her environment, with a tendency to ignore diagnosis and prognosis of her disease. What the physician should say to a patient with breast cancer? My personal experience suggests that it is possible to face this difficult responsibility letting the patient be the apparent leader of the interview rather than directing it himself.

In fact, in the course of it the subject will bring out what and how much she wants to know of both the diagnosis and the prognosis. It is advisable to be careful, and never to tell the patient more than she wants

to know, but, in the meantime, all of what is said by the physician must be true.

In the terminal metastatic stage, the communication between patient and doctor is extremely poor: the patient depends strictly upon her physician, as she is totally unable to control or refrain the progression of the cancer. In this phase, in spite of all the existing difficulties, it is very important to keep up a medical patient relationship with frequent visits. In fact it is important to remember that the patient keeps hoping as long as the doctor visits her regularly, as this is considered as a demonstration of her possibilities to recover.

Summary

The author studies the psychological problems and communication with patients who developed carcinoma of the breast, in relation to the peculiar problematics connected with mastectomy. The modality of reaction to this pathology is not only conditioned by individual characteristics of the patient but also by less specific elements connected with the "hospitalization" and the "stereotypy" of the cancer.

The author emphasizes the existence of an exact temporal evolution of the illness history, divided in three phases: before hospitalization, during hospitalization and after operation. Previous studies generally investigated the problem of what the physician should say to the patient with cancer, but not the pattern of communication with her. This patient in fact has needs, defences and fantasies, variable according to the different stages of her disease. The communication patterns follow definite schemes, strictly dependent from the stage of the disease (initial, advanced and terminal).

In regard to what the physician should say to the patient with breast cancer the personal experience of the author suggests that it is possible to confront this difficult responsibility, letting the patient to be the apparent leader of the interview rather than directing it himself. In fact, in the course of it the patient will bring out what and how much she wants to know of both the diagnosis and the prognosis.

Psychologische und Kommunikationsprobleme bei Patientinnen mit Brustkarzinom

Alberto M. Comazzi

Der Autor untersucht die psychologischen und die Kommunikationsprobleme von Patientinnen mit Brustkarzinom in Hinblick auf die besondere Problematik, die mit der Mastektomie verbunden ist.

Die verschiedenen Reaktionsweisen auf diese Pathologie sind nicht nur von den individuellen Charaktereigenschaften der Patientin bestimmt, sondern auch von weniger spezifischen Elementen, welche mit der „Hospitalisation“ und der „Stereotypie“ des Krebses zusammenhängen.

Der Autor berichtet über eine Krankengeschichte, die in drei zeitlich genau bestimmten Entwicklungsphasen verläuft: vor der Hospitalisation, während der Hospitalisation und nach der Operation.

Frühere Untersuchungen hatten sich mit der Frage befaßt: Was muß der Arzt der Krebspatientin sagen? Die Modelle dieser Kommunikation mit solcher Patientin wurden jedoch nicht erforscht. In der Tat hat die Krebspatientin Bedürfnisse, Abwehrreaktionen und Phantasien, die je nach den verschiedenen Krankheitsphasen unterschiedlich sind.

Die erste Phase vor der Hospitalisation ist durch Unruhe und Depression charakterisiert. In der zweiten Phase überwiegt die Annahme der Notwendigkeit der Operation und die Rationalisierung. In der dritten Phase tritt Angst vor dem Verlust der Identität und der Veränderung im Körperbild auf.

Die Kommunikationsmodelle folgen bestimmten Schemata, die von den Entwicklungsphasen der Krankheit (initiale, fortgeschrittene und terminale Phase) abhängig sind.

Nach der persönlichen Erfahrung des Autors soll der Arzt der Patientin die scheinbare Leitung des Interviews überlassen. Im Laufe des letzten Interviews wird die Patientin ausdrücken können, was und wieviel sie von der Diagnose sowie von der Prognose erfahren will.

Literature

- Abrams, R. D.* (1966): The Patient with Cancer, his Changing Pattern of Communication. In: *New Engl. J. Med.* (274) 317
- Bacon, C. L.; Renneker, R.; Cutler, M.* (1952): A Psychosomatic Survey of Cancer of the Breast. In: *Psychosom. Med.* (14) 453
- Babson, C. B.; Kissen, D. M.* (1966): Psychophysiological Aspects of Cancer. In: *Ann. N. Y. Acad. Sci.* (125) 773—1055
- Brown, F. et al.* (1961): The Patient Under Study for Cancer: A Personality Evaluation. In: *Psychosom. Med.* (23) 166
- (1966): The Relationship Between Cancer and Personality. In: *Ann. N. Y. Acad. Sci.* (125) 3
- Cazzullo, C. L.; Comazzi, A. M.; Invernizzi, G.* (1975): Psychologische Probleme von Patientinnen mit Brustkrebs. In: *Schweiz. Psychosom. Med.* (in print)
- Comazzi, A. M.* (1974): Problèmes de Communication du malade cancéreux et du médecin. XI-Congresso Internazionale del Cancro Firenze, 20—26 ottobre 1974
- Fisher, S.; Cleveland, S. E.* (1956): Relation of Body Image to Site of Cancer. In: *Psychosom. Med.* (18) 304
- Giovacchini, P. L.* (1959): The Ego and the Psychosomatic State: a Report of Two Cases. In: *Psychosom. Med.* (21) 218
- ; *Muslin, H.* (1965): In: *Psychosom. Med.* (27) 524
- Kowal, S.* (1955): Emotion as a Cause of Cancer. In: *Psychoanal. Rev.* (42) 217—227
- Le Shan, L. (o. J.)*: Some Methodological Problems in the Study of the Psychosomatic Aspect of Cancer. In: *J. Gen. Psychol.* (63) 309
- (1959): Psychological States as Factors in the Development of Malignant Disease: A Critical Review. In: *J. Nat. Cancer Inst.* (22) 1
- ; *Gassman, J.* (1958): Some Observations on Psychotherapy with Patients with Neoplastic Disease. In: *Am. J. Psychother.* (12) 723
- ; *Reznikoff, M.* (1967): A Psychological Factor Apparently Associated with Neoplastic Disease. In: *J. Abnorm. Social. Psychol.* (63) 439
- Muslin, Pieper, W.* (1962): Separation Experience and Cancer of the Breast. In: *Psychosom.* (11) 230
- Perrin, G. M.; Pierce, I. R.* (1959): Psychosomatic Aspects of Cancer. In: *Psychosom. Med.* (21)
- Renneker, R.; Cutler, M. (o. J.)*: Psychological Problems of the Adjustment to Cancer of the Breast.
- ; — (1963): Psychoanalytic Exploration of Emotional of Cancer of the Breast. In: *Psychosom. Med.* (25) 106
- Reznikoff, M.* (1955): Psychological Factors in Breast Cancer. In: *Psychosom. Med.* (17) 96—108
- Sutherland, A. M.; Orbach, C. E.* (1953): Psychological Impact of Cancer and Cancer Surgery. Depressive Reaction Associated with Surgery for Cancer. In: *Cancer* (6) 958—962
- Stavraky, M.* (1968): Psychological Factors in the Outcome of Human Cancer. In: *J. Psychosom. Res.* (12) 251—259

Author's Address:

Alberto M. Comazzi, M. D.
Clinica Psichiatrica dell 'Università di Milano
I—20122 Milano
Policlinico Via F. Sforza, 35

Der psychisch ausgelöste Tod**

Klaus-Dietrich Stumpfe *

Untersuchungen zu Todesursachen ausschließlich psychogenen Charakters, für die Anthropologen und Ethnologen schon seit langem zahlreiche Beispiele namhaft gemacht haben, finden sich in den letzten Jahren immer mehr in medizinischen, psychotherapeutischen sowie vor allem in Publikationen zur psychosomatischen Medizin.

Der psychisch ausgelöste Tod tritt schlagartig und unvorhergesehen ein, ohne daß ihn ein manifestes Organgeschehen, sei es in Form einer akuten Krankheitssymptomatik, einer pathologischen Dysfunktionalität bestimmter Organsysteme oder auch einer besonders auffallenden psychischen Erregung etwa im Sinne eines Schockphänomens ankündigen würde. Im Umfeld von Erscheinungen psychogenen Sterbens konnte der Autor in der Regel freilich Extremsituationen wie z. B. Lagerhaft oder das Erleiden schwerer körperlicher Verstümmelung beobachten. Solchen Umständen kann eine regressive Psychodynamik folgen, die sich gewöhnlich in einer völligen Resignation, in totalem Objektverlust wie in Zuständen apathischer Abwesenheit und passiver Lebensverneinung äußert. Ein tiefes Gefühl der Sinnlosigkeit und der Preisgabe aller Hoffnungen kennzeichnet den emotionalen Hintergrund, von dem aus die Psyche in die Lebensprozesse des Organismus hineingreift und diesen zum Stillstand bringt. Die in dieser Weise psychisch ausgelöste Hemmung von Organfunktionen, die den psychogenen Tod als psychosomatischen Extremfall verursacht, bedarf nach Auffassung des Autors in der Zukunft einer gründlichen Erforschung der für dieses Geschehen verantwortlichen Korrelation psychischer und somatischer Faktoren, deren nähere Umstände bisher noch weitgehend unbekannt geblieben sind.

In der medizinischen, besonders der psychotherapeutischen und psychosomatischen Literatur finden sich zahlreiche Hinweise auf einen Tod aus psychischen Ursachen, die sich auf unerklärliche Todesfälle bei Eingeborenen beziehen. Es gibt zahlreiche Berichte über Angehörige von Naturvölkern in allen Erdteilen, die ziemlich plötzlich ihre gesamte Lebenslust verlieren und nach wenigen Tagen sterben. Eine ausführliche Beschreibung und Analyse dieser Schilderungen finden sich bei *Stumpfe* (1973).

Als auslösendes Ereignis kommt in den meisten Fällen das Betroffensein des Eingeborenen von einer magischen Kraft, einem Fluch oder einem Zauber in Betracht. Es werden aber auch sonstige Anlässe berichtet, wie Diebstahl, Amputation eines Beines, Heimweh, Krankheit usw. Diese Menschen geben ihre aktiven Beschäftigungen auf, ziehen sich in ihr Zelt oder Hütte zurück, verweigern das Essen und sterben ruhig nach ein bis zwei Tagen.

* Dr. med., Rheinische Landeslinik Köln (Direktor: Prof. Dr. M. Bergener)

** Ausgearbeitete Fassung eines Vortrages, gehalten auf dem 1. Deutschen Regional Meeting des International College of Psychosomatic Medicine, 22.—26. September 1974, Schloß Weidenkam (Starnberger See bei München)

Entsprechende Beschreibungen gibt es auch bei Häftlingen aus Konzentrationslagern und von Kriegsgefangenen. Auch in diesen Fällen bleiben die Gefangenen, ohne daß den Kameraden vorher etwas auffällt, eines Tages auf ihrem Lager liegen. Sie drehen sich zur Wand, ziehen die Decke über den Kopf und lehnen das Essen ab. Keine Vorhaltungen und keine Drohungen vermögen sie aus ihrer Apathie zu reißen. Auch keine Strafe schreckt sie. Diese Männer scheinen einfach den Willen zum Leben aufzugeben und die Aussicht auf den Tod zu akzeptieren. Sie sterben still und ohne Gegenwehr.

Wenn es sich hierbei um ein psychisches Geschehen handelt, dann ist zu fordern, daß der Ablauf durch psychologische Gegenmaßnahmen unterbrochen werden kann. Wenn auch die Beobachter dem Phänomen meist hilflos gegenüberstehen, so werden doch zahlreiche erfolgreiche Therapieversuche beschrieben.

Bei den Eingeborenen muß ein stärkerer Zauber oder Gegenmagie zur Anwendung gebracht werden. So gelang es, durch ein Stück Zucker mit Ingwer-Essenz, das den Atem verschlug, durch eine harmlose medizinische Injektion oder durch eine schmutzige aufbrausende Mixtur aus dem Medizinkasten die „magischen Kräfte“ zu überwinden und die Eingeborenen zu retten.

Bei den Kriegsgefangenen müssen Maßnahmen eingeleitet werden, die den Betroffenen gegen seinen Willen vorwärtstreiben, wie Seifenwasserbäder, Rasur, Entlausung, Einflößung von Nahrung, oder an die Arbeit zwingen. Besonders erfolgreich erweisen sich Sticheleien, Herausforderungen oder Schläge, bis der Mensch in Wut gerät oder sonstige Zeichen einer affektiven Regung zeigt. Die Therapie muß aus einer Mischung von freundlichem drängendem sympathischen Interesse und Ärger hervorrufenden Verhalten bestehen (*Stumpfe, 1974 a*).

Im folgenden soll eine zusammenfassende Darstellung des Phänomens des psychogenen Todes gegeben werden. Die körperliche Symptomatik ist durch eine völlige Passivität gekennzeichnet. Die Menschen stehen nicht mehr auf und bleiben liegen. Sie waschen sich nicht mehr, lassen Urin und Kot unter sich und bleiben darin liegen. Dieser Zustand wird sehr deutlich ausgedrückt mit den Worten: Dahinsiechen, von einer tödlichen Mattigkeit ergriffen werden, Wegschwinden.

Die psychische Situation zeigt folgende Erscheinungen:
eine Regression in sich selbst und Aufgabe der Weltzugewandtheit,
eine Resignation mit Aufgabe aller Hoffnungen und
eine Apathie mit Verlust jeglicher Gefühlsäußerung.

Die Beschreibung der obigen psychischen Symptomatik stellt einen Endzustand dar. Wichtiger ist die Frage: Was bringt einen Menschen zu diesem Verhalten? Oder in welcher Situation reagiert ein Mensch entsprechend?

Die Lebenssituation der Betroffenen ist durch zwei Punkte gekennzeichnet. Das Subjekt ist einmal in irgendeiner Weise bedrängt. Die Gefangenen durch Not, Wetter, Wachmannschaften, Hunger usw. und die Eingeborenen durch den Fluch, die magische Kraft, eine Behinderung oder durch allgemeine ungünstige und unangenehme Umweltverhältnisse. Zum anderen sieht der Mensch subjektiv keine Möglichkeit des Ausweichens oder eines Ausweges. Er selbst kann nichts tun, und von außen ist ebenfalls keine Hilfe zu erwarten. Er kann am Fluch nichts ändern, und er kann an der Gefangenessituation nichts ändern. Alles Bemühen ist umsonst. Es handelt sich also, kurz umschrieben, um eine ausweglose Bedrängnis.

Aus diesen Überlegungen heraus kann man das Verhalten bzw. die Reaktion der Menschen gut verstehen. Das Individuum ist davon überzeugt, daß es selbst nichts machen kann. Von diesem Standpunkt aus entfällt dann auch jede motorische Aktivität und gedankliche Lösungsversuche. Da ein Entkommen nicht gesehen wird, ist ebenfalls jede Zukunftsplanung zwecklos. Jedes Vorwärtsschauen und jegliche Hoffnung auf eine Änderung ist ohne Sinn, da ja alles gleichbleibt.

Entscheidend ist das Erlebnis und das Gefühl der Hilflosigkeit. Dies ist allein aber nicht ausreichend, da viele Menschen in entsprechende Situationen kommen. Was sie aufrecht hält, ist das Warten und die Hoffnung auf eine Änderung bzw. auf eine Hilfe von Menschen oder von Gott. Wenn zu dieser Situation der Hilflosigkeit noch eine Bedrängung irgendwelcher Art hinzutritt, die den Menschen in seiner Lebensführung beeinträchtigt oder bedroht, kann der Zusammenbruch eintreten.

Es genügt nicht ein einfaches Hinlegen und der Ausspruch: „Ich will nicht mehr.“ Es scheint sich um eine gewisse negativ getönte Motivation zu handeln, in dem Sinne „Es hat alles keinen Zweck! Es ist alles sinnlos! Was soll's?“ Aus dieser Haltung heraus entfällt jegliche Wirksamkeit. „Warum soll ich noch essen oder mich waschen? Warum soll ich noch auf die Toilette gehen? Wenn doch alles verloren ist!“ Wichtig ist die akute Bedrängung, denn wie es die Beispiele der zu lebenslanger Haft Verurteilten zeigen, genügt die Zukunftslosigkeit alleine nicht.

Welche Charakterstruktur haben diese Menschen, die die Hoffnung und den Lebensmut verlieren? Amerikanische Ärzte sind der Frage nachgegangen und haben Heimkehrer befragt. Nach deren Angaben war das wichtigste die innere gefühlsmäßige Einstellung der gesamten Umweltsituation gegenüber. Der Gefangene, der überleben wollte, mußte

ruhig, ausgeglichen, nicht aggressiv und unerschütterlich gegen Parolen oder Hoffnungsphantasien sein. Er mußte sich ohne Ärger und Groll jeder Lage anpassen können. Weiterhin war eine untergründige Stimmung der Zuversicht oder des Glaubens an das Gute im Leben im Sinne einer inneren Religiosität erforderlich. Wer sich also irrealen Hoffnungen hingab, die immer wieder enttäuscht wurden, und als Folge davon resignierte, war verloren. Sehr wichtig erwies sich dabei eine gewisse Lebenserfahrung, die dem jungen Menschen oft noch fehlt, die auch entsprechend stärker von dem psychogenen Tod betroffen waren (*Stumpfe* 1974 a).

In therapeutischer Hinsicht gilt es, diesen psychischen Zustand der Sinnlosigkeit jedes Tuns oder des „Ach, was soll das alles?“ zu durchbrechen, wenn es sein muß, mit Gewaltmaßnahmen. Wie die Beispiele zeigen, muß der Patient immer wieder vorwärtsgetrieben und zu irgendeiner affektiven Regung gereizt werden. Wenn dies nicht gelingt, stirbt der Mensch. Es finden sich keine Hinweise für eine Gegenwehr, einen Kampf um das Leben oder eine Angst vor dem Tode. Der Mensch kann oder will dieses Leben nicht mehr weiterführen und ist bereit, es zu Ende gehen zu lassen. Er sinkt ruhig und still in den Tod.

Die psychischen Abläufe sind gut verständlich. Die organischen Vorgänge abzuklären, ist schwieriger. Folgendes ist hervorzuheben:

Es wird keine akute Krankheitssymptomatik beobachtet, die als Ursache oder als Begleiterscheinung für den Tod anzusehen ist.

Der Organismus zeigt keine Dysregulation der Organsysteme im Sinne von pathologischen Abweichungen.

Eine motorische Unruhe oder eine psychische Erregung irgendwelcher Art findet sich nicht.

Damit scheiden irgendwelche Schockphänomene aus.

Als Beispiel und als Beweis dafür, daß die Psyche tief in den Organismus eingreifen kann, ist die gewöhnliche Ohnmacht anzuführen. Hier kommt es durch rein psychische Reaktionen, z. B. bei Feierlichkeiten, Massenaufmärschen, bei ärztlichen Handlungen, im Zahnarztstuhl oder bei dem Anblick von Blut, zu so starken Eingriffen in das Körpergeschehen, daß der Mensch bewußtlos wird. Es finden sich u. a. eine tiefe Senkung des Blutdruckes und eine ausgeprägte Minderung des Herzschlages. Dies ist als Beweis anzusehen dafür, daß affektive Vorgänge alle organischen Schutzmechanismen durchbrechen können (*Stumpfe*, 1974 b).

Bei der psychogenen Ohnmacht ist selbstverständlich ein anderer psychosomatischer Mechanismus wirksam, da das Geschehen dabei schlagartig einsetzt und normalerweise nicht tödlich endet. Der psychogene

Tod erstreckt sich dagegen über einen Zeitraum von Stunden bis wenigen Tagen und ist als ein psychosomatischer Extremfall anzusehen.

Der psychogene Tod wird durch psychische Faktoren ausgelöst. Die Todesursache dürfte aber auf organische Abläufe zurückzuführen sein. Das organische Geschehen wird aber nicht durch krankhafte Veränderungen verursacht. Es könnte sich um eine psychisch ausgelöste Hemmung von Organfunktionen handeln, deren nähere Umstände noch unbekannt sind.

Zusammenfassung

Die zahlreichen Berichte über den psychogenen Tod bei den Eingeborenen in aller Welt und Kriegsgefangenen werden analysiert. Die betroffenen Menschen legen sich nieder und sterben still nach kurzer Zeit. Die psychische Ausgangssituation ist gekennzeichnet durch eine von außen kommende Bedrängung und einem Nichtausweichenkönnen bzw. einem hilflosen Ausgeliefertsein. Die Betroffenen weisen keine Hinweise für ein pathologisches Geschehen auf. Sie zeigen eine vollständige Passivität. Die Psychodynamik weist eine Regression, Resignation und Apathie auf.

Die organischen Abläufe, die den Tod verursachen, sind noch nicht sicher abgeklärt. Die psychogene Ohnmacht wird als Beispiel für die tiefe Einflußnahme der Psyche in den Organismus angeführt.

The Dynamics of Psychogenic Death

Klaus-Dietrich Stumpfe

Many inexplicable deaths of natives caused by witchcraft, sorcerers, or by breaking a taboo have reported. The people go home, lie down in a listless mood, and die after a short time. There are no indications of external violence or internal disease. This phenomenon is described as psychogenic death, i. e., a death caused by psychic influences. Such deaths are reported from Africa, Australia, the Pacific islands, and North and South America. There are also many reports of the psychogenic death of persons imprisoned during war time.

The releasing event can be an acute occurrence, as among the natives, or a chronic situation, as among the prisoners. A passivity — refusing foods and taking no care of bodily needs — is conspicuous in a physical regard described as pining or wasting away.

The psychic constitution regresses, causing one to withdraw into oneself, to lose interest in the future, and evoking apathy with the consequent loss of affective impulses. The fatal withdrawal can be stopped by countermeasures — i. e., perhaps a greater counter-magic in the case of the natives and in forced active measures by the comrades of the prisoners.

If these acts are not successful, the subject is dead in a few days, passing away quietly, calmly, and devoutly without any sign of fright or struggle for life. There are no symptoms of pathologic change or organic disease. There are also no indications of physical or psychological shock. Nothing points to an excitatory phenomenon. In a psychological regard the man finds himself in an insoluble situation or conflict, believing that there is no possibility of escape. As the cause of psychogenic death one has to take into consideration a psychogenic activation of inhibitory neuronal impulses resulting in a loss of function of some or all organic systems.

Literatur

Stumpfe, Kl.-D. (1973 a): Der psychogene Tod
(Stuttgart: Hippokrates)

- (1974 b): Der psychogene Tod in der Kriegsgefangenschaft und Maßnahmen zu seiner Verhütung und Therapie. In: Wehrmed. Wschr. (18) 46—51
- (1974): Die psychogene Ohnmacht. In: Herz/Kreislauf (6) 318—322

Adresse des Autors:
Dr. med. Klaus-Dietrich Stumpfe
5 Köln 91
Wilhelm-Griesinger-Str. 23
Rheinische Landesklinik

Biologischer und geistiger Tod**

Wolfram Kurth*

Der Arzt ist durch die Entwicklung der modernen Medizin immer häufiger vor Probleme der Todesfeststellung und der sogenannten passiven Sterbehilfe gestellt, die er nicht allein mit Hilfe möglichst exakter medizinischer und juristischer Definitionen und Kriterien lösen kann. Die Auseinandersetzung mit Tod und Sterben sollte umfassender sein und auch den eigenen Tod und die eigene Todesangst miteinbeziehen.

Der folgenden Betrachtung soll das Wort, dem Kirchenvater und Heiligen *Augustinus* zugeschrieben, vorangestellt werden: *Media in vita, in morte sumus*, d. h. mitten im Leben sind wir vom Tod umfassen. Hier wird schon jene geheimnisvolle Beziehung angedeutet, die als Pole einer Verlaufsstrecke zu bemerken sind: Anfang — Leben und Ende — Tod.

Dank der Wissenschaft der pränatalen Psychologie und Biologie können wir in den letzten Jahren etwas in die geheimnisvollen Anfänge des Lebens hineinleuchten. Daraus ergibt sich die erhebliche praktische Folgen auslösende Frage, wann neues Leben beginnt. Ist dieser Zeitpunkt anzusehen bei der Befruchtung oder nach der Nidation, oder zu einem noch späteren Zeitpunkt, wobei gleichzeitig die Frage nach der Schwangerschaftsunterbrechung juristisch bedeutungsvoll wird? So wie hier erhebliche Streitpunkte gegeben sind, ist auch das Ende dieses Ablaufes umstritten, und daraus ergeben sich wesentliche biologische und rechtliche Probleme.

Bei der Frage nach dem Eintritt des Todes wie beim Beginn des Lebens differenziert sich die Frage noch komplizierter dahingehend: ist der biologische Tod dem seelisch-geistigen entsprechend? Wo haben die Akzente, die Kriterien zu liegen?

Biologischer Tod

Wir wollen zuerst einmal kurz die Problematik des biologischen Todes andeuten. Wann ist der Mensch tot?

Unter „Hirntod“ versteht man den Ausfall des nervösen Zentralorgans im Sinne eines „irreversiblen Funktionsverlustes“ (*Penin*, 1969). Dieser

* Dr. med. habil., Dr. phil., Ärztlicher Leiter und Lehranalytiker des Frankfurter Lehr- und Forschungsinstituts der DAP, Dozent am Fachbereich Psychologie der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt

** Vortrag gehalten auf dem 1. Deutschen Regional Meeting des International College of Psychosomatic Medicine (ICPM), 22. - 26. September 1974, Schloß Weidenkam (Starnberger See bei München)

Ausfall bezieht sich auf das gesamte Hirn, also nicht nur die Hirnrinde, sondern neben dem Cortex auch auf das Stammhirn.

Bei Nichteinhaltung dieser scharfen Definition könnte bei entsprechenden Eingriffen oder Unterlassungen der Verdacht auf Euthanasie aufkommen; denn es ist ein Unterschied, ob man bei einem Menschen mit infauster Prognose oder bei einem Apalliker mit irreparabilem kortikalem Hirnschaden von weiterer Behandlung absieht, oder ob man an diesen Kranken schon Organtransplantationen vornehmen könnte. Für letzteren Fall fordert der Gesetzgeber den Nachweis der irreversiblen Schädigung des Gesamthirns, denn Apalliker haben nicht als Hirntote zu gelten.

Nachdem nach den Feststellungen der Kommission für Reanimation und Organtransplantation der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (1968) als Zeichen des Todes fehlende Atmung und Herztätigkeit sowie die sekundären Erscheinungen der Abkühlung, Muskelstarre und Totenflecken gelten, ist Gehirntod i. e. S. nach Auffassung dieser Kommission dann anzunehmen, wenn 1. die bisher gültigen Todeskriterien vorhanden sind oder 2. nach einer therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren Kreislaufdepression ein Atem- und Herzstillstand eintritt a. am Ende einer progredienten unheilbaren Krankheit auf Grund des definitiven, unersetzlichen Verlustes eines lebenswichtigen Organs oder b. bei fortschreitendem Verfall der vitalen Funktion in ihrer Gesamtheit. Dabei besteht eine geringe zeitliche Differenz von wenigen Minuten zwischen Herzstillstand und Gehirntod. Der letztere kann aber schon vor Aussetzen der Herzaktion vorliegen, falls es zu einer direkten Schädigung des Gehirns durch äußere Gewalteinwirkung oder zu intrakranielltem Druckanstieg kam. Dabei wird gefordert, daß es damit zu folgenden gleichzeitigen Ausfallserscheinungen des ZNS über 12 Stunden kommt: Bewußtlosigkeit, fehlende Spontanatmung, beidseitige Mydriasis, fehlende Lichtreaktion und schließlich die isoelektrische (Null-) Linie im EEG während einstündiger fortgesetzter Beobachtungsdauer bei gleichzeitigem Fortbestand der vorher genannten Ausfälle und nochmaliger Feststellung der isoelektrischen Linie im EEG nach 12 Stunden.

Kritisch bemerkten *Vesin* und *Bohutová* (1973) dazu, daß zwar das EEG mit der zu beobachtenden Null-Linie auf eine erloschene Aktivität hinweist. Dies sei aber noch kein Beweis für den organischen Tod. Der Hirntod geht langsamer vor sich und kann sich über Tage und länger hinziehen.

Hirntod ist erst anzunehmen, wenn der intrakranielle Kreislaufstillstand angiographisch nachgewiesen ist und wenigstens 30 Minuten lang bestanden hat. Diese Feststellung bedeutet eine zuverlässige Diagnose des Hirntodes als unabwendbaren Untergang des Kranken. Gehirntod ist also noch nicht anzunehmen, wenn es wegen zentraler oder peripherer

Ateminsuffizienz oder anderer atemunabhängiger Ursachen zum Herzstillstand kommt. Wenn dann aber die spontane Herzaktion trotz adäquater Herzmassage nicht wieder einsetzt, gilt der Eintritt des primären Kreislaufstillstandes als Todeszeitpunkt. Das ist juristisch auch für das Einsetzen von Organtransplantationsmaßnahmen bedeutungsvoll.

Wenn nun die Herzaktion wieder zustande kommt, der Patient jedoch bewußtlos und ohne Spontanatmung bleibt, gilt er als lebend und müßte aus ärztlicher Sicht nach den üblichen Regeln der Intensivstation behandelt werden, so lange die übrigen — oben genannten — Zeichen des Hirntodes nicht erfüllt sind.

In diesem Zusammenhang wird die Frage der Euthanasie vordergründig. In der eigentlichen Bedeutung des Wortes ist sie die „schmerzlose Verkürzung des Lebens eines an einer hoffungslosen Krankheit Leidenden auf dessen eigenen Wunsch“ (Fédération internationale pharmaceutique, 1951). Auf den unter den Zeichen des eintretenden Hirntodes Stehenden ist diese Definition nicht anzuwenden, da ein freier Wille dieser hoffungslos Kranken wegen Äußerungsunfähigkeit nicht mehr vorliegt.

Mit dem Begriff der Euthanasie wurde in den vergangenen Jahrzehnten des Dritten Reiches weitgehend Mißbrauch getrieben, indem man für den Mord an, wie man meinte, unheilbar Kranken Entschuldigungsgründe suchte und anführte, daß man diesen Begriff der Euthanasie mit der „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ identifizierte. Der grundsätzliche Unterschied beider Begriffe ist unverkennbar. Ob nämlich ein Mediziner ein vielleicht hirnlos geborenes Wesen als lebensunwert „beseitigt“ oder „vernichtet“, oder ob ein Arzt im Sinne einer Sterbehilfe auf die „künstliche“ Verlängerung des Lebens verzichtet, wie *Ehrhardt* (1973) unterscheidet. In diesem letzten Sinn ist Euthanasie als Sterbehilfe zu verstehen und das bedeutet „Solidarisierung mit dem Sterbenden als höchstmögliches Mitsein“ (*Wunderli, 1974*).

Diese passive Euthanasie entspricht dem Grundgesetz ärztlichen Handelns als helfende Liebe. Diese schließt zwar die Lebenserhaltungspflicht mit ein, ist jedoch mit dieser nicht gleichzusetzen; wenn nämlich bei einem mit dem Tode ringenden, sich quälenden Menschen die Lebensverlängerung einer weiteren Leidensvertiefung gleichkommt, so wird damit der Begriff des mitfühlenden Helfens ad absurdum geführt, ist gnadenlos und mißachtet die Würde des Sterbenden, auf die der Kranke ein Anrecht hat. Folgendes Beispiel ist dafür charakteristisch: Es handelt sich um einen kranken Arzt, der die dubiosen Möglichkeiten seiner Prognose sehr wohl bei klarem Bewußtsein überblickte. Er hatte darum ausdrücklich gebeten, bei einer erneuten Komplikation nichts zu seiner Lebensverlängerung zu unternehmen. Voraus ging eine nach schwieriger

Operation erfolgte Lungenembolusentfernung. Als sich nach wochenlangem Liegen auf der Intensivstation schließlich noch ein Herzinfarkt einstellte und Herzstillstand hinzutrat, und der Patient nun weitere drei Wochen mit „unerträglichen Schmerzen begleitet von schwallartigem Erbrechen dahinsiechte, wurde das Leben mit Infusionen und Transfusionen künstlich erhalten“. Diese Helfersucht, wie sie vielen Ärzten eigen ist, ist aber eigentlich nur „der Ausdruck maßloser Vergötterung des nackten Lebens, eine Verdrängung und Verteufelung des Todes, der als dummes Mißgeschick betrachtet wird“ (*Wunderli*, 1974). Hier wird die Würde des Sterbens mißachtet, auf die ein jeder Mensch ein Anrecht hat, wenn er „wie ein Tier brüllend“, trotz Schmerzmitteldosierung, sich in unerträglichen Schmerzen windet. Es ist somit sowohl Recht wie Pflicht des Arztes, die Schmerzen des gequälten Leidenden zu lindern oder zu nehmen, sowie ihm auch das Bewußtsein darüber zu trüben, mit Hilfe von Medikamenten, mag auch der Jurist, übrigens auch im neuen Strafrecht ab 1. 1. 1975 nach § 13 Abs. 2 Folgen von Tun bzw. Unterlassen ahnden müssen; jedoch sei die Strafe für Unterlassen zu mildern.

Wenn auch der Nobelpreisträger *W. Forssmann* anlässlich der 24. Lindauer Nobelpreisträgertagung sich grundsätzlich gegen den Gnadentod aussprach, will neuerdings auch *R. Schubert* (1974) eine „natürliche“ Euthanasie dann gelten lassen, wenn Komata verschiedener Genese eintreten, wobei therapeutische Dialyseansätze dann ihre Grenze finden sollten. Das gleiche gilt für schwere Dekompensationszustände mit Hypoämie bei qualvoll mit ständiger Todesangst verbundener Atemnot.

Seit 1936 wird nun in England die Sterbehilfe gesetzlich verankert. In diesem Zusammenhang betont *Slater* (1974), London, in seinen an Juristen, Theologen und Ärzte gerichteten Thesen zur Sterbehilfe: Das Recht zu sterben, wenn das Leben nicht mehr erträglich ist, sollte als ein menschliches Grundrecht gewahrt werden. Das bezieht sich auch auf die Situation des Selbstmordes, zumindest des Bilanzselbstmordes, den zu verhindern der Arzt nicht berufen ist.

In einem vor einigen Wochen erschienenen Aufsatz über „Gedanken zur ärztlichen Sterbehilfe“ spricht *Jatho* (1974), weil er den für ihn wohl mißdeutigen Begriff der Euthanasie vermeiden möchte, von Orthothanasie, der Sterbeerleichterung. Sie sei eine sittliche Pflicht, der sich der Arzt stellen müßte. Man könnte dabei versuchen, „das von uns sicher nicht mehr letztlich einfühlbare Sterbeerlebnis durch eine wohl angemessene, wirksame Sedierung oder früh einsetzende Narkotisierung vom sterbenden Körper zu abstrahieren.“

Sogar von christlich-katholischem Standpunkt (*Kerber*, 1974) wird die Meinung vertreten, daß Sterbehilfe mit Lebensverkürzung als Nebenwirkung (reine oder indirekte Euthanasie), z. B. durch Verabreichung von

Medikamenten, die zwar Schmerz lindern, aber gleichzeitig den Tod des Leidenden unvermeidlich beschleunigen, nach dem Prinzip der Güterabwägung moralisch zulässig sei.

So, wie natürlich die direkte sogenannte Euthanasie, die im echten Sinne Mord bedeutet, ärztlich indiskutabel sein sollte, ist auch eine gleichsam „negative“ Form der Euthanasie im Sinne einer „künstlichen“ Lebens- und Leidensverlängerung abzulehnen, wenn es sich darum handelt, den nahen Eintritt des unvermeidlichen Todes bei Inkaufnahme schwersten elenden, schmerzhaften Dahinsiehens durch allerlei technischen Aufwand hinauszuschieben.

Hier wird die Würde des Menschen in seinem Sterben mit Füßen getreten, und es bleibt nach den eigentlichen Gründen und Wurzeln dafür zu fragen. Wir haben uns hier mit ganz allgemeinen Problemen des Menschseins auseinanderzusetzen. Den Arzt gehen diese Probleme besonders an, denn er wird täglich damit beim Umgang mit Sterbenden konfrontiert, er erlebt das Sterben aus nächster Nähe. Vor dem Durchgang durch die geheimnisvolle Pforte hat er Angst. Auch der Arzt ist als Vertreter unserer Zeit heute illusionslos, herausgelöst von Tradition und überkommenem Glauben, ohne tröstende Hoffnung auf ein besseres Jenseits nach diesem nur vorübergehenden „Jammertal“. Vorbei sind die Zeiten, in denen der fromme Choraldichter singen kann: „Von 12 Perlen sind die Pforten an Deiner Stadt“, d. h. zu dem himmlischen Jerusalem, der „hochgelobten Stadt“, wie es im Choral der Sterbestunde heißt. Der Arzt sieht beim Sterbenden die nackte Materie Mensch, dazu noch leidend, sich quälend und möglicherweise auch geistig weitgehend abgebaut.

Und das paßt nicht hinein in das Schema des Lebensfortschrittes. Das soll ausgeklammert werden. Der Tod ist der Feind des Arztes, mit dem bis zum letzten Atemzug gerungen wird.

Der Tod, wie ihn die Kunst vergangener Jahrhunderte darstellt, ist nicht mehr, gemäß dem alten augustinischen Hymnus, in das Leben eingebaut, ja mit integriert, sogar als Freund im Totentanz bis ins Mittelalter, wo auch Tod und Liebe in den alten Darstellungen immer wieder beisammen gesehen wurden. Eingedenk des hippokratischen Eides aber ist der Tod im Auge des Arztes sozusagen ein blinder Fleck. Das Sterben des Kranken erweckt im Arzt möglicherweise Schuldgefühle, sein eigenes Omnipotenzgefühl leidet, und deswegen wird dann der Kranke ins Sterbezimmer, ins Bad, weg von anderen, abgeschoben, man läßt ihn liegen, oder man macht sinnlose weitere Versuche, diesen letzten Rest lebendiger Substanz, ohne Rücksicht auf diesen Menschen, der einmal eine Persönlichkeit war, zu erhalten. Auch die Angehörigen, die sich in früherer Zeit um das Totenbett scharten, um dem Sterbenden in seiner letzten Stunde beizustehen, weisen ihn nun von sich, schieben ihn sozu-

sagen ab, wollen nichts mehr davon sehen, nicht daran teilnehmen, d. h. in ihr Leben einschließen. Vorbei ist die Zeit, da man den Kranken, um mit *v. Dürckeheim* (1973) zu sagen, „in Frieden sterben läßt, wenn der Augenblick gekommen ist“, nachdem man ihm vielleicht den Schmerz der Wahrheit über das bereitstehende Ende nicht erspart hat; denn die Wahrheit selbst ist immer weniger schrecklich, als die Angst vor ihr.

Auf der anderen Seite jedoch steht die Todesangst — im wahren Sinne des Wortes — vor dem Tode, seinem möglicherweise schmerzlich-qualvollen Ende, sowie seiner Ungewißheit bei der Frage: was kommt dann?, die die Mehrheit der Menschen bedrückt, es sei denn, sie sterben im oben angeführten Sinne *v. Dürckeims* als ein „im christlichen Glauben sterbender Mensch“. Dieser betrachtet „sein Sterben als Teil und Erfüllung seines Lebens“ (*Jatho*, 1974), wenn die *hora inserta* beim *mors certa* angetreten ist.

Geistiger Tod

Wir sprachen bisher im wesentlichen über den Tod als biologisches Ende und dabei über das Verhalten des Arztes, seine Einstellung zum Sterbenden, seine Haltung ihm gegenüber, resultierend aus mitunter prinzipieller, dabei fast gnadenloser Pflichterfüllung oder aus eigener Angst vor dem Tod und damit vor dem Sterbenden als etwas Fremdem, Unheimlichen.

Wir ließen bisher außer Acht, daß es auch neben dem biologischen Tod eine weitere Form des Todes gibt: den seelisch-geistigen. Gewiß schon beim biologisch-physischen Sterben im Stadium des unmittelbar bevorstehenden Endes setzen — oft als Gnade des Himmels empfunden und den Angehörigen als Trost gesagt — die geistigen Funktionen aus. In der Agonie dämmert der Sterbende dahin, wenn er nicht, von körperlichen Qualen gefoltert, aus seinem stuporhaften Zustand herausgerissen wird.

Wenn wir im frühkindlichen Alter — angeboren oder erworben — starke Defekte aller seelisch-geistigen Funktionen beim Bilde der Idiotie sehen oder im Alter in Verbindung mit arteriosklerotischen oder auch hirnatrophischen Prozessen verschiedener Genese mit fortschreitender Demenz, so ist geistig-seelisches Leben dann als weiterhin erloschen zu betrachten, trotz mehr oder minder Erhaltenseins der körperlichen Funktionen. Auch hier, wo wie beim Hirntod Kommunikation nicht mehr möglich ist, könnten sich Fragen nach dem Wert bzw. Unwert dieses Lebens erheben im Sinne einer falschen (Direkt-) Euthanasie (= Mord). Wir versuchten ihre Beantwortung im oben angeführten Sinne, obwohl hier nicht wie beim letzten Akt im Falle des Hirntodes

der Abbruch ohne Hektik und Eile gekennzeichnet ist, wobei nun auch noch an die Geduld des Arztes zusätzlich erhebliche Forderungen gestellt werden.

Trotz der Kürze der zustehenden Zeit sei es gestattet, die Problematik noch einmal von der Seite der unmittelbar Beteiligten, der Angehörigen, so z. B. der Mutter, bei Berücksichtigung der Dyadebeziehung zu betrachten: Wenn eine Kommunikation im üblichen Sinne des Arzt-Patienten-Verhältnisses nicht mehr möglich ist, so sind doch vielleicht averbale Bindungen — in etwas mythischem und volkstümlichem Sinne als sogenannte Blutbande zu bezeichnen — vorhanden. Diese imponieren dann in fast masochistisch anmutender Kindesliebe, als Aufgabe von Gott gestellt, die nun in christlicher Demut, d. h. in Verantwortlichkeit vor Gott gesehen, mitunter oft auf Kosten und unter Mitleidenschaft der gesamten übrigen Familie durchgeführt wird. So ergibt sich in diesem Zusammenhang die Frage, ob bei Anerkennung dieser Bindungen dann ein sogenannter Gnadentod überhaupt erwogen werden dürfte, wenn darüber hinaus auch bei dem Kranken vielleicht bewußter Leidensdruck gar nicht vorliegt.

In weiterem übertragenen Sinne erscheint es berechtigt, von geistig-seelischem Tod in Situationen zu sprechen, in denen ein Mensch, an ein unabwendbares Geschick gebunden, sozusagen wie der durstende Tantalus, dem die Früchte entgleiten oder Prometheus, dem im Wiederholungszwang von dem Adler die Leber zerfleischt wird, auch gleichsam langsam stirbt. Auf moderne soziale Verhältnisse übertragen, gilt der Vergleich mit dem Arbeitssklaven, der sozusagen an das Fließband gekettet ist. Für ihn ist das Leben auch in etwa sinnentfremdet und inhaltslos, erloschen, nach außen nur durch den Scheingenuß des abendlichen Bieres vor dem Fernsehapparat übertüncht, wenn am nächsten Morgen dann wieder „nach des Dienstes ewig gleichgestellter Uhr“ die gleiche tötende Fronarbeit weitergeht.

Noch ein weiteres Bild des seelischen Todes, der in diesem Fall als „psychogener“ Tod, d. h. ohne körperliche Ursachen, akut auftretend, bezeichnet wird, soll in diesem Zusammenhang angeführt werden. *Karl Menninger* (1967) beschreibt in seinem Buch „Das Leben als Balance“ dieses Zustandsbild, den Anthropologen mehr bekannt als den Psychiatern, daß ein derartiger Tod „als Wirkung von Suggestion, besonders auf irgendeinen festgewurzelten Glauben oder auch spontan und autonom eintreten“ kann. Im allgemeinen wird dieses jähe Ereignis des psychogenen Todes, akut oder auch langsamer verlaufend, als Folge von Übertretungen wichtiger Tabus (so im Kongo, in Uganda) verstanden. Aber nicht nur bei den Völkern sogenannter primitiver Kulturen ist ein derartiges Ereignis zu beobachten, sondern, und hier führt *Menninger*

J. A. M. Merloo (1950) an, der von einem tragischen Ereignis eines Massentodes im Frühjahr 1943 in einem überfüllten Londoner Luftschutzkeller berichtete: Im Anschluß an eine Bombenexplosion versagte das Licht, und eine Panik entstand. Von 600 Menschen in diesem Keller waren, ohne daß Schreien oder Weinen zu hören waren, als Hilfe kam, fast 200 tot. Die postmortem Untersuchungen zeigten keine ernsthafte anatomische Veränderung an den Opfern.

Frühere anthropologische Untersuchungen, von *Bilz* (1971) zitiert, sprechen, wie man das auch an Tierversuchen mit Ratten beobachten kann, von Vagustod bei Voodoo-Tod von sogenannten Primitiven z. B. in Australien, als einem plötzlichen Sterben infolge Angst oder Schreck, das mit einer Übererregung des parasympathischen Nervensystems in Zusammenhang gebracht wird. Vergleichbar ist dieser Tod auch dem psychogenen Tod, den *A. Jores* (1951), auch *B. Knick* (1934), beim Asthma bronchiale beschrieben haben. *Jores* (1959) spricht darüber hinaus von Pensionierungstod. Auf *K. D. Stumpfes* (1973) Buch — diese Thematik betreffend —, der auch bei dieser Tagung über den psychogenen Tod berichtete, ist besonders hinzuweisen.

Die dem Psychotherapeuten naheliegenden Depressionszustandsbilder bis zu schwerster stuporhafter Depression, wobei die Ursachen — wie bei den reaktiven Depressionen — verschieden sein können, mit ihren bis zur Leere und Sinnlosigkeit sich steigernden Höhepunkten sind hier wie die chronische Dauertrauerhaltung ebenfalls anzuführen.

Die Hauptursache für dieses psychogene Sterben liegt in dem Verlust der Hoffnung. Die Hoffnung resultierte, als, der griechischen Sage nach, Pandora die Büchse öffnete, und nun aus ihr alle Übel für die Welt entströmten und sich überall ausbreiteten. Nur ein kleines Wesen, die Hoffnung, blieb zurück. *Karl Menninger* (1967), um ihn noch einmal zu zitieren, leitet sein Kapitel „Hoffnung“ mit diesem Bild ein. Wenn der fromme Zeitgenosse des *Angelus Silesius*, des „Cherubinischen Wandersmannes“, *Friedrich von Logau*, in der Not des Dreißigjährigen Krieges von der Hoffnung als einem „Wanderstab und der Geduld als Reisekleid auf der Wanderung in die Ewigkeit“ sprach, sieht *Menninger* in der Hoffnung weniger einen Aspekt religiösen Glaubens, als eine bestimmte geistige Haltung im Sinne eines „Aspektes des Lebenstriebes, des schöpferischen Impulses, der gegen Auflösung und Zerstörung kämpft“, im goethischen Sinne des „wir heißen Euch hoffen“. Als Hemmschuh für Hoffnung geißelte *Menninger* die „Skepsis der Ärzte“, die „ohne Zweifel aus Gewohnheit, Stolz, materiellen Interessen und intellektueller Trägheit“ stamme.

Situationen, die als gefährlich, einsam und hoffnungslos empfunden werden, verzehren die Gesundheit, wie das Beispiel an den gefangenen

Amerikanern zeigt, von denen in pazifischer Gefangenschaft bei schlechter Behandlung, Demütigung und Demoralisierung — erinnern Sie sich an den Film „Die Brücke am Kwai“ — ein Drittel starb, gegenüber 1% in europäischer Gefangenschaft.

Dem seelischen Tod kann der Arzt vorbeugen, wenn er selbst seine Angst oder auch Schuldgefühle überwindet, indem er zum Tod eine positive Einstellung findet, wenn nicht durch einen religiös fundierten Glauben, wie heute selten, dann aber doch durch menschliche Reife, Selbsterkenntnis, Innenschau oder, was noch besser und vertiefter ist, durch die Hilfe mancher Erkenntnisse der Psychoanalyse; also nicht mehr der blinden Schicksalsfügung der nordischen Nornen ergeben, oder dem unabänderlichen Werkeln der Parzen — denken Sie an den alten Vers von *Schleiermacher* „Klotho hält den Faden an, Lachesis muß spinnen, wenn Atropos den Faden bricht, dann muß der Mensch von hinnen“, — sondern in positiver Hoffnung auf dem Weg „zu den Müttern“ im faustischen Sinn. Hier schließt sich der Kreis: Wir gingen vom bergenden Mutterschoß aus, der dem Neugeborenen Sicherheit und Wärme gab. Wenn der Weg „zu den Müttern“ in die „Urhöhle“ im analytischen Sinne zurückführt, so läßt die damit verbundene Hoffnung auch beim aussichtslos erscheinenden Bild des Kranken das „in morte sumus“ eingebaut in das „*media in vita*“ verständlicher, versöhnlicher erscheinen.

Biological and Mental Death

Wolfram Kurth

The author endeavours to discuss some principle facts concerning the extensive theme of death. At first the biological aspects, the criteria of the cerebral death and other medical as well as juridical questions of proof of death are presented. In connection therewith problems of organ transplantation and of euthanasia, as a renunciation of prolonging life at any expense, by which modern medicine is characterized, are discussed.

More difficult is the definition of mental death. The author shows criteria and problems connected therewith in cases of cerebral disorder of — so to speak — psychically and socially dead person, and in cases of psychogenic death.

He emphasizes that the physician's doing and attitude in confrontation with the patient's death and dying, is influenced by his attitude towards his own death and his own mortal fear.

Literatur

- Bilz, R.* (1971): Paläoanthropologie (Frankfurt: Suhrkamp)
- Dürckeheim, K. Graf* (1973): Vom doppelten Ursprung des Menschen (Freiburg/Br.: Herder)
- Ehrhardt, H. E.* (1973): Referat anlässlich des 3. Weltkongresses für medizinisches Recht, gehalten am 21. 8. 1973 in Gent. In: Arch. Kriminalistik, (152) H. 5 und 6
- Fédération Internationale Pharmaceutique, F.I.P.* (1951): Definitorische Mitteilung zu medizinischen, sozialen und Rechtsfragen. In: Med. Welt (20)
- Jatho, K.* (1974): Gedanken zur ärztlichen Sterbehilfe. In: Dt. Ärztebl. (71) H. 36
- Jores, A.* (1951): Vom Sinn der Krankheit. In: Med. Welt (20)
- Jores, A.; Puchta, H. G.* (1959): Der Pensionierungstod. In: Med. Klin., H. 42
- Kerber, W.* (1974): Stellungnahme zu Slater. In: Ärztl. Praxis, H. 26
- Knick, B.* (1954): Psychogener Tod des Asthmatikers. In: Z. Ges. Inn. Medizin (9)
- Kommission für Reanimation und Organtransplantation der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie* (1968): Kriterien des Todes. In: Chirurg, H. 39
- Meerlo, J. A. M.* (1950): Patterns of Panic (Westport: Greenwood Press)
- Menninger, K.* (1967): Das Leben als Balance (München: Piper)
- Penin, H.; Käufer, C.* (1969): Der Hirntod (Stuttgart: Thieme)
- Schubert, R.* (1974): Natürliche Euthanasie. Wo liegt die Grenze der Behandlungspflicht? In: Ärztl. Praxis, H. 64
- Slater, E.* (1974): Thesen. Vortrag gehalten vor der Int. Ges. Arzt und Seelsorger am 30. 3. 1974. In: Ärztl. Praxis, H. 26
- Stumpfe, K. D.* (1973): Der psychogene Tod (Stuttgart: Hippokrates)
- Vesin, S.; Bohutová, J.* (1973): Diagnostický Vyznam mozkojé angiografie u. stava. mors cerebralis. In: Pracktický lékar, H. 51
- Wunderli, J.* (1974): Euthanasie oder über die Würde des Sterbens (Stuttgart: Klett)

Adresse des Autors:

Dr. med. habil. Dr. phil.

Wolfram Kurth

62 Wiesbaden-Sonnenberg

Prinz-Niklas-Str. 29

Nachrichten

Offizielle Eröffnung des Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstituts

Am 18. 1. 75 eröffnete Dr. *Günter Ammon* das Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstitut der DAP. Im Mittelpunkt der öffentlichen Festveranstaltung stand ein Grundsatzvortrag zum Thema „Was ist psychoanalytische Therapie“. Das Düsseldorfer Institut ist nach Berlin und München das dritte Ausbildungsinstitut für Psychoanalyse der DAP. Ein viertes Institut in Frankfurt hat bereits seine Arbeit aufgenommen.

Zur Eröffnungsfeier, die in den Institutsräumen in der Schadowstraße stattfand, war eine repräsentative Anzahl von Mitgliedern und Freunden der DAP aus der ganzen Bundesrepublik zusammengekommen. Die Ausbildungsinstitute in Berlin, München und Frankfurt waren offiziell durch ihre Leiter vertreten. Am Nachmittag des 18. 1. 1975 fand eine Pressekonferenz statt. Zu den Gästen des Abends gehörten neben Pressevertretern Vertreter des öffentlichen Gesundheitswesens und zahlreiche Interessierte, die die Eröffnungsfeier zum Anlaß nahmen, das neue Institut und die Arbeit der DAP kennenzulernen. Grußbotschaften und Wünsche für guten Erfolg sandten u. a. das Ministerium für Jugend, Familie und Gesundheit des Bundes und des Landes Nordrhein-Westfalen, sowie das Ministerium für Bildung und Wissenschaft, der Rektor der Universität Düsseldorf und der Oberbürgermeister der Stadt.

Frau Dipl.-Psych. *Ursula Keller*, wissenschaftliche Leiterin des Instituts, hob in ihrer einleitenden Begrüßung besonders die gemeinsamen Ziele der DAP und ihrer Ausbildungsinstitute hervor. Ausgehend von der Notlage im Bereich der Versorgung psychisch Kranker geht es vorrangig um die Weiterentwicklung der psychoanalytischen Forschung in Theorie und Praxis sowie um eine den neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechend organisierte und entscheidend erweiterte Ausbildungssituation.

Günter Ammon, der für seinen Eröffnungsvortrag das Thema „Was ist psychoanalytische Therapie?“ gewählt hatte, ging damit auf die zentrale Frage aller Ausbildungsteilnehmer zu Beginn ihrer analytischen Ausbildung ein. Er beschrieb, ausgehend von seiner theoretischen Konzeption der archaischen Ich-Krankheiten, ein differenziertes Spektrum psychischer Erkrankungen und die sich daraus ableitenden, flexiblen und den jeweiligen Bedürfnissen der Patienten entsprechenden Behandlungsmethoden. Die allen therapeutischen Ansätzen gemeinsame Arbeitsmethode beruht auf dem Prinzip, daß der Patient als Partner behandelt wird. Die Aufgabe der psychoanalytischen Therapie bezeichnete *Ammon* als das Be-

mühen des Analytikers eine interpersonelle Situation bereitzustellen und zu entwickeln, deren kontinuierlicher Erlebens- und Verhaltenszusammenhang dem Patienten dazu dienen kann, die unbewußte Kontinuität seines eigenen Erlebens und Verhaltens zu erkennen bzw. im Falle schwerer psychischer Erkrankungen eine solche Kontinuität überhaupt erst herzustellen. *Ammon* ging in diesem Zusammenhang besonders auf die Bedeutung der verschiedenen Ebenen der Sprachen ein, etwa auch der präverbalen „Körpersprache“, im Lichte der psychoanalytischen Ich- und Gruppenforschung. In der interpersonellen Dynamik der psychotherapeutischen Situation ist die Art der Sprache, d. h. der Kommunikation, die auch z. B. im Schweigen sich äußern kann, als Ausdruck jeweils spezifischer Stufen der Ich-Entwicklung anzusehen.

Abschließend wies Frau Dr. *Regine Schneider*, die ärztliche Leiterin des Düsseldorfer Instituts, noch einmal auf den Stellenwert gerade dieses Themas für die Anfangsphase des Institutes hin und dankte *Günter Ammon*. Verstärkend hob sie hervor, daß im Rahmen der Konzeption der nachholenden Ich-Entwicklung als therapeutisches Ziel in der Behandlung der archaischen Ich-Krankheiten, in erster Linie die Person des Analytikers selbst als zentrales Behandlungsinstrument, seine Einsatzbereitschaft und Integrität im Mittelpunkt der psychoanalytischen Arbeit und Ausbildung steht.

Im Anschluß an den Vortrag fand ein Empfang in den Institutsräumen statt, der in einer angeregten und freundschaftlichen Atmosphäre bis spät in die Nacht dauerte.

Gruppendynamische Veranstaltungen der DGG

Vom 26. 12. 1974 bis zum 4. 1. 1975 wurde die 6. Gruppendynamische Klausurtagung der DGG unter Leitung von Akad. Rat *M. S. El-Safti* in der Tagesklinik für Intensive Gruppenpsychotherapie Stelzerreut durchgeführt. Die 23 Teilnehmer kamen aus der Bundesrepublik, Westberlin und Italien und arbeiteten in drei Gruppen, geleitet von 6 Leitern, die die vier Institute der Deutschen Akademie für Psychoanalyse vertraten.

In der ersten Phase der Gruppenarbeit wurden die fördernden bzw. hemmenden Tendenzen im Hinblick auf die Gruppenbildung analysiert und gedeutet. In einer weiteren Phase stand die Auseinandersetzung der Gruppenmitglieder untereinander, mit den Gruppenleitern und darüber hinaus mit der veranstaltenden Institution im Mittelpunkt des Gruppenprozesses. Die Terminalphase wurde dem Problem der Trennung und des Auseinandergehens der Gruppe sowie des Endes der als fruchtbar und erfahrungsreich erlebten Tagung gewidmet. Die sechs Gruppen-

leiter bildeten selbst eine Gruppe, die zwischen den Gruppensitzungen mit dem Gesamtleiter das Geschehen in den verschiedenen Gruppen, die Beziehung der Leiter zu den eigenen Gruppen und zueinander sowie die Dynamik der ganzen Klausurtagung erörterte. Die ständige Klärung der multiplen Gruppenprozesse zeigte deutlich, wie sich die Gesamtdynamik der Klausurtagung in der partiellen Dynamik der einzelnen Gruppen widerspiegelte und umgekehrt.

Im Frankfurter LFI fand vom 27. - 30. 12. 1974 die 7. Klausurtagung der DGG statt. An dieser ersten Veranstaltung in den Räumen des Frankfurter Instituts der DAP nahmen fast alle Bewerber für die gruppenspezifische wie psychoanalytische Ausbildung teil. Die ersten drei Tage der Klausurtagung wurden durch Seminare unter der Leitung von Dipl.-Psych. *P. Moldenhauer* und Dipl.Psych. *E. Wolf* zu den Themen „Übertragungsprozesse auf Institutionen“, „Analytische Gruppendynamik versus Analytische Gruppentherapie“ und „Gruppendynamische Aspekte von Terminationsprozessen“ eingeleitet. Die jeweils anschließenden, insgesamt acht gruppenspezifischen Sitzungen leitete Dipl.-Psych. *D. v. Kries*. Durch die Verbindung von Seminar- und gruppenspezifischen Sitzungen wurde eine Integration von kognitiven und affektiven Lernprozessen erreicht.

Die 8. Gruppendynamische Klausurtagung findet unter Leitung von Dr. med. *Günter Ammon* vom 14.—24. 5. 1975 im Kongreßzentrum der DAP in Paestum/Italien statt. Anmeldungen können gerichtet werden an das Sekretariat der DGG, Berlin, und an die Fachbereiche Gruppendynamik der DAP-Institute.

Italienische Lizenzausgaben

Mit einem themenzentrierten Heft über „Psicanalisi e Droga“ begann der Verlag *Cappelli*, Bologna, die Reihe der Lizenzausgaben der „Dynamischen Psychiatrie/Dynamic Psychiatry“ in italienischer Sprache, in der jährlich vier Hefte erscheinen werden. Als nächstes Heft ist vorgesehen „Il Sogno — Esperienze e Prospettive per la Teoria e la Tecnica Psicanalitiche“, es folgen ausgewählte Texte zur Gruppendynamik der Kreativität und zur Gruppenpsychotherapie. Als Mitherausgeber der italienischen Lizenzausgabe zeichnen Prof. Dr. *Lucio Pinkus*, Rom, und Prof. *Paolo Parisi*, Bologna.

Bereits 1973 erschien in dem römischen Verlag *Astrolabio* die italienische Ausgabe von *Günter Ammons* „Gruppendynamik der Aggression“ („La Dinamica dell'Aggressività“), im Herbst 1974 folgte sein zuerst bei *Luchterhand*, Darmstadt, erschienener Band „Dynamische Psychiatrie“ („Psichiatria Dinamica“).

VII

INTERNATIONALES SYMPOSIUM DER
DEUTSCHEN AKADEMIE FÜR PSYCHOANALYSE (DAP) e. V.
im Kongresszentrum San Domenico Palace Hotel
I-98039 Taormina / Sizilien

1.—6. August 1975

„Psychoanalytische Ausbildung“

Freitag, 1. 8. 1975

18 Uhr REGISTRATION

Sonnabend, 2. 8. 1975

10 Uhr ERÖFFNUNG

Dr. med. Günter Ammon

Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP)

Für die ausländischen Delegationen:

Schweiz: Dr. phil. G. H. Graber

USA: Prof. Dr. Leopold Bellak

Ungarn: Dr. med. Béla Buda

Italien: Prof. Dr. Lucio Pinkus

Japan: Dr. med. Hiroyuki Aoki

Polen: Dr. med. Zdzislaw Mieniewski

Griechenland: Tutula Nanakos

PRAXIS DER PSYCHOANALYTISCHEN AUSBILDUNG

11 Uhr Chairman: Leopold Bellak (New York)

1. HAUPTREFERAT, Günter Ammon (Berlin)

Über die erforderlichen Eigenschaften des Psychoanalytikers
und Probleme der Auswahl von Ausbildungskandidaten.

12 Uhr DISKUSSIONSGRUPPEN

15 Uhr Chairman: Jan Pohl (München)

2. HAUPTREFERAT, Béla Buda (Budapest)

Dynamik und Ablauf der Ausbildungsgruppen

16 Uhr Chairman: Fritjof Winkelmann (München)

KURZREFERATE

Friedrich Diergarten (Düsseldorf)

Sprachentwicklung und Sprachwandel in der Anfangsphase
der psychoanalytischen Ausbildung

Gisela Ammon (Berlin)

Die Bedeutung der Arbeit mit Kindern in der psychoana-
lytischen Ausbildung

Elke Regehr (Berlin)

Die Bedeutung der Elternarbeit für die psychoanalytische
Ausbildung

- 20 Uhr 5 PARALLELLAUFENDE ARBEITSGRUPPEN
 Béla Buda (Budapest)
 Die Verwendung nicht-analytischer Gruppenmethoden in
 der Ausbildung psychoanalytischer Gruppentherapeuten
 Gottfried R. Bloch und Noretta Haas Bloch (Los Angeles)
 Die Einbeziehung von Kommunikationstheorie und allge-
 meiner Systemlehre in das Ausbildungsprogramm für ana-
 lytische Gruppentherapie
 Gerd Röhling (Berlin)
 Psychoanalyse und Psychosomatik in der psychoanalyti-
 schen Ausbildung
 Hartwig Volbehr (Berlin)
 Stellenwert der Psychosomatik in der psychoanalytischen
 Ausbildung
 Harald Knudsen (Berlin)
 Die Bedeutung der Co-Therapie für die Gruppenanaly-
 tische Ausbildung

Sonntag, 3. 8. 1975

VERBINDUNG VON AUSBILDUNG UND FORSCHUNG IN DER
 PSYCHOANALYTISCHEN AUSBILDUNG

- 10 Uhr Chairman: Günter Ammon (Berlin)
 3. HAUPTREFERAT, Leopold Bellak (New York)
 Die Notwendigkeit, den Kliniker Forschungsmethodologie
 zu lehren
- 11 Uhr 4. HAUPTREFERAT, Philip S. Holzman (Chicago)
 The Future of Psychoanalysis and its Institutes
- 12 Uhr DISKUSSIONSGRUPPEN
 BEZIEHUNG ZWISCHEN PSYCHOANALYSE, PSYCHIATRIE
 UND ALLGEMEINKLINIK
- 15 Uhr Chairman: Wolfram Kurth (Wiesbaden)
 5. HAUPTREFERAT, Ulrich Spiegelberg und Walter
 Volk (Stuttgart)
 Psychoanalytische Ausbildung und Psychiatrie
- 16 Uhr Chairman: Karin Ammon (München)
 Fritjof Winkelmann (München)
 Die Balintgruppenarbeit als Sonderform einer Gruppen-
 kontrollanalyse
- 17 Uhr PANEL-DISKUSSION
 Theorie und Praxis der psychoanalytischen Ausbildung
 Leitung: Günter Ammon (Berlin)
 Teilnehmer:
 Hiroyuki Aoki (Fukuoka City)

Leopold Bellak (New York)
 Gottfried R. Bloch (Los Angeles)
 Béla Buda (Budapest)
 Gustav Hans Graber (Bern)
 Kurt Höck (Berlin, DDR)
 Philip S. Holzman (Chicago)
 Zdzislaw Mieniewski (Krakau)
 Lucio Pinkus (Rom)
 Jan Pohl (München)

21 Uhr EMPFANG

Montag, 4. 8. 1975

EINZEL- UND GRUPPENLEHRANALYSE

10 Uhr Chairman: Gottfried R. Bloch (Los Angeles)
 6. HAUPTREFERAT, Jan Pohl (München)
 Psychodynamische Gesichtspunkte zur Gruppen- und Einzelanalyse im Rahmen eines psychoanalytischen Ausbildungsinstitutes

11 Uhr Chairman: Béla Buda (Budapest)
 7. HAUPTREFERAT, Ursula Keller und Regine Schneider (Düsseldorf)
 Spezifische Probleme in der Anfangsphase der psychoanalytischen Ausbildung

12 Uhr DISKUSSIONSGRUPPEN

15 Uhr Chairman: Ursula Keller (Düsseldorf)
 8. HAUPTREFERAT, Gustav Hans Graber (Bern)
 Die Bedeutung der prä- und perinatalen Forschung für die Ausbildung des Psychoanalytikers

LEHRANALYSE

16 Uhr Chairman: Regine Schneider (Düsseldorf)
 KURZREFERATE
 Karin Ammon (München)
 Die veränderte Zielsetzung der Lehranalyse im Hinblick auf die veränderte Krankheitsstruktur der Patienten
 Lucio Pinkus (Rom)
 Das Schweigen in der Lehranalyse
 Peter Moldenhauer (Frankfurt)
 Die analytische Gruppe im Selbstbild-Test — Zur Beziehung von Testdaten und analytischer Situation
 Gislinde Bass (München)
 Zum Problem der Gruppenlehranalyse in Patienten- und Ausbildungsgruppen

- 20 Uhr Chairman: Dietrich v. Kries (Frankfurt)
 9. HAUPTREFERAT, Astrid Knebel (Baden-Baden)
 Theorie und Praxis der Traumdeutung in der pränatalen
 Psychologie

Dienstag, 5. 8. 1975

- 10 Uhr Chairman: Gerd Röhling (Berlin)
 10. HAUPTREFERAT, Gottfried R. Bloch und Noretta
 Haas Bloch (Los Angeles)
 Kommunikation, Realität und Symbolik im gruppenana-
 lytischen Ausbildungsprozeß

PSYCHODYNAMIK DES AUSBILDUNGSINSTITUTS

- 11 Uhr Chairman: Gisela Ammon (Berlin)
 11. HAUPTREFERAT, Mathias Hirsch (München)
 Die Institutsgruppe als Milieu des Lernens in der psy-
 choanalytischen Ausbildung
 Dietrich v. Kries (Frankfurt)
 Zur Psychodynamik eines psychoanalytischen Ausbildungs-
 instituts

12 Uhr DISKUSSIONSGRUPPEN

- 15 Uhr Chairman: Mohamed Said El-Safti (Berlin)
 12. HAUPTREFERAT, Yujiro Ikemi und Hiroyuki Aoki
 (Fukuoka City)
 Theory and Practice of Integrative Psychosomatic Train-
 ing for Internists (at University Hospital)

IDENTITÄT DES PSYCHOANALYTIKERS IN DER GESELL- SCHAFT

- 16 Uhr Chairman: Harald Knudsen (Berlin)
 13. HAUPTREFERAT, Petra Schneider (Berlin)
 Die Rezeption der Psychoanalyse in der Studentenbewe-
 gung
 KURZREFERATE
 Wolfgang Trauth (München)
 Die Bedeutung des gesellschaftlichen Wandels, die Verän-
 derung der Krankheitsbilder und die dadurch gegebenen
 Anforderungen an die psychoanalytische Ausbildungssitua-
 tion
 Gertraud Reitz (München)
 Die gesellschaftliche Aufgabe des Psychoanalytikers als
 Motivation zur Berufswahl
 Christine Bott (München)
 Zur Identität des Psychoanalytikers in der Gesellschaft

- 20 Uhr Chairman: Friedrich Diergarten (Düsseldorf)
 KURZREFERATE
 Mohamed Said El-Safti (Berlin)
 Das Ich-Ideal in der psychoanalytischen Ausbildung
 Manfred Link (Düsseldorf)
 Die Bedeutung der Laienanalyse für die psychoanalytische Ausbildung
 Tutula Nanakos (Thessaloniki)
 Empirische Untersuchungen zur Psychodynamik von Unterrichtsgruppen an einer Hochschule in Thessaloniki
 Joachim Maschmeyer (Berlin)
 Vergleichende Untersuchung von psychoanalytischen und lernpsychologischen Therapieformen
 Agnes Wiehl (Berlin)
 Spezifische Untersuchungsmethoden zur Verifikation psychoanalytischer und nichtanalytischer Gruppenarbeit mit Vorschulkindern

Mittwoch, 6. 8. 1975

FORSCHUNGSPROJEKTE INNERHALB EINES PSYCHOANALYTISCHEN AUSBILDUNGSINSTITUTS

- 10 Uhr Chairmen: Philip S. Holzman (Chicago) und Edouard Marry (Berlin)
 14. HAUPTREFERAT, Gerd Röhling (Berlin)
 Eine Reflexion großer psychoanalytischer Forschungsprojekte
- 11 Uhr 15. HAUPTREFERAT, Günter Ammon (Berlin), Christine Bott (München), Wiltrud Kernstock (München), Klaus Semmler (Berlin), Wolfgang Trauth (München), Hartwig Volbehr (Berlin), Fritjof Winkelmann (München)
 Zur Methodik eines Forschungsprojektes in Koordination von zwei psychoanalytischen Lehr- und Forschungsinstituten: Zum Thema Grenzfall-Eltern und Kindesmißhandlungen
- 12 Uhr DISKUSSIONSGRUPPEN
- | | |
|-----------------------------|--------------------------------|
| Diskussionsgruppenleiter: | Gerd Röhling (Berlin) |
| Christine Bott (München) | Mohamed Said El-Safti (Berlin) |
| Kurt Husemann (Düsseldorf) | Klaus Semmler (Berlin) |
| Wiltrud Kernstock (München) | Winfried Schibalski (München) |
| Harald Knudsen (Berlin) | Petra Schneider (Berlin) |
| Manfred Link (Düren) | Wolfgang Trauth (München) |
| Ursula Mertin (Berlin) | Ingeborg Urspruch (Berlin) |

Kongreßgebühren: DM 300,— (bis zum 31. Mai 1975, ab 1. Juni 1975 DM 350,—), Berliner Commerzbank Konto Nr. 511 495 401 (OCT)

Anschrift des Herausgebers/editor's address:

Dr. med. Günter Ammon, 1 Berlin 15, Wielandstr. 27/28

Manuskripte nehmen entgegen/manuscripts should be sent to: Hauptschriftleitung

Dr. med. Günter Ammon und Gisela Ammon,

1 Berlin 15, Wielandstr. 27/28

Weitere Mitglieder der Redaktion/members of the editorial staff:

Hans-Joachim Hameister, Dr. theol. Harald Knudsen, Ursula Mertin, Galina Rave (Nachrichten), Dr. med. Gerd Röbling, Petra Schneider, Helmut Volger (Anzeigen)

**Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik (LFI)
Berlin, 1 Berlin 15, Wielandstr. 27/28**

**Dr. med. Karin Ammon, Gislinde Bass (Nachrichten), Dipl.-Psych. Christine Bott,
Dr. med. Mathias Hirsch (Rezensionen), Dr. med. Fritjof Winkelmann
Münchener Lehr- und Forschungsinstitut der DAP, 8 München 40, Leopoldstr. 87**

**Dipl.-Psych. Ursula Keller (Nachrichten), Dr. med. Regine Schneider
Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstitut der DAP, 4 Düsseldorf, Schadowstr. 86/88**

**Helmut Buck, Dipl.-Psych. Peter Moldenhauer (Nachrichten)
Frankfurter Lehr- und Forschungsinstitut der DAP, 6 Frankfurt, Niedenau 36**