A 2442F

Dynamische Psychiatrie / *Dynamic Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse
Herausgegeben von Günter Ammon

Dan G. Hertz
Confrontation with Death
Effect and Influence of the Impending Death on the Therapeutic Process - A Clinical Essay

Petra Schneider und Regine Schneider
Frühkindliche Reaktion auf Tod und Sterben

Nicholas Destounis
The Psychology of the Dying Patient

Adam J. Krakowski
The Meaning of Death in Psychdoynamics of Medical Practice

8. Jahrgang 4. Heft 1975

PINEL-PUBLIKATIONEN BERLIN

33

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., 4. Heft 1975, Nr. 33

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, Gütersloh — W. Z. Winnik, Jerusalem — E. D. Wittkower, Montreal.

Seite

Dan G. Hertz (Jerusalem) 197
Confrontation with Death
Effect and Influence of the Impending Death on the Therapeutic Process — A Clinical Essay 213
Konfrontation mit dem Tod
Wirkung des bevorstehenden Todes auf den therapeutischen Prozeß — Eine klinische Betrachtung

Petra Schneider (Berlin) und *Regine Schneider* (Düsseldorf) 216
Frühkindliche Reaktion auf Tod und Sterben
Young Children's Reaction to Death and Dying 231

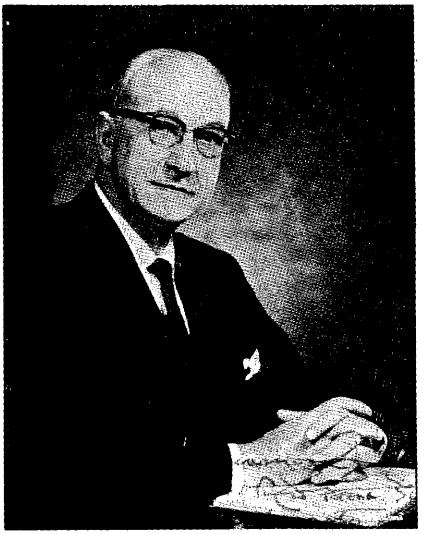
Nicholas Destounis (Athen) 234
The Psychology of the Dying Patient
Die Psychologie des sterbenden Patienten 238

Adam J. Krakowski (Plattsburgh, N. Y.) 240
The Meaning of Death in Psychodynamics of Medical Practice
Die Psychodynamik der medizinischen Praxis im Lichte der Triebentwicklung und des Todesproblems 252

Buchbesprechungen 255

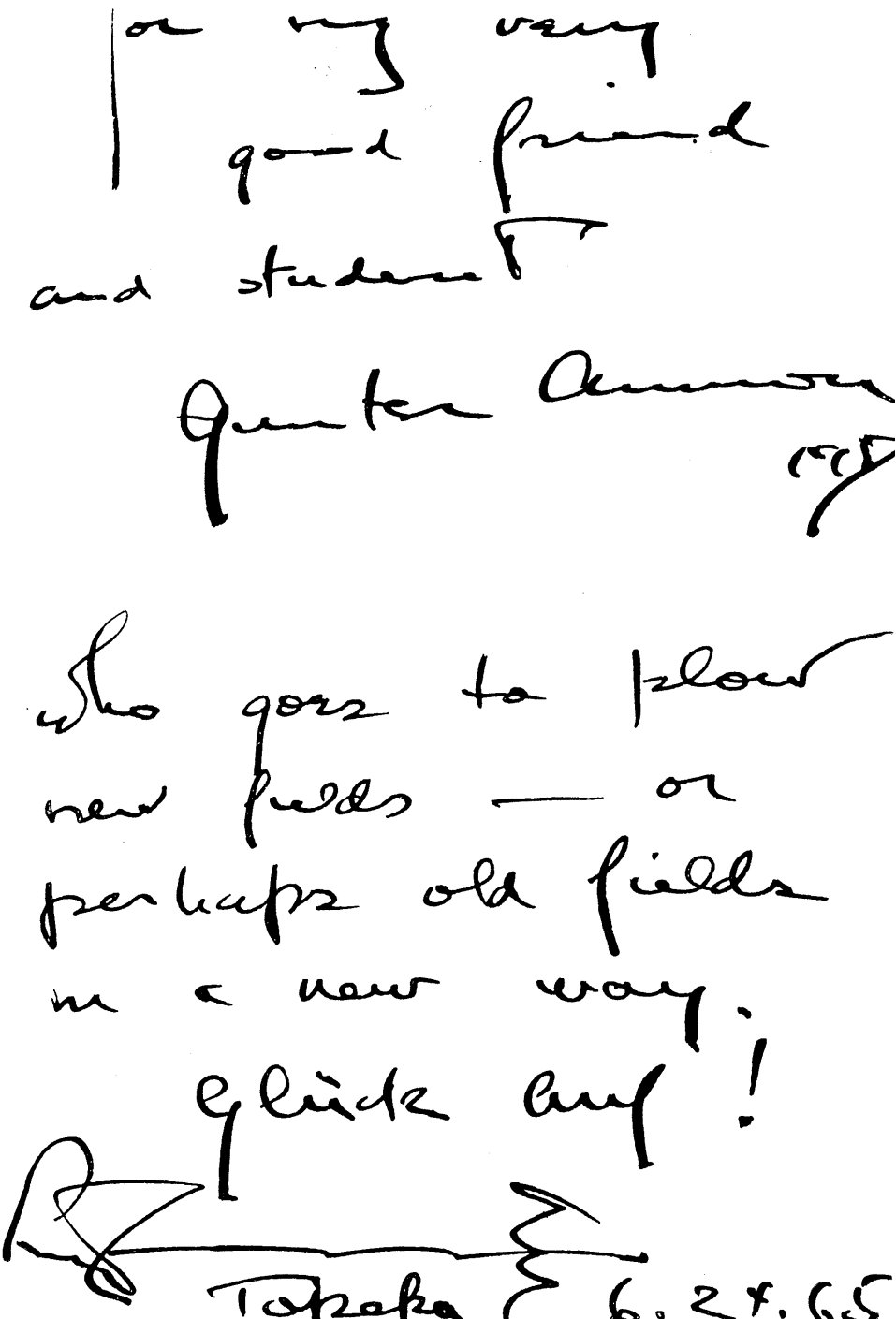
This journal is regularly listed in *Current Contents, Social Science Citation Index* GW ISSN 0012-740X, *Bio-Sciences Information Service*, and *The Psychological Reader's Guide*

50 Jahre Menninger Foundation



Die Menninger Foundation in Topeka/Kansas (USA) ist eine der Geburtsstätten der Dynamischen Psychiatrie. Unter Psychoanalytikern in aller Welt wird sie das Mekka der Psychoanalyse genannt und viele der Großen unserer Wissenschaft haben dort Vortrag gehalten. Das Beeindruckende dieser Stätte der Therapie, Forschung und Ausbildung von Ausbildungsteilnehmern und Mitarbeitern aus aller Herren Länder ist, daß sie aus der encouragierten, privaten Initiative der Gebrüder Karl und William Menninger und ihres Vaters C. F. Menninger aus einem Nichts geschaffen wurde. Die ursprüngliche Menninger Foundation bestand aus einer privaten Praxis und einigen Betten in einer städtischen Klinik, später aus einer Farm mit einem Farmhaus, das acht Betten beherbergte. Hier entwickelte besonders Karl Menninger mit seinem wachsenden Mitarbeiterstab, zu denen Forscher wie Robert P. Knight, David Rapaport, Martin Grotjahn, Nathan Ackermann, Rudolf Ekstein, Frederick Hacker, Robert S. Wallerstein, Philip S. Holzmann, Otto F. Kernberg, Herbert J. Schlesinger, Gardner Murphy, Lois B. Murphy, George Devereux, Martin Mayman und viele andere gehörten, ein psychodynamisches Konzept seelischer Erkrankungen auf einem gleitenden Spektrum, das den therapeutischen Pessimismus einer nur organisch eingestellten Psychiatrie und einer sich nur auf Neurosenbehandlung einengenden Psychoanalyse überwand.

Während meines langen Aufenthaltes als Lernender und Lehrender in Topeka habe ich am meisten gelernt durch die Persönlichkeit von Karl Menninger, seiner großen Menschlichkeit, seinem therapeutischen Optimismus, seinem Mut, unabhängig zu denken und zu handeln, seiner Freiheit von Berufsblindheit und seinem Mut zur Originalität. Mit seinem Namen wird die Menninger Foundation für alle Zeiten verbunden sein und ihm gilt der eigentliche Glückwunsch.


to my very
good friend
and student
Günter Ammon
1965
who goes to plow
new fields — or
perhaps old fields
in a new way.
Glück auf!
Topeka 6.2.65

Confrontation with Death
Effect and Influence of the Impending Death on the Therapeutic Process - A Clinical Essay**

Dan G. Hertz *

Zwischen dem Sterbenden, seiner Familie und dem Arzt entsteht in der Regel ein vorbewußtes Einverständnis, den Tod zu verleugnen. Dieser Gruppenprozeß wird als Induktion von Verleugnung anhand der Selbstbeschreibung eines Sterbenden und des Berichtes seiner Familie geschildert.

Im Mittelpunkt der Arbeit steht die Mitteilung einer Analyse, in deren Verlauf die Patientin an einer akuten Leukämie erkrankte. Hierbei beurteilt der Autor das analytische Geschehen aus der ödipalen Situation. Den Verlust an Sozialbezügen der Sterbenden sieht er vom triebpsychologischen Standpunkt als Freiwerden ihrer Libido von äußeren Objekten. Sein Therapieziel ist die Bindung dieser Libido an prägenitale Objekte, was der Patientin die Bearbeitung ihrer schweren Mutterproblematik ermöglicht.

The frequency of death is exactly equal to that of the birth of life. But whereas the life of any organism is a contingent fact, the death of the organism may be known a priori. The eventual occurrence of death is probably the single one aspect of our lives of which we can absolutely be sure. Thus man has in a sense always known about death, but we have never known what it is. The nature of the phenomenon of death being the end of existence, we can only know death from — so to say — one side. This is naturally reflected in our ways of approaching the question of the definition of death. Death is defined as a lack of life. No great conceptual advances are gained by such a definition, as we have no good understanding of what life is either.

Scientists from numerous fields can point to some conditions which are necessary for the occurrence of life and the arrival of death, but although these conditions are necessary they are not sufficient. Neither is the status of any of these conditions clearly understood. Recent advances in medicine for example have questioned the feasibility of using heart-death as a criterion for the end of life, suggesting instead that brain-death should be taken as the criterion. Whatever the outcome of this and possible future debates on the question of the criterion for the

* M. D., Director of the Psychiatric Clinic, Dept. of Psychiatry, Hebrew University-Hadassah Medical School, Jerusalem

** Presented at the 1st German Regional Meeting of the International College of Psychosomatic Medicine (ICPM), September 22nd-26th, 1974, Schloß Weidenkam (Starnberger See near Munich).

This study was made possible by a grant from the Stanton Louis Shortt Medical Research Fund, London.

arrival of death, death will in all likelyhood remain a mystery itself, forever leaving medicine only with increased powers in postponing it, but not bringing medicine any closer to preventing it.

Parallel with the considerable advances made by the biological sciences in the study of fatal diseases, psychiatrists have become increasingly involved in the study of the question of how the individual faces death. A number of conceptual breakthroughs in the way we look upon death may be partly responsible for the growing interest in this area. I shall not here dwell on the background upon which those changes have occurred, as this would involve a lengthy review of the various views of death, which have been present up through the intellectual, religious and spiritual history of man. It is sufficient to say that the more traditional views saw death as an advent by which a sudden end is made to life, life otherwise being related in no way to death. In contrast to this, the modern views on death see life and death as intimately related. Regarding death as central to living itself, is a cornerstone of the psychoanalytic theories of *Freud*, the philosophy of *Heidegger*, and the views of *Ehrenberg*, the biologist. A natural implication of the acceptance of this approach to death is the emergence of death as a subject of study for analysts and psychiatrists alike.

Three additional factors should — I believe — also be taken into account for the increased efforts undertaken to understand how the individual handles death. The first: The way we perceive death depends upon the way we perceive life. Scientific developments as well as functional changes in many modern societies have bestowed upon their individual members unprecedented benefits in terms of comfort and security. In the twentieth century western countries became so advanced and sophisticated that the well-being of the individual turned into a subject which could be pragmatically addressed and adequately solved for most purposes. Modern medicine and organization has made it possible to expend very considerable efforts on single individuals and to a large extent guard the quality of the life of the individual. The fact that this possibility often is not realized — as well as the undeniable claim that there is much room for further improvements — does not refute that this possibility exists. Rather, it serves to indicate that not all possible efforts to improve the life of many are actualized. In fact, the obvious improvements of the quality of life stand in stark relief when viewed on the background of the increased and undisguised manifestations of aggression and violence by which the twentieth century is also characterized.

It is my belief that not the least significant reason for the increased interest in how we face death derives from this odd coexistence of the

well demonstrated creative powers of the modern world, together with the equally well demonstrated tendency to ruination. Secondly and more specifically is the impact of the psychoanalytic school of thought with the tripartite distribution of efforts for understanding the individual as a whole. On the psychoanalytic view, the Why and How of human actions and reactions probably receive more emphasis than the more traditional search for an adequate description of the What of human activity. This view also enables a comprehensive approach to the psychological study of death. Lastly I would mention in this context the recognition of the importance of the development and integration of group processes in the family structure, which has been revealed through the therapeutic interaction. The approach has made possible an assessment of the processes of interaction in a family with a dying member, as well as an evaluation of the trying emotional experience which this is both for the family members and the physicians. The increasing amount of work with families has yielded much information on how death is dealt with. It is the objective of this paper to point to and discuss some of the pertinent aspects which may appear in this process.

The modern psychiatric and psychoanalytic literature set the beginning of modern thanathology at *Freud*'s (1913, 1915) two essays 'The Theme of the Three Caskets' and 'Thought for the Time on War and Death'. In 'The Theme of the Three Caskets' *Freud* suggested that love may be viewed as a reaction formation on death. In 'Thought for the Time on War and Death' *Freud* noted that the outbreak of war between modern countries is a revelation of an underlying aspect of man's nature as a killer, which is more fundamental than man's civilized behavior in times of peace. In this paper *Freud* also distinguished between the case of the death of an enemy, the death of a beloved and one's own death. Each of these three cases of death has its own role and dynamics for the individual. The death of an enemy is perceived with no afterthought of threat to the individual himself. The death of a beloved one however, sets a number of psychological processes at start. Although love-hate ambivalence in the relationship to a beloved one may introduce an aspect of being pleased with the death of the beloved one, *Freud* held that a part of the individual's own ego dies with the death of the beloved.

Psychoanalysts dealing with the problem of death like *Sanford* (1957), *Brodsky* (1959), *Norton* (1963) and *Roose* (1969) all commented on the continued reluctance to deal with dying. They all noted the ambiguity and ambivalence in the human attitude towards death. Usually people are ready to admit that death is a necessary outcome of life; that we owe nature a death and that we are expected to pay the debt. Death is in other words always defined rationally as a natural and unavoidable stage of human fate. Unconsciously, however, this

rational understanding of death is unacceptable, and as *Freud* stated: „Im Unbewußten ist jeder von uns von seiner Unsterblichkeit überzeugt". "In the unconscious everyone of us is convinced of his own immortality".

In the development of modern thanathology special credit must also be given to *Eissler* (1955); who — in his today classical study — brought attention to the problem of the psychiatric treatment of patients approaching death. In this context *Eissler* also discussed the role of the psychiatrist himself. In addition to the individual death, he also dealt with the reactions to the death of the beloved person, where the major issues seem to be the ambivalence toward the dying. Moreover, *Eissler* discussed the problem of the death of the enemy, where he saw a combination of the wish for destruction with the basic issue of hostility. *Eissler* also saw the ambivalent reaction to the loss of human life as the first step toward the denial of reality, and he regarded an aspect of denial of reality as central to all of the various death situations.

In the clinical approach to the understanding of the dying process *Weismann* and *Hackett* (1961) have contributed with a description of three aspects, which may be distinguished in the study of death: the impersonal death, the interpersonal death, and the intrapersonal death. On their view the impersonal death is stripped of any human element as in the case of the pathologist or the statistician, for whom indifference or the irrelevance of the human factor allows or enhances a distance from the personal dimension of death.

The interpersonal aspect of death is represented on three different levels: 1) the observation about the death of others, 2) the emotional participation in their dying process, and 3) the emotional manifestations occurring with the actual arrival of death and cessation of life. Examinations of the interpersonal death situation reveal that ambivalent feelings may stay partly or totally latent on all of the three levels. This is connected to the realization of another person's death, which necessarily takes the form of a reminder of our being alive. Thus the death of another, with whom we are in contact, strongly influences the way we look upon ourselves. Facing the death of others definitely evokes a warning in us about our mortality, but at the same time also strikes us with the powerful message that we have succeeded in avoiding a basic threat related to our own existence. It seems to me that unconsciously our primary narcissistic feeling of survival plays a major role in the integrative and adaptive process related to the mastery of the interpersonal death situation. The dying of the other is perceived as a personal challenge successfully handled, especially in view of the succumbing of the other.

The intrapersonal death is the death of the individual itself. The narcissistic involvement with the death of the other serves as an attestation that the intrapersonal or subjective aspects of death contain the real core of the problems. This was the conclusion of *Weisman* and *Hackett*'s study, as well of the studies by *Bromberg* and *Schilder* (1936) and *Eissler* (1955). During many years of service as head of the psychiatric consultation service in a university teaching hospital, I have had ample opportunity to become acquainted with the problems around the dying patient, involving the dying himself, the reactions of his family, and the reactions of professional staff to the dying. Following acts of war and violence I and my colleagues were able to observe and study most of the situations, which have been described by investigators in this field. The aspects of the doctor-patient-relationship with reference also to patients' families and physicians' attitude to fatal and malignant conditions were also repeatedly examined and continuously emphasized to our medical students and young resident physicians. In the course of our work an increasingly strong demand was felt for an extension of the scope of our understanding of the processes revolving around the dying patient.

Continued progress in this area depends upon a more adequate understanding of the process of denial as it runs its course in the dying patient, the family, and in the physician himself. A proper evaluation of the process of denial makes it possible to develop a better therapeutic approach to the dying patient as well as to the patient's family. In order to illustrate the points which I will discuss in this context, I would like to give a brief presentation of three cases involving malignant diseases and death. As a key aspect of my views is centered around the concept of ego-strength, I have found it suitable to review here two vignettes, which very uniquely emphasize this aspect. The third case is thoroughly clinical and involves a patient, who developed malignant illness during the time I had her in psychoanalytic treatment. The juxtaposition of the material originating from two structurally different sources — conscious versus unconscious — will be used in an attempt to elucidate some of the theoretical issues involved in the attitude to death.

The first case which I would like to draw upon, is a father's book of his son's illness and untimely death. The book is *John Gunther*'s (1953) 'Death be not Proud', which was first published some 25 years ago. *Gunther*'s son *Johny* died after an illness lasting fifteen months at the age of 17, and the book is written as a memoir of and tribute to *Johny* and his heroic struggle, and contains excerpts of Johny's own letters and diary during his illness, as well as a short epilogue written by his mother.

The second case is the book written by the well known American columnist *Stewart Alsop* (1973), who died a few months ago of leukemia. His book, called 'Stay of Execution' is the recollection of the first fourteen months of his illness and his reactions to his illness. It is a study of what it means to live with a terminal disease and to be confronted daily with the prospect of one's own death.

Johny Gunther died of a malignant tumor in the brain. His final diagnosis was multiple glioma. During all of the fifteen months which *Johny* lived with the tumor, he made excruciating efforts to pursue and attain those goals, which he had set himself before he was struck by disaese. These included completing high-school and applying for acceptance at Harvard University. It was as if the prospect of a drastically shortened life spurned *Johny* to new and renewed involvements in his many fields of interest. Thus during the time of his illness he completed writing up some 50 reports of chemical experiments which he had performed, kept a correspondence with teachers and friends, and studied for and passed all his examinations while being in his sickbed with a tumor the size of an orange growing out from and — fatally — into his brain. The impression one gets from reading about *Johny* is that he just refused to accept that his world was vanishing. *Johny*'s parents received detailed information about the illness of their son from the very beginning. They accepted the basic facts of his illness, but continued to deny their implications until the very moment of *Johny*'s death, which they reacted to be panic and a feeling, that his life departed covertly. "Like a thief death took him".

Between them and *Johny* a brave facade was kept up, without ever talking about the shocking and frightening nature of *Johny*'s deteriorating condition. As the doctors treating him were rather candid with him, *Johny* was aware of his desperate condition. The phenomenon of non-communication between *Johny* and his parents on this most central issue describes the process of induction of denial, which I shall discuss later. It refers to the development of a protective layer of denial through which the complicated emotional issues are treated. *Gunther*'s book also reveals that *Johny* was preoccupied with his relationship of his divorced parents as well as with trying to understand why their marriage had failed. This enabled him to strengthen old emotional attachments. This point too, I consider of prime importance, and I should like to discuss the psychodynamics of this process in the following. The parents' attitude toward the physicians reflected a mixture of ambivalent feelings: on the one hand expectation, hope and appreciation, hidden and even manifest anger on the other. The positive feelings were maintained until the moment, when they realized that the physicians can not defeat

the illness. This parental despair expressed itself at the final moment of death in the following sentence: "All the doctors, — helpless flies now, climbing across the granite face of death."

Alsop's writing reflects moving thoughts without the sentimentality of *Gunther*'s book. It is a report of a 57 year old, happily married man and a father of six children, who at the peak of his career suddenly realizes that death is imminent. On the conscious level it is the story of his uncertain medical diagnosis: has he got acute myeloblastic leukemia or not? On the unconscious level it is the story of flickering but persistent attempts to come to terms with the incredulous prospect of death. *Alsop* wrote: "I knew in my mind (on the very first day when diagnosis was given) that I would almost certainly die quite soon, but in my heart I refused to believe it". His efforts of denial eventually resulted in "a kind of unhappy inner stolidity combined with a strong protective instinct that somebody else will die". Much of *Alsop*'s book deals with periods and incidents from his past and formative years. It is clear that by dealing extensively with the past *Alsop* sought to stabilize his perception of the present, by trying the two as strongly together as possible. The future is only touched upon in terms of some period of life, which he still has to live. In the context of his preoccupation with the past *Alsop*'s book describes a combination of partial regression coupled with a counterphobic mechanism which helped him to cope: the compulsive repetition of childhood prayers. Thus fear and uncertainty of the future generated an unconscious preoccupation with the past.

To cope with the anxieties of the present *Alsop* also developed a very strong attachment to his physician. It is as if he tried to push away his malignancy through the process of fighting it by knowing about it. *Alsop* learned the significance of his blood counts, cell types and marrow tests. Thus he could in a sense step away and just observe the medical data as it oscillated back and forth between the extremes of life and death. *Alsop* and his physician communicated through such a protective layer of medical terms and blood count numbers. This represents the induction of denial. Both, *Alsop* and his doctor sought to handle the complicated and frightening emotional issues through the development of a common frame of reference, which decidedly did not include the implications of the facts discussed. However, with the progress of time *Alsop* found it increasingly difficult to separate cold numerical facts from feelings, and agreed with his physician that he would not be told the results of the crucial marrow tests. But, when no promises were made, he turned to others in their pursuit. As the turn of events eventually made promises something much less than believable, it appears that *Alsop* nonetheless resolved in favor of giving up attempts at denial and instead try to make the best of life as long as possible. He wrote: "A

dying man needs to die, as a sleepy man needs to sleep, and there comes a time when it is wrong, as well as useless, to resist".

The last case which I would like to mention, describes the analysis of a patient of mine, who developed an acute condition of monocytic leukemia during the time of analysis and died. The analysis continued for one year and up until the time of death. The patient was a 34 year old, highly intelligent woman and the mother of two sons. She was referred to me for therapy because of tension, mild depression and marital difficulties, by a gynecologist, whom she had consulted in order to find a solution for her sexual difficulties with her husband.

The patient was very reluctant about going to treatment, and felt horrified at the idea of exposing herself in the analytic situation. In spite of these initial difficulties she quickly became involved in an intense relationship with me. The psychological problems of this patient appeared to be in the beginning of hysterical nature. In her psychopathology the oedipal conflict seemed to be of primary importance. The unconscious comparison of the sexual partner with the father, whom she described as a strong, extrovert, and lusty person, interfered with her sexual functioning.

Her therapy started in the accepted form, where basic defense mechanisms like regression were evaluated. The patient initially described her childhood as relatively unproblematic, but it was nonetheless clear, that she — as the only one of her family — had immigrated to Israel following marriage in order to brake away from the family circle. Already the early phase of therapy revealed the obvious oedipal nature of the transference. The patient felt a very strong competition with other patients of mine, and expressed her concern that she might interest me less than others. Her needs to be cared for were examined, and a fear of being rejected as well as a tendency to compete for love and attention were presented.

At this stage of therapy very little mention was given to the patient's mother. Motherhood, however, was defined in positive terms, and she asserted that her children were the major satisfaction in her life. The pregenital component of her difficulties nonetheless soon became clear in the course of therapy. The preoedipal attachment to the mother, who was described as an overanxious, inhibited person who could never express emotions as her father could, had brought her to a developmental fixation. The constellation of her difficulties, thus, was one in which the patient was unable to accept the mother role — as she had identified with the father in childhood — and at the same time this also left her with sexual inhibitions as she feared the mother's revenge. Presenting herself as a good mother was a manifestation of a tendency

for overcompensation. At this point it became clear that the main objective of the therapy would have to be the solution of her conflicts with her mother. But although the mother problem was central to her difficulties, the nature of the transference still remained purely oedipal in nature.

The patient claimed that she made real efforts to succeed in therapy but did not feel that her experience had fulfilled her expectations. The reason of her complaint was my coldness toward her. She could only blame me for what she felt was a lack of interest from my side. In spite of her anger with me it was clear she only hoped to influence me to change my attitude. During the following hours she developed another attitude, in which the major issue was to show me her ability to be a good mother. In this context she expressed to me the hope of becoming pregnant and to have more children. These developments assisted the patient in bringing up her sexual difficulties, and this quickly led her to deal with memory traces of the early relationship with the mother. Thus for example she related, that she had always found it intolerable to be kissed. To be kissed on her lips caused anxiety and repulsion. She recalled that once as a teenager, she was kissed by a boyfriend who out of fear of being clumsy with his protruding tooth only managed to make things worse, that he scratched her lips and causing her to bleed profusely. Her mother reproached her sternly for being kissed. It was around the seventh month of therapy, that repressions about memoires relating to the mother were partly lifted.

At the time when focus of her analysis moved more and more toward her relationship with her mother, my patient became increasingly depressed. She came regulary to therapy, and complained of suffering from colds, having had fever and chilly sensations. In the course of a few weeks her weakness and pallor became prominent. She felt irritated with herself, blaming herself for being a weakling not just emotionally but also physically, and resolved to overcome her condition without the "idiotic pills", which had been prescribed by the family doctor.

Around this time the patient reported a vivid dream where a preoccupation with death was present. In view of the tragic developments which were to follow, it seems at least possible that this dream reflected a perception of those alarming bodily stimuli, the implications of which could be accepted neither by the unconscious nor by the conscious. Of course one could also claim that my concern for my patient's condition was reinforced by her unusual dream of death, thus causing me to perceive it as having special significance. Indeed, upon my urging she agreed to consult an internist. This eventually led to hospitalization and a clinical check-up, which produced a diagnosis of monocytic leukemia.

This tragic turn of events posed questions for the therapeutic approach. Upon my patients request — and line with my own considerations — it was decided that therapy would continue with at least as many hours as before, although we had to rely upon the good-will of the hospital for providing the necessary facilities. The process of induction of denial was undoubtedly present. Thus when my patient asked me whether I knew her diagnosis, I answered affirmatively and she indicated that she also knew it. Apart from that we did not rest on this topic, and we did not discuss its dire implications. Apart from this, I felt that she could gain immensely — exactly because of the rapid approach of death — if she could solve her problems with her mother. The rational was that a reinvestment into a good and long desired emotional attachment with her mother, would decrease the strain on her ego and thus strengthen the ego.

It is my impression that therapy was successful in achieving this. My patient's renunciation of her mother was first brought up on the conscious level in the context of how to take care of her children during the illness. She thought of inviting her mother to come and take care of them, and then realized that she herself did not want her mother's care, preferring mine instead. Painful as this insight was, it nonetheless showed that she was well on her way to accept her own need for loving care from her mother. This final step was secured partly through the interpretation of a dream, which revealed that she did not want to show herself in her present deteriorated condition to her mother, and partly through working out the panic resulting from a severe hemorrhage from the mucosa of the mouth, which caused spitting of blood and brought back into memory the question of the kiss. After this my patient felt she had to see her mother. She died on the night of the day of her mother's arrival. She was calm and happy when she arrived, and spent the few remaining hours of her life talking with her about childhood.

Drawing upon the three cases as illustration, I would like to review and discuss a number of theoretical issues. It is clear that denial assumes a major role in the dying process and in confrontation with death. However, when we reexamine *Anna Freud*'s (1946) definition of denial as by word, act and fantasy, it is also clear that we cannot apply the concept of denial in its usual fashion, when we deal with the death situation. The problem is that the definition of denial stipulates more of the ways and means, by the help of which an issue may be denied, than it deals with the issue itself. Thus we may say that the definition deals with the form, through which contents are manipulated in the unconscious rather than with the contents themselves.

But as noted before, we may regard death as providing ground for the development of uncharacteristic attitudes, uncharacteristic in the sense that these are not parallelled by our usual attitudes toward unconscious conflict. In the unconscious we cannot grasp the idea of death, and thus the conflict does not even reach the unconscious level. Consequently the process of denial does not and cannot run its ordinary course. The unconscious simply does not provide material which could be a candidate for denial in the case of the death situation.

It is my view that we may explicate the process of denial on a level closer to the ego, and understand it better in terms of the interaction between the ego of the dying individual and social system, which reacts to the dying individual. The social system may be a hospital where the dying person is hospitalized, and it may be the family circle around the individual or both. But before I proceed to discuss these aspects, I would like to fill in the missing link between *Anna Freud*'s views of the mechanism of denial and my own on interaction as noted.

This link is the contribution of *Weisman* (1972), who has suggested a structural definition of denial including a progressive scale for its classification. *Weisman* proposed that the process of dying may be seen as a graduation of denial from a first order, through a second to a third order. The first order of denial relates to the mere facts of the illness only. The patient in other words denies the primary facts as well as symptoms of the illness, trying to believe that what he has is rather a much less severe disease with a favorable prognosis. There is little doubt that my analytic patient used this form of denial, even when she had already experienced severe physical symtoms. *Alsop*'s preoccupation with the different diagnostic possibilities of his illness reflects the use of a similar mechanism.

The progress of the process of denial is like falling back on second and third lines of defense. On the second order of denial some basic facts of the illness are accepted, but their implications are denied. The patient does not reach any further conclusions as for life and death in the context of the malignancy and its dictates. This kind of denial easily lends itself to description using the well known entities of rationalization, avoidance and — at times — even displacement. *Gunther*'s memoir makes for a variety of such instances. Thus for example, even after diagnosis has been made on *Johny*'s case, the parents do not project its implications into the future. Rather, they believed that a diligent search would turn up some cure. Their last minute panic before *Johny* died also attest to the presence of this type of denial.

The last fall-back line of defense is the denial of the third order, where extinction itself is denied. This type of denial is in accordance

with the earlier stated inability to relate to the image of subjective death. As a characteristic and dominant form of denial this type refers to the severely ill only. With the progress of terminal disease, patients reach this stage generally after having passed through the other two, which must be viewed as preceding it. Theoretically, however, all three levels of denial can be present at the same time. A discussion of the third form of denial will almost inevitably reveal considerable disagreement even among professionals, not to speak about family members. One could interpret this form of denial as a demonstration of ego strength, but from another point of view it may equally well be argued that what is revealed is religious faith, or a combination of optimism and bravery. Surely other forms of interpretation may be argued for as well, all depending upon the particular metaphysical or spiritual outlook, with which this form of denial is sought to be integrated. *John Gunther* undoubtedly saw in his son an unusual measure of bravery and persistence in the pursuit of goals, and all this in the face of ever lengthening odds.

It is my view, that we may gain additional insight into the process of denial by taking a somewhat more dynamic approach involving both denial as a mechanism and the structured graduation of denial as suggested by *Weisman*, but above all involving the interaction between these aspects, not only within the patient, but also between the patient and the surrounding social structure.

We may view the dying person as a person who is getting increasingly desocialized. Using this term it is not my intention to convey an increase in personal disorganization, although it is at least conceivable, that there will be cases where the two go together. By desocialized, rather, I mean that the type and possibly also the number of social interactions which the dying person has, becomes increasingly more limited. How does this process get started and from where does it derive its impetus? The healthy person who is acting within his social system is continuously in a process of a multiplication of his social roles. The dying person, in contrast, is increasingly forced to limit the variety of his social roles and commitments. Moreover, either because of the physical limitations which the malignancy imposes or because of their concomitant psychological manifestations, the patient gravitates towards somewhat more monolithic forms of behavior. My contention is, however, that this development is matched by a reaction pattern which develops in the surrounding social structure, and that the interaction between them is one of mutual reinforcement.

The dying patient has an increased need for reinforcement of emotional relationships. Therefore the interpersonal factors involving the

dying patient and his social environment are always intermingled with an unconscious current characterized by both covert and overt feelers seeking emotional support. There is thus in the dying patient a susceptibility to grasp also unconscious messages emanating from the surrounding environment.

I believe that we may view this process as an effort of the dying person to hold on to reality in face of the spreading desocialization, which the progress of the malignancy imposes upon him. The susceptibility to grasp unconscious messages is reinforced by the environment and its members, who have their own unconscious attitude to death. The result of this is the development — for mutual benefit — of subconscious albeit tacit agreements, which have as their objective the denial of the condition of dying and death, as well as aspects related to its progress and arrival. The unconscious denial of others in the environment precipitates and enhances the process of denial in the patient himself. I have termed this process the 'induction of denial'. Often both the family of the dying and the physicians use the method of induction of denial as their own method of protection and defense on two different levels: one which corresponds with the satisfaction of their altruistic needs, and the other being one on which defenses are mobilized against the narcissistic injury emanating from the death situation.

This satisfaction of these needs goes hand in hand with the satisfaction of the needs of the dying person. Indeed, what does the dying patient expect from his environment? Is it really the quest of the truth about the nature of his illness? Does he ask to learn his final diagnosis or does he want to hear the opposite and a series of lies? The history of my analytic patient indicates — as much as do the two other case histories — that these questions are all of a secondary nature. The real issue behind them is the wish of the dying person to find or to reinforce his basic trust in his vanishing world. This point is probably best illustrated in *Alsop*'s work, where he describes the struggle he carried on with the truth of his malignancy's progress. At one point he resolved with his physician, that he would not be told the results of his vital blood counts, which until then had functioned as an erratic measuring rod for his shifting fortunes. He would rather attempt to go on living and include his medical rigours in his weekly routine of duties. Cleary, *Johny*'s valiant struggle to keep in touch through fulfilling school requirements and proceed with his chemical experimentation may be appreciated in this light, too.

It appears, therefore, that valuable support may be found for the dying if they can secure and rely upon a basic trust in the world. The

question then becomes one of how this can be achieved. I would like to suggest an answer to this question from two different points of view, the first being from a general structural psychoanalytic point of view, and the second being from a dynamic therapeutic angle.

The process of dying undoubtedly includes the withdrawal of partial libidinal interest from other persons as well as from interests and activities. This was alluded to before when I noted that the progress of the malignant disease is associated with a decrease in the variance of the type of social interactions between the dying and his environment. This induction of denial engineered by the patient and the members of his environment is designed to counteract this process, but may well acquire the function of a protective layer with the overall result being an enhancement of the feeling of rejection. The dying patient most surely has to reinvest some of his freed libido in this process. In a sense this is both made possible for him and demanded from him by those others with whom he interacts.

However, as we have just seen, the induction of denial hardly functions to alleviate the underlying problem of preserving a basic trust in the world. If, on the other hand, fragments of the libidinal energy could be reinvested into old emotional attachments, one could expect a concurrent decrease of emotional threat caused by the growing loss of external reality. The reunion and „Liebestod" fantasies of the dying attempt at redistributing the libidinal energy. Through the precipitation attempt at redistributing the libidinal energy. Trough the precipitation of regression along these lines to an earlier ego state, the need for cathexis should also be lessened. If this can be attained, the dying person may consequently be spared from a painful psychological struggle, the overall result of the procedure being a relative strengthening of the ego.

My analytic patient and also *Stewart Alsop* had recourse to this procedure. *Alsop* describes a combination of partial regression and counter-phobic mechanism, which he found helpful in coping with his anxieties. He also went back in his thoughts to draw out key aspects of the past, subsequently seeking to integrate them with the uncertain present. My analytic patient made a comparable regression through her analytic relation with me and managed to rework her complicated relationship with her mother, undoubtedly much to her benefit in spite of the fact that she died very soon after accomplishing this.

The case with my analytic patient may be used to illustrate the problem of achieving basic trust in the world when viewed from the therapeutic angle. The problem which I would like to touch upon, is the following: I have suggested that the dying person may benefit from

making a regression with reinvestment of libido into old emotional attachments. This process, however, will often be expected to run into insuperable obstacles, if the dying is to carry this out on his own, because of unconscious emotional conflicts. If so, then the patient may benefit from therapy. The question then is asked how the therapist should handle this situation. The central aspect which needs to be discussed in this context is the problem of transference and, especially, countertransference. I noted earlier that physicians, as well as family members, are given to participation in the process of induction of denial as part of their own unconscious denial of death.

The confrontation with the impending death of another person cannot leave unaffected even the very experienced and "forcedly impersonal, desensitized" physician. *Norton* defines this aspect of the doctor-patient- relationship as, I quote, "consciously accepted countertransference". The dying patient stimulates the doctor, therapist, or psychoanalyst to encounter his own feelings of guilt. Our cases demonstrated, that at the moment when life cannot be saved, physicians are not only narcissistically hurt in their pride, but death also stirs up their own anxieties.

This is a characteristic reaction of physicians and they are forced to find their own ways of handling it. Often they take the role of withdrawal, avoiding confrontation, or they escape into the by-impending-death-provided-for-justification of rather indiscriminate administration of sedatives and painkillers. It is a commonly observed phenomenon too that doctors on their rounds make only a perfunctory call on the dying patients. The tendency to withdraw from the dying is always properly rationalized as for example helping to decrease the disturbances of which the patient may be bothered, or avoid chances of infection, or as out of consideration for the family members. But often behind this facade reclines a difficulty in tolerating the injury of our narcissistic feeling of omnipotence and the underlying guilt for our failure. Such feelings are often responsible for the fact that dying patients are so frequently left to die alone. Doctors as well as the family of the dying person defend themselves against these internal threats in ways varying from anxiety and guilt, to anger or grief. Psychoanalysts claim that acceptance and awareness of those feelings may help to avoid our own denial, repression, and overprotection, or the unjustified optimism of the physician, which interferes with his ability to serve his patient's real needs. Apart from the workings of all of these complicated unconscious forces, there is little doubt that our education rather exclusively has prepared us for how to try to save life, and not for the responsibility for dealing with dying and death.

Freud (1926) wrote in his paper on 'Inhibition, Symptoms, and Anxiety' about the establishment of transference, meaning the mobilization of archaic trust in the world and the return to the experience of primordial feelings of being protected (by the mother). *Eissler* developed this idea further claiming that through attaining such a feeling of archaic trust, the suffering of the dying person can be considerably reduced, even in the presence of extreme physical pain. There are different opinions among the different authors as for how this trust is best established in the therapeutic situation. *Eissler* and *Norton* advocated the so-called 'gift-situation' which is based on the theoretical concept that the therapist can and should offer himself as an available object for deep understanding and love. This attitude will be perceived by the patient as "an unusual favor of destiny" helping him to develop defenses against object loss. Others, like *Roose*, justifiedly refuse to accept this approach, as it implies that this type of love for the patient might take the form of pity and sorrow.

I have objections against *Essler*'s and *Norton*'s formulation also for additional reasons. In my opinion the approach they advocate, will leave much room for poorly handled transference and largely unresolved countertransference problems. It also implies distorted reality perception on the part of the physician. When this is perceived by the dying person, it will most likely only undermine his will to trust in the world, which is increasingly represented only by his closest environment. In line with what I have already noted, I suggest a different approach, which is based on *Freud*'s notion that as libidinal interest and investment is withdrawn from a love object into the ego, it is followed by a damming up of libido. As I see it, the task of the therapist is to assist the dying patient in redistributing this excess libido and solve those emotional obstacles, which prevent the dying from making a meaningful reinvestment into old emotional attachments. I believe that the problem of countertransference should be dealt within this context, as it is recognized as an integral part of the treatment situation itself. The better this aspect is handled the better is the treatment for the dying patient. The induction of denial must be faced and dealt within the clinical situation and solved in the clinical situation, both for the patient and the therapist.

To sum up, I have discussed some psychological data originating from conscious sources and unconscious sources in terminal patients. I have tried to evaluate these data from a point of view of an interaction between the terminal patient and the members of his environment, in recognition that the central process of denial cannot be adequately accounted for when drawing exclusively upon the psychodynamics of

the dying person. I have described this interaction in terms of an induction of denial as well as examined causes and consequences of this process. Moreover, I have tried to show that the process of induction of denial at one and the same time serves and fails the aims for which it is entered upon. As a result of this, I have noted that I regard it as of prime importance that the dynamics of the "induction of denial" be dealt with as an integral part of the therapeutic situation, and this with the purpose of facilitating a redistribution of libidinal energy, including reinvestments into old emotional attachments. I have argued that the outcome of this process is a relative strengthening of the ego, which makes it easier for the dying person to face death.

It has not been my intention with these remarks to address the problem of orthothanasia or the right or proper way of dying. Discussing this question clinicians and researchers alike turn to metaphysical and philosophical observations, as their existing frames of reference fall short of supplying satisfactory answers.

Is there a proper way of dying? — I offer only an ambiguous answer to this question. Let me therefore just conclude with a quotation from *Freud*, which was appropriately used by his physician, *Max Schur* (1972), as the closing sentence of his book on '*Freud:* Living and Dying': "Dem Verstorbenen selbst bringen wir ein besonderes Verhalten entgegen, fast wie eine Bewunderung für einen, der etwas sehr Schwieriges zustande gebracht hat." Towards the actual person who had died we adopt a special attitude: something like admiration for someone who has accomplished a very difficult task. I hoped to express this admiration for those dying persons I have talked about today.

Konfrontation mit dem Tod
Wirkung des bevorstehenden Todes auf den therapeutischen Prozeß — Eine klinische Betrachtung

Dan G. Hertz

Die Induktion von Verleugnung ist ein zentraler Prozeß zwischen dem Sterbenden, seiner Familie und dem Arzt. Der Autor zeigt dies anhand von drei Fallberichten von Patienten mit malignen Erkrankungen.

Der erste Bericht beschreibt anhand des Tagebuches eines sterbenden Jugendlichen in *J. Gunthers* „Death be not proud" die durch Eltern und Ärzte verstärkte Todesverleugnung des Patienten.

Es folgt die Selbstbeschreibung eines Sterbenden in *S. T. Alsops* „Stay of Execution". Sie zeigt eine Todesverdrängung von Patient und

Arzt durch Beschränkung ihrer Kommunikation auf medizinische Labordaten.

Im Mittelpunkt der Arbeit steht jedoch die Schilderung einer analytischen Therapie, in deren Verlauf eine bösartige Erkrankung auftrat. Die junge Patientin war wegen Eheschwierigkeiten zur Behandlung gekommen. In ihrer Psychopathologie spielte zunächst ein ödipaler Konflikt die Hauptrolle und die Patientin übertrug auf den Analytiker den Vater. Ein Jahr nach Beginn der Therapie trat die prägenitale Komponente ihrer Schwierigkeiten in Erscheinung. Die Patientin klagte über ihre überängstliche und gehemmte Mutter, konnte ihre eigene Mutterrolle nicht annehmen, sprach über die Kälte des Therapeuten, wurde depressiv und bekam Erkältungen und Fieber. Ein mitbehandelnder Internist stellte die Diagnose einer Leukämie. Die Psychotherapie wurde auch in der Klinik fortgesetzt. Als Therapieziel galt die Herstellung einer guten emotionalen Beziehung zur Mutter.

Der Autor betrachtet das Sterben als einen zunehmenden Verlust von Sozialbezügen und sieht demgegenüber den wachsenden Bedarf des Sterbenden an einer Wiederherstellung emotionaler Beziehungen, an einer Stärkung seines Urvertrauens. Zwischen dem Sterbenden und der umgebenden Gruppe entwickelt sich ein vorbewußtes Einverständnis, den Tod zu verleugnen, wobei dieser Prozeß sich wechselseitig verstärkt. Der Autor nennt dies eine Induktion von Verleugnung. Auf Seiten der Angehörigen und der Ärzte spielen dabei altruistische Bedürfnisse, narzißtische Kränkung und Schuldgefühle eine Rolle. In der Therapie geht es darum, die von der Umgebung abgezogene und freigewordene Libido des Sterbenden in der Regression in primäre emotionale Beziehungen zu binden und damit das Urvertrauen des Patienten zu erhalten. Die Wiedervereinigungs- und Liebestodphantasien des Sterbenden zeigen sein Bedürfnis danach. Das Ergebnis dieses Prozesses ist eine relative Ich-Stärkung, die es dem Sterbenden erleichtert, dem Tod entgegenzusehen.

Literatur

Alsop, S. (1973): Stay of Execution (Philadelphia: Lippincott)
Brodsky, B. (1959): 'Liebestod' — Fantasies in a Patient faced with a Fatal Illness. In: Int. J. Psychoanal (40) 13
Bromberg, W.; Schilder, R. (1936): The Attitude of Psychoneurotics towards Death. In: Psychoanal. Rev. (23) 1
Eissler, K. R. (1955): The Psychiatrist and the Dying Patient (New York: Int. Univ. Press)
Freud, A. (1946): The Ego and the Mechanisms of Defense (New York: Int. Univ. Press)
Freud, S. (1913): The Theme of the Three Cascets. Standard Ed. (12) (London: Hogarth)
— (1915): Thought for the Times on War and Death. Standard Ed. (14) aao.
— (1919): On Narcissism: An Introduction. Standard Ed. (14) aao.
— (1926): Inhibitions, Symptoms and Anxiety. Standard Ed. (20) aao.
Gunther, J. (1953): Death be no Proud (New York: Modern Library)
Hertz, D. (1970): Death during Psychoanalysis. In: Isr. Psychoanal. Soc. (mimeogr.) 15 pp.
Jones, E. (1951): On „Dying Together". Essays in applied psychoanalysis-Vol. 1 (London: Hogarth)
Norton, J. (1963): Treatment of a Dying Patient. In: Psychoanal. Study Child 18 (New York: Int. Univ. Press)
Roose, L. J. (1969) The Dying Patient. In: Int. J. Psychoanal. (50) 385
Sanford, B. (1957): Some Notes on a Dying Patient. In: Int. J. Psychoanal. (38) 158
Schur, M. (1972): Freud: Living and Dying (New York: Int. Univ. Press)
Weisman, A. D. (1972): On Dying and Denying (New York: Behavior Publ.)
—; *Hackett, Th. P.* (1961): Predelection to Death: Death and Dying as a Psychial Problem. In: Psychosom. Med. (23) 231

Acknowledgement: I wish to thank Mr. Mogens R. Jensen for his editorial help.

Author's Address:
Dan G. Hertz, M. D.
Director Psychiatric Clinic
Hadassah University Hospital
Kiryat Hadassah
Jerusalem/Israel

Frühkindliche Reaktion auf Tod und Sterben***

Petra Schneider* und Regine Schneider**

In der vorliegenden Arbeit wird anhand von Beobachtungen bei Kindern gezeigt, wie differenziert und verschiedenartig Kinder auf das Erleben von Tod und Sterben ihnen nahestehender Menschen und Tiere reagieren. In Fallbeispielen weisen die Autorinnen auf den direkten Zusammenhang zwischen der Bewältigungsfähigkeit von Todes- und Trennungssituationen des Kindes und der seiner umgebenden Familiengruppe hin. Kann die Familiengruppe echte Trauerarbeit leisten, d. h. ist sie fähig, über ihre Gefühle des Schmerzes und der Verlassenheit zu kommunizieren, so wird sich die Wunde des Verlustes im Gruppen-Ich und damit im Ich ihrer einzelnen Mitglieder schließen. Das verlorene Objekt kann als ein freundliches verinnerlicht werden und echte Trennung ist von ihm möglich. Familiengruppen, die kommunikationsunfähig auf Tod und Trennung reagieren, müssen ihre Verlassenheitsangst und Gefühle der Bedrohung des eigenen Ichs durch Verleugnung, Idealisierung und Überidentifikation abwehren; sie verinnerlichen den Menschen, der sie verlassen hat, als ambivalent-feindseliges Objekt, von dem eine wirkliche Trennung nicht möglich ist.
Die Fähigkeit des Kindes, sich mit einer durch den Tod verursachten endgültigen Trennung auseinanderzusetzen ist eng verknüpft mit der Intensität und Frühzeitigkeit von traumatischen Trennungssituationen.

Tod und das Erleben des Todes sind Gruppengeschehen. Wie eine Gruppe und die einzelnen in ihr sich mit dem Tod auseinandersetzen, ist abhängig von ihrer Kommunikationsfähigkeit und der Stärke ihrer Gruppenidentität (*Ammon*, 1971).

Kinder sind vor dem sechsten Lebensjahr wegen ihrer altersgemäß noch nicht abgeschlossenen Ich-Entwicklung in einer spezifischen Weise vom Problem des Todes betroffen. Hier hat die das Kind umgebende Gruppe eine besonders wichtige Aufgabe, die aber wegen der allgemeinen Tabuierung des Todes in ihrer Bedeutung bisher nicht erkannt worden ist.

Der therapeutische Prozeß von Erwachsenen, die in ihrer frühen Kindheit den Verlust eines Elternteiles durch Krieg oder Krankheit erlitten haben, zeigt immer wieder, daß ein eigenständiges Leben und eine eigene Identitätsfindung für diese Patienten erst dann möglich wird, wenn sie im Schutz einer Gruppe oder mit der Unterstützung eines verständnisvollen Therapeuten die versäumte Trauerarbeit nachzuholen vermögen und im Laufe des therapeutischen Prozesses die Identitäts-

* Lehranalytikerin am Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik (LFI) Berlin der DAP

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

*** 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)

stärke gewinnen, um sich von dem aggressiv internalisierten, verlorenen Liebesobjekt trennen zu können. So hatte zum Beispiel bei diesen Patienten die Trauerarbeit wegen der Sprachlosigkeit der frühen Lebensjahre nicht stattfinden können, d. h. das Kind war allein mit seinen Gefühlen des Schmerzes und Verlustes. Am häufigsten aber stoßen wir auf Familiengruppen, die wegen symbiotischer Bedürfnisse, eigener depressiver Reaktion, Ambivalenz, Schuldgefühlen und Angst, das zarte Kind zu belasten, Kommunikationssperren aufbauen und in einer Art Zwangsvermeidungsritual die Trauerarbeit umgingen. Diese Patienten führten dann unbewußt ein Leben im Dienste des Toten mit der unbewußten Erwartung seiner Wiederkehr.

Wegen ihrer Ich-Zentriertheit kennt die kindliche Psyche die Vorstellung des eigenen Todes nicht, so wie auch das Unbewußte nicht den Gesetzen der Logik, der Zeit und des Todes unterliegt (*Freud,* 1900; *Graber,* 1955; *Anthony,* 1971). Ein Bestehen oder Weiterbestehen der Objektwelt ohne die Existenz des eigenen Ichs ist für das Kind nicht vorstellbar. An Stelle dessen treten im Schulalter häufig Weltuntergangsphantasien, in denen im Falle des eigenen Todes zugleich die ganze Welt mit untergeht. Diese Reaktion hat auch *Graber* (1955) in seinem Werk „Zeugung, Geburt und Tod" sehr anschaulich beschrieben. In der kindlichen Phantasie sind nämlich, wie in Mythen und den Todesvorstellungen der Urvölker, die Entstehung und das Vergehen des Lebens eng miteinander verknüpft. Geburt und Tod erscheinen auswechselbar und münden in Reinkarnations- oder Wiedergeburtsvorstellungen.

In einer lebens- und identitätsfeindlichen Umwelt stellt der Tod die größte narzißtische Kränkung und Bedrohung für den Menschen dar. Die Frage, ob hier hinsichtlich der Todesvorstellungen des Kindes in der kindlichen Psyche schon ein Verdrängungs- oder Verleugnungsvorgang begonnen hat oder ob man nicht eher sagen muß, daß die Abgrenzung und Differenzierung des kindlichen Ichs von der Objektwelt im Sinne einer eigenen Identität noch nicht genügend fortgeschritten ist, kann hier nicht beantwortet werden. Weitere Untersuchungen in diesem noch wenig beachteten Bereich wären dazu nötig. Wenn es eine Vorstellung des Todes beim Kind nicht gibt, so gibt es doch die Erfahrung der Trennung, verbunden mit Schmerzen und quälenden Ängsten. Trennung und Tod werden in der kindlichen Vorstellungswelt gleichgesetzt. Ebenso wird der Verlust eines Liebesobjektes, als Teil des kindlichen Selbstes (durch Identifikation) schmerzhaft und bedrohlich erlebt. Der Verstorbene raubt ihm sozusagen einen Teil seines Selbstes, ohne es wieder zurückzugeben. So ist das Kind gezwungen, den Verstorbenen wieder in sich aufzunehmen und ihn als totes Teilobjekt zu reintrojizieren, *Miller de Paiva* (1973) nennt dieses Objekt „thanatotisches Objekt".

Da dem Erlebnis des Todes im Leben des Kindes immer Verlassenheits- und Trennungssituationen vorausgegangen sind, ist hier entscheidend, ob vor dem Verlust des Liebesobjektes eine stabile Beziehung zu ihm vorhanden war, sodaß mit dem Toten ein gutes Objekt internalisiert werden konnte, oder ob das verlorene Objekt wegen der erlittenen Trennungsängste vom Kind ambivalent geliebt wurde, oder sogar Haßgefühle überwogen. Dann wird ein, durch Projektion der Aggression des Kindes verstärkt, zorniges zerstörendes Objekt introjiziert, welches das sich entwickelnde Ich des Kindes von innen her angreift und zerstört. Die Beziehung zu dem Toten und das Problem des Todes muß folgerichtig aus Angst vor Selbstvernichtung und Angst vor den eigenen destruktiven Aggressionen verdrängt und verleugnet werden. Wenn es heranwächst, baut das Kind dann eine zerstörerische, sado-masochistische Beziehung zu sich selbst und seiner Umwelt auf. Diese Dynamik trifft auch in Fällen zu, in denen ein Verlust des Liebesobjektes erst im späteren Kindesalter auftritt, nämlich dann, wenn das Kind vorher extreme Trennungssituationen erlebt hat. Dann ist der endgültige Verlust nur eine Bestätigung der vorher ausgestandenen Ängste und stellt darin eine Art Höhepunkt dar.

Die Fähigkeit des Kindes, sich mit einer durch den Tod verursachten endgültigen Trennung auseinanderzusetzen, ist also eng verknüpft mit der Stabilität seines kindlichen Ichs und der Intensität und Frühzeitigkeit von traumatisch erlebten Trennungssituationen. Aktiv erlebte und vollzogene Trennungen von Seiten des Kindes führen zur Entwicklung einer eigenen Identität, während passiv erlebte Trennungen zu Todes-, Verlassenheits- und Vernichtungsängsten, Anklammerungssydromen, Überidentifizierung und Verleugnungsprozessen führen (siehe auch *Günter Ammon,* 1971, 1974, 1975, der einen engen Zusammenhang zwischen Todesverdrängung und Identitätsangst sieht).

Diese theoretischen Ergebnisse und Überlegungen gehen auf Beobachtungen im Psychoanalytischen Kindergarten in Berlin und in kindertherapeutischen Situationen zurück, in denen Kinder, die mit dem Problem des Todes und mit Trennungsprozessen konfrontiert wurden, auf unterschiedlichste Weise reagierten. Einige Kinder waren in der Lage, Gefühle zu entwickeln und ihre Trauer mitzuteilen, andere dagegen reagierten mit Verleugnung und Abwehr auf die Trennung von einem geliebten Objekt. Ausgehend von dieser Beobachtung begannen wir, die Hintergründe dieser auffällig divergenten Reaktionen zu erforschen.

Die unterschiedliche Reaktion zweier Geschwister auf die Nachricht des Selbstmordes ihres Vaters veranlaßte uns, die Ursache dafür in der spezifischen interpersonellen Dynamik dieser Familiengruppe zu suchen.

Der Sohn verhielt sich so, als beträfe ihn der Tod des Vaters nicht und zeigte auch später kaum Gefühle, während die Tochter ihre Verzweiflung, vom Vater verlassen zu sein, intensiv kommunizierte. Wie wir im folgenden zeigen werden, nahmen die Geschwister innerhalb der Dynamik dieser Familiengruppe sehr unterschiedliche Rollen ein, die ihre Ich- und Identitätsentwicklung entscheidend prägten und ihre verschiedenartigen Reaktionen auf den Tod des Vaters hin erklärten.

Die Geschwister Martin und Angela wurden im Alter von vier und zwei Jahren in den zu unserem Institut in Berlin gehörenden Psychoanalytischen Kindergarten aufgenommen. Dort wurde bald bemerkt, daß es beiden Kindern sehr schwer fiel, sich auch nur kurze Zeit von einander zu trennen; sie reagierten mit großer Angst auf nur geringe Anforderungen und zeigten im Kontakt zu anderen Kindern Mißtrauen und Schüchternheit. Bei der Bearbeitung dieses gestörten Verhaltens mit den Eltern wurde deutlich, daß beide Eltern dringend psychotherapeutischer Hilfe bedurften. Sukzessive kamen zunächst Herr G., dann seine Frau und schließlich auch Martin in psychotherapeutische Behandlung.

Drei Monate nach Beginn von Martins Kindertherapie reagierte der Vater auf die beginnende Veränderung seines Sohnes und damit der Familienhomöostase mit einer akuten paranoiden Reaktion, verließ die Therapie und verursachte einen schweren Autounfall mit tödlichem Ausgang.

Bevor wir nun zu einer Beschreibung der spezifischen Dynamik dieser Familiengruppe kommen, die über drei Generationen zu verfolgen war, möchten wir kurz die einzelnen Familienmitglieder vorstellen: Herr G. war ein schmaler, blonder Mann mit kauzigem Gesicht, der einen jungenhaften, wohlerzogenen Eindruck vermittelte. Nach eigenen Berichten stammte er aus einer schwerkranken Familie. Seine Mutter litt seit Jahren an einer chronischen Schizophrenie, sein Vater war früh gestorben, seine Schwester hatte sich das Leben genommen. Seit früher Kindheit hatte er unter starken, depressiven Angstzuständen und Zuständen von extremer Isolation und Hilflosigkeit gelitten. Mehrere Male war es auch schon zu kurzen paranoiden Reaktionen gekommen. Wegen dieser Schwierigkeiten hatte er sich bereits mehrmals in psychotherapeutische Behandlung begeben und zwei Selbstmordversuche unternommen.

Herr G. hatte die Laufbahn eines Stadtinspektors im öffentlichen Dienst eingeschlagen; sein Interesse aber galt vor allem der Technik, insbesondere dem Maschinenbau, wofür er sich in Fernkursen spezialisierte. Seine Frau arbeitete im gleichen Amt wie er als Sekretärin.

Sie war im Gegensatz zu ihrem Mann eine resolute, überanstrengt und verhärmt wirkende Frau. Während ihrer Kindheit hatte ihr Vater

häufig die Familie verlassen, um mit anderen Frauen zusammen zu leben. Frau G. hatte dieses Verlassen umso stärker empfunden, da sich ihre Mutter mit dem Bruder verbündet hatte und sie übriggeblieben war. Sie hatte versucht, ihre Familie durch Überfürsorglichkeit zusammenzuhalten. Seit sie sich erinnern konnte, litt sie unter schweren Depressionen, unter Insuffizienzgefühlen und Verlassenheitsängsten.

Martin, der sich zu Beginn seiner Kindertherapie im Vorschulalter befand, war ein zartes, schüchternes Kind mit blonden Haaren und weichem, blassem Gesicht, in seinen Bewegungen hölzern und ungeschickt. Mit starken Ängsten reagierte er, wenn seinem Alter entsprechende reale Anforderungen — so z. B. zur Schule zu gehen oder auf Spielkameraden zuzugehen — an ihn gestellt wurden. Dann zog er sich augenblicklich autistisch-abwehrend zurück und weinte hilflos. Er zeigte eine Agora- und Klaustrophobie. Oft träumte er in sich gekehrt vor sich hin und hielt Selbstgespräche. Er war nicht fähig, Gefühle verbal zu kommunizieren. Andererseits verhielt er sich gegenüber seiner Familie fürsorglich und intelligent. Am liebsten erlebte er sich als großer Erfinder und Maschinenkonstrukteur.

Seine Schwester Angela — ebenfalls blond und zart — war viel lebhafter, beweglicher und fröhlicher im Gegensatz zu Martin, der oft ein Gefühl von Düsterkeit verbreitete. Sehr schnell aber reagierte sie verletzt und unglücklich, wenn sie sich zurückgesetzt fühlte, konnte dann aber durchaus heftig ihre Gefühle von Ohnmacht, Wut oder Verzweiflung kommunizieren, was es möglich machte, sie zu verstehen.

Die Beziehung zwischen Frau G. und ihrem Manne hatte sich in den vergangenen Jahren zunehmend verschlechtert. Herr G. erlebte, wie es in seiner Therapie deutlich wurde, in seiner Frau seine rigide, dominierende, alles kontrollierende Mutter wieder. Er fühlte sich durch ihre Forderung nach Sicherheit und Besitz bedroht und lebte in der unbewußten Angst, von ihr verfolgt und verschlungen zu werden. Um sich vor ihr zu schützen, drohte er ihr schon seit Beginn ihrer Ehe, sie zu verlassen. Oft sprach er wochenlang nicht mit ihr und verriegelte sich in seinem Zimmer, sobald er von der Arbeit nach Hause gekommen war. Er schwärmte ihr von den Vorzügen seiner Kolleginnen auf seiner Arbeitsstelle vor. Manchmal unternahm er nächtliche Ausflüge, von denen sie oft fürchtete, er käme nicht mehr zurück. Immer wieder sagte er ihr, er wolle sich von ihr scheiden lassen, weggehen oder sich umbringen. Diese Drohungen hatten einen realen Charakter, da ja Herr G. mehrmals versucht hatte, sich das Leben zu nehmen.

Frau G. hingegen erlebte in ihrem sich stets auf der Flucht vor ihr befindenden Mann ihren Vater wieder, der ebenfalls permanent versucht hatte, sich seiner Familie zu entziehen. Wie in ihrer Kindheit

war sie auch jetzt bemüht, ihre furchtbaren Ängste, von ihrem Mann verlassen zu werden und ungeliebt zu sein, mit klebriger Überfürsorglichkeit und Betulichkeit abzuwehren. Unaufhörlich versorgte sie mit angestrengter Geschäftigkeit ihren Haushalt und ihre Familie. Indem sie ihrem Mann, den sie dann zu ihren Kindern rechnete, alles abnahm, alles für ihn und die Kinder tat, lagen nahezu alle Aktivitäten in ihrer Hand, womit sie erreichte, daß nichts ohne ihre Kontrolle und Zustimmung geschehen konnte. Sie verwaltete und beherrschte ihre Familie und hielt sie so in totaler Abhängigkeit von sich. Sie konnte nicht verstehen, daß sich ihr Mann trotz ihrer von ihr so empfundenen aufopfernden Haltung noch mehr von ihr zurückzog; sie verstärkte dann ihre durch Angst motivierten Anstrengungen und trieb damit ihren Mann, der sich von ihr verfolgt und überwältigt fühlte, an den Rand der Psychose und des Selbstmordes. Seine panikartigen Fluchtversuche wollte sie nicht wahrhaben und konnte auf diese Weise ihren eigenen Anteil an dem oft katastrophalen Zustand ihres Mannes nicht erkennen. Diese Verleugnung machte auch erklärbar, warum sie seine dauernde Verweigerung und Ablehnung ihr gegenüber tolerierte.

Dieser jahrelang befürchtete Selbstmord, die Todesdrohung und die unbewußte Verlassenheitsangst lasteten als ständige aggressive Bedrohung über dieser Familie. Sie bestimmten die Atmosphäre, in der die Kinder aufwuchsen. Martin und Angela hatten eine sehr unterschiedliche Bedeutung für ihre Eltern, die ihre Ich- und Identitätsentwicklung entscheidend verschiedenartig prägten.

Für Herrn G. hatte die Beziehung zu seinem Sohn, die sehr eng symbiotisch war, eine lebenswichtige Bedeutung. Martin verkörperte sein ideales Selbst: er projizierte in ihn und erwartete von ihm alle Eigenschaften, die er bei sich selbst vermißte: Mut, Stärke, Unabhängigkeit, Durchsetzungsvermögen, Angstfreiheit, alles tun können. In der symbiotischen Beziehung war Martin derjenige, der seinen Vater trug, er verkörperte die Potenz seines Vaters. Eine Trennung von Martin hätte für den Vater Kastration bedeutet. So war der Vater psychisch darauf angewiesen, daß Martin die Rolle seines idealen Selbstes behielt und war ängstlich darauf bedacht, daß er nicht selbstständig würde und eigene Vorstellungen entwickelte, denn er befürchtete bewußt nichts mehr, als daß Martin ihn verließe oder ironisierte, was einer Vernichtung für ihn gleichgekommen wäre. Die Beziehung zwischen Martin und seinem Vater hatte aber auch noch eine sehr positive Seite. Martin liebte es sehr, wenn sein Vater mit ihm spielte, wenn sie gemeinsam bastelten, Maschinen zeichneten, Bücher ansahen oder Rechenaufgaben zusammen lösten. Dabei erlebte Martin seinen Vater als liebevollen Vater, der ihn ernst nahm. In einer positiven männlichen Identifizie-

rung mit dem Vater konnte er sich vor der Infantilisierung durch seine Mutter schützen.

In Martins Spielen wurden die vom Vater in ihn gesetzten unbewußten Erwartungen und Phantasien sichtbar. In den kindertherapeutischen Sitzungen baute und malte er Wundermaschinen, die Abenteuerliches vollbringen konnten. Er begeisterte sich an technischem Spielzeug und wollte, wie sein Vater, ein großer Erfinder sein. Menschen gab es in seinem Spiel nie. Wie eng symbiotisch er mit seinem Vater verbunden war, wo die Quelle seiner unbewußten Ängste lag, erfuhren wir bei einem Vorkommnis, als Martin ca. vier Jahre alt war. Sein Vater war zur vereinbarten Zeit im Kindergarten nicht erschienen, um ihn abzuholen. Daraufhin reagierte Martin besorgniserregend. Er ließ sich auf den Boden fallen, blieb dort schlaff und apathisch liegen, gab keine Antwort, schaukelte sich hin und her und bekam einen leeren, unbestimmten Blick. Martins Angst, vom Vater verlassen zu werden, hatte ihn physisch wie psychisch zusammenbrechen lassen.

Das symbiotische Bündnis mit Martin diente dem Vater als psychischer Stabilisator für sich selbst, aber auch als Schutz und aggressive Abwehr gegenüber seiner Frau. Mit Martin im Bündnis fühlte sich Herr G. vor den für ihn bedrohlichen Ansprüchen seiner Frau sicherer. In seiner Tochter Angela sah Herr G. seine Schwester, einer der wenigen Menschen, mit denen er angstfrei kommunizieren konnte. Angela war in der Familie die einzige, die jederzeit mit ihm sprechen konnte, die er immer in sein Zimmer einließ und die auf diese Weise die Rolle eines Boten und Vermittlers zwischen Herrn und Frau G. einnahm. Er liebte seine Tochter, weil er keine Angst vor ihr hatte. Es fiel uns auf, daß diese beiden Kinder, im Gegensatz zu anderen Kindern, deren Elternhaus durch Trennung der Eltern auseinander zu fallen droht, keine Anstrengungen unternahmen, ihre Eltern zusammenzuhalten. Die Kinder arrangierten sich in einer pseudofamiliären Situation mit der Getrenntheit ihrer Eltern. Wir erklärten uns ihr ungewöhnliches Verhalten damit, daß sich beide Kinder an das Elternteil wandten, das sich ihnen als Liebesobjekt, oder besser als Pseudoliebesobjekt, anbot. Eine gemeinsame Basis der Familie, ein Familiengruppengefühl, das es gegolten hätte zu retten oder wiederzugewinnen, hatte es in dieser Familie nie gegeben. Für Frau G. waren die Kinder das sichere Band, an dem sie ihren Mann hielt. Es war ihr durchaus bewußt, was die Kinder für ihn bedeuteten, und daß er sie wegen der Kinder kaum verlassen würde. Sie brauchte beide Kinder sehr, Martin wegen seiner Fürsorglichkeit und Wärme für sie und Angela als ihr Ebenbild, ihr „eigentliches" Kind, das sie bestätigte und ihr Nähe und Zuwendung gab. Die Kinder hatten, wie bereits dargestellt, eine symbiotisch anklammernde Beziehung zueinander. Die-

ses Bündnis hatte sicherlich die Bedeutung, sich gegenseitig in der Atmosphäre permanenter Todesdrohung Sicherheit und Geborgenheit zu geben. Die unterschiedliche Bedeutung, die die Kinder in der pathogenen spezifischen Dynamik ihrer Eltern einnahmen, war für die verschiedenartige Reaktion auf den Tod des Vaters verantwortlich.

Als wir die Familie, unmittelbar nachdem uns Frau G. telefonisch den Tod ihres Mannes mitgeteilt hatte, zu Hause aufsuchten, lag Angela angstvoll an die Mutter geklammert auf ihrem Schoß, beide waren verstört und weinten fassungslos. Im Nebenzimmer spielte Martin scheinbar gleichgültig und unerschüttert mit einem Freund, so als wenn ihn die Todesnachricht des Vaters garnicht berühre, und er die Verzweiflung seiner Mutter und Schwester nicht wahrnähme.

Dieses unbeteiligte, emotionslose Verhalten blieb bestehen. Während Angela ihren Schmerz und den Vorgang des Autounfalls ihrer Kindergruppe mitteilte und dort intensiv kommunizierte, wie traurig sie sei, daß ihr Vater nicht mehr wiederkäme, berichtete Martin sehr wenig und abwehrend, als interessiere ihn der Tod des Vaters nicht. Vielmehr beschäftigte ihn der Zustand des zertrümmerten Autos. Er hampelte und kasperte herum und schloß sich in der Folgezeit viel enger an seinen Kindergartenfreund an. Er war unfähig, Gefühle, die den Tod und die Trennung betrafen, zu entwickeln oder mitzuteilen. Während Angela intensiv um ihren Vater trauerte und sich innerlich von ihm trennte — sie war später wieder fähig, freundliche Beziehungen zu anderen Männern herzustellen — blieb Martins passiv-abwehrende Haltung bestehen.

Angela konnte sich dank ihrer von ihren Eltern gewährten Ich- und Identitätsentwicklung den Gefühlen, die der Tod des Vaters in ihr hervorriefen, stellen und sich damit auseinandersetzen, ohne ihr Ich vor der drohenden Desintegration schützen zu müssen.

Martin jedoch stand im Zentrum des pathogenen Familienkonfliktes. Ohne seine Bedürfnisse nach eigener Entwicklung wahrzunehmen, benutzten ihn beide Eltern zu unbewußter Angstabwehr und hielten ihn in symbiotischer Abhängigkeit fest an sich gebunden. Er konzentrierte in dieser Rolle, die er in seiner durch unbewußte Spannungen und Ängste zerrissenen, in ihrer Dynamik erstarrten Familiengruppe einnahm, alle zusammenhaltenden, stabilisierenden Funktionen in sich.

Als Martin begann, sich mit Unterstützung der Kindertherapie aus dieser Rolle zu lösen, reagierte der Vater paranoisch. Im Mittelpunkt des Konfliktgeschehens stehend, hatte Martin von frühester Kindheit an die unbewußte Verlassenheits- und Trennungssituation intensiv traumatisierend erlebt, was sich in seinem Apathiezustand im Kinder-

garten dargestellt hatte, als seine unbewußten Befürchtungen, vom Vater verlassen zu werden, Realität zu werden drohten. Die damals erlebte physische und psychische Desintegration wehrte er nun bei der Realität des Todes als extreme Aggression des Vaters und existentielle Bedrohung seines schwachen Ichs mit archaischen Abwehrmechanismen ab, die ihn in ihren Auswirkungen unbeteiligt und unerschüttert erscheinen ließen, nämlich mit Verleugnung des Todes und Überidentifikation mit dem Vater als Aggressor; eine wirkliche Trennung von ihm fand jedoch nicht statt. Zugleich verlor er aber auch in ihm sein positives männliches Identifikationsobjekt. In seinem Verhalten zeigte er in der Folgezeit Eigentümlichkeiten, die die nicht vollzogene Trennung signalisierten. Auffallend war die Veränderung, die in der Beziehung zu seinem Freund Patrick stattfand. Das Bündnis der beiden Kinder fiel dadurch auf, daß sie gemeinsam sehr stark auftraten, alle Spielaktionen, d. h. Kommunikationen in ihrer Kindergruppe, mutwillig zerstörten, jeder für sich allein aber hilflos und ängstlich war. Ganz offensichtlich fand hier eine Wiederholung statt, die sofort an die Dynamik der Vater-Sohn-Beziehung erinnerte. Martin war der Dominierende, plante bösartige Unternehmungen, ließ sie aber dann von Patrick ausführen. Wenn die Streiche aufkamen, zog sich Martin zurück und ließ seinen Freund im Stich. In der Identifikation mit dem Vater stellte Martin in der Rollenumkehr die sado-masochistische Beziehung zu seinem Vater mit seinem Freund wieder her. Wie in einem Bündnis mit seinem Vater hatte aber auch diese Beziehung einen freundlichen, positiven Aspekt. Martin und Patrick spielten sehr schön miteinander. Sie wurden von ihren Spielkameraden darum beneidet, jeder wollte mitspielen, was Martin und Patrick jedoch ängstlich abwehrten, da ja auch dieses Bündnis ein Schutzbündnis war gegenüber der Kindergruppe als aggressiv erlebter Mutter.

In den kindertherapeutischen Sitzungen wurden wir nach dem Tod des Vaters von Situationen überrascht, die durch eine eigenartige schwebende Atmosphäre und ein manoides Verhalten Martins gekennzeichnet waren. Diese Situationen traten sehr plötzlich auf, nämlich immer dann, wenn Martin Maschinen mit Bausteinen konstruierte oder malte und darüber sprach. Die Therapeutin hatte in ihrer Gegenübertragung dann ein traumhaft-euphorisches Gefühl. Es entstand vor ihr ein irreales, turbulentes Maschinengewirr, in dem Martin der absolute Herrscher war und das er fantastisch funktionieren ließ. Sie hatte damals den Eindruck, mit Martin eine symbiotische Beziehung, die die spezifische Qualität der Beziehung zu seinem Vater hatte, eingegangen zu sein, in der Martin in der Identifikation die Rolle des Vaters einnahm und die Therapeutin selbst die Martins. Sein manoides Verhalten — sein Gesicht zerfloß quasi in breitem Strahlen, er zappelte vor Vergnü-

gen und redete sprudelnd vor sich hin — zeigte seine fantasierte Wiedervereinigung mit dem Vater, dessen Tod er total verleugnete.

Erst nach zweijähriger kindertherapeutischer Behandlung mit viel intensiver Zuwendung wurde es ihm möglich, sich mit einem männlichen Kindertherapeuten aktiv auseinanderzusetzen. Nachdem er ihm lange Zeit passiv abwehrend aus dem Weg gegangen war und ihn durch seinen Freund bekämpft hatte, kam es zu einer heftigen verbalen Auseinandersetzung, in der ihn Martin, vor Zorn auf den Boden stampfend, anschrie, er ließe sich von ihm keine Vorschriften machen; seine Gruppe unterstützte ihn dabei und der Therapeut akzeptierte diese aggressive Abgrenzung. Nach dieser aktiv-aggressiven Auseinandersetzung wurde es Martin möglich, mit dem Therapeuten über seinen Vater zu sprechen, als er z. B. meinte, daß die Hände des Therapeuten ebenso wie die Hände seines Vaters röchen.

Seine Ich- und Identitätsentwicklung hatten nach dem Tod des Vaters mit Hilfe der Kindertherapie eine nachholende Entwicklung erfahren, so daß es ihm nun möglich wurde, mit der aktiven Auseinandersetzung und Trennung und der Bearbeitung der Aggressionen zu beginnen, ohne das Risiko einer Desintegration seines Ichs einzugehen.

Zwei weitere Begebenheiten, die wir in der gleichen Zeit bei Angela und Martin beobachten konnten, zeigte die unterschiedliche Verarbeitung des Vaterverlustes der beiden Geschwister: Angela fuhr mit ihrer Kindergruppe im Bus, wo sie Zeuge eines gerade noch verhinderten Autounfalls wurden. Die Kinder erinnerten dazu den Unfall von Angelas Vater und erkundigten sich nach den Gefühlen, die sie damals gehabt hatte. Angela bestätigte, wie sehr sie damals traurig gewesen sei, und beschrieb die Szene, wie ihre Mutter sie getröstet hatte. Die Kinder diskutierten dann sehr bewegt, was wohl schlimmer sei, der Tod des Vaters oder die Trennung von ihm durch Scheidung der Eltern, eine Situation, die eine Reihe der Kinder kannten, und kamen gemeinsam zu dem Schluß, daß beides schlimm sei, daß aber der Tod das Schlimmste sei und zeigten starkes Mitgefühl für Angela, die ernst und gefaßt an der Diskussion teilnahm.

Martin hatte bei einem Ausflug mit seinen Spielkameraden eine tote Taube gefunden, deren Anblick ihn in einen euphorischen Zustand versetzte. Er beschäftigte sich aufgeregt zappelnd und hektisch eine Stunde lang wie unter Zwang stehend damit, die Taube zu begraben und ihr Grab zu schmücken. Dazu stellte er seine Spielkameraden an, die als einfache Handlanger seine freudige Erregung nicht teilten. Er beschwerte die Erde, unter der die Taube lag, mit einem großen Stein, steckte Blumen und ein Kreuz auf das Grab und setzte folgende Inschrift darauf:

„Piepmatz Taube gestorben und begraben am ..." und schrieb seinen Namen darunter. Martins aufgeregter, hektisch-euphorischer Zustand zeigte an, wie sehr ihn die Konfrontation mit dem Tod bewegte und angriff und machte ganz deutlich, daß es sich bei dieser Beerdigung um einen Bewältigungsversuch handelte, sich von seinem Vater zu trennen, den er hier, symbolisiert in der Taube, wie ein Totemtier beerdigte und eine Rückkehr durch die Beschwerung des Grabes mit einem Stein zu verunmöglichen suchte. Seine Freude dabei drückte aber auch seine Erleichterung aus, dem Vater Ruhe lassen zu können, aber auch selbst durch die Befreiung von ihm, die er in dieser Auseinandersetzung vollzog, von ihm in Ruhe gelassen zu werden. Es war seine eigene Auseinandersetzung mit dem Tod des Vaters —, des Vaters, den er nun selbst für sich begrub.

Ähnlich wie im Beispiel von Martin, für den die Taube, die er begrub, seinen Vater darstellte, taucht im Spiel von Kindern häufig ein Tier als unbewußt gesuchtes Objekt auf, um Trennungsängste, Verlassenheitsangst und die Beschäftigung mit dem Tod auszudrücken. Wie die Beschäftigung mit dem Spielmaterial (mit Puppen, Tieren und anderen figürlichen Darstellungen) unbewußte Konflikte aufzudecken vermag, die dann der Bearbeitung zugänglich werden, stellt hier das Tier eine Brücke zu den Gefühlen des Kindes dar, die es wegen seiner noch nicht abgeschlossenen Ich-Entwicklung oder wegen bestehender Trennungsängste nicht direkt auszudrücken und zu bearbeiten vermag. Das emotional stark besetzte Tier tritt dabei an die Stelle des verstorbenen oder durch Trennung nicht erreichbaren Liebesobjektes. Ebenso wie in Träumen werden Ambivalenzkonflikte und archaische Ängste hier an einer Tiergestalt dargestellt. Inwieweit dabei eine phylogenetische, archaische, unbewußte Überlieferung eine Rolle spielen könnte, im Sinne eines „kollektiven Unbewußten", soll hier nicht diskutiert werden.

Fest steht, daß der Tod eines geliebten Objektes oder die Vorstellung seines Todes oder Verlustes häufig von dem noch unfertigen Ich des Kindes abgewehrt und auf eine weniger bedrohliche Ebene verschoben wird, in der das Ich des Kindes nicht von Desintegration bedroht ist und sozusagen Herr der Lage bleibt. So bietet der Tod oder der Verlust von Tieren Kindern die Möglichkeit, mit Hilfe von Verschiebungsmechanismen das Todesproblem zu bewältigen und damit verbundene Ängste und Konflikte auszudrücken.

Die verschiedenen Bewältigungsversuche können jeweils als Anzeichen dafür genommen werden, inwieweit das Ich des Kindes von Vernichtungs- oder Verlassenheitsängsten bedroht ist, oder inwieweit sein Ich integriert genug ist, um Trennungen und einem endgültigen Verlust begegnen zu können und echte Trauerarbeit zu leisten.

Das Beispiel von Mario, einem Jungen von sechs Jahren, zeigt, wie die Gefühle zum Tod eines Lieblingstieres aus Verlassenheitsangst und Ambivalenzkonflikten verleugnet werden mußten und diese Reaktion dann dazu führte, daß Mario eine Kindertherapie begann. Mario hatte von klein an seine Eltern mit anderen teilen müssen. Auf diese Personen war er unbewußt eifersüchtig, hatte sie aber zugleich auch gern. Seine Mutter war in seinen ersten Lebensjahren mehrmals lebensgefährlich erkrankt und die Eltern hatten häufig über Tod und Trennung gesprochen. Auf den Tod seiner kleinen Katze, die auch von den Eltern sehr geliebt worden war, reagierte er unerwartet mit Kälte und Gleichgültigkeit. Er brüstete sich in der Schule mit dem ihm zugefügten Leid, ließ sich narzißtisch feiern und bedauern und zeigte keine Gefühle echter Trauer. Als die Katze begraben wurde, stieß er mit dem Fuß gegen ihren Körper und äußerte zugleich auch Angst, sich an dem Leichengift vergiften zu können, d. h. auch sterben zu müssen. Mario gab mit seinem Verhalten zu erkennen, daß sein Ich zu schwach war, den Tod und den Verlust des Tieres, mit dem er die Eltern, sich selbst und die Bezugspersonen der Eltern identifizierte, anzuerkennen und zu verarbeiten.

Die frühen Ängste Marios, seine Mutter durch Krankheit zu verlieren, hatten sich hier im Alter von sechs Jahren bei Beginn der Schule und Loslösung aus der engen Familienbeziehung, verbunden mit ödipalen Konflikten, verstärkt gezeigt und waren in seiner Gefühlsabwehrhaltung erstmalig zum Ausdruck gekommen. Seine Verlassenheits- und Vernichtungsangst wurde durch ein perfektes narzißtisches Abschirmmanöver abgewehrt, das seine Umgebung auf diese latenten Ängste aufmerksam werden ließ. Während Mario in der daraufhin begonnenen Kindertherapie mit dem Material des Scenobaukastens wortlos seine ganze Familie und sich selbst in der Gestalt eines Babys in einem Grab, das aus einem weichen Fell bestand, beerdigte, und zwischen Darstellungen von Aggression und Wiedergutmachung hin und her schwankte, konnte er nach einem halben Jahr Therapie die Beschäftigung mit der Angst vor dem Tod und Verlassenwerden, allerdings in der Verneinung, aussprechen: Als die Mutter wieder, allerdings leicht, erkrankt war, baute er ein Haus und daneben ein Gebilde, das die Form eines Bettes hatte. Dazu sagte er der Therapeutin, sie solle dabei aber nicht an ein Katzengrab denken. Als sie dann erwiderte, daß er ja selbst daran gedacht hatte, nickte er ernst und erinnerte den Tod seiner Katze und äußerte den Wunsch, eine ähnliche Katze wiederhaben zu wollen. Diese beginnende bewußte Beschäftigung mit dem Tod in der Verneinung zeigte, daß die unmittelbare Bedrohung durch das Verlassenwerden für Mario schwächer geworden war und daß er mehr Zutrauen zu sich selbst und mehr Vertrauen zu anderen gewonnen hatte. Er baute dann mit allen Tieren des Scenokastens eine Tiergruppe, die in einem nestartigen Gebilde gemütlich

alle dicht aneinandergedrängt zusammensaßen, wobei kein Tier ausgeschlossen war, wie er betonte.

Das Verständnis, das Mario in der Therapie und bei seinen Eltern für seine Ängste bekam und die Kontaktmöglichkeiten, die er in der Schule fand, führten zu einer nachholenden Ich-Entwicklung, die ihm die allmähliche Loslösung aus der symbiotischen Anklammerung an seine Eltern ermöglichte und ihn ein eigenes Tätigkeitsfeld und eine eigene Gruppe in der Schule finden ließ, zu der er sich zugehörig fühlte, wie er es in seiner Darstellung der Tiergruppe gezeigt hatte.

Susanne, ein Mädchen von 4 Jahren, deren Mutter sie bis zum Alter von zweieinhalb Jahren gestillt hatte, die an einer Wachstumshemmung litt und besonders auffällige Gruppenschwierigkeiten zeigte, konnte sich aufgrund der überfürsorglichen, besitzergreifenden Haltung ihrer Eltern nicht ohne Angst und Schuldgefühle von ihnen lösen. Ihre Ängste, die Symbiose mit den Eltern zu verlassen, drückte sie aus, als ihr Meerschweinchen starb. Sie zeigte eine starke Betroffenheit und Trauerreaktion, die aber noch monatelang andauerte. So hielt sie jeden Erwachsenen, den sie im Vorbeigehen traf, an und berichtete mit einer von Angst und Erregung gepreßten Stimme, aber ohne weiteren Kommentar, und ohne Traurigkeit zu zeigen, daß ihr Meerschweinchen gestorben sei. Antworten und Anteilnahme der Erwachsenen nahm sie nicht wahr und lief weiter. Sie befand sich dabei wie in einem Art Trancezustand. Für ihren unbewußt als aggressiv empfundenen Wunsch, die Symbiose mit den Eltern zu verlassen, erwartete sie, mit Liebesverlust und Trennung bestraft zu werden. So hatte die Realität des Todes ihres Meerschweinchens sie in einen panikartigen Angstzustand versetzt, in dem sie jeden Erwachsenen wie um Hilfe rufend ansprechen mußte. Aus Angst, die Mutter dadurch endgültig zu verlassen und zu verlieren, brach sie dann den Kontakt mit den Erwachsenen abrupt wieder ab und zog sich emotional zurück.

Beate, die im Alter von 5 Jahren wegen eines Ortswechsels endgültig von ihrer Großmutter, die für sie die gute Mutter darstellte, getrennt war, reagierte darauf mit starker Depression, Todes- und Verlassenheitsängsten. Sie identifizierte sich dann mit allen gestorbenen Tieren, die sie fand und machte es zu ihrer Lieblingsbeschäftigung, sie zu begraben, indem sie liebevoll geschmückte kleine Gräber errichtete, die nestartigen Charakter hatten. Hier wierderholte sie an den toten Tieren die liebevolle Zuwendung, die sie von ihrer Großmutter erfahren hatte, und um die sie jetzt trauerte.

Die Patientin R., eine 34jährige Frau, die mit multiplen psychosomatischen Beschwerden in therapeutische Behandlung kam, hatte ihren Vater, der als begeisterter Soldat im Krieg umgekommen war, garnicht

kennengelernt. Als ihre ständig kränkelnde, depressive Mutter Selbstmord beging, weil sie den Anschluß an das normale Leben nicht mehr fand, verlor die damals achtjährige Patientin das Bewußtsein, bekam hohes Fieber, aber ohne organischen Befund. Sie reagierte aufgrund der von ihr lange gehegten Befürchtung, ihre Mutter könne auch noch sterben, mit körperlicher Desintegration und totaler Verleugnung. Die Möglichkeit der Kommunikation über ihren Schmerz war in ihrer gefühlskalten Umgebung nicht möglich, weil diese der Mutter Vorwürfe machte und auch unbewußte Schuldgefühle verdrängen mußte. Die Patientin, die häufig allein gelassen wurde, weil sie sich autistisch schweigend zurückgezogen hatte, warf eines Tages ein Kaninchen, das sie vorher liebevoll gepflegt hatte, wie unter Zwang stehend, ins Wasser, sodaß es ertrank. Hier wiederholte sie an dem Tier, was ihr von Erwachsenen angetan worden war und worüber sie nie hatte sprechen können. Als sie diese Begebenheit in der therapeutischen Gruppe berichtete und weinte, verstand sie, daß sie dabei zugleich sich selbst, die Mutter und das kleine Kaninchen beweinte.

An diese Beispiele schließt sich die Fragestellung an, welche Bedeutung für Kinder das Begraben der Tiere hat. Stellt das Tier ein verlorenes Liebesobjekt dar, so müßte sein Begräbnis zumindest als Versuch einer Bewältigung der Trennung und als Anerkennen des Verlustes angesehen werden. Ein Toter, der nicht begraben ist, kann nach den Vorstellungen der Naturvölker und der Antike nicht zur Ruhe kommen. Solange er nicht begraben ist, lebt er im Zwischenreich der Lebendigen und Toten und stellt für die Lebenden zugleich eine ständige Bedrohung und Gefahr dar. Das Begraben der Toten (siehe Antigone) ist die oberste Pflicht der Hinterbliebenen. Dadurch ist ein Weiterleben nach dem Tode, das Eingehen in eine andere Welt und die Wiedergeburt des Verstorbenen gewährleistet. Ob das Bedürfnis von Kindern, Tiere zu begraben, auf der Verleugnung des Todes in Form einer Wiedergeburtsvorstellung beruht, oder ob dem der Wunsch zugrundeliegt, die negativen und gefürchteten Aspekte des Toten sozusagen unter die Erde zu verbannen, ist einer der vielen Diskussionspunkte, die sich bei der Bearbeitung dieses Themas ergaben.

Die Frage der therapeutischen Handhabung des Todesproblemes kann anhand der gegebenen Fallbeispiele kurz verdeutlicht werden. Welche Aufgabe hat der Therapeut, wenn das Kind, wie in den vorangegangenen Beispielen gezeigt wurde, den Verlust eines geliebten Objektes heftig verleugnet? Sollte er das Kind mit dem Verlust konfrontieren und es über seine Gefühle befragen, oder ist hier eine andere indirektere Haltung indiziert? Das Beispiel von Martin hatte gezeigt, wie er die Therapeutin durch indirektes Wünschen oder Gegenübertragungsmanifestatio-

nen zur Annahme der Rolle des verlorenen Objektes veranlaßte. Diese therapeutische Situation entspricht nicht einem Widerstandsgeschehen, sondern zeigt das Angenommenwerden der emotionalen Bedürfnisse des durch den Verlust geschwächten, ängstlichen Kindes. Wie *Regine Schneider* (1974) ausgeführt hat, muß der Therapeut in einer Situation, in der das gute Liebesobjekt fehlt, selbst die gute Mutter sein. Oder er muß, wie in diesem Beispiel, das verlorene Objekt darstellen und für eine Zeitspanne das Kind dadurch tragen. Anders gesagt, der Therapeut muß eine nachholende Ich-Entwicklung ermöglichen, seine Bejahung der Wünsche, Fähigkeiten und Interessen des Kindes diesem intensiv kommunizieren. Das Kind findet dann zu einer Rückbesetzung des Lebens und einer eigenen Identität und ist dann in der Lage, sich von dem introjizierten Liebesobjekt in einer nachholenden Trauerarbeit zu lösen.

Eine forcierte Konfrontation mit dem Verlust und Tod des Liebesobjektes, ohne die gleichzeitige ständige Unterstützung und Bekräftigung der Interessen und Ich-Funktionen des Kindes, führt unseres Erachtens zu einer Zerstörung des therapeutischen Bündnisses und setzt das Kind erneuten Verlassenheitssituationen aus. Eine zu starke Konfrontation gegenüber einem zu schwachen Ich kann zu autistischem Rückzug und Desintegration führen. Das erste Gebot für die hier beschriebene therapeutische Situation mit Kindern ist das Anerkennen und Annehmen der Angst und des emotionalen Defizits, das durch den Verlust eines Liebesobjektes im kindlichen Ich verursacht worden ist. Dazu muß der Therapeut sich allerdings eigener Trennungs- und Todesängste bewußt sein.

Zusammenfassung

Wir stellten die Hypothese auf, die wir anhand von Fallbeispielen zu belegen versuchten, daß ein Kind, dessen Ich- und Identitätsentwicklung durch seine umgebende Gruppe unterstützt und gefördert wird, zu echter Trauerarbeit, d. h. zu einer aktiven Auseinandersetzung mit dem Verlust des geliebten Objektes fähig ist. Die Fähigkeit zu trauern, korreliert stark mit einer gelungenen Ich- und Identitätsentwicklung. Da das Kind sich in einem unreifen Entwicklungsstand seines Ichs befindet, ist eine gelingende Trauerarbeit von existentieller Bedeutung. Kann es ein gutes Objekt internalisieren, so wird es dessen gute und negative Seiten unterscheiden und den Toten als einen Menschen in seinem eigenen Recht anerkennen. Das kommunikationsfähige Kind wird die Wunde des Verlustes wieder schließen können und mit einem reintegrierten Ich in der Lage sein, neue Objektbeziehungen aufzunehmen.

Ein Kind, dessen Ich- und Identitätsentwicklung jedoch durch seine Familiengruppe behindert und geschädigt wurde, kann sich den intensiven Gefühlen des Verlustes und der damit verbundenen Angst nicht stellen, ohne der Gefahr einer Desintegration seines Ichs ausgesetzt zu sein. Deshalb muß dieses Kind mit starker Abwehr reagieren. Es verleugnet die Angst und das Erleben des Verlustes und identifiziert sich mit dem verlorenen geliebten Objekt ohne sich aber wirklich von ihm trennen zu können. In seinem Verhalten wird es die nichtvollzogene Trennung anzeigen. Dieses Kind braucht besonders intensive Zuwendung und gegebenenfalls therapeutische Hilfe.

Young Children's Reaction to Death and Dying

Petra Schneider and Regine Schneider

The experience of death and dying is always connected with a group. How a group and its members meet the problem of death depends on its ability to communicate and on its identity as a group. For children, whose identity development is often hindered by an infantilizing attitude of adults, death remains one of the most striking taboos while the taboo of sexuality in society in general successively gets diminished.

Our observations with children of the Psychoanalytic Kindergarten, in therapy with children and in family therapy led us to the assumption that children react to death and separation according to their personality development very differentiated, showing a broad variety of expressions and ways of communication.

The experience of death is always preceeded by situations of loneliness and separation. The child's ability to confront a final loss caused by death of a loved person is closely connected with its basic trust and ego integrity depending on the intensity and precocity of early experienced separation from mother or other love objects.

While actively participating in separation processes, the child's building an own identity is enforced whereas being passively exposed to separation and loss, the child develops symptoms of separation anxiety, clinging attitudes towards persons, overidentification, idolization and denial. In the course of the personality development the acknowledgement of separation and death becomes frightfully avoided and defended against.

In order to demonstrate the different ways children cope with the problem of death, examples from the Psychoanalytic Kindergarten and child therapy are given which show, how close the child in its thinking

and emotional life connects death and separation. The sincere and profound mourning process on the one hand and the rigid defense and denial against feelings of loss on the other hand is shown by the description of a family's reaction to the suicide of the father which had over years been feared and expected. The son, being at that time six years old denied the death of his father with a kind of manic reaction and identified totally with the dead, while his younger sister was able to feel and express grief and pain. The children had entered the Psychoanalytic Kindergarten and then, as difficulties arose, successively started therapy. When the son started therapy, the father reacted to this loss of influence on his son and the changing family balance with a paranoic retreat, left his own therapy and had a car accident, which caused his death. The son, representing the ideal self to the father and being a stabilizer between his parents had not been able to develop an integrated self which would have been able to meet the loss of the father to whom he always had belonged and whose emotional needs he had to satisfy. Now he repeated his masochistic relation to his father in a reversal of roles in a destructive alliance with his boyfriend, whom he repressed and left alone when they were taken for account. A long time had to pass after he was able to communicate a memory of his father to his male therapist in group therapy, having had an aggressive dispute with him. The younger sister who had been mother's daughter and did not carry the heavy burden of keeping the father alive and whom the father liked with less ambivalence, was able to express deep concern over the loss of her father. Her ego-development had not suffered as much as that of her brother. The specific dynamics of this family had been determined by the isolation of each family member caused by the permanently pending question whether the father would come home or whether he was to commit suicide. The mother showed in this family situation a fatal helplessness and on the other hand overcontrol and overprotection. Aggression and open feelings were suppressed because of her fear of being left alone. Having with his dead father introjected a threatening and overwhelming unreliable object, the son used an archaic defense operation against the danger of the thanatotic object in himself and against ego-desintegration. His sister's grief reaction shows a more integrated ego having internalized a good and supportive object with her father. A child like this will, after the time of grief, be able to knit the open wound of loss and take up new object relations while the child denying the loss will show in its behaviour the omitted separation from the dead love object. This child needs intensive love and care and, if necessary, therapeutic help.

Other examples are given showing how the problem of death and separation gets displaced on animals and pets where the children also show a broad variety of attitudes. The child's undevelopped ego can

only confront the threat of death and final loss, if it has experienced security depending on the lack of traumatizing separations.

Literatur

Ammon, G. (1971): Zur Psychodynamik des Todes. In: Med. Welt (22) 575—578
— (1973): Dynamische Psychiatrie (Darmstadt: Luchterhand)
— (1974): Psychoanalyse und Psychosomatik (München: Piper)
—; *Hameister, H.-J.* (1975): Tod und Sterben als Identitätsproblem — Ich-psychologische und gruppendynamische Aspekte. In: Dyn. Psychiat. (8) 129—141
Anthony, S. (1971): The Discovery of Death in Childhood and After (New York: Basic Books)
Freud, S. (1900): Die Traumdeutung. Ges. W., Bd. II/III (London: Imago)
Graber, G. H. (1955): Zeugung, Geburt und Tod. Werden und Vergehen im Mythos und in der Vorstellung des Kindes (München: Goldmann)
Paiva, L. Miller de (1973): Abwehrmechanismen in der therapeutischen Gruppe. Die introjektive Identifikation mit dem thanatotischen Objekt. In: Dyn. Psychiat. (6) 238—246
Schneider, R. (1974): Das Borderline-Syndrom des Kindes. In: Dyn. Psychiat. (7) 109—125
Stern, E. (1957): Kind, Krankheit und Tod (München: Reinhardt)

Adressen der Autorinnen:
Petra Schneider
1 Berlin 19
Rönnestraße 28
Dr. med. Regine Schneider
4 Düsseldorf
Mannesmannufer 9

The Psychology of the Dying Patient**

Nicholas Destounis *

In der vorliegenden Arbeit weist *Destounis* auf die Verdrängung der Todesproblematik in der medizinischen Ausbildung hin und fordert eine Entwicklung dieser für den Arzt in doppelter Hinsicht schwierigen Aufgabe. Denn der Arzt muß nicht nur lernen, seine eigenen Reaktionen auf das Sterben zu verstehen, sondern auch diese unvermeidliche Erfahrung in alle Aspekte seines beruflichen Lebens integrieren. In diesem Zusammenhang sollte er sich bemühen, das natürliche Wirken des Todes und der Trauer sowohl dem Patienten, seinen Angehörigen und dem Klinikpersonal in seiner Bedeutung zu vermitteln und dem Verständnis zugänglich zu machen. Es ist deshalb das Anliegen des Autors zu zeigen, wie die Integrität des Sterbeerlebens als Trauer- und Trennungsprozeß in starkem Maße von soziokulturellem Hintergrund, Ich-Stärke und dem emotionalen Engagement des Arztes für den Patienten abhängt.

"The fear of death is more to
be dreaded than death itself"
Publilus

The concept of death has always been dealt with outside of the field of medicine. Indeed, only very recently the physicians began to express an interest in this unknown process which is beyond human understanding. Unfortunately, the physician and the young physician, to be are given no education concerning the approach and management of the dying patient and his family. Very often when the patient is dying the physician wishes he were uncertain or mistaken in his diagnosis at this moment. The physician, at this time, feels impotent and is confronted with an emotional suffering and agony.

Today, the physician should be capable of treating the dying patient as a unique psychosomatic and socio-cultural entity. In addition, his training must prepare him adequately how to handle with deep understanding the patient's family. All of us have experienced a fact, namely, that many patients who are aware of their approaching death, have met the hour with dignity, and a feeling of fullfilment and readiness. As physicians, however, we are concerned with a great number of patients who suffer unduly with reactions of fear and grief.

Freud (1925) believed that the fear of death arose from instinctual level but postulated a death instinct. *Caprio* (1943) on the other hand,

* M. D., Professor of Psychiatry and Psychology of the Albert Einstein College of Medicine of Yeshiva University and Pace University, New York, Professor of Neurology at University of Athens, President Hellenic Society of Psychosomatic Medicine

** Presented at the 1st German Regional Meeting of the International College of Psychosomatic Medicine (ICPM), September 22nd—26th, 1974, Schloß Weidenkam (Starnberger See near Munich)

in studying primitive cultures states, that "the fear of death and the wish for immmortality constitutes an essential reaction of all human beings".

The dying patient is confronted with stressfull situations such as physical suffering pain, helplessness etc. I should like to emphasize also here that the dying patient experiences a loss of mastery and he feels powerless and at the mercy of fate or God. Because of the above feelings he develops an inevitable defency which incapacitates him further. Death is a multifaced symbol and its meaning depends upon each individual's personality, age, cultural background etc.

Teicher (1953) in writing about "death anxiety neurosis" states that the fear of death is the basis of the "combat neurosis" and that it stems from the self-preservative instinct. He believes, that "no one is free of the fear of death, not even the most courageous soldier".

If we return to *Freud*'s (1925) life and death instincts, we could discuss this concept from the point of view of creation and destruction. *Freud,* repeatedly stressed, that the manifestations of the self-destructive instinct were never nakedly visible.

Freud also felt that primitive man, and perhaps the so called civilized man today in his unconscious mind, was by instinctive nature cruel, murderous and unrestrained by those forces which prevent other animals from killing and devouring their kind. According to *Wahl* (1959) the hostile and destructive impulses are universal. He claims, that "no child escapes forming hostile death wishes toward his socializers".

Young-Adolescent Patients

Young children with their limited reality sense, deny death's existence, to them it is reversible process and any attempt suggesting separation is denied. In addition, the life experience of pre-school children seems to confirm the reversibility of death (actor on TV is shot dead but he appears alive later on another program). Most children are afraid of painful medical procedures which may be anticipated with awe, panic and anxiety, but the child's reaction to the specific prospect of personal death does not complicate the treatment, unless anxiety and fear have been communicated to the child by his parents, older siblings, friends and the hospital's staff.

In addition, the young children regard death as a departure and a reversible, rather casual event. Furthermore, in the face of death of a parent, the youngster reacts with extreme resentment, for he feels of having been abandoned but at the same time feels himself responsible.

This feeling of responsibility arises from death wishes towards the ambivalently loved parent. In death the little child anticipates leaving his parents, siblings and friends in order to be with God or to join grand mother in heaven. But the child does not comprehend the meaning of permanent physical separation.

The child who is dying has a specific fear of not being with his mother and this fear creates a separation anxiety requiring frequently psychiatric consultations and treatment. The above mentioned separation anxiety can be prevented by allowing maximum visitations by his parents, siblings, friends with the reassurance that he will never be left completely alone. To the dying adolescent the meaning of death is understandable, but it is denied despite his capacity to grasp its depth. For the young adolescent the prospect of premature death brings despair by being deprived of the fullfilment of lifes expectations, dreams, and goals.

When an adolescent is dying from an acute illness or a car accident, he thinks, and friends too, that his death is a punishment by the authorities. The adolescent who is dying from a neoplastic disease asked himself "Why did this happen to me, what have I done to deserve his?"

The treating team must also be prepared to deal with a variety of conflicting emotional reactions which inevitably will appear as the adolescent is approaching death. The normal emotional reaction of a young adolescent to the prospect of personal death is anger and rage (to him death is a brutal interruption of life totally unacceptable), in other words, he refuses to accept it as reality.

Management and Approach

Before moving on to descussion of the proper management and approach of the dying patient, the concept of grief reaction will be introduced. According to *Lindeman* (1944), it is based dynamically upon the expected loss of an ambivalently loved person, and consists of a uniform, symptomatic picture including bodily distress, feelings of guilt, preocupation with the memory of loved ones, expressions of anger, and a diminished capacity to initiate activity. The duration of this reaction (several weeks to a few months) depends upon the mechanisms of replacement of anticipated loss, ambivalence, etc.

A. Patient:

The primary responsibility of the physician in setting several goals in his approach should be:

1. The relief of patient's emotional and physical symptoms.
2. The relief of separation anxiety (young child).
3. The succesful resolution of the anticipatory grief reaction and the prevention of the exaggerated or abnormal reaction.
4. The maintenance of an esoteric equilibrium and comfort so that he may live most fully his final days.
5. To inform the patient or not about his illness. This will depend upon: a. patient's personality structure; b. patient's ego strength; c. his strength of belief (religion); d. his reaction to illness and evidence of denial; e. nature of patient's organic illness; f. patient's relationship with his family, and their grief reaction. g. physician's establishment of a relationship with patient.

B. Family

The family mourning process starts when it becomes obvious that the patient is dying. Their first reaction to this process is to separate themselves emotionally from the dying patient. At this stage the physician and the treating team should introduce the following:

1. A therapeutic regimen with the members of the family with the emphasis upon relieving them from feelings of guilt anger, hopelessness, emotional pain, depression.
2. If a patient is dying from a chronic illness the approach should be in helping the family to adjust to a prolong mourning process.
3. The prolongation of the illness creates anger which is turned towards the patient and the staff; this situation requires special consideration otherwise it is soing to interfere with the proper treatment of the dying person.
4. In our culture, the death of the elderly is accepted as a normal process, but a fatal illness or an accident in the young is seen useless. Then the family begins questioning who has failed, and they tent to turn their anger towards one another expressing anxiety, guilt, etc. These feelings very frequently "block" any attempt for a meaningful therapeutic relationship with them. The physician, therefore, should exercise skill and understanding in this struggle. It is expected of him to engage in therapy those members of the family who can give a meaningful support to the young dying patient so that he can depart with dignity and less emotional pain.

C. The Treating Staff:

In the management of the dying patient the most difficult treatment problem is often not with the patient or the family, but with the treating staff, for they are:

1. Frequently emotionally attached and involved with the dying patient particularly with the young one.
2. They project their own individual reaction to the pragmatic meaning or death.
3. The team, at every level, reacts to any death situation with their normal age-appropriate emotional defenses to the anxieties of the death process.
4. They feel being a failure, and are angry because the patient failed them, too. The feeling of anger and rage is particularly intensive among the young nurses, interns, and residents who can't accept a defeat and who feel being caught in the middle between the indifference of the attending physician, and the emotional reaction of the patient and his family. A psychiatrist as a leader of the team should:

a) assist the staff to interact with the dying patient in a meaningful way and open communication with him; b) assist them overcome their emotional withdrawal by introducing a milieu approach; c) assist them with their mourning, separation anxiety, sadness, anger the same way as he does with the patient's family.

Die Psychologie des sterbenden Patienten

Nicholas Destounis

Die Todesproblematik wurde bisher immer außerhalb des medizinischen Feldes gesehen. Der Arzt, der sich angesichts des Sterbens seines Patienten überfordert und ohnmächtig fühlt, wünscht sich in diesem Augenblick oft, er könnte sich in seiner Diagnose getäuscht haben. Im Gegensatz dazu ist es das Anliegen des Autors zu zeigen, daß der Arzt in der Lage sein sollte, seinen sterbenden Patienten als eine psychosomatische und soziokulturelle Einheit zu sehen und in diesem Zusammenhang sowohl den Patienten selbst als auch seinen Angehörigen einen Zugang zum Sterbeerleben zu eröffnen.

Anhand der Beispiele sterbender Kinder und Jugendlicher wird dies Problem in seinen allgemeinen und spezifischen Schwierigkeiten aufgezeigt. Verleugnung und Schuldgefühle angesichts des Todes werden bei den jugendlichen Patienten besonders deutlich und sind nach Meinung des Autors zurückzuführen auf Todeswünsche gegenüber den ambivalent geliebten Eltern. Während das kleine Kind die Realität der permanenten körperlichen Trennung nicht verstehen kann und sich vor allem durch Trennungsangst von der Mutter bedroht fühlt, erlebt der Jugendliche den Tod als Bestrafung und reagiert mit Wut und Verzweiflung auf die brutale Unterbrechung seines Lebens.

Der Autor möchte mit diesen Beispielen zeigen, daß der Arzt flexibel und gemäß der Ich-Stärke und Persönlichkeitsstruktur seines Patienten auf diese Bedürfnisse eingehen muß, um es ihm zu erlauben, die letzte Zeitspanne seines Lebens möglichst erfüllt zu verbringen. Um dieses Ziel zu erreichen muß in ganz entscheidender Weise sowohl die Familie als auch das Klinikpersonal mit einbezogen werden. Der Arzt muß sich in diesem Zusammenhang um ein therapeutisches Bündnis mit den Angehörigen bemühen, das es auch den Familienmitgliedern erlaubt, über ihre Gefühle von Schuld, Wut, Hoffnungslosigkeit und Depression zu sprechen, denn nur so können auch sie sich von dem Patienten trennen und ihm diese Trennung ermöglichen. Das schwierigste Problem bildet jedoch die Zusammenarbeit mit dem Klinikpersonal, da dieses ebenfalls in der Beziehung zum sterbenden Patienten stark emotional involviert ist und aufgrund eigener Ängste starke Abwehrmechanismen aufbaut. Der Arzt muß deshalb genauso wie bei den Angehörigen die Trennungsangst, Trauer-, Wut- und Verzagungsgefühle, die beim Sterbeprozeß im Personal hervorgerufen werden, verstehen und bearbeiten, damit auch die Mitarbeiter der Station eine sinnvolle Kommunikation mit dem Patienten eingehen können.

Literature

Caprio, F. S. (1943): The Fear of Death in Primitive Societies. In: J. Crim. Psychopath. (5) 303

Destounis, N. (1972): Psychological Aspects of Young Dying Patients. In: Acta Neurol. Psychiat. Hellenica (22) 3—4

Eason, W. (1968): Care of The Young Patient who is Dying. In: Jama (4) 205

Freud, S. (1925): Thoughts for the Times on War and Death. Collected Papers, Vol. IV (London: Hogarth Press)

Lindeman, (1944): The Fear of Death. In: Am. J. Psychiat. (101) 141—148

Teicher, D. (1953): The Dying Patient. In: J. Nerv. Ment. Dis. (117) 234—243

Wahl, C. W. (1959): The Fear of Death; The Meaning of Death (New York: McGraw-Hill)

Author's Address:
Prof. Nicholas Destounis
Hellenic Society of
Psychosomatic Medicine
12, Lykavittou Street
Athens 136

The Meaning of Death in Psychodynamics of Medical Practice**

Adam J. Krakowski *

Die Psychodynamik der medizinischen Praxis setzt sich aus verschiedenen Faktoren zusammen, die sich einerseits im Vorfeld jener Motivationen bewegen, die den Arzt zur Wahl seines Berufes bestimmt haben, wie auf der anderen Seite in den Krankheitsfolgen und Todesängsten, denen der Patient ausgesetzt ist. Der Autor analysiert das Wechselspiel von Beziehungen und Übertragungsprozessen, die sich auf den Erfahrungsebenen der Patienten wie auch auf denen des Arztes selber vollziehen. Die Differenziertheit menschlicher Interaktionen in der alltäglichen medizinischen Praxis eines Arztes darf nicht als das irrationale Ergebnis zufälliger Begebenheiten hingenommen werden, die notdürftig in der Organisation von Konsultation und Indikation geordnet sind, sondern ist als rationale Einheit einer komplexen psychodynamischen Dimension zu begreifen, in der sich Arzt und Patient auf dem Hintergrund der Auseinandersetzung mit ihren jeweiligen Schicksalen begegnen.

In diesem Zusammenhang erkennt der Autor hinter den bewußten Beweggründen, sich aus persönlichen, sozialen und ökonomischen Interessen dem Arztberuf zuzuwenden, die Dynamik eigener unbewußter Todesängste, zu deren Abwehr und Bewältigung der Arzt nicht zuletzt die Kommunikation mit seinen Patienten benutzt. Im Leben des praktizierenden Arztes, wie in dessen vorbereitenden Prozessen von Berufswahl und Spezialisierung, ist die latente Tendenz erkennbar, unbewußte Bedürfnisse auszudrücken, die sich aus den Voraussetzungen der Ich- und Triebentwicklung des einzelnen Mediziners verstehen lassen. Dabei hat für den Autor die Problematik von Tod und Sterben und deren Verarbeitung in der Lebensgeschichte des Arztes paradigmatische Funktion für die Diagnostizierung all jener psychodynamischen Vorgänge, die im institutionellen Bereich der Kliniken, wie unter den Rahmenbedingungen der Facharzt- und allgemeinärztlichen Privatpraxen zu beobachten sind.

Throughout history, the medicine man has been highly esteemed for his professional achievements and ethical standards. To some degree this esteem arises from man's fear of pain and death and his hopeful trust in the doctor's omnipotence and omniscience to bring relief and cure. The doctor has also been expected to be totally devoted to his vocation. His preoccupation with any other interest has usually resulted in undeserved dismay (*Zilborg*, 1941). The idealization of the doctor still exists among our patients on an individual basis, but on the collective level our image is eroding, especially in advanced societies. This may be due to the loss of the intimate doctor-patient-relationship and the doctor's own apparent less than ideal dedication (*Stolfi*, 1973).

* M. D., Director Psychosomatic Unit and Chief, Division of Psychiatric Liaison and Research, Champlain Valley-Physicians Hospital Medical Center, Plattsburgh, N. Y.

** Presented at the 1st German Regional Meeting of the International College of Psychosomatic Medicine of (ICPM), September 22nd—26th, 1974, Schloß Weidenkam (Starnberger See near Munich)

Discussion of the psychodynamics of the medical practice should include considerations of the doctor vis à vis the patient. This paper, therefore, shall focus on such problems as the choise of vocation and specialty, the patient during his illness, the doctor-patient-relationship, and the nuances of the doctor-doctor-relationship. It will show that the meaning of death may be closely related to some these relationships.

The Choice of Vocation

The myth of complete devotion to the healing art has its counterpart regarding the decision to become a doctor. The idealized physician has always known his medical calling and has followed an undeviating course to attain this goal, regardless of sacrifices.

However, two questions regarding choice of vocation should be asked: 1. Does the future physician enter medicine as a result of vocational guidance or an accidental experience? 2. Is the decision made by virtue of a conscious choice or is he driven into the study to fulfill some unconscious needs?

A retrospective study made by several authors explores various conscious motivations. According to *Rogoff* (1958), the early (adolescent) deciders have fewer doubts and make fewer changes than the late deciders. In the former, parental support appears to be stronger while in the latter peer influences appear to be more pronounced. *Thielens* (1958) demonstrated that more medical students come from medical families than law students from law families. Medical students have more contact with medical people than law students with law people.

The comparison of medical students with dental students made in two separate inquiries by *Wylie* (1955) and *Land* (1961) revealed that the medical students have been more altruistic in choosing their profession and they seem to have been motivated by the following factors in this order: 1. serving others; 2. achieving independence; 3. increasing status and prestige; 4. making more money. In his review of autobiographies, *Karl Menninger* (1957 a, b) cites such motives as family tradition, submission to or defiance of parental wishes, challenge, and "escape from uncertainty, a chance to reduce mysteries to solid facts". *Menninger* states, that among the most important conscious motivations, which the doctor would deny if asked, are desires to show mercy, to relieve pain, to correct deformity and to preserve life.

But the choice of medicine as a vocation and of a specialty undoubtedly depends more upon unconsciously created psychological factors than on economic needs or ambitions. The vicissitudes of these intricate rela-

tionships have been explored by *Menninger* (1957 a, b), *Mercondes* (1960), *Nunberg* (1948), *Simmel* (1926), and *Wittkower* and *Stauble* (1972), who propose that the unconscious motivations are derived from infantile drives and conflicts which if satisfactorily resolved may lead to desirable qualities in the future healer, or if improperly resolved may create serious difficulties in his professional performance. The psychic processes of identification, narcissism, omnipotence, curiosity and sadism were explored.

Identification with the father physician, if successful, may resolve oedipal feelings and allow the future doctor to follow in his father's footsteps. It may, however, serve the purpose of outdoing the father, or achieving his defeat and destruction and gaining the favor of the mother. The oedipus-complex may also be resolved by becoming a doctor in defiance of the father physician who has not expressly wished his son to imitate him or when such a wish has been expressed by the mother. The unconscious wish to become a physician may come, of course, from identification with the mother who is perceived as a strong, loving, comforting, healing and reviving figure. The identification may be also with another doctor such as the family physician who is perceived as a saviour of the future doctor or another member of his family. The oedipus-conflict and fear of the father may be resolved through identification with the aggressor which may lead to feelings of omnipotence and omniscience that help the future doctor to carry out his role in society. But these traits may become distorted and/or may create improper personal and professional characteristics such as the inability to recognize and master one's own professional limitations. The falsely omnipotent physician may remain so narcissistic and vain that personal success becomes his primary goal and the patient's needs are disregarded.

The infantile instinctual drives are responsible also for the scientific endeavors of the future doctor. The doctor game which may help to overcome the fear of the father, also reflects curiosity about the genitals. A satisfactory resolution or sublimation leads to formation of scientific curiosity, but an unsatisfactory resolution may inhibit the positive formation of diagnostic interests and even the professional exploration of the patient's emotional and sexual life. The psychoanalytic interpretation well explains the doctor's compassionate attitude and his desire to help and to heal. Compassion literally means identification with the suffering person and supposedly stems from the doctor's reaction to guilt produced by aggressive and destructive impulses. Aggression may be resolved by successful sublimation, incomplete sublimation or even the need for expiation. The balance between sublimation and expiatory reparation leads to successful resolution but disturbances of this balance

may be responsible for the patient's becoming a victim of the healer's insufficient control over his aggressive and destructive sadistic impulses. On the other hand, the imbalance may cause guilt feelings and the expiatory need may lead to sacrificial gestures reaching masochistic proportions. In other instances the defense consists of pronounced passivity.

More recently an adaptational hypothesis has been furthered by *Kasper*'s (1971) theorizing that the choice of medicine as a vocation is a reaction to an unconscious fear of death. The doctor-to-be and his parents are supposed to possess certain set characteristics. As a young child, the future doctor may not resemble his father. He is bookish, curious about nature, appears physically weaker than other boys his age, seems to fear competition, feels physically inadequate and worries about the state and fate of his own body. He is said to be a child who is given special attention by the warm and highly protective ("seductive") mother. She strongly encourages him to become educated. His relationship with his father is supposed to be somewhat ambivalent. The father is described as rather aloof and distant, but strong and masculine.

The choice to become a physician is made when life events create fear of death. Once the choice is made, fear is counteracted by various mechanisms such as desensitization against symbols of death through the work on cadavers during early studies. The cadaver is the first "patient" who is easy to take care of because of his complete passivity and lack of untoward responses. During the clinical years such defenses appear as rationalization through an illusion of "scientific objectivity", an overemphasis on the organic framework, and even denial of the fear of death through the illusion of being a detached scientist. But the fear of dying is really never warded off or completely resolved. Throughout his professional career death is always threatening and the physicians wages a continuous battle against it through his healing interventions.

The writer's eclectic approach to the subject accepted both frames of reference, for both seem justified. Since the former analytic suppositions have been well explored by observations of many physicians subjected to psychoanalysis (*Menninger*, 1957 a, b), we decided to undertake a study which would explore the validity of the death-fear hypothesis and the attitudes towards special aspects of medical practice. Some data on this study were previously reported (*Krakowski*, 1972, 1973). Fifty physicians on staffs of four hospitals located in a rural area of northern New York were subjected to a structured interview consisting of one hundred questions regarding motivations for choosing the profession and the attitudes towards various aspects of medical practice. Another part attempted to elicit the conscious

and unconscious attitudes for choosing a specialty. The entire group, 49 males and one female, with a mean age of 40.2 years had an average duration of practice of 10.2 years. Twelve were foreign born and foreign educated but generally few dissimilarities were shown by both groups. There were nine general practitioners, seven candidates for specialties or partially trained and 34 specialists (one anesthesiologist, one EENT specialist, ten internists, four gynecologists-obstetricians, four pediatricians, three pathologists, three radiologists and eight surgeons).

On the whole the results were striking in some areas. The cumulative vignette of the future doctor, reviewed in retrospect, resembled closely the theorized one. The parental education seemed to have had no specific influence on the choise of vocation and specialty. Conscious identification with father physician was admitted to by only five out of those ten whose fathers were physicians. Fear of illness and death was present in the great majority during childhood and/or adolescence as a result of their own illness, exposure to danger or injury involving loss of vital organs, illness among parents or close relatives, effect of war, or in a few instances without describable cause. The majority were not persuaded by others to choose medicine and over one-half were early deciders.

The majority were terrified by symbols of death such as cadavers on first confrontation, but were promptly desensitized by subsequent exposure. The confrontation with patients during studies created pronounced apprehension and empathy combined with fear of responsibility and fear of harming the patient. This was less so in those whose parents were physicians or in those few who had worked in hospitals as orderlies or laboratory technicians. Internship created closer contact, greater anxiety, an increased sense of responsibility, some degree of identification and even depression, but also increased detachment, rationalization with the use of a "scientific" attitude, and slow desensitization. Residency continued creating a greater degree of anxiety in those who chose clinical subjects, though the defenses consisted of increased studying and seeking protection in various specialties where the responsibilities seemed lesser. Some rationalization was evident in the expressed feelings that certain people, notably the aged, must die anyway. The responders could accept severe illness and even dying in people with whom they did not identify or for whom they were not responsible.

The further exposure to death of the patient for whom the physician was responsible, left almost all with various degrees of anxiety and depressive feelings whether death was "natural" or by suicide. Fear, anxiety and irritability increased when the fault of the physician was implied or stated. Such mechanisms as desensitization, detachment and

rationalization were present in the minority only, and were exclusively claimed by non-clinical specialists. Anger was a universal defense when resistance to recommended treatment was present and it was severe when doubt in the doctor's knowledge, experience and judgment was implied. When the patient simply did not improve, anger was present in about one-half of the group and was projected upon the patient or members of the family and other physicians or nurses. On the whole it was obvious that personal reactions to the seriously ill and dying were almost never completely resolved by desensitization, detachment, denial or avoidance.

The Choice of Specialty

Karl Menninger's elaborations (1957 a, b) should be briefly reviewed. Pediatrics is chosen to resolve the early conflicts. Identification with the mother may lead to becoming a mother surrogate for the patient and migth be a result of having been mothered through a serious illness during the doctor's own childhood, an experience which is observed also in those who become internists and psychiatrists. Obstetrics gives a chance to gratify sexual curiosity; the strong identification with the mother leads to the function of delivery of the child to diminish the burden and the suffering as if to atone the pain caused one's mother during one's own birth. Urology is chosen by the "most unrepressed"; the penis is presumed to be the most important organ of the body, a factor revived from the phalic phase of the psychosexual development. Though impotence in the male is a recognized psychological disturbance, the urologic instrumentation is seen as a sort of psychological change which is useful, though it is recognized that it is a symbolic punishment, painful or not, which ameliorated the need for self-punishment. Surgery is a sublimated inflicting of pain for relieving suffering. Incomplete sublimation results in cruelty, for medicine affords a legitimate opportunity for the performance of unconscious sadism. Surgeons may experience unconscious guilt requiring repression and the constructive use of their skill. The surgeon is perceived as the omnipotent life saver by himself and others who seek his help in time of sickness. Dermatology is likened to psychiatry except that a dermatologist uses his eyes and the psychiatrist his ears to detect the problem. The lack of accumulated data on psychoanalytic treatment of the dermatologist makes the dynamics of this specialty not too well known. Psychiatry has been studied more thoroughly than any other specialty. Interest in the lonely, the eccentric and the unloved points to the same problems in those who choose it as a specialty. Voyeurism is obviously another factor but a lesser one than among other specialties even though the psychiatrist

is less fearful to admit to it. There may be a temptation to feel superior by engaging in life's more involved phenomena than those related to and stemming from ordinary bodily functions. But there ist also an ardent desire to correct other's erroneous attitudes about the mentally ill arising from the prejudicial thinking that mental illness is caused by sin.

In the writer's attitudinal study the choice of practice and specialty was shown to have been made on the basis of: 1. seeking protection from anxiety and responsibility; 2. interest in the subject; 3. identification with ego-ideals, usually instructors. The selection did not seem to be accidental or based upon parental identification, status seeking or reaction to the low educational level of the parents. Thus, protection from anxiety or responsibility was obvious in a pediatrician who could not accept confrontation with mentally deteriorated old people; in a gerontologist who could not stand the suffering of children, or a pathologist who could not perform certain medical procedures on living people. It was implied by a radiologist who preferred purely diagnostic work another pathologist who could not see himself sending bills to patients and had to be salaried; or obstetricians who were simply fond of young woman. Interest in the subject was seen mostly in internists who also claimed that they were repelled by the idea of becoming surgeons. They really abhorred the personality, the aggressivity and apparent sadism of surgeons they knew. At the same time they were obviously seeking protection from surgical procedures. Pediatricians, urologists, EENT and some internists were identified with other physicians, especially the clinical instructors, but again they deplored taking care of seriously ill people. Some surgeons admitted to the need for immediate results and most thought that surgery was an exact science. This conviction was echoed by all pathologists and radiologists. The need for immediate results was expressed by general practitioners, one of whom wanted to treat less severe cases and another wanted to be omniscient.

The Patient and his Illness

Except in some forms of mental illness, a person is not concerned about illness or its ultimate outcome, death, until he becomes seriously ill. During the early stages of illness, before the patient is confronted with very definite symptoms, some depressive-like symptomatology may exist (*Balint*, 1972). At this point according to *Wittkower* (1972), the person may suspect the existence of illness but is likely to promptly set in motion the mechanism of denial. Only the further persistence of illness, whose symptoms may still be latent, ushers in the anxiety which

in some instances is the only manifestation of the organic process. Even at this stage the patient may not be ready for the diagnostic confrontation. This phenomenon is frequently linked with family traditions and cultural factors. The psychological components may stem from problems related to his own, or another known person's previous untoward experience with doctors and hospitals. The mechanism of denial which occurs in many patients, even the seriously or critically ill, serves to negate the danger of dying or invalidism (*Cassem* and *Hackett*, 1971). It often occurs also in people who are well aware of the meaning of given symptoms and who would readily recognize such an illness in another. The patient may continue denying illness despite the confrontation with his doctor's diagnosis. Denial abruptly ceases when the patient is finally convinced of the correctness of the doctor's diagnosis. This may again lead to anxiety that may become quite severe, depending upon cultural factors and previous personal and social experiences. If anxiety is not properly utilized or becomes too severe, a subsequent, new denial appears, which may create negation of illness leading to consultations with other physicians at the risk of endnagering the previously satisfactory doctor-patient-relationship. This situation improves when the sick-role is accepted. The patient becomes resigned to the problem and enters a stage during which he is inclined to use the mechanism of desensitization and rationalization, increased religious life and support from the environment. The doctor's reassurance plays an important role during this stage of adjustment.

The psychodynamics of illness are concisely summarized by *Wittkower* and *Stauble* (1972): the sick person redirects his interest from the environment onto himself with resulting increased self-concern to the point of self-centeredness. Its degree depends upon such factors as: "1. the amount of constitutional narcissism, 2. the real or imagined seriousness of illness, 3. the nature of the illness, and 4. the organ affected". Disfiguring diseases and those affecting the eyes and genitals create more severe effects than those involving other organs. In some instances libido is redirected from without to the organ affected, with resulting appearance of symptoms that can not be ascribed to the original lesion and did not exist previously. Such symptoms are likely to persist when the true injury or illness has been cured. Illness not only creates traumatic narcissism but also increased demand for narcissistic gratification with resulting lowering of selfesteem, for the state of illness is not equal to the state of health in the community or society at large. The chronically ill and the disabled seek demonstration of acceptance and affection, or they become depressed because they feel guilty for being a burden to others. Guilt may also be due to awareness of aggressive meaning and the purpose of the illness. Rejection, real or

imagined, increases grief and mourning and leads to feelings of uselessness and depression.

The adaptional mechanism in chronically ill people utilizes phantasy substitution and regression. The former includes prolonged states of "happy" daydreaming; the latter may lead to actions characteristic of such severe behavioral regressions as fetal positions, childish temper tantrums, demand for special personal care on the hand and a blind childlike faith in the omniscience and omnipotence of the doctor, on the other. Faith may be potentiated by those in attendance, with resulting total passivity and submission of the patient. Regression may be further increased by the attitudes of the family members who manifest a genuine and vigorous concern, or by those who must disguise their own rejection. When the original illness is severe, regression facilitates withdrawal from an unbearable situation with which the patient can not cope, to a state of revived dependency. The latter is comparable to the one created by parental protective activity which wards off the child's helplessness with the omnipotent and omniscient doctor playing the role of a parental surrogate. Thus when recovery occurs the patient may feel himself "reborn" and "given a new life" by the doctor.

The Physician and his Patient

In the exploration of the factors involved in the practice of medicine the doctor-patient relationship must be considered first. This unique psychosocial interdependence determines the initial acceptance of the doctor and the patient and shapes all other aspects of treatment and management (*Krakowski*, 1971). Most of our knowledge on the subject stems from an understanding of the mechanisms of transference-countertransference. A clear and concise description of basic prototypes by *Szasz* et al. (1958) proposes three operational models: a. activity-passivity, b. guidance-cooperation, c. mutual participation.

In the activity-passivity model the physician performs for, or on the patient who remains an inactive recipient, as in anesthesia. In dynamic terms this model represents parent-infant relationship, except that the doctor acts with necessary detachment and uses little empathy. His competence, skill and fame are most important.

In guidance-cooperation the physician directs and the patient cooperates by obeying him. The activity is on both sides but the doctor performs the dominant role, for example, in the treatment of acute infection. The dynamic model may be interpreted as parent-child relationship in which, besides competence and skill, the doctor offers empathy and advice and the patient cooperates with gratitude.

And finally, the mutual participation represents an alliance of an empathetic doctor helping the patient to help himself, as in psychoanalysis, with a dynamic meaning of adult-adult relationship.

The visit to the doctor usually represents a desire for reassurance that there is nothing wrong with the patient or for magic intervention resembling parental performance, if the patient is found ill. The doctor is endowed by the patient with the degree of omnipotence directly proportionate to the seeming severity of his illness. A high degree of regression on the part of the patient as well as a strong belief in the doctor's omnipotence are needed to achieve the miracle of cure. The doctor must be mature enough to recognize these phantasy-motivated feelings, otherwise his judgment will be negatively influenced. But the failure to cure and the resulting rejection felt by the patient deflates the doctor's ego and creates anxiety in him. Such anxiety might have been responsible in the first place for the motivation to enter the study of medicine (*Kasper*, 1971). In some instances, however, the doctor may and should fulfill the role of the omnipotent-omniscient parent, provided he responds to the need of the patient and not to his own neurotic motivations and cravings. False motivations lead to improper recommendations and eventually to the collapse of the positive patient response in the doctor-patient-relationship.

The increasing complexity of the practice of medicine, following upon vigorous and unending research, has led to more diverse specialization and even super-specialization. To fulfill our professional tasks we must rely increasingly upon others through the process of consultation to compensate for our inherent limitations. In the writer's own consideration of the subject of the consultation process, the doctor-doctor-relationship was viewed as a triadic association in which the transference-countertransference phenomena are involved not only in the relationship between the patient and his physician, but also in the relationship between the consultee and the consultant and finally, between the patient and the consultant. We felt that this rather complicated alliance influences the process of consultation to a greater degree than do such real problems as availability versus non-availability of specialists or even the quality of their professional competence (*Krakowski*, 1971). We postulated that if the analytical formulations attributing the choice of medicine as a vocation to the unconscious fear of death are true, the degree of the doctor's struggle against death would depend upon the degree of his resolution of his fears. The more anxious physicians would have to struggle more vigorously and would perhaps attempt to accomplish all of their tasks alone. They would react with greater anxiety to failures in their professional tasks and their need for consultation

would be perceived as a defeat similar, if not equal, to the one created by the death of the patient. The entire problem would be particularly traumatic to the consultee, if the consultant himself poorly compensated, would want to take over the patient completely in order to satisfy his need caused by his own fear of death. On the other hand, the consultation may be considered safer than watching the patient get worse, with consequent mounting anxiety about his own fears and responsibilities.

The resume which follows summarizes the attitudes towards consultation obtained from the study previously referred to (*Krakowski*, 1972, 1973).

Attitudes towards Consultations

The majority of studied physicians requested consultations with other specialists for the sake of facilitating management. In this group consultation was mostly situation-oriented to help both the patient and the physician. Consultants were chosen for their competence, thoroughness, promptness of response, ready availability and their professional humility. Responders in this study divided the personal characteristics of consultants into those that involved the relationship to the requesting doctor and those which involved the relationship with the patient and his family. The great majority expressed considerable concern that the consultant might accuse them of inadequate handling of the patient, change their orders, ignore them, coerce them to accept ideas they oppose, or eliminate them in their own dealings with the patient. A similar degree of personal and professional sensitivity was displayed regarding the relationship of the consultant to the patient and his family. One-fifth completely avoided asking for consultation for fear that the consultant would find fault with the management of the patient.

Psychiatric Consultation

Negative attitudes towards psychiatry were expressed quite openly only by a minority of responders. A surgical superspecialist could not believe that mental patients could be cured and exactly one-half of non-clinical specialists expressed rejection of psychiatry as a specialty and felt that psychiatrists were weird and probably as sick their patients.

The exploration of the attitudes towards psychiatric patients showed that over one-half preferred to avoid them supposedly because of lack of knowledge, lack of understanding their suffering and lack of patience. Others admitted to being personally repelled or anxious. In general, the

majority of responders were against taking on the burden but were aware that they might develop anxiety as a result of their rejecting feelings, while others experienced anxiety on the basis of too strong sympathy which was different from the empathetic feelings caused by other patients. The majority of responders felt that there was no difference between psychiatric and non-psychiatric consultans but the remainder felt that psychiatric consultants were not readily available, were generally lazy and difficult to communicate with, and their reports were confusing.

Comment

There is little doubt that the decision to choose medicine as a vocation is more than accidental and that if vocational counselling is used, only the susceptible candidates could be persuaded. Susceptibility seems to be created by various unconscious psychic defenses of which one may be the reaction formation to the fear of death and the other caused by identification, narcissism, sublimated rage and curiosity. The choice of the type of practice or specialty may very well be related to the same mechanisms in that one may seek protection from repressed fears and above all the fear of death.

These problems have more than an academic significance, for they are also responsible for the way the physician handles his practice and adjusts in his relationship to his co-workers, especially as medical practice becomes more and more hospital-centered and the solo office practices may predictably soon have vanished. Anxiety awakened by the serious illness of the patient influences the doctor-patient-relationship, in the sense that the physicians who assume counterphobic attitudes when exposed to the danger of loss of a patient, do resort to consultations but even this defensive measure may create further complications as one's own feeling of competence is weakened. Rationalization and projection mechanisms may protect the ego but there remains a great sensitivity and fear that another physician may discredit the doctor in the eyes of the patient and endanger his relationship with the patient's family. Such fear may inhibit one physician from asking the help of another.

The results of the author's attitudinal survey support these assumptions. While one could only theoretically postulate the fear of death as the motivation for the choice of profession, the elaborations of the participating physicians regarding their reaction in the care of the seriously ill and dying patients seem striking.

Die Psychodynamik der medizinischen Praxis im Lichte der Triebentwicklung und des Todesproblems

Adam J. Krakowski

Die unbewußte Dynamik interpersoneller Prozesse in der medizinischen Praxis läßt sich erst dann hinreichend analysieren, wenn hinter den aktuellen Beziehungen zwischen Arzt und Patient oder den Ärzten untereinander, die lebensgeschichtliche Dimension erkannt wird, welche die Ursachen für die Wahl des Arztberufes und seinen Spezialisierungen wie — auf Seiten des Patienten — die Hintergründe der Erkrankung und ihrer Symptomatik bestimmen.

Die Berufswahl, die Tätigkeit des Arztes auszuüben, zeigt in ihrem Motivationsfeld bewußte und unbewußte Momente. Nach den Erhebungen von *Rogoff* (1958), *Thielens* (1958), *Wylie* (1955), *Land* (1961) und *K. Menninger* (1957) schwanken die bewußten Motive zwischen der altruistischen Tendenz, anderen zu helfen, mit Begründungen, die sich im Feld wirtschaftlicher Unabhängigkeit und denen des Status- und Prestigedenkens bewegen. Doch hängt die Wahl des Arztberufes sehr viel mehr von unbewußten psychologischen Faktoren ab als von ökonomischen oder gesellschaftlichen Interessen. Als unbewußte Bedingungen, Medizin zu studieren, mögen Auswirkungen gelten, die am Ende der ödipalen Entwicklung in der Spannung von Identifikation und Abgrenzung gegenüber einem Vater, der z. B. selbst Arzt gewesen ist, manifest geworden sind. Die den Ödipus-Konflikt charakterisierende Psychodynamik, wie Identifikation mit dem Angreifer im Sinne der Internalisierung und Abwehr von Über-Ich-Strukturen, Gefühle der Allmacht, Allwissenheit und der Schuld, in denen sich die ambivalente Beziehung zum Vater widerspiegelt, kehren im beruflichen Rollenbild des späteren Arztes wieder. Die Überidentifikation mit dem strafenden Vater, die im ödipalen Geschehen der Abwehr der Kastrationsdrohung diente, mag als individualgeschichtliches Element im Selbstverständnis des Arztes die Form rigider, autoritärer Charakterzüge annehmen, die zwar einem narzistisch besetzten Klischeebild wie ein Arzt sein soll, Genüge tun, den Patienten aber auf die Stufe des Untergebenen drängen. Eine konfliktuöse Arretierung der ödipalen Auseinandersetzung wird zudem in der Persönlichkeitsstruktur des Arztes Hemmungen entstehen lassen, die es verhindern, die emotionale und sexuelle Problematik des Patienten und deren Anteil am Krankheitsgeschehen zu verstehen. Aggressionen, Kontrollverlust, destruktive und sadistische Impulse dem Patienten gegenüber können die Folge unbewältigter Reste einer blockierten Triebentwicklung in der Psychodynamik des Arztes selber sein und damit eine erfolgreiche Behandlung des Kranken unerträglich belasten.

Weit mehr aber als die unbewußten Überreste der Triebentwicklung aus der Ödipussituation bestimmen die Reaktionen auf unbewußte Todesängste, Berufswahl, Qualität und Form der ärztlichen Praxis. Die Angst vor Krankheit und Tod, die ein Arzt bereits in seiner Kindheit abwehren mußte, kann auf der Ebene seiner beruflichen Existenz eine erneute Abwehr und Verarbeitung finden. Auch die Motive für die Facharztspezialisierung sind durchsetzt von den verdrängten Erinnerungen an eine mehr oder weniger traumatisierende Konfrontation mit dem Todesproblem und den aus der Kindheit zurückgebliebenen, eigenen psycho- und physiopathologischen Erfahrungen des einzelnen Arztes.

An dieser Stelle sieht der Autor Analogien zur Psychodynamik des Patienten und den unbewußten Bedingungen seiner Krankheit. Spiegelt die Identität des Arztes in ihren lebensgeschichtlichen Voraussetzungen eine spezifische Psychopathologie wider, die aus libido-ökonomischen Faktoren und Reaktionen auf Existenzverlust und Todesangst zusammengesetzt ist, so gilt dies in der Struktur ebenso für das Selbstgefühl und die Symptomätiologie des Patienten. Aus dieser Einsicht zieht der Autor den Schluß, daß die Analyse der Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse zwischen Arzt und Patient im Rahmen der ärztlichen Praxis für eine humane Organisation des medizinischen Betriebes und eine gelingende Kommunikation zwischen Arzt und Patient entscheidend ist. Dies ist aber nur möglich, wenn der Arzt in den psychodynamischen Hintergründen seines eigene Berufes das Moment der Todesangst wiederzuentdecken bereit ist, welches zu einem wesentlichen Teil auch die unbewußte Dynamik in der Leidensgeschichte seiner Patienten ausmacht.

Literature

Balint, M. (1972): The Doctor, His Patient and the Illness (New York: Int. Univ. Press)

Cassem, F. H.; Hackett, T. P. (1971): Psychiatric Consultation in a Coronary Care Unit. In: Ann. Int. Med. (75) 9

Kasper, A. S. (1971): The Doctor and Death. In: Feifel, H., ed.: The Meaning of Death (New York: McGraw-Hill)

Krakowski, A. J. (1971): Doctor-Doctor Relationship. In: Psychosom. (12) 11

— (1972): Doctor-Doctor Relationship II. Conscious Factors Influencing the Consultation Process. In: Psychosom. (13) 158

— (1973): Doctor-Doctor Relationship III. A Study of Feelings Influencing the Vocation and Its Tasks. In: Psychosom. (14) 156

Land, M. (1961): Motivating Factors in Choosing to be a Dentist or Physician. In: Tex. Dent. J. (79) 8

Menninger, K. (1957a): Psychological Factors in the Choice of Medicine as a Profession, Part I. In: Bull. Menn. Clin. (21) 51

— (1957b): Psychological Factors in the Choise of Medicine as a Profession, Part II. In: Bull. Menn. Clin. (21) 99

Mercondes, D. (1960): New Aspects of the Clinical Interview: Countertransference Difficulties. In: Psychosom. Med. (22) 211

Nunberg, H. (1948): Practice and Theory of Psychoanalysis. In: Nerv. Ment. Dis. Monogr. No. 74

Rogoff, N. (1958): „Youthful Deciders" Among Medical Students. In: Jaco, E. C., ed.: Parents, Physicians and Illness (Glencoe, Ill.: The Free Press)

Simmel, E. (1926): The Doctor-Game, Illness and the Profession of Medicine. In: Int. J. Psychoanal. (7) 470

Stolfi, J. E. (1973): Season for Reflection (Editorial). In: N. Y. S. J. Med. (73) 2859

Szaz, T. S.; Knoff, W. F.; Hollender, M. H. (1958): The Doctor-Patient-Relationship and Its Historical Context. In: Am. J. Psychiat. (115) 522

Thielens, W. (1958): Career Decisions of Medical Students and Law Students. In: Jaco, E. G., ed.: Patients, Physicians and Illness. aaO.

Wittkower, E. D.; Stauble, W. J. (1972): Psychiatry and the Role of the General Practitioner. In: Psychiat. Med. (3) 287

Wylie, W. L. (1955): Factors Motivating Choice of Profession. In: J. Dent. Educ. (19) 159

Zilborg, G. (1941): History of Medical Psychology (New York: Norton)

Author's Address:
Adam J. Krakowski, M. D.
Suite 103
210 Cornelia Street
Plattsburgh, N. Y. 12901
USA

Buchbesprechungen / *Book Reviews*

Paul Ludwig Landsberg
Die Erfahrung des Todes

Suhrkamp, Frankfurt am Main, 1973, 171 Seiten, DM 8,80

Paul Ludwig Landsberg reflektiert das Todesproblem als die Frage nach einer spezifischen Erfahrung, deren Stuktur und Tragweite er mit den Kategorien der philosophischen Phänomenologie aufzuhellen unternimmt, wie sie vor allem von *E. Husserl* und *M. Scheler* konzipiert worden ist.

Im Blick auf die bloße Phänomenalität ihres Existierens werden vernünftige Wesen dem Vergänglichen und Wahnhaften ihres von Trieben und Bedürfnissen gelenkten Daseins inne. Die philosophische Reflexion will sich nicht mit empirisch quantifizierenden Beschreibungen dessen begnügen, was ist und was in der Gegebenheit positiven Seins aufgeht, sondern hält Ausschau nach zeitlos bleibenden Wesensbestimmungen, welche die Wirklichkeit faktischer Lebenswelten begründen. Die vernünftige Subjektivität, die sich auf die Bewegung solchen Reflektierens einläßt und damit den Prozeß der Existenzerhellung mit der Bewegung wesenhaften Existierens vermittelt, erfährt im Leiden an der Phänomenalität des Daseins die Relativität einer irrational und unmenschlich entfremdeten Wirklichkeit. Dies drängt den Menschen, nach Möglichkeiten für jene Form der Selbstverwirklichung zu suchen, die das bloß Wirkliche auf die Identität einer schlechthin gültigen Wesenheit hin transzendiert.

An dieser systematischen Stelle der phänomenologischen Anthropologie setzt *Landsbergs* Analyse des Todesproblems ein. Die Wesensidentität hinter den austauschbaren und rasch wechselnden Identitäten eines flüchtigen Daseins ist der Ort, an dem sich für ihn die Todeserfahrung als Destruktion der erscheinenden Welt und der abgründige „Wesensgrund" als die alle Unwirklichkeit und Wesenlosigkeit durchbrechende Ermöglichung der Existenz begegnen.

Der Tod ist daher Gipfelpunkt einer metaphysischen Ordnung, in der die Vernichtung des physischen Lebens mit den Seinsgehalten einer fortschreitenden Aktualisierung menschlicher Personalität zusammentrifft. Insofern signalisiert der Tod das „Ewige im Menschen", — dies aber nicht nur in der Form einer mythisch entfremdeten Transzendenz, sondern als selbstergriffenes Prinzip der individuellen Verwirklichung menschlichen Personseins.

Nichts liegt *Landsberg* jedoch ferner, als etwa einer Philosophie des Selbstmords das Wort zu reden. Die den Menschen vor allen Lebewesen

gegebene Möglichkeit, sich zu töten, bedeutet für den Autor nicht, daß es gut sei — auch nicht unter extremen Bedingungen —, dies auch wirklich zu tun. In seinem Essay über „Das moralische Problem des Selbstmords" steht ihm die reine Möglichkeit, dem eigenen Leben ein Ende zu setzen, unendlich viel höher als allen ihren Realisierungen; es ist diese Möglichkeit selber, die das ontologisch fundierte Existenzial der Freiheit darstellt, in welchem menschlichem Dasein die einzigartige Qualität zukommt, hinter den Zwangsbindungen an objektive Seinsstruktur und an die subjektive Dynamik irrationaler Willkür die unzerstörbare Identität eines seiner selbst gewissen Existierens zu entdecken. Diese Möglichkeit bildet den Konvergenzpunkt, in dem Leben und Tod wesentlich eins sind.

Man kann mit Recht sagen, daß *Landsberg* diese Philosophie gelebt hat. Der Ordinarius für Philosophie mußte als Gegner des Nazismus und als rassisch Verfolgter in den Dreißiger Jahren aus Deutschland emigrieren, — zunächst nach Spanien, dann nach Frankreich, wo er am Kampf gegen den Faschismus teilnahm. Obwohl gläubiger Katholik, hat *Landsberg* den Selbstmord in Erwägung gezogen, um einer drohenden Verhaftung durch die Gestapo zuvorzukommen. Seine „Erfahrung des Todes" läßt aber ein Licht auf die Tatsache fallen, daß er schließlich auf das Gift verzichtete und sich entschloß, das Martyrium auf sich zu nehmen. *A. Metzger* hat in seinem Nachwort eindrücklich die enge Beziehung beschrieben, die im Leben *Landsbergs* zwischen persönlichem Schicksal und der gedanklichen Verarbeitung des Todesproblems bestand. *Landsberg* wurde im März 1943 in Südfrankreich verhaftet und starb am 2. April 1944 im Konzentrationslager Oranienburg.

Dieser biographische Hintergrund verleiht dem vorliegenden Essay über den Tod ein Gewicht, wie es nur für ein Denken gelten kann, dem schließlich der bewußt ins Auge gefaßte Tod zum paradigmatischen Kristallisationspunkt der eigenen Lebensgeschichte hat werden können.

Dennoch wird man an den theoretischen Ansatz *Landsbergs* die Frage stellen dürfen, ob die Problemebene von Tod und Sterben erst dann erreicht ist, wenn Leben und Tod in jene platonisch gedachte Dialektik eingehen, die beide Dimensionen sowohl in die Gegensätzlichkeit ihres Seins sich konfrontieren, wie andererseits in der transzendentalen Identität einer unverlierbaren Wesenssubstanz des Menschen zusammengehen läßt. *Landsberg* denkt diese Identität, die im eigenen geschichtlichen Sterben ihren Höhepunkt fand, selber ungeschichtlich. Daher kann er auch auf den Begriff eines Ichs im Sinne einer geschichtlich gewordenen und erworbenen Identität verzichten: Tod und Sterben sind nicht Ausdruck einer Identität, die die Gebrochenheiten des geschichtlichen Daseins bewältigt und auch der Sterbesituation einen geschichtsimmanenten Sinn

zu geben vermag. Für *Landsberg* geschehen Tod und Sterben wesenhaft dann, wenn das empirische Bewußtsein den Befangenheiten der Phänomenwelt, eben auch denjenigen konkreten Sterbens entwächst und sich mit der Ich-transzendenten, ewigen Natur im Menschen verbindet.

Die fundamentalontologische Fragestellung nach dem Wesen des Menschen und seinem Sterben steht aber von der Sache her in Spannung zu dem geschichtlichen Charakter des Problems. Diese Unausgeglichenheit in *Landsbergs* Analysen fordert an dieser Stelle eine Weiterführung der theoretischen Auseinandersetzungen; wissenschaftstheoretisch führt diese Schwierigkeit an die Perspektive heran, daß die Beziehungen von Tod und Identität, Sterben und Personsein offenbar nur im hermeneutischen Rahmen einer Dialektik von Wesensstruktur und Geschichtlichkeit zu begreifen sind.

Harald Knudsen (Berlin)

Kurt Eissler
The Psychiatrist and the Dying Patient
International Universities Press, New York, 1955, 235 Seiten, $ 3.45

Ausgehend von den drei Thanatologien der Zwanziger Jahre von *Heidegger, Ehrenberg* und *Freud* entwickelt der Autor den Begriff der Orthothanasie, im Vorwort charakterisiert als richtige, menschliche Realität verstehende Art zu sterben. Er will über Erkenntnisse aus Philosophie, Literatur und Tiefenpsychologie erhellen, welche Hilfe der Psychotherapeut dem sterbenden Individuum zuteil werden lassen kann.

Im ersten Teil des Buches setzt er sich, ausgehend von *Simmel,* der den Tod als eine formale Qualität aller Lebensphänomene beschrieb, über *Heideggers* ontologischer Analyse des Lebens als Sein zum Tode und dem von *Ehrenberg* auf dem Studium von Zell- und Gewebsdifferenzierung basierenden biologischem Grundgesetz, daß Leben ohne Tod nicht möglich ist, mit dem *Freud*schen Konzept des Todestriebes auseinander. Dabei wendet er sich gegen *Brun* und *Pfister,* die die Entstehung des Todestriebkonzeptes bei *Freud* mit dessen Erleben des ersten Weltkrieges und dem Beginn seiner Krebserkrankung in Verbindung brachten und weist nach, daß *Freud* schon 1913 in seinem Aufsatz über das Motiv der Kästchenwahl die ersten Ansätze einer Todestriebtheorie entwickelte. Dieses bleibt letztlich jedoch unverständlich, weil *Freud* gerade in diesem Aufsatz den Tod als regressive Vereinigung mit der Mutter beschreibt, eine Position, die er später in „Jenseits des Lustprinzips" zugunsten einer metaphysisch-physikalischen Spekulation aufgibt. Unberücksichtigt bleibt dabei auch *Freuds* fast magische Auseinandersetzung

mit seinem eigenen Todesdatum, wie sie aus den Briefen an *Fließ* und den Schilderungen *Schurs* hervorgeht, und seine Skepsis gegenüber der Konzeption des Todestriebes, die er selbst in der Fußnote (Band XIII, Seite 66) und dem letzten Abschnitt in „Jenseits des Lustprinzips" als Spekulation bezeichnet und weiterer klinischer Erfahrung ihre Bestätigung oder Korrektur anheimstellt.

Weiterhin werden in diesen ersten Kapiteln die Bedeutung des Lustprinzips, die Bedeutung von Ich-Struktur und Identität im Hinblick auf Tod und Sterben untersucht. Dabei stellt *Eissler* die Möglichkeit, Lust zu erreichen, als die Basis einer Ich-Strukturierung im Sinne einer Transformation des Lustprinzips zum Realitätsprinzip dar. Der Kastrationskomplex oder zumindestens dessen narzißtischer Anteil sei die Hauptquelle des männlichen Narzißmus. Er führt in diesem Zusammenhang den Begriff der Anaphasis nach *Jones* (1927) ein, der einen Zustand des völligen Fehlens jeder auch prospektiven sexuellen Lustempfindung, auch jenseits der Kastration, bezeichnet, und weitet diesen auf einen Zustand der allgemeinen Reizdeprivation, seien sie nun sexuell oder nicht sexuell, aus. Unter diesem Aspekt hat das Ich dann drei Möglichkeiten, seine Existenz zu behaupten. Es akzeptiert entweder die Nichtexistenz, um die Kastration abzuwehren, ein Zustand, der für die Perversion wichtig ist, in denen jede Lustempfindung unter Aufgabe der Genitalität nur in der Perversion möglich ist, oder die Kastration, um der Nichtexistenz zu entgehen, wobei alle nichtsexuellen Befriedigungen weiter möglich bleiben; oder es besteht auf Aufrechterhaltung aller Möglichkeiten des Lusterlebens, wobei es jedoch die Nichtexistenz der Psychose oder des Selbstmordes riskiert.

Die Ich-Entwicklung findet nach *Eissler* ganz im *Freud*schen Sinne im Spannungsfeld der durch die Realität frustrierten Triebe statt. Die durch die Frustration von Triebimpulsen entstandene Aggression wendet das Kind vor der Differenzierung von Innen- und Außenwelt gegen sich selbst, oder sie wird durch die Energie der frustrierten Triebe neutralisiert und steht dann in Form eines Reservoirs von neutralisierter Energie der Ich-Strukturierung zur Verfügung. Dieser Prozeß kann sowohl durch übermäßige Frustration als auch durch übermäßige Gratifikation gestört sein, woraus dann ein Mangel an Struktur oder eine Fehlstrukturierung des Ichs durch mangelnde Neutralisierung beider Energien resultieren kann.

Identität diskutiert *Eissler* als konstantes Erleben der eigenen Person selbst unter extremen Veränderungen der Außenwelt. Sie führt zu einer konstanten Wahrnehmung der Identität der Außenwelt trotz ihrer Veränderungen. Dieses ist die Voraussetzung jeden Handelns. Die extreme Störung der Identität der Außenwahrnehmung zeige sich in der Katato-

nie und in schweren Zwangsneurosen, in denen der Verlust des Gefühls der Identität der Außenwelt jedes Handeln in der Realität unmöglich macht. Der Tod sei ein Ereignis, welches das Gefühl der Identität schwer stören kann. Menschliches Handeln begreift *Eissler* dann entweder im Dienste einer Todesverdrängung, gerichtet auf die Aufrechterhaltung der Identität, oder um Unlust in Lust zu verwandeln.

Im Widerspruch zu dieser ganz auf *Freud*scher Theoriebildung beruhenden Auseinandersetzung mit Tod und Sterben stehen die drei großen Fallbeispiele, die den zentralen Teil des Buches einnehmen und das Bemühen des Autors zeigen, dem Patienten im Angesicht des Todes zu einer Selbstverwirklichung und Identitätserweiterung zu verhelfen. Ein Aspekt, der bei seinem sehr statischen Identitätsbegriff von ihm theoretisch nicht erfaßt werden kann. Schon in der Einleitung fordert *Eissler,* daß der Therapeut bei der Behandlung Sterbender sich mehr in die Rolle des Gebenden begeben soll, um so dem Kranken eine Partizipation am eigenen Leben zu ermöglichen.

Alle drei Patienten sterben an Krebs, und obwohl sich psychosomatische Überlegungen bei allen drei Fallbeispielen geradezu aufdrängen, werden sie von dem Autor ängstlich vermieden. Statt dessen findet sich eine ausführliche Diskussion des moralischen Masochismus im Sinne *Freuds.* Es werden Schicksale von Frauen geschildert, die ihr Leben entweder ihren Kindern, den Ehemännern oder der Aufrechterhaltung einer Fassade von Erfolg und Problemlosigkeit opferten in Vermeidung einer wirklichen Identität und erst durch ihre tödliche Erkrankung in ihrer Beziehung zum Therapeuten ihren regressiven Bedürfnissen nachgeben können. Ihnen ist *Eissler,* wie aus den Fallbeispielen deutlich hervorgeht, im besten Sinne eine die Bedürfnisse des Kindes verstehende Mutter und ermöglicht im Sinne eines Reparationsprozesses ein Sterben im Bewußtsein eigener Identität. Er übernimmt damit Funktionen, die den Patienten von ihrer Umwelt verweigert werden. Unter diesem Aspekt wird auch verständlich, weshalb der Autor die Bedeutung der Aufrechterhaltung einer positiven Übertragung besonders betont und in der Gegenübertragung sich gleichsam genötigt sieht, einen Teil seines eigenen Lebens dem Patienten als Geschenk zur Verfügung zu stellen. Neben der Gegenübertragung diskutiert er im dritten Teil des Buches auch die Schwierigkeiten der partiellen Identifikation mit dem Kranken und die daraus entstehenden Ängste des Therapeuten. Analog zu *Aichhorn,* der einmal sagte, daß nur ein verhinderter Delinquent einen Delinquenten behandeln kann, fand er sich häufig in einer Situation, in der er selbst das Gefühl hatte, daß ein Sterbender einem anderen Ratschläge gibt, ein Phänomen, das sicherlich erst auf dem Boden einer Konzeption von psychotischer oder präödipaler Übertragung verstanden werden kann.

Aber gerade Konzepte von Psychosomatik und Psychosentherapie werden in diesem Buch nicht genannt, obwohl *Eissler* gerade in den Fallbeispielen ein extremes Einsteigen in die Psychosentherapie zeigt.

Es entsteht der Eindruck, daß dieses Buch, in schwarzem Leinen gebunden und mit goldenen Buchstaben spärlich beschriftet, eine Identifikation mit dem Tode darstellt, die wohl Analog der Entstehung des *Freud*schen Konzeptes des Todestriebes zu verstehen ist. Tod wird als innerpsychisches Geschehen analysiert und losgelöst vom Gruppenbezug, Individualisation erscheint lediglich als innerpsychisches Geschehen und Gruppenzugehörigkeit, als wesentlicher Aspekt menschlicher Identität, wird nur in der Auseinandersetzung mit Massenphänomenen diskutiert. Die gesellschaftliche Realität der kollektiven Verdrängung des Todes, ein wesentliches Problem vor allen Dingen der modernen Intensivmedizin, wird nur am Rande gestreift.

Besonders lesenswert erscheint das Buch wegen seiner intensiven Auseinandersetzung mit *Freud*scher Theoriebildung, den ausführlichen Fallbeispielen, deren Problematik von dem Autor mit einer beispielhaften Selbstkritik und -reflexion durchdiskutiert werden sowie sehr interessanter Verbindungen zu Literatur und Philosophie.

Winfried Schibalski (München)

Elisabeth Kübler Ross
Interwiews mit Sterbenden
Kreuz-Verlag, Stuttgart, 1969, DM 5,80
dies.
Was können wir noch tun?
Antworten auf Fragen nach Sterben und Tod
Kreuz-Verlag, Stuttgart, 1974, DM 15,80

Die Autorin, eine schweizerische Psychiaterin, führt seit Jahren in den USA mit Medizinstudenten und Pflegepersonal Seminare durch, um diesen in besonderer Weise mit dem Tod konfrontierten Berufsgruppen bereits in der Ausbildungssituation zu vermitteln, wie sie der Einsamkeit der Sterbenden in der Kliniksituation entgegenwirken können. Aus eigener Beobachtung schildert die Autorin in eindringlicher Sprache die Situation sterbender Patienten in Kliniken, die mit aller medizinischer Sorgfalt für die Genesung der Patienten ausgestattet sind, in denen das Sterben jedoch nicht eigentlich vorgesehen ist. Aus vielfältigen Gesprächen mit Sterbenden resultiert die Erkenntnis einer Wechselwirkung zwischen individueller und gesellschaftlicher Verdrängnung des Todes, die der Einsamkeit des Sterbenden in der Kliniksituation zugrunde liegt.

Einige dieser Gespräche sind in dem Band „Interviews mit Sterbenden" im Wortlaut aufgeführt.

In ihrem in Frage- und Antwortstil verfaßten zweiten Buch bemüht sich die Autorin, die speziellen Bedürfnisse der Sterbenden darzustellen und zu beantworten. Gemeinsames Ziel dieser Arbeiten ist die Diskussion von Möglichkeiten, einen Sterbenden in der Klinik darin zu unterstützen, das bevorstehende Ende seines Lebens zu akzeptieren und in eine Auseinandersetzung mit dieser Realität einzutreten, die nach Ansicht der Autorin jedem „menschlichen" Sterben vorausgeht.

Die Auseinandersetzung mit dem bevorstehenden Tod geschieht nach den Beobachtungen der Autorin in der Kliniksituation in fünf unterscheidbaren Phasen: Auf die Mitteilung hin, daß ärztliches Bemühen keine Genesung mehr erwarten lasse, reagieren die meisten Patienten zunächst mit Verneinung, es folgen Phasen des Ärgers, Feilschens und eine tiefe Depression, die schließlich dann zu einem Akzeptieren des bevorstehenden Todes führen kann. Es wurden Variationen im Phasenverlauf beobachtet, regelmäßig stehen jedoch die Verleugnung des Sterbens und erneute Hoffnung auf Heilung am Anfang. Die Sterbehilfe der Autorin besteht darin, den Patienten in allen Phasen der Auseinandersetzung um das Akzeptieren des eigenen Todes durch Gespräche beizustehen. Ärzte und Angehörige seien aus jeweils verschiedenen Motiven heraus dazu oft nicht fähig: die Ärzte, weil sie angesichts des Todes die eigene Begrenztheit erleben; die Angehörigen aus falscher Pietät. Schuldgefühle und unbewußte Feindseligkeit gegenüber dem sie verlassenden Sterbenden verhindern neben der sich in der Kliniksituation wechselseitig verstärkenden Abwehr der Verleugnung ein offenes Kommunizieren der Betroffenen. Das annehmende, offene Gespräch mit dem Arzt, den Angehörigen oder dem Geistlichen, das in den seltensten Fällen ermöglicht wird, sei geeignet, den Sterbenden von eigenen Schuldgefühlen oder realen Schwierigkeiten zu entlasten. Die Verbannung und Isolierung von Tod und Sterben in Krankenhäuser und Pflegeheime demonstriert nicht nur die Hilflosigkeit und verleugnende Abwehr des Einzelnen sondern auch der Gesellschaft.

Alle diese Gegebenheiten berücksichtigend, liegt der Schwerpunkt der Gespräche, die die Autorin mit sterbenden Patienten führt, darauf, ihnen zu ermöglichen, ihr Leben so wie es war zu akzeptieren, damit sie sich von ihm trennen können. Sie bedient sich dabei zuweilen einer spezifischen Form Ich-stärkender Psychotherapie (auch in Gruppen).

Die Lektüre beider Bücher drängt die Frage nach Ursache und Bedingungen einer solchen individuellen wie gesellschaftlichen Verdrängung des Sterbens auf. Die Autorin untersucht sie nicht eigentlich, auch wenn sie Vergleiche zieht und feststellt, daß sie in ihrer Kindheit noch selbst

erlebte, wie ein Mensch inmitten seiner Familie, in einem bewußten Abschiednehmen geborgen und „menschlich" sterben konnte. Mit dem Fortschritt der Naturwissenschaft — gemeint ist insbesondere die Medizin — werde die Realität des Todes in zunehmendem Maße gefürchtet und verleugnet. Die Autorin widmet sich auch nicht der Untersuchung der Ursache individueller Schuldgefühle und individueller Verleugnung. Die Aufzeichnungen der Gespräche mit Sterbenden (Interviews mit Sterbenden) lassen jedoch erkennen, daß Menschen, die besonders schwer ihr bevorstehendes Ende akzeptieren können, am Wert ihres gelebten Lebens zweifeln und ein Gefühl eigener Identität nicht besitzen.

Somit bestätigt sich, daß die Verleugnung von Tod und Sterben, gerade auch des eigenen Sterbens, letztlich auf einer fatalen Identitätslosigkeit beruht, einer Einengung des Lebenssinnes auf eine Art Aktivitätsideologie. Erlebte und gelebte Identität hingegen — ich beziehe mich hierin auf die Untersuchungen von *Günter Ammon* (Tod und Identität in: The Human Cotext, Vol. VII, 1, 1975, S. 84—93) — beinhaltet die Fähigkeit, sich trennen und Abschied nehmen zu können, letztlich auch von sich selbst. Der sich vor dem Tod ängstigende Patient, der in einer Gruppe lebt, die Identität besitzt und ihm Identität gestattet, wird sich mit den Fragen „Warum ich? Warum jetzt?" auch ohne therapeutische Hilfe auseinandersetzen können. Eine Gesellschaft aber, die den sterbenden Patienten auf die Identität eines Gegenstandes vergeblichen medizinischen Bemühens reduziert, sollte sich fragen, inwieweit sie überhaupt Identität zuläßt.

Die Autorin belegt in sehr eindrucksvoller Weise und in detailliert mitgeteilten Beobachtungen das Tabu von Tod und Sterben in der modernen Gesellschaft, das seinen verhängisvollsten Ausdruck in der Kliniksituation der Sterbenden findet. Sie schildert diese Situation in ihrer Unmenschlichkeit und zeigt sogleich Möglichkeiten der Hilfeleistung auf, die den Sterbenden nicht noch zusätzlich isolieren, wie dies zuweilen in Sterbekliniken geschieht.

Die Verleugnung von Tod und Sterben in der modernen Gesellschaft mit Klarheit und Mut beschrieben zu haben, ist sehr verdienstvoll. Eine analytische Betrachtungsweise der beschriebenen Problematik läßt jedoch die kollektive und individuelle Abwehr des Todes als Symptom einer pathogenen Dynamik verstehen, die in der Abwehr und Verweigerung von Identität resultiert. Eine Gruppe, in der sich ja Gesellschaft konkretisiert, die ihren Mitgliedern Identität als Lebenden erlaubt, wird ihnen auch die Identität des Todes nicht vorenthalten. In dieser Konsequenz müßte Sterbehilfe daher die Ermöglichung von Identität das ganze Leben hindurch sein.

Mechthild Kuhl (München)

Barney G. Glaser, Anselm Strauß

Interaktion mit Sterbenden. Beobachtungen für Ärzte, Schwestern, Seelsorger und Angehörige

Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 1974, 285 Seiten; DM 28,—

Das Elend des Sterbenden gehört heute zu den bedrückendsten Problemen der Medizin, — und zwar in moralischer wie in psychologischer Hinsicht. Kollektive Todesverdrängung herrscht bei den Angehörigen, die ihren todkranken Verwandten an ein Krankenhaus delegieren, ebenso wie beim medizinischen Dienstpersonal: bei den Schwestern, denen oftmals die psychologischen Probleme von Tod und Sterben fremd sind, und bei den Ärzten, die die Persönlichkeit des Todkranken nur in wenigen Fällen wirklich kennen, so daß sie sich in der Regel auch kaum in der Lage sehen, über den Symptomhintergrund individuellen Sterbens hinreichend Auskunft zu geben. Die moderne Medizin ermöglicht eine Langlebigkeit, die nicht selten mit chronischem Leiden erkauft wird, das beim Kranken Fragen aufwirft, die nach klarer Antwort verlangen. Kritische Einstellungen und steigendes Bildungsniveau machen es einer Anzahl von Kranken leichter, über ihren Zustand die Wahrheit zu erfahren, eine Wahrheit, die ihnen vielfach vorenthalten wird. Für den Kranken rückt damit das Wissen um die Wahrheit, das „Bewußtseinsproblem" in den Vordergrund, das sich von seiten der Angehörigen und der Ärzte als die Problematik der Aufklärung über den Zeitpunkt und die Art des bevorstehenden Todes darstellt. *Glaser* und *Strauß* haben diesen Fragenkomplex zum Gegenstand einer soziologischen Studie gemacht, — mit dem praktischen Ziel, Sterbenden den Tod durch „Vernunft und Mitleid" zu erleichtern.

Die Autoren beschreiben verschiedene „Bewußtseins-Kontexte". Der Ausdruck bezeichnet das Wissen, das der Sterbende einerseits, das Krankenhauspersonal andererseits, über dessen Zustand hat, und die Interaktionen zwischen beiden „Parteien". Es werden vier Kategorien unterschieden: die geschlossene Bewußtheit, das argwöhnische Bewußtsein, die wechselseitige Täuschung und die offene Bewußtheit. Dabei interessieren die Voraussetzungen der im Krankenhaus gegebenen Sozialstruktur für die verschiedenen Bewußtseinskontexe, die Taktiken und Gegentaktiken zur Erreichung bestimmter Bewußtseinsziele, die Interaktionen beim Übergang von einem zu einem anderen Bewußtseinskontext, sowie die Konsequenzen der verschiedenen Verhaltensweisen gegenüber dem Sterbenden. Das Beobachtungsmaterial entnehmen die ursprünglich aus persönlichem Erleben motivierten Autoren Erhebungen und Fallstudien, die sie in sechs amerikanischen Krankenhäusern gemacht haben.

Geschlossene Bewußtheit besteht dann, wenn nur das Personal, nicht aber der Patient selbst, um seinen bevorstehenden Tod weiß. Entscheidet der Arzt, daß dem Kranken keine Informationen zukommen sollen, so versucht das gesamte Personal, diesen Bewußtseinskontext zu erhalten.

Die Autoren nennen fünf strukturelle Voraussetzungen für die Unwissenheit des Kranken: seine Unfähigkeit, die Zeichen des herannahenden Todes richtig zu deuten und den Widerstand der Ärzte, Aufklärungen zu geben. Dieser Widerstand wird rationalisiert mit dem Mythos, daß der Patient nach wahrheitsgetreuer Aufklärung wahrscheinlich zusammenbrechen werde, und durch die Behauptung, daß kein Todkranker die Wahrheit wissen wolle. Als weitere Faktoren für die Unwissenheit der Patienten führen die Autoren an: Abneigung vieler Familienangehöriger gegen Informationen und die Organisation des Krankenhauses, die grundsätzlich darauf eingerichtet ist, dem Patienten ärztliche Auskünfte vorzuenthalten. Hinzu kommt die Tatsache, daß der Patient keine Verbündeten hat. Das argwöhnische Bewußtsein ist durch den Kampf zwischen dem Kranken, der seinen Zustand ahnt, und den Abwehrhaltungen des Personals gekennzeichnet. Das Spiel wechselseitiger Täuschung besteht darin, daß Patient und Personal wissen, daß der Tod unvermeidlich ist; beide geben aber etwas anderes vor. Für die Autoren ist dieser Bewußtseinskontext vorherrschend.

Die offene Bewußtheit schließt die Doppeldeutigkeit des Wissens nicht aus. Der Patient, dem sein Tod gewiß ist, kann doch noch im unklaren über den genauen Todeszeitpunkt und über die Art (z. B. Schmerzhaftigkeit) seines Sterbens sein. Nur selten drückt sich das medizinische Personal dem Kranken gegenüber klar aus, was Zeit und Art seines Todes betrifft; dies wird vor allem dann vermieden, wenn der Tod voraussichtlich schneller und quälender sein wird, als der Kranke erwartet.

Gibt ein Patient zu verstehen, daß er von seinem bevorstehenden Ende weiß, so wird ein „angemessener Sterbestil" von ihm erwartet, „unpassendes Sterbeverhalten" dagegen wird mißbilligt. Er selbst darf vor allem nichts tun, was sein Sterben beschleunigt. Selbstmordversuche z. B., die Aktionen der Auto-Euthanasie sein können, stoßen auf Verachtung. Vom Patienten wird zudem erwartet, daß er Fassung und Ausgeglichenheit bewahrt; er soll sich bemühen, ein „gutes" Mitglied seiner Familie zu sein und sich „nett" gegenüber den Mitpatienten zu verhalten.

Die Autoren zeigen detailliert die möglichen Folgen eines jeden Bewußtheitskontextes, z. B. Auswirkungen der geschlossenen Bewußtheit, wie etwa psychische Belastung und Fehlverhalten des Kranken, der

mitunter meint, noch nicht sterben zu müssen. Die Autoren kritisieren Ärzte, die oftmals annehmen, daß die realitätsgerechte Aufklärung über den bevorstehenden Tod einseitige Folgen nach sich zieht: entweder werde der Patient „tapfer" sein oder aber Gefahr laufen, Selbstmord zu begehen.

Die Autoren gehen auch auf die Verhaltensformen der Angehörigen (z. B. ist die ahnungslose Familie ein Dauerproblem für das Personal) und auf die Konsequenzen der Aufklärung bzw. Nicht-Aufklärung der Angehörigen ein.

Die Arbeit wird dem Anspruch vollauf gerecht, den die Autoren an eine soziologische Fallstudie stellen: das soziale Feld soll so anschaulich beschrieben werden, daß der Leser die Situationen, die analysiert werden, buchstäblich miterleben kann; — die Untersuchung soll freilich immer auf einen theoretischen Rahmen bezogen bleiben. *Glaser* und *Strauß* liefern eine detaillierte Typologie von Sterbenden, Ärzten, Schwestern und Angehörigen, deren phänomenologischer Hintergrund erschütternde Einzelheiten aufweist. Die Dynamik von Gruppenstrukturen, die Bewußtsein ermöglichen, bzw. verhindern, werden in dramatischer Weise vor Augen geführt. Die Beschreibung von Interaktionen, in denen dem Sterbenden das Bewußtsein über seine Situation entzogen wird, ist gerade für eine Psychoanalyse von Interesse, die in ihre Konzepte gruppendynamische Prozesse miteinbezieht.

An dieser Stelle ist freilich auf einen entscheidenden Mangel der Arbeit hinzuweisen. Der Bewußtseinskontext wird zur konstitutiven Variable in der Interaktionsanalyse. Bewußtseinskontext wird als das definiert, „was jeder Interagierende über einen bestimmten Zustand des Patienten weiß, sowie sein Wissen darum, daß die anderen sich dessen bewußt sind, was er weiß". In diesem Ansatz fehlt der Identitätsaspekt und das Interesse an jeder Dynamik, aus der sich ablesen läßt, was jeder Interagierende über den bevorstehenden Tod und die Todesart eines Patienten wissen und nicht wissen will. Unter diesen Bedingungen eines dynamischen Identitätsdenkens würden Wissenwollen und Widerstand gegen das Bewußtsein des bevorstehenden Todes zu Hauptvariablen. Das faktische Wissen und die faktischen Vermeidungsstrategien gegen das reale Bewußtsein des Sterbens wären in einem solchen Denkzusammenhang untergeordnete Variablen. Worauf es ankommt, ist die Fähigkeit des Sterbenden und der ihn umgebenden Gruppe, in der Sterbesituation eine eigene Identität zuzulassen. Dies ist der Gruppe nur dann möglich, wenn jedes Gruppenmitglied seine eigene Identität als Mensch, der selbst einmal sterben wird, anerkannt hat.

Die Autoren geben zwar eine Phänomenologie der Annahme und Ablehnung des bevorstehenden Todes, nicht aber ihre Psychodynamik.

Die Anerkennung des Todes ist nicht allein eine Sache der letzten Lebenszeit, sondern des ganzen Lebens. Dabei kann der Sterbende dann sich nur dem Tod stellen, wenn es ihm während seines Lebens möglich gewesen ist, die Autonomie einer eigenen Ich-Identität zu entwickeln. Dies setzt voraus, daß die Gruppe, mit der er gelebt hat, die Trennungsängste auffangen und bearbeiten kann, die mit jeder Individuation verknüpft sind. Leben, in dem dies niemals geschehen ist, ist ungelebtes Leben; aus ihm erwächst pathologische Todesangst, die sich nicht erst in konkreten Sterbesituationen manifestiert, sondern als Angst vor dem Verlassenwerden, den Tod schon während des Lebens realisiert. Menschen, die die zur Identitätsfindung gehörende Trennungs- und Verlassenheitsangst mit Unterstützung einer abgrenzungsfähigen Gruppe nicht haben überwinden können, vermögen auch nicht die endgültige Trennung, den Tod und die finale Trennungsangst zu ertragen. In Gruppen, die den Tod verleugnen, ist dem Sterbenden die Identität als Sterbendem versagt. Der Tod wird als feindseliger und aggressiver Akt erlebt, der in unzulässiger Weise die Gruppenmitglieder an die Grenze des eigenen Lebens erinnert.

Da der psychodynamische und der Identitätsaspekt fehlen, ist dem Anspruch der Autoren, ihre soziologische Studie könne zu einer Verbesserung der Situation der Sterbenden führen, nur bedingt zuzustimmen. Nicht der faktische Bewußtseinskontext, sondern der Willenskontext einer integrierten Persönlichkeitsorganisation sollte wissenschaftstheoretisches Prinzip von Untersuchungen über Tod und Sterben sein. Die von den Autoren dargebotene Fülle an Beobachtungen und Differenzierungen kann erst auf dem Boden einer dynamisch und Ich-psychologisch orientierten Theorie der Todesannahme bzw. -verdrängung relevant werden. Unter Berücksichtigung dieser Voraussetzungen freilich ist die Arbeit der Autoren von großem Nutzen und kann den im Untertitel angesprochenen Interessenten voll empfohlen werden.

Peter Haerlin (München)

Robert Kastenbaum, Ruth Aisenberg
The Psychology of Death

Springer, New York, 1972, 498 Seiten, $ 11.95

Die Autoren haben ihre Untersuchungen über die „Psychologie des Todes" breit angelegt; sie berücksichtigen die historischen, sozialen und kulturellen Dimensionen von Tod und Sterben, deren phänomenologische Differenzierungen eine einzelwissenschaftliche Disziplin nach dem heutigen Stand vielfältig spezialisierter Forschungssituationen kaum hinreichend systematisieren kann. Wenn *R. Kastenbaum* und *R. Aisenberg*

dennoch versuchen, möglichst alle Bereiche von Bedingungen und Umständen auszuleuchten, unter denen Menschen sterben, so tun sie dies im Vertrauen auf ein vergleichsweise einfaches methodologisches Prinzip der Psychologie: es ist dies der Vorgang, subjektive und objektive Faktoren, die für das Zustandekommen geschichtlicher Konstellationen in allen Verästelungen von Kultur- und Sozialsystemen verantwortlich sind, unter das Reiz-Reaktionsschema zu bündeln. Die Situation des Todes ist für die Autoren in eminenter Weise Beispiel für die Komplexität kausaler Beziehungen, die Menschen das Sterben nach Maßgabe ihrer gesellschaftlichen, historischen und kulturellen Bindungen in unterschiedlichster Weise erleben lassen. Reize, denen Individuen ausgesetzt sind, haben jene Dichte, die man bei einem derart universalistisch ausgedehnten Begriff von Außenwelt zu Grunde legen muß; Reaktionen, welche die Formen individuellen und transindividuellen Verhaltens repräsentieren und ihrerseits wiederum Zusammenhänge pluriformer Objektivitäten konstituieren, entsprechen auf dem Boden des Subjekts den Differenzstufen extrasubjektiver Realitäten. Dieser Ansatz mag dem gesunden Menschenverstand einleuchten, der unterstellt, daß letztlich alles mit allem zusammenhängt. Schon in der antiken Philosophie war der Satz, daß Menschen sterblich sind, ein Beispiel für logische Allgemeinheit; auch für die Autoren gibt es nichts allgemeineres als den Tod, eine Allgemeinheit, der sie mit den Mitteln der empirischen Forschung gerecht zu werden versuchen.

Angesichts einer Reihe von Aspekten drängen sich aber schon hier kritische Anfragen auf. Das Prinzip der Kausalität, das im vorliegenden Buch als Stimulus-Response-Struktur sich darstellt, ist zwar ein empirisch nachzuweisender Gedanke, freilich einer, der immer wieder erneut nachgewiesen werden muß; die Kathegorie der Kausalität selber ist jedoch keineswegs ein Moment empirischer Realitäten, schon gar nicht, wenn sie als pankausale Totalität und damit als Wirklichkeit schlechthin auftritt, sondern allenfalls eine die Erkenntnis der Objekte organisierende, transzendentale Kategorialfunktion, die forschende Subjekte handhaben. Es hat den Anschein, als seien die Autoren sich des Widerspruchs, der hier liegt, nicht bewußt. Die Allgemeinheit des Todes, die universell angelegte, interrelative Kausalstruktur ihrer begrifflichen Immanenz wird gleichsam als Realität sui generis hypostatiert; unter der Hand wandelt sich die empirische Forderung, zum Verständnis von Phänomenen all ihre Faktoren heranzuziehen, zu dem globalen Satz, das Phänomen Tod könne auch nur die generalisierte Repräsentation der Totalität seiner Bedingungen und Perspektiven sein; bei diesem Gedankenschritt wird aus einem Phänomen eine Idee, die ideale Phänomenalität des Todes als solche; die einfache Forschungsmaxime, zu Klärung von Sachver-

halten möglichst alle ihre Implikationen in repräsentativer Auswahl zu verfolgen, gestaltet sich unversehens zu der Konstruktion, daß der Sachverhalt selbst die ideelle und integrative Wesenheit seiner Implikate ist. Dies mag er freilich unter bestimmten Gesichtspunkten sein; die Autoren belasten jedoch ihr Konzept, indem sie Methode und Wesenheit, Forschungsprinzip und idealisierte Totalität von Bedingungen als ontologische Gestalt miteinander identifizieren.

Dies bringt Schwierigkeiten mit sich, die sich durch mehrere Problemebenen hindurchziehen. Die Spannung von empirisch faßbarer Realität und umfassendem Erkennen läßt sich im theoretischen Rahmen einer abgesteckten Untersuchungsstrategie kontrollieren; der umfassende Charakter der Erkenntnisforschung bleibt dadurch immer noch im Horizont abgegrenzter Frageanordnungen. Ein solches Konzept methodologischer Vorauswahlen, die unterhalb des Niveaus des Reiz-Reaktions-Schemas spezifischer strukturiert sind, wird bei *R. Kastenbaum* und *R. Aisenberg* m. E. nicht sichtbar. Die Universalisierung des Reiz-Reaktions-Modells zu einer pankausalen Idealstruktur von Welt, in die der Tod mit allen Momenten ebenso universell hineingehört, läßt die Umrisse einer Fachwissenschaft, hier die Psychologie, verschwimmen. In der „Psychologie des Todes" ist ein Pandämonium von Wissenschaften versammelt; die Fülle des Belegmaterials und der Beispiele aus allen Disziplinen mutet den Leser uferlos an; freilich bietet die Handbuch-analoge Organisation des Stoffes gewisse Hilfen. In den Untiefen der Zitate muß sich der Blick fürs Ganze jedoch trotz wertvoller Detailbeobachtungen notwendig trüben. Die Auflösung der formalen Stringenz des Werkes, über die auch ein intaktes Inhaltsverzeichnis nicht hinwegtäuschen kann, wird verständlich, wenn man bedenkt, daß ein im Medium des Kausalitätsbegriffs metaphysizierter Tod auf einer völlig anderen Ebene liegt, als die Absicht der Autoren auf Grund empirischer Daten relevante Aussagen über konkretes Sterben zu machen. Spekulative Konstruktionen empirisch analysieren zu wollen, kann die Kontinuität tragfähiger Reflexionen nicht gewährleisten.

Dieser Mangel wirft wissenschaftstheoretisch ein Licht auf ein weiteres Problem. Empirische und geschichtliche Analysen sind blockiert, wenn sie in ontologischen Universalgestalten aufgehen; dies gilt nicht minder für die menschliche Subjektivität; auch sie ist für die Autoren nur ein Durchgangsmoment im Netzwerk der Faktenwelt und ihrer kausalen Bewegtheit. Ich, Selbst, Identität, Persönlichkeit, Subjektivität sind nichts anderes als ihre in Raum und Zeit fixierbaren Beziehungen, die in der objektiven Dynamik der Geschichte, der Gesellschaft und der Kultur hinreichend definiert sind. Daher können die beiden Verfasser auf diese Begriffe auch verzichten, was ein Blick ins Sachregister bestätigt, wo sie

gar nicht erst vorkommen. Ich-Identität und Persönlichkeit sind nicht einmal mehr Phänomene, sondern von vorneherein aufgelöst in das kausal formalisierte Chaos der Welt. Daher sucht man in der „Psychologie des Todes" auch vergeblich nach grundsätzlichen Erwägungen über das Verhältnis von Ich und Tod; dies wird allenfalls historisch im Sinne einer relativistischen Kulturtheorie geleistet, die sich vom Animismus bis zum Denken im Industriezeitalter dilatorisch ausbreitet.

Es ist deshalb konsequent, wenn psychoanalytischen Ansätzen, wie denjenigen *Freuds*, *Ranks*, *Ferenczis* angesichts der Universalschau möglicher Begründungszusammenhänge der Stellenwert skuriler Sondertheorien zukommt; so fehle z. B. nach Meinung der Verfasser der „Hypothese" einer regressiven Psychodynamik bei *Rank* und *Ferenczi,* in der Geburt und Tod konvergieren, der empirische Ausweis und damit die Basis für ernsthafte Auseinandersetzungen. Viele Seiten nehmen dagegen ein Referat in Anspruch, das sich der bei *Freud* ausgeführten Unterscheidung von Furcht vor dem Tod und neurotischer Todesangst beschäftigt, jedoch über die einfachsten Distinktionen des Triebkonzeptes nicht hinauskommt. Die Auseinandersetzung mit der Todestrieblehre sucht man zudem an dieser Stelle vergeblich; sie folgt hunderte Seiten später an weit auseinanderliegenden Stellen, hier in Form leichthin verstreuter Bemerkungen, die ausdrücken wollen, daß die Theorie vom Todestrieb aus eben dem Grund eine überflüssige Konstruktion sei, weil ihr monokausaler Anspruch die Komplexität empirisch erhebbarer Ursachen von Tod und Sterben außer acht lasse.

Die Universalität kausaler Variablen macht nach Auffassung der Autoren auch einen Begriff des Psychosomatischen überflüssig; kein Mediziner könne mit Sicherheit sagen, wann eine Krankheit nun psychosomatisch sei oder nicht. Am Beispiel der kardiovaskulären Erkrankungen wird noch einmal das ganze Spektrum der soziokulturellen Determinanten bemüht, um die Ätiologie der Herzkrankheiten aus der, wie die Verfasser meinen, partikularen Enge der Leib-Seele-Korrelation und des individualistischen Persönlichkeitsdenkens hinauszuführen.

Man muß hier den Autoren entgegenhalten, daß, selbst wenn die theoretische Fundierung psychosomatischer Prozesse bisher unvollständig geblieben ist — auf dieser Ebene erfolgt eine kritische und weiterführende Auseinandersetzung aber gerade nicht — und selbst wenn soziale und kulturelle Bedingungen die Ätiologie psychosomatischer Störungen weitgehend determinieren, die materiale Manifestationen der Symptome dennoch eine angemessene medizinische und psychotherapeutische Behandlung erfordern. Für die Lösung dieses praktischen und therapeutisch-technischen Problems mögen die Hinweise auf das global

überdehnte Verursachungsprinzip psychologischer und soziologischer Variablen wenig helfen.

Außerdem sind entscheidende Motive in der Entwicklung der psychosomatischen Medizin nicht berücksichtigt worden, die die objektiven Einflüsse sozioökonomischer und soziokultureller Faktoren nicht einfach mißachtet, sondern ihnen vielmehr eine spezifische Wendung gibt: inwieweit können sie in gesellschaftlicher, gruppen- und psychodynamischer Hinsicht als Repräsentanzen der Außenwelt ihre pathogene Dynamik im Rahmen der Ich- bzw. Körper-Ich-Dimension entfalten; in diesem Problemhorizont besteht die Objektivität der Variablen nicht an sich, sondern ist immer schon Bestandteil einer im Ich und am Ich vollzogenen Geschichte, die sich in malignen Fällen als defizitär und konfliktuös sedimentierte Erfahrungen im Identitätsbild fixieren und in ihrer symptomatischen Wiederkehr strukturelle Beschädigungen der Ich-Organisation darstellen.

Die Rückführung der bloß phänomenologisch reproduzierten Momente von Tod und Sterben auf die Genese geschichtlicher Erfahrungen und der ihnen entsprechenden Persönlichkeitsstrukturen, hätte den Autoren stringente Modelle für metapsychologische Begriffsbildungen ermöglicht. Doch auch wenn man Ich-psychologisch orientierten und psychoanalytischen Konzepten keinen Vorrang einräumen will, bedarf die diffundierende Vielfalt von Determinanten in derart komplexen Phänomenen wie Tod und Sterben einer theoretischen Bändigung, welche die wissenschaftstheoretisch notwendige Funktion kategorialer Erkenntnis- und Forschungsbedingungen zu übernehmen hat. Von hier aus wäre auch zu Perspektiven zur Milderung, wenn nicht gar Beseitigung des psychosomatischen Massenelends vorzudringen, das in identitätslosen und menschlich entleerten Sterbesituationen paradigmatischen Ausdruck findet.

Harald Knudsen (Berlin)