

Dynamische *Dynamic* Psychiatrie *Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse
Herausgegeben von Günter Ammon

Harald Knudsen

Geschichtsphilosophische Aspekte der Ich-psychologischen
Aggressionstheorie

Gustav Hans Graber

Kasuistik pränatal-psychoanalytischer Behandlung mit
Akzentuierung des Todesproblems —
Zum Begriff „Der sterbende Patient“

Keigo Okonogi

The Ajase Complex (by Kosawa) — The Theory of
Psychotherapy proposed by a Japanese Psychoanalytic
Pioneer

Karl J. F. Gossner

The Bereaved Relatives

Fritjof Winkelmann

Der Sterbende und seine Familie —
Erfahrungen einer Balintgruppe

8. Jahrgang

5. Heft 1975

PINEL-PUBLIKATIONEN BERLIN

34

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., 5. Heft 1975, Nr. 34

Herausgegeben von Günter Ammon
unter Mitarbeit von

F. Antonelli, Roma — D. Anzieu, Paris — C. Bahnson, Philadelphia — R. Barnes, Phoenix — L. Bellak, New York — G. Benedetti, Basel — G. R. Bloch, Los Angeles — Th. Dosužkov, Praha — R. Ekstein, Los Angeles — A. A. Fischer, Maastricht — 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 — Philip S. Holzman, Chicago — H. Illing, Los Angeles — I. Jakab, Belmont — H. W. Janz, Hannover, — U. Keller, Düsseldorf — M. Khan, London — E. Linnemann, København — G. Murphy, Washington — S. Nacht, Paris — K. Okonogi, Tokio — J. Pohl, München — 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
<i>Harald Knudsen</i> (Berlin)	273
Geschichtsphilosophische Aspekte der Ich-psychologischen Aggressionstheorie	
Ego-Psychological Aggression Theory seen from the Position of the Philosophy of History	
<i>Gustav Hans Graber</i> (Bern)	290
Kasuistik pränatal-psychoanalytischer Behandlung mit Akzentuierung des Todesproblems — Zum Begriff „Der sterbende Patient“	
The Problem of Death in a Case of Prenatal-Psychoanalytic Treatment (On the Concept of the Dying Patient)	294
<i>Keigo Okonogi</i> (Tokyo)	296
The Ajase Complex (by Kosawa) — The Theory of Psychotherapy proposed by a Japanese Psychoanalytic Pioneer	
Der Ajase-Komplex	304
<i>Karl J. F. Gossner</i> (Belle Mead/New Jersey)	308
The Bereaved Relatives	
Psychische und somatische Reaktionen auf den Verlust eines Angehörigen	315
<i>Fritjof Winkelman</i> (München)	318
Der Sterbende und seine Familie — Erfahrungen einer Balintgruppe	
The Dying Patient and his Family — A Balint Group's Experiences	326
Buchbesprechungen	328
Nachrichten	353

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*

Geschichtsphilosophische Aspekte der Ich-psychologischen Aggressionstheorie**

Harald Knudsen *

Die folgenden Überlegungen beschäftigen sich mit dem Problem der Beziehungen von Geschichtlichkeit und menschlicher Triebstruktur. Ausgehend von geschichtsphilosophischen Reflexionen Ernst Blochs, in welchen die naturalistische Verselbständigung der Libido in bestimmten Erscheinungen psychoanalytischer Theoriebildung kritisiert werden, und welche diese daher wieder für die Dimension geschichtlich-prozessualen Denkens transparent machen, erreicht der Autor die methodologischen Ebenen, auf denen er nach den metapsychologischen Verhältnissen zwischen Ich-Identität und dem triebhaft Unbewußten in der Psychoanalyse fragt. Dem philosophischen Erbe der Aufklärung liegt die Synthese von Subjektivität und Geschichte als emanzipatorische Dialektik zu Grunde; in dieser Form ist philosophisches Denken gerade nach den Erfahrungen irrationaler und aggressiver Trübungen der Freiheit für die Metatheorien erfahrungswissenschaftlicher Ansätze unaufgebar. Dieser Tendenz sieht der Autor innerhalb der Psychoanalyse Strömungen zuwiderlaufen, die sich hauptsächlich in den Mythologemen der aus den Triebkonzepten Freuds deduzierten nativistischen Destruktionsneigungen des Menschen manifestieren; macht man diese aber für die auf die Selbstzerstörung der menschlichen Gattung hinauslaufenden Geschehnisse von Krieg und Verbrechen verantwortlich, läuft man nach Auffassung des Autors Gefahr, rationale Erfahrungsgründe für Destruktion und die Erscheinungen der destruktiven Aggression aufzugeben. Die Lehre von angeborenen Zerstörungstrieben, an welcher die orthodoxen Spielarten der Psychoanalyse noch festhalten, entfernen tendenziell schon aus den theoretischen Voraussetzungen der Libidoentwicklung die emanzipativen Beziehungen von Subjektivität und Geschichte. Demgegenüber besinnen sich Ich-psychologische und gruppenpsychoanalytische Konzepte, wie sie Günter Ammon vorgestellt hat, in ihrer Methodologie auf die für Emanzipation, Identitätsaufbau und seelische Gesundheit grundlegenden Geschichtsdiagnostik von Ich, Libido und Gruppe. An dieser Stelle konvergieren die geschichtsphilosophisch fundierte Selbstreflexion mit den transzendentalen Zusammenhängen empirischer Forschung auf dem Boden der psychoanalytischen Ich- und Gruppenpsychologie.

Geschichte und Aggression, sofern diese einem biologisch orientierten Triebkonzept integriert ist, scheinen in einem nicht zu schlichtenden Antagonismus befangen zu sein, der paradoxerweise dadurch verschärft wird, daß beide Begriffe in formal unterschiedlicher Umfänglichkeit und Erstreckung dynamische Bestimmungen der phylo- und ontogenetischen Entwicklung des Individuums bezeichnen. Betrachtet man die Sache freilich so, wird Aggression immer schon als geschichtliche Kategorie verstanden. Die klassische Psychoanalyse, wie sie hinsichtlich der Libidotheorie in historisch reich differenzierten Schritten von Freud konzipiert worden ist, sieht sich demnach von vornherein einem Widerspruch gegenüber; einerseits bleibt unverkennbar, daß Aggression ein Mo-

* Dr. theol., Mitarbeiter des Lehr- und Forschungsinstituts für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik (LA) Berlin der DAP.

** Ernst Bloch zum 90. Geburtstag gewidmet.

ment von Äußerungen geschichtlich agierender Subjekte darstellt; auf der anderen Seite legt die metapsychologische Koppelung mit dem Triebkonzept Aggression auf eine zeitlos angelegte Form der libidinösen Dynamik des im ganzen invarianten psychischen Apparates fest. Der Trieb, unter den *Freud* die Aggression in einer Weise subsumiert, daß er nicht einmal eigens von einem Aggressionstrieb hat sprechen wollen (ab 1920) — dieser Begriff ist erst von *Alfred Adler* (1908) in die Psychoanalyse eingeführt worden —, soll zwar etwas Dynamisches, aber der Geschichte prinzipiell Entzogenes sein; der Verdacht liegt nahe, daß es sich hierbei um eine unhaltbare Unterscheidung handelt; im Falle seiner Bestätigung sind aber bestimmte Folgerungen unvermeidbar, die nicht nur das klassische und von den heutigen Vertretern der orthodoxen Psychoanalyse kaum modifizierte Triebkonzept im allgemeinen tangieren, sondern vor allem auf die spekulativen Ausweitungen libidinöser Aggressionstendenzen zur nativistischen Axiomatik des Destruktions- und Todestriebes ein überaus kritisches Licht fallen lassen. Die Problematik dieser Trieblehre beruht aber außer auf Schwierigkeiten in den methodologischen Voraussetzungen psychoanalytischer Theorienbildung auch auf solchen, wie jüngst wieder aufgelebte Diskussionen zeigen, die weit in politische, soziologische und anthropologische Dimensionen hineingreifen (*Bloch*, 1975). Daher sind an dieser Stelle zwei Fragestellungen miteinander verbunden: einerseits weisen die mit dem klassischen Triebkonzept und vor allem dem Zerstörungstrieb zusammenhängenden Probleme weit über das szientistische Selbstverständnis der orthodoxen Psychoanalyse hinaus, andererseits erhalten geschichtliche Erscheinungen wie die Ausbrüche destruktiven Potentials dieses Jahrhunderts mit dem Postulat eines angeborenen Todestriebes Begründungen, die darauf befragt werden müssen, ob sie nicht bereits außerhalb des Horizontes rationalen Denkens stehen.

In einem vor kurzem in der „Zeit“ erschienenen Interview hat sich der Philosoph *E. Bloch* (1975) zu behavioristischen und instinkttheoretischen Thesen geäußert, wonach der Mensch von libidinösen Spannungen und Aggressionsneigungen gleichsam von Natur programmiert sei, welche nur sehr bedingt in den geschichtlichen Veränderungsprozessen wie Erziehen und Lernen modifiziert oder korrigiert werden können. Die aus den Lehrmeinungen der Instinktivisten im Gefolge von *K. Lorenz* oder der Behavioristen um *B. F. Skinner* ableitbaren Konsequenzen, deren Erklärungen von Krieg und Terror notwendigerweise ebenso irrational wie deterministisch ausfallen, konvergieren tendenziell mit jenen aus dem nicht mehr hinterfragbaren Angeborensein des Destruktionsstriebes (so noch bei *Mitscherlich*, 1958; 1970, — dagegen *Ammon*, 1973e), dem umstandslos ideologisch fixierte Legitimationen jeglicher

Form von Herrschaft entnommen werden können. Daß der Mensch jenseits der Dimensionen durchlebter Geschichte in seinen Instinkten, Trieben und Verhaltensweisen vorprogrammiert, oder daß er gemäß einer postulativ unterstellten libidinösen Struktur immer wieder zu explosiven Manifestationen böser und auf die Zerstörung seiner Gattung gerichteten Neigungen tendiere, erscheint nach *Blochs* vor allem im Kampf gegen den Faschismus philosophisch formulierten Theorie (*Bloch*, 1967, 1970) eher als eine naturhaft mythologisierende Verdunklung dessen, was an Destruktion und Aggression geschichtlich geworden, und daher veränderbar ist, denn als ein Inbegriff empirisch gesicherter und an den historischen wie kulturellen Wandlungsprozessen der Zeit orientierten Ergebnisse zu sein. Es ist unverständlich, daß die psychoanalytische Orthodoxie an einem Aggressionstrieb festhält, der in eigentümlicher Einmütigkeit mit instinkivistischen und behavioristischen Theorien als eine der Trieb- und Verhaltensorganisation menschlicher Individuen naturwüchsig immanenten Kategorie systematisch in die Ätiologie geschichtlich-politischer Unmenschlichkeit eingebaut wird. Bekanntlich gingen im Nationalsozialismus der naturalistische Verzicht der Geschichte, auf den *Bloch* immer wieder verwiesen hat (*Bloch*, 1960; 1962; 1967; 1969), und das Naturpostulat des „Bösen“ mit der Rechtfertigung sogenannter naturnotwendiger Gegenmaßnahmen des totalitären Terrors Hand in Hand. Hält man sich diesen Zusammenhang vor Augen, wird kaum noch erkennbar, wie man der theoretischen Folgerung ausweichen will, daß der in die Natur oder die Anlagebedingtheit des Menschen projizierte Zerstörungstrieb die Kontingenz des Geschichtlichen in jene letzten Endes irrationale Dimension einer insgeheim Ichlosen und enthumanisierten Natur hineinzieht. Dies ist der Punkt, an dem sich geschichtsphilosophisches Denken und die um die Ebenen der Ich-Psychologie erweiterten Psychoanalyse begegnen, wie sie *Ammon* gemäß philosophischer Denkbewegungen auf ihren geistigen Ursprung Ich-Psychologie erweiterten Psychoanalyse begegnen, wie sie *Ammon* 1969c; 1970; 1973; 1973c). Um diese Beziehung deutlich werden zu lassen, lenken wir zunächst die Aufmerksamkeit auf Prinzipien der *Blochschen* Geschichtsphilosophie, sodann auf die Frage, inwieweit eine Libidokonzeption ohne das theoretische Äquivalent geschichtlicher Dynamik zureichend ist, um schließlich die Nutzanwendung von methodologischen Verschränkungen zwischen philosophischer Reflexion und den erfahrungs- wie behandlungswissenschaftlichen Ansätzen der Ich-Psychologie in den Grundlagenentwürfen *Ammons* zu demonstrieren.

In seinem wohl bekanntesten Werk „Das Prinzip Hoffnung“ setzt *Bloch* (1959) in den einleitenden Gedankengängen, die u. a. auf eine kritische Rezeption der Psychoanalyse *Freuds* aufbauen, gegen dessen

organismisch und intrapsychisch eingegrenzten Libidobegriff die geradezu ontologisierte Bewegtheit allen Seins durch den Hunger: „Das Nichts hungert nach dem Etwas.“ In den dunklen Gründen der Welt treibt ein Drängen und Brüten über den an sich selbst festhaltenden Status des gelebten Augenblicks hinaus. „Der Hunger ist die Begierde (jedes Daseins) als das erste Verbum Fiat“; der an Entbehrungen sich stets reproduzierende Hunger treibt Individuum und Gattung zu ständiger Selbsterhaltung und zu geschichtlichem wie metaphysischem Transzendieren aus dem Denken und Sein affizierenden Mangel. Das bloße Eingespanntsein zwischen Nichts und Dasein, zwischen einer Versagung und ihrer kompensatorischen Fülle wandelt sich in der Bewußtlosigkeit des Sehns und der dumpfen, die Materie stimulierenden Drangsal in den kontingenten Akten probehandelnder Subjekte und der teleologischen Deutung defizitärer Situationen zu zielgerichtetem Streben und vernünftig eingesetzter Triebkraft.

In seiner aufgeklärten Gestalt ist der Hunger, den das unter ihm leidende Individuum als Verneinung erfährt, im dialektischen Umschlag eine andere Form der *docta spes*, aus der sich der reflektierte Wille entfaltet, allen Verhältnissen ein Ende zu machen, die dem Menschen Wesenlosigkeit und Existenzverlust aufzwingen. Die Martyrien passiv und gedankenlos erlittenen Hungers erscheinen unter der Herrschaft der denkenden Subjektivität als elementare Energie der Hoffnung, welche Geschichte konstituiert. Die Systematisierung der gegen die Negationen des Hungers sich manifestierenden und durchsetzenden Hoffnungen laufen in deren Prinzip als der umfassendsten Kategorie geschichtlichen Existierens zusammen.

Die terminologischen Beschränkungen dieser Dialektik auf den „oft verdampften und verdinglichten Begriff Trieb“ (*Bloch*, 1959), dem in der Psychoanalyse seit ihrer Frühzeit der mechanistische Charakter biologischer und physikalischer Systeme anhaftet (*Freud*, 1895), können in den sie auch sachlich begleitenden Reduktionen die geschichtlich prozedierenden Vermittlungen der an ihrer Umwelt interessierten Individuen nicht adäquat erfassen. Der Trieb geht daher nicht auf im selbstständigen Agieren bloßen Bedürfnis, sondern ist interessiertes Wünschen mit bewußten Tendenzvorstellungen; insofern steht er immer schon in den Vermittlungen von Subjektivität und Geschichtlichkeit. Es ist offenkundig, daß die entsubjektivierte Autonomie triebdynamisch aufeinanderprallender Widersprüche allenfalls zu Ablegern einer irrationalistischen Elan-Vital-Theorie führen kann, die einen Begriff von Geschichte lediglich als fatalistisch hinzunehmendes, undurchschaubares Hin- und Hergeworfensein gelten läßt. Die Abspaltung der Triebtheorie von Kategorien wie Subjektivität, Ich und darum auch von den

Wandlungsmöglichkeiten aus Freiheit geben dem Trieb eine Selbstständigkeit, der gegenüber sich das Subjekt immer nur mehr oder weniger kompromissuell verhalten kann, — eine Folgerung, der sich z. B. die der klassischen Psychoanalyse verpflichteten Konzepte bei noch so subtiler Differenzierung im einzelnen nicht entziehen können (*Mitscherlich*, 1958; 1970).

Philosophischerseits stellt *Bloch* die entscheidende Frage: „Wer bewegt sich in der lebendigen Bewegung, wer treibt im Tier, wer wünscht im Menschen?“ (*Bloch*, 1959). Auch wenn man in der Rede von den „überkommenden Trieben“ voraussetzt, daß es nicht überall Ich-haft hergeht, rückt das Ich doch als das zentrale Problem in den Blick. Ist der Affekt „ein Herr an sich“ wird man sagen müssen, „nicht das Mädchen ging aus Liebesgram ins Wasser, sondern der Liebesgram ging mit dem Mädchen ins Wasser“ (*Bloch*, 1959). Gleichwohl basiert auch diese Frage noch auf der Dichotomie von Ich und Trieb, die *Freud* (1910) in der Dualität von Sexual- und Selbsterhaltungs-Trieben expliziert hat; hierher rühren die Ansätze der Konflikt- und Konversionstheorie, die das verdrängende Ich als bestimmenden Faktor der psychischen Dynamik einschließlich der aus ihr resultierenden psychopathologischen Deformationen einführen. In der Entwicklung der psychoanalytischen Theoriebildung bei *Freud* wird der Begriff „Ich“ in verschiedenen Kontexten vorgestellt; allgemein findet das Ich Verwendung auf den Ebenen der Behandlungstheorie, eines Modells des Abwehrkonflikts und den metapsychologischen Strukturlegungen des psychischen Apparates (*Freud*, 1895; 1900). In dem frühen „Entwurf einer Psychologie“ von 1895 bezeichnet das Ich nicht etwa die Gesamtheit des Individuums, nicht einmal die Totalität des psychischen Apparates, das Ich ist lediglich ein wenn auch vorrangiges Teilsystem und der Gedanke von ihm der Begriff eines speziellen Falles von Organismus bzw. eine vom Organismus selbst gleichsam metaphorisch gesetzte Modifikation.

Noch in der „Traumdeutung“ (*Freud*, 1900) erfolgt die systematische Unterscheidung der Systeme Unbewußt, Vorbewußt, Bewußt im Gesamttrahmen des Psychischen, in dem zwar die Folgen der Abwehrtätigkeit in Form der Träume metapsychologisch manifest werden, in dem aber der Ich-Begriff fehlen kann. Das Ich ist abwehrende und zugleich zensurierende, nicht aber unbedingt subjekthafte Instanz, die mäßigend und versagend auf die Primärprozesse einwirkt. Mit der Einführung des Realitätsprinzips, auf Grund dessen sich das Ich als Real-Ich selbsterhaltend gegen die Tendenzen libidinöser Energien zur Wehr setzt, ist der Übergang zu den Funktionen des Ichs geschaffen, die in Realitätsprüfung und Objektidentifikation bestehen; an ihm läßt sich im Kern die Beziehung von Ich-Theorie und Libidokonzepit innerhalb der klas-

sischen Psychoanalyse ablesen. Entsprechend den Reflexionen zum Narzißmus (*Freud*, 1913), wonach das Ich wie ein äußerer Gegenstand sich selbst als Liebesobjekt anbieten kann, erscheint es nur folgerichtig, daß die Bestimmung des Ichs als Objekt dieses nicht auch mit dem Ich als der Ganzheit der intrapsychischen Dimension des Subjekts identifiziert. Die Horizonte der Libido reichen weit über jene des Ichs hinaus. Dies bedeutet gleichzeitig, daß die Identifizierungs- und Differenzierungsmechanismen des Ichs als Relikte intersubjektiver Beziehungen, welche *Freud* vor allem im methodologischen Rahmen der Melancholie und der männlichen Homosexualität (*Freud*, 1915; 1921) reflektiert, zwar Anknüpfungspunkte für die geschichtlichen Vermittlungen in Gruppe, Gesellschaft und Kultur (*Freud*, 1921; 1930) gewähren, diese aber keineswegs in derselben Weise auch für die Libidotheorie relevant sein lassen. Der Trieb kann nur insoweit geschichtlich sein, als es das von ihm abgeleitete und somit partikuläre Ich in der Subjekt-Objekt-Relation seiner Realitätsprüfung zu sein vermag. Die Dimension der Geschichte beschränkt sich in der *Freudschen* Theorie allenfalls auf die topische, die unbewußt regressiven Anteile enthaltende Zone des Ichs, das auch im individuellen Bereich der Subjekt-Identität niemals mit dem Inbegriff des Psychischen kongruiert und in der Organisation des dynamisch und ökonomisch differenzierten Triebgeschehens nur eine sektorale Einheit darstellt (*Freud*, 1920a; 1920b).

Dieser Befund in den *Freudschen* Schriften mag *Bloch* bewogen haben, im psychoanalytischen Ich lediglich das Subjekt von Verdrängungsleistungen zu sehen, das im Namen von Gewissen und Realität Strategien zur Bändigung des Unbewußten aufbaut; „das Unbewußte ist bei *Freud* ... eines, in das etwas zurückgeschoben werden kann“ (*Bloch*, 1959), und das Ich bedeutet nicht mehr als einen Träger dieser ausschließlich dem Unbewußten zugewandten Leistung. Daher ziehen die *Bloch-*schen Interpretationen des Unbewußten die Rezeption des psychoanalytischen Ich-Verständnisses in sich hinein; in diesem Zusammenhang erscheint darum nicht einmal jene Möglichkeit des geschichtlichen Anknüpfungspunktes im Ich genutzt, weil bei *Bloch* das Unbewußte nur aus Regressionen ins zeitlos erstarrte Gewesene besteht, wenngleich man aus der dynamischen Gegenläufigkeit von Regression und Übertragung bei *Freud* selbst ein Geschichtsdenken ableiten könnte. *Bloch* kann den Topos Ich in der Gesamtheit der Psyche qualitativ nicht anders als das Unbewußte selbst begreifen: „Im *Freudschen* Unbewußten ist nichts Neues“ (*Bloch*, 1959); deshalb vermag ein an ihm orientiertes Ich ebensowenig Ursprung progressiver Innovationen zu sein.

Daran wird sichtbar, daß *Bloch* die Geschichtlichkeit von Trieb und Subjektivität vom Boden der klassischen Psychoanalyse *Freuds* abhebt

und auf das breite Fundament philosophischer Reflexionen stellt. Auch wenn man einräumt, daß er seine Folgerungen aus einem relativ undifferenzierten Referat *Freudscher* Gedanken bezieht, bleibt richtig, daß der beschriebene Ich-Begriff kaum Ansätze für geschichtsphilosophische Implikationen enthält, die im Libidokonzzept ohnehin vollständig eingezogen sind. *Blochs* Kritik an der Psychoanalyse, deren orthodoxe Spielarten bis heute an diesem Punkt kritikwürdig geblieben sind, beruht im wesentlichen darauf, daß die der Metapsychologie eigentümliche Indifferenz der Geschichtlichkeit menschlichen Existierens gegenüber auch die emanzipatorische Änderungsdynamik stillegen muß, die ehemals auf den Höhepunkten der bürgerlichen Philosophie mit dem Begriff des transzendentalen Subjekts und seiner Freiheit gesetzt war. Zunächst wird man daher genauer sagen müssen, daß die orthodoxen Vertreter der libidinösen Konstanten aus der Psychoanalyse paradoxal zu sich selbst die Spitze eben jenes Prinzips herausbrechen, unter dem *Freud* im besten, nämlich aufgeklärtesten Sinne traditionsgebunden die Dynamik des Unbewußten gegen die rationalisierenden Beteuerungen einer insgesamt unter das eigene Bewußtsein sinkenden bürgerlichen Gesellschaft aufdeckte; die Subjektlosigkeit von Trieben auch nur zu diskutieren, gleichsam über den eigenen Kopf hinweg das Geborensein der Affekte für Wesen, Ursprung und Zerstörungsfähigkeit menschlicher Spontaneität zu nehmen, läßt selbst jenen individualistisch reduzierten Geist bürgerlicher Freiheit im Stich, dem sich *Freuds* detektorische Leistungen noch verpflichtet fühlen, den jedoch niemals besessen zu haben, für die ausschließlichen Triebdenker der Psychoanalyse zweifelhaft zu sein scheint; dies mag man verstehen, da die orthodox-psychoanalytischen Aggressionstheorien in ihren unvermittelten Naturbindungen sich von dem Geist des an der Freiheit sich bewährenden Transzendentalen abwenden müssen, den sie allenfalls als Selbstmißverständnis zitieren können; die Auffassungen, daß im Rahmen menschlicher Trieborganisation Destruktionsneigungen ohne Ich-Vermittlungen naturhaft seien, werden jenem Prinzip des autonomen Subjekts abtrünnig, das die Orthodoxen durch die Initiationen *Freuds* historisch zwar mit einem gewissen Recht für sich reklamieren, dem sie aber von der methodischen Anlage ihrer Konzepte her gar nicht entsprechen können. Der Sog der Natur im Trieb nimmt diesem das Ich und führt auf den Abweg, daß das Subjekt auch jenseits der Triebpräsenz sich selbst entzieht. Mit *Hegel* will *Bloch* freilich die abstrakte Monadologie des transzendentalen Ichs, dessen epochenübergreifende Energie auch jenseits seiner ideologisch-mißbräuchlichen Eintrübungen den Rang eines positiven, durch die Diskriminierungen des Zeitgeistes nicht aufgehobenen Kulturüberschusses einnimmt, nicht auf dem vorläufig gewordenen Begriff eines brüchigen Individualismus beruhen lassen. Der Dienst, den das monadische Ich dem bürgerlichen Zeit-

alter, in das eben auch die Anfänge jener von *Freud* durchaus geteilten Anschauung der abstrakten Freiheit liegen, seinen philosophischen und seinen politisch-praktischen Theorien geleistet hat, darf nicht dazu verleiten, es auf seine Einzigartigkeit zu fixieren. Dies kann nämlich nur bedeuten, daß in den Wissenschaftsbildungen Naturspekulation und Begriffsmythologie von dem in seiner Singularität geschwächten Ich Besitz ergreifen. Die mythische Autonomie der Triebe, deren bildhafter Charakter *Freud* zur didaktischen Umschreibung einer Hypothese, nicht aber zur Formulierung eines Dogmas diente, muß sich zwangsläufig dort erheben, wo die Entleerungen des Ichs seine Überfremdungen anziehen; dies gilt in diesem Zusammenhang in einem durchaus methodologischen Sinn. Die empirisch wiederholbare Erfahrung, daß ein isoliertes Ich sich in Abstraktionen verflüchtigt, hat ein metatheoretisches Äquivalent: Die zeitgeschichtliche Tendenz einer seit der Mitte des vorigen Jahrhunderts virulent gewordenen, rasch zunehmenden und bis heute anhaltenden Erschütterung des bürgerlich aufgeklärten Selbstbewußtseins hat nicht unerheblich zu dem wachsenden Bedürfnis nach objektivistischen Stützungen beigetragen, in dem schließlich auch die Metapsychologie *Freuds* ihre eigenen Ich-Begriffe und darüber hinaus die fragwürdigen Einkleidungen des Subjekts durch die pessimistisch getönte Selbständigkeit destruktiver Triebneigungen in den orthodoxen oder liberal sich präsentierenden Schulen absichert. Diese Entwicklung ist wert, in ihrer historischen Dimension geschichtsphilosophisch reflektiert zu werden. Ansätze dazu finden sich bei *Hegel*, der bereits den breiten Strom analoger Gedankengänge des neuzeitlichen Denkens in seiner Philosophie verarbeitet.

Den hier notwendigen Gedanken entfaltet *Bloch* an *Hegel* in seiner berühmten Wendung aus der „Phänomenologie des Geistes“: „Es kommt alles darauf an, das Wahre nicht als Substanz, sondern ebenso sehr als Subjekt aufzufassen und auszudrücken!“ (*Bloch*, 1972). Hier wird gleichsam im Gegenzug zu der vorhin aufgezeigten Denkbewegung, die Verdinglichung in die flexible Komplementarität der Subjekt-Substanz, bzw. Subjekt-Objekt-Dialektik aufgelöst. Das deutungslos Gegebene des materialen Seins ist ohne Denkstruktur nicht erkennbar; es gibt nichts, das nicht durch den Begriff vermittelt wäre; der Begriff, den das Ich auch im Hinblick auf sich selbst fassen kann, ist aber nicht allein durch sich allein vermittelt, sondern wird erst durch die Prozesse des Sichanders-werdens in den ontischen Bereichen des Nicht-Ichs zur lebendig geschichtlichen Substanz oder dem substantiellen Leben der Subjektivität.

Die Dialektik der Geschichte als begriffenes Sein, als „Menschwerdung der Substanz“, wie *Bloch* mit *Hegel* sagen kann, wendet sich gegen Verdinglichung und Gegensatzfixierung: Die abstrakte Sprödigkeit des Ichs kann in seiner transzendentalen Vereinsamung dinghaft gewordene

Natur in Gestalt renaturalisierter Geschichte nicht vor deren destruktiven Entfesselungen bewahren, wie sie der Nazismus diesem Jahrhundert aufgelastet hat. Ohne objektive Strukturen ist das Ich nicht nur den Existenzaufweichungen der Subjektivierung ausgeliefert, sondern den dinghaften Fremdbestimmungen aller Arten subjekt-verleugnender und sich selbst überlassener Natur. An dieser Stelle findet das auf Naturanlagen reduzierte, psychoanalytische Triebkonzept seine philosophische Kritik, das im Modus angeborener Zerstörungslust ebenso gefährlich ist wie das, worauf ihr Begriff tendiert. Die falsche Ablösung des Selbstes von dem Natur-Gegebenen muß beide Ebenen in destruktiv verlaufenden Folgerungen isolieren; fehlen aber hier die reflektierten Relationen, wird mit Notwendigkeit auch die existentielle Stelle der Geschichte unbesetzt bleiben; denn es sind die Subjekt-Objekt-Beziehungen voraussetzenden Arbeits- und Interaktionsprozesse des kommunikativ von den Subjekt-Gliedern der menschlichen Gattung angeeigneten Seins, welche die Zusammenhänge des geschichtlichen Lebens konstituieren.

Freud ist weit davon entfernt, seinen metatheoretischen Schriften diese über Begriff, Sein und Geschichte sich erstreckende Grundsatz-Dialektik voranzustellen. Wenn auch die Instanzentheorie die Herkunft der eigenen Kategorie „Ich“ aus der Bewegung der Selbstverständigung des sich substantiierenden Ichs verleugnet, so bleibt es auch hier noch mehr als eine bloße Äquivokation. Es ist nicht nur teilnehmendes Moment im Konflikt- und Anpassungsgeschehen intrapsychischen Lebens; der Terminus Ich deckt ebenso das Subjekt der analytisch-therapeutischen Interpretationen, die am Ende dieses Prozesses und in der Ablösung vom Analytiker als therapeutischem Hilfs-Ich in gelingende Selbstinterpretation übergehen. Mit Recht hat *Habermas* (1963; 1968) aber darauf hingewiesen, daß die im psychoanalytischen Strukturmodell (Es — Ich — Über - Ich) die Instanz Ich keineswegs mit dem Subjekt jener Selbstreflexion zusammenfällt oder auch nur von ferne zu tun hat, welche in den empirisch-phänomenologischen Entflechtungen des therapeutischen Prozesses das Ich des Patienten sich mit seinem ihm vorher durch neurotisch-konfliktuöse Abwehr entfremdeten Selbst auf der neuen Grundlage seelischer Gesundheit identifizieren läßt.

Das topische Ich übt die Funktion umweltanaloger Anpassungen und der Zensur von Triebkräften aus, doch repräsentiert es nicht die Subjektivität der Selbstreflexion, die *Freud* metapsychologisch hauptsächlich auf die spezifische Leistung der Abwehr restringiert, ihr allerdings in der Überzeugung, daß im analytischen Durcharbeitungsprozeß die Neurose geheilt werden kann, insgeheim wieder und jenseits seiner Wissenschaftstheorie die unter Kontrolle des Ichs wahrgenommene Verantwor-

tung beläßt, mit den Zwängen zur Selbsttäuschung zu brechen (vgl. *Freud*, ab 1900).

Die emanzipatorische Bewegung der Reflexion einer sich durch die Widerstände unbewußt fixierter Arretierungen und pathologischer Rupturen hindurch in der Einheit des Psychischen mit sich selbst verständigenden Subjekt-Identität erscheint eben nicht auf der metatheoretischen Ebene der Ich-Funktionen; das Instanzenmodell der klassischen Psychoanalyse hält in der Topik psychischer Strukturen keinen Ort für jene selbstreflexive Identität des Ichs bereit, die für die Kategorialität therapeutischer Selbstfindungs- und Aufklärungsprozesse maßgeblich wäre (*Freud*, 1900; 1923).

Die an die Gedankengänge *Freuds* eindimensional gebundenen orthodoxen Theorien haben deshalb folgerichtig die metapsychologische Polarisierung zwischen der Autonomie des Triebgeschehens und der von ihm abgeleiteten sekundären Selbständigkeit des Ichs zu übernehmen; an dieser Differenz sind die vornehmlich *Freud* verpflichteten Theorien bis heute grundsätzlich orientiert; sie bildet zugleich die schon in der Methodologie liegenden Voraussetzungen für die Abwehr der geschichtlichen Dimension aus den psychodynamischen Prozessen der Ich-Bildung. Diese Tendenz in der Entwicklung der Psychoanalyse ist es, die *Bloch* in dem dargestellten Sinne einer die Geschichte einbegreifenden dialektischen Prozeßmetaphysik kritisiert. In dem von ihm auf ontologische Grundlagen gestellten Triebgeschehen entdeckt er schon in den ersten gattungsgeschichtlichen Anfängen die Repräsentationen jener Subjekt-Genese, die in Formen einer Phänomenologie des Geistes die in sich kohärente Identitätswerdung des Ichs auf den ihm eigenen selbstbewußten Begriff bringt. Trieb und Subjektivität sind dialektisch als prozeßhaft dynamische Einheit vermittelt, in der die libidinösen Objektivationen immer schon unter den Bedingungen der auf Selbstreflexion tendierenden Subjektstruktur des sich hervorarbeitenden Geistes stehen (*Bloch*, 1964).

Die geschichtsphilosophische Darstellung des Ichs als Manifestation des Geistes selber legt *Ammon* als transzendental-hermeneutische Fundamentalkategorie seiner Kritik der den klassisch psychoanalytischen Konzepten verhafteten Ich-Psychologie und ihrer Neubestimmung in Gestalt der Dialektik von Libido und Ich-Identität zugrunde (*Ammon*, 1969a; 1973b; 1973c; 1974b).

Die fakultative Bezeichnung Ich-Psychologie als einer Erfahrungswissenschaft der Subjektivität geht bei *Ammon*, was ihre sachlichen Implikationen betrifft, weit über jenen Begriff von Ich hinaus, das als isolierte Selbsterfahrung der Identität einer bloß auf sich gestellten Reflexion bei *Freud* im Gegensatz zu den ihm nachfolgenden Instinkt-

und Triebtheoretikern immerhin eine für die naturwissenschaftlichen Begriffsbildungen seines Denkens vorantreibende Funktion besessen hat. *Ammon* vollzieht jenen zu *Blochs* Geschichts- und Materiephilosophie analogen Schritt, der die Einheit der Ich-Apperzeption aus den Engführungen der von allen Objektbeziehungen abstrahierenden Selbsterfahrung des sich auf sich als einzigen Gegenstand besinnenden Subjekts herausführt. Das Ich ist nicht nur die in sich kreisende Subjektivität des Sich-Wissens, das dem abstrakten Individualismus einsamen Denkens des 19. Jahrhunderts noch zur Rechtfertigung diene und bis heute die gesellschaftliche Abspaltung der Psychoanalyse bereits in ihrer Wissenschaftstheorie dingfest gemacht hat. *Ammon* folgt in seinen eigenen theoretischen Voraussetzungen einer *Hegel* verwandten Denkfigur, welche das auf sein eigenes Medium reduzierte Ich gleichsam vom Kopf auf den Fuß einer Dialektik von Ich und Anderem in der Intersubjektivität des objektfreundlichen Geistes stellt, in dem das Ich nicht nur mit sich selbst als seinem in reiner Reflexion verdinglichten Schatten beschäftigt ist, sondern mit einem anderen Ich als einem wirklich Anderen. Von dieser Geistesdialektik erscheint bei *Ammon* die über die fachwissenschaftliche Spezialisierung der Psychoanalyse hinausgehende philosophische Intention, das Ich aus der Grundform der Intersubjektivität, der Gruppe zu verstehen. Die geschichtliche Kategorie Gruppe steht einer Hermeneutik der Ich-Identität als Basisbegriff zur Verfügung, der in den szientistischen Formen der Psychodynamik und der Psychopathologie als geschichtlichen Ich-Manifestationen Geltung bekommt. Die in der Ich-Identität immer schon angelegte Dialektik von Ich und Anderem ist jeweils dem Ich und seinem Anderen immanent; das Herangehen und Sich-Abgrenzen beider Seiten des Internalisierung und Externalisierung beweglich variierenden Ichs machen die Grundstruktur eines im Ad-gredi lebenden Subjekts aus. Bei *Ammon* ist daher Aggression nichts dem Ich einfach Aufgesetztes oder gar Anerzogenes, sondern Ausdrucksweise einer dem Ich ursprünglich eigenen geistigen Lebendigkeit. Aggression hat daher primären Charakter in dem unverstellten Sinn von Selbst- und Objektbeziehung; als Ich-Funktion geht ihr nicht die Subjektivität des Selbstes bloß voraus; diese entfaltet und repräsentiert ihr Wesen in dieser Funktion; sie stellt die Vermittlungsstelle dar, in der das Ich mit sich selbst in der kommunikativen Mitte mit anderen Subjekten Selbstverständigungen anstrebt. Zwar ist es, wie sich gezeigt hat, notwendig, das Ich als transzendentes Prinzip für die Erforschung seiner empirischen Zustände im Auge zu behalten; es steht aber als solches nicht an sich da; vielmehr wird es im Begriff der Aggression, der als primäre Ich-Funktion bei *Ammon* die Kreativität sich beigesellt, als prozessuale Kontinuität einer Form geschichtlichen Daseins verstanden.

Dasein bedeutet, daß das Ich sich vorfindet und in dem Grund seiner Existenz nicht aus sich selbst sein kann. Deshalb vollzieht sich die seiner Autonomie und seinen primären Ich-Funktionen immanente geistige Dialektik immer schon in den konkreten Gestaltungen seiner bio-physikalischen Organisation. Die Sexualtriebe sind dem Ich als biologisch konkretisierte Existenziale gegeben, ähnlich wie in grundsätzlicherer Form dies von den Ich-Funktionen Aggression und Kreativität gesagt werden muß. Die Libido hat somit Teil an dem Dasein des Ichs als eines originären und in der Verarbeitung der substantiellen Objektivitäten Sein und Anderssein subjektiv erscheinenden geschichtlichen Geistes.

In diesem Kontext müssen daher die theoretischen Ansätze zu dem Phänomen Aggression wie ihrem pathologischen Gegenteil, der Destruktion, gesehen werden, die im Blick auf den geisteswissenschaftlichen Hintergrund *Ammons* eine Revision der orthodoxen Libido-Lehre impliziert. Die in einer psychoanalytischen Postulatentheorie verselbständigte Triebreaktion eines vom Ich objektistisch abgespaltenen Destruktionstriebes würde nichts anderes als die Preisgabe seiner substanziell geistigen Struktur bedeuten. Das Unvermittelte der libidinösen Destruktionsautonomie indiziert den Verlust der Geschichtsdimension und der Geist-Dialektik im Rückfall der mythischen Entfremdung.

Allgemein läßt sich sagen, daß wie *Bloch* auch *Ammon* das Triebgeschehen methodologisch in die genetische und phänomenologische Dimension der Ich-Werdungsprozesse eingliedert; dieses Vorgehen verhindert eine gegenaufklärerische, emanzipationsfeindliche Mystifizierung der Libido, die in den Auffassungen angeborener Aggressions- und Destruktionstendenzen irrationalistisch kulminiert. Die Dialektik der Subjektivität des Selbstes im Selbstbewußtsein der Intersubjektivität geistigen und geschichtlichen Seins bildet somit den Konvergenzpunkt für die bei *Bloch* und *Ammon* sichtbaren, auf den Ebenen der Erkenntnistheorie, der Geschichtsphilosophie und der Anthropologie geführten Reflexionen.

Im Hinblick auf die fachwissenschaftlich der Psychoanalyse zugewandten Seite distanziert sich *Ammon* deshalb von *Freuds* nativistischem Todestriebkonzept, das nicht zuletzt von der kulturpessimistischen Geistesrichtung der Spätromantik bestimmt ist. An diesem Punkt ist *Freud* in die Statik der traditionellen Psychologie zurückgefallen; seine Theorie, daß destruktives Verhalten als angeboren und final gegeben ist, spiegelt eine Preisgabe des prozeßhaft-psychodynamischen Denkens wider (*Ammon*, 1973), das freilich trotz zahlreicher Anknüpfungspunkte zumindest in den libidinösen Struktursystemen die Kategorialität der Geschichte in den Erscheinungsformen der Übertragungs-

dynamik reflektieren, ihr aber nicht ein zur Ich-Entwicklung analoges Wachstum des Trieblebens zur Seite stellen konnte. Die *Freudsche* Affekttheorie begibt sich im Rahmen der Todestriblehre in eine Statik, die den wissenschaftlichen und therapeutischen Optimismus in Frage stellt, welchen *Ammon* entsprechend der Hoffnung in den von der Vernunft belehrten und identitätsanalogen Trieben zur Grundlage des eigenen Selbstverständnisses erhebt.

Anders auch als es die an der Affektenlehre *Freuds* noch orientierten Ich-Psychologen *Hartman*, *Kris* und *Loewenstein* (1949) verstehen, zeigen *Ammons* Forschungen auf dem Gebiet der Ich-Entwicklung und der Gruppendynamik, daß sich Identitäts- und Persönlichkeitsstrukturen auf dem Boden des primär gegebenen, autonomen und konstruktiven Aggressions- und Kreativitätspotential in den geschichtlichen Spannungsfeldern von Individuum und Gruppe herausbilden. Aggression und Kreativität implizieren in der naturwüchsigen Vorfindlichkeit als autonome Ich-Funktionen die existentialen Möglichkeiten des Subjekts, sich kreativ in der Kontinuität des geschichtlichen und geistigen Daseins zu realisieren. Erst diese Dialektik von primärem Gegebensein und geschichtskonstituierender, identitätsermöglichender Manifestationskraft kann den metapsychologischen Verweisungszusammenhang erfüllen, den die Interpretation dieser Ich-Funktionen fordert. Ich- und Triebentwicklung stehen daher im homogenen, von vornherein identitätshaft qualifizierten Horizont paralleler Wechselwirkung, welche von den interpersonellen Rahmenbedingungen primärer und sekundärer Gruppen geschichtlich vermittelt werden. Deshalb kann das Ich nicht das Ergebnis der Konfliktdynamik zwischen Triebstreben einerseits und der Triebunterdrückung erzwingenden Realitäten auf der anderen Seite sein, wie es *Freud* noch dachte. Das Ich stellt aber auch nicht allein eine tertiäre von dem Trieb-Realität-Gegensatz abgelöste Größe dar, welche aufbauend auf dem vererbten Material autonomer Ich-Kerne im Zug der Entwicklung Selbständigkeit gegenüber libidinösen und aggressiven Triebkomponenten gewinnt — wie es die genannten Ich-Psychologen begreifen (*Hartmann*, 1937; 1964; *Hartmann*, *Kris*, *Loewenstein* 1949) —, sondern umfaßt als die geschichtlich wachsende Einheit der synthetischen Matrix seiner internalisierungsfähigen Zonen das psychosoziale Geschehen in den intersubjektiven Medien von Gesellschaft und Gruppe. Die Genese der Ich-Identität spiegelt die geschichtliche Dialektik von Ich-Funktionen und Gruppengeschehen wider, in pathologisch verzerrter Geschichte die Verstümmelungen dieser Beziehungen. Erst in diesem Kontext maligner Wandlungen der ursprünglich kreativen Aggression setzen sich pathodynamische Destruktionsenergien frei, die gruppen- und psychodynamisch von Generation zu Generation weitergegeben werden können, bis sie in chaotisch agierte Identitätszertrümmerungen einer

individuellen und kollektiven Anti-Geschichte ausufern, als die sich die Untaten des faschistischen Terrors vorstellig gemacht haben. Hier eine Mythologie der Triebe, wie *Freud* es selbst genannt hat, und speziell des Zerstörungstriebes zu postulieren, hieße, die an der unmenschlichsten Irrationalität noch erkennbaren rationalen Elemente verleugnen, mit denen die destruktive Aggression aus der fragmentierten Geschichte un-gelebten Lebens zu revidieren ist.

Im Blick auf die gegenwärtige Situation der Psychoanalyse in Deutschland ist es daher nicht einfühlbar, wie nach den Erfahrungen mit dem Faschismus an einer Zerstörungstrieblehre festgehalten werden kann, die eine Remythologisierung geschichtlich gewordener und daher veränderbarer Aggression darstellt. Die Analyse der orthodox-psychoanalytischen Positionen hat jedoch ergeben, daß das Konzept des Destruktionstriebes nicht etwa nur als eine spekulative Sonderform einer ansonsten unanfechtbaren Theorie zu verstehen ist; deren triebmythologische Überfremdung ergibt sich vielmehr konsequent aus den methodologisch fixierten Verzicht der geschichtlichen Dimension des Geistes. Diesen Schlußfolgerungen ist zu entnehmen, daß sich in den transzendentalen Voraussetzungen einer psychoanalytischen und Ich-psychologischen Konzeption gesellschaftliche Relevanz und das emanzipatorische Interesse an den kreativen Prozessen einer gesunden Ich-Entwicklung entscheiden. Das konstruktive Wechselspiel von Ich und Unbewußtem ist im Rahmen des Ich-psychologischen Denkens *Ammons* als topisch-geschichtliche Dynamik vom interpersonellen Geschehen der das heranwachsende Individuum umgebenden Gruppe abhängig (*Ammon*, 1973d; 1974a). Die Psychodynamik der Ich-Identität ist daher niemals triebpsychologisch auf intrapsychische Abläufe reduzierbar, in welche die klassisch-psychoanalytischen Ansätze die Geschichte gleichsam einkapseln, sondern immer schon von der interpersonellen Dynamik von Ich, Gruppe und Gesellschaft bestimmt. Der Zusammenhang des konzeptuell und praktisch in der Ich-Psychologie eingelösten geschichtlichen Horizontes ist somit zu einem, von *Bloch* in den Zeitgeist wieder eingebrachten, philosophischen Fundament für die wissenschaftstheoretische und zukunftsrelevante Kohärenz der Psychoanalyse selbst geworden.

Ego-Psychological Aggression Theory seen from the Position of the Philosophy of History

Harald Knudsen

The questions about the origin of human aggression have been answered from the view of orthodox psychoanalysis with the postulate

of an innate drive of destruction, basing on *Freud's* concept of an aggressive drive. This tendency toward naturalistic speculation within psychoanalytical concepts shows a striking similarity with the less deductive, behavioural science. The latter, regarding drive, has become strangely deductive, producing an axiomatic system derived from some instinctual, almost genetic understanding of "evil", i. e. in the concept of destructive aggression. It is obvious, that by doing this, such a science prevents itself from scrutinizing the causes of destructive behaviour, e. g. in wars and terrorism, and from gaining a truly historical view and understanding, and thus from finding definitions that permit influencing the real cause of destruction. To behaviourism and orthodox psychoanalysis destructive drive manifestations can only be diverted, extincted or "sublimized".

It is here that the author reflects on *Ernst Bloch's* philosophical standpoint regarding the character of meta-theoretical formulations in human sciences. *Knudsen* tries to find some implications of *Bloch's* thoughts for psychoanalysis.

Bloch has shown that the formulation of meta-theory in science must be based on a dialectic view of subjectivity and history, enabling not only transcendental formulations, but at the same time leading to consequences for recognizing methods allowing a change in a forthcoming immanency.

In contrast to this, traditional psychoanalysis has drawn in the possibility of reaching a dynamic dimension of subjective history, especially in the theories of libido-formation, thus giving away the chance to prevent destructive behaviour by influencing its origins in the history of an individual. If one understands a "drive" methodologically as merely primordially existing, then one loses the level of a subjectivity that is able to integrate the unconscious in a creative and free manner. Libidinal potential obtains thereby an irrational, autonomous character, bringing forth ego-alien outbursts of destructive aggression.

Since the orthodox doctrine of a destructive drive is not based upon a dialectic of subject and history, but instead on a naturalistic drive concept, it cannot miss the danger of seeing aggression as an alienation. Whereas the acceptance of an ego-concept able to develop and assimilate driving the course of an individual's history, before going on to explore the fate of drives, is more concordant to *Bloch's* demands. This is also the position *Ammon* is taking. *Ammon's* position which enfolds combined concepts of ego and group is at the same time a critique and a revision of classical psychoanalytical, fundamental theories. To him

aggression is not a sign of some kind of primordial "evil", and manifestations of destructive aggression are signs of an individual's development of sane, constructive aggression, within a specific group interaction. Thus destruction is neither innate, nor primordial.

The systematic retrogression in the examination of drive formation on the basis of historical categories (when dealing with ego-identity) and relating this formation to a primary group is the only eligible meta-theoretical position, that shows some promise to free the subject from distorted drive formation and for changing destructive formations to health and creativity. Since ego-psychology equalizes group structures and dynamics with ego-structures and identity, the concept of ego-psychology offers therapeutical techniques to cure pathogenic aggressive reactions. Thus its meta-theory enables changes in immanency. Since therapists oriented on this position understand aggressive drive formation historically, this techniques are adequate to comprehend and deal with aggressive manifestations single and in groups.

Literatur

- Ammon, G.* (1969 a): Zur Psychodynamik und Gruppendynamik der Aggression. In: *Wege zum Menschen* (21) H. 5
- (1969 b): Abrupter Durchbruch destruktiver Aggression als psychiatrisches Problem. *Beiträge zur gerichtlichen Medizin*, Bd. 27 (Wien: Deuticke)
- (1969 c): Herrschaft und Aggression — Zur Psychoanalyse der Aggression (Berlin: Pinel-Publikationen)
- (1970): Von der spätbürgerlichen Psychoanalyse zur Emanzipation in der Gruppe (Berlin: Pinel-Publikationen)
- (1973 a): Aggression und Ich-Entwicklung in der Gruppe. Ein Beitrag zur psychoanalytischen Aggressionstheorie. In: *Z. Psychother. med. Psychol.* (23) H. 2 (Stuttgart: Thieme)
- (1973 b): Gruppendynamik der Aggression (München: Kindler)
- (1973 c): Gruppendynamik der Aggression. In: *Uchtenhagen, A., et al.* (Hrsg.): *Gruppentherapie und soziale Umwelt* (Bern: Huber, 1975)
- (1973 d): Was macht eine Gruppe zur Gruppe? In: *Wiss. Praxis Kirche Gesell.* (62) H. 12
- (1973 e): Die Psychodynamik der Psychosen, der Symbiosekomplex und das Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten. In: *Dynamische Psychiatrie* (6) 355—372
- (1974 a): Kreativität und Ich-Entwicklung in der Gruppe. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): *Gruppendynamik der Kreativität* (München: Kindler)
- (1974 b): Kreativität und kreativer Prozeß. In: *Menne, F.* (Hrsg.): *Neue Sensibilität* (Darmstadt: Luchterhand)
- Adler, A.* (1908): Der Aggressionstrieb im Leben und in der Neurose. In: *Fortschritte der Medizin*
- Bloch, E.* (1959): *Das Prinzip Hoffnung* (Frankfurt: Suhrkamp)
- (1964): *Tübinger Einleitung in die Philosophie I* (Frankfurt: Suhrkamp)
- (1967): Widerstand und Friede, Rede gehalten am 15. 10. 1967 in Frankfurt am Main
- (1969): *Philosophische Aufsätze zur objektiven Phantasie* (Frankfurt: Suhrkamp)
- (1970): *Politische Messungen, Pestzeit, Vormärz* (Frankfurt: Suhrkamp)

- (1972): Das Materialismusproblem, seine Geschichte und Substanz (Frankfurt: Suhrkamp)
- (1975): Das kostümierte Böse. Ein Gespräch mit dem Philosophen *E. Bloch*. Interviewer: *A. Reif*. In: *Die Zeit* vom 4. Juli 1975
- Freud, S.* (1895): Entwurf einer Psychologie. In: *Aus den Anfängen der Psychoanalyse* (London: Imago, 1950)
- (1900): Die Traumdeutung. Ges. W. Bd. II/III (London: Imago)
- (1910): Die psychogene Sehstörung in psychoanalytischer Auffassung. Ges. W. Bd. VIII. aaO.
- (1913): Zur Einführung in den Narzißmus. Ges. W. Bd. X. aaO.
- (1915): Trauer und Melancholie. Ges. W. Bd. X. aaO.
- (1920 a): Das Ich und das Es. Ges. W. Bd. XIII. aaO.
- (1920 b): Jenseits des Lustprinzips. Ges. W. Bd. XIII. aaO.
- (1921): Massenpsychologie und Ich-Analyse. Ges. W. Bd. XIII. aaO.
- (1923): Das Ich und das Es. Ges. W. Bd. XIII. aaO.
- (1930): Das Unbehagen in der Kultur. Ges. W. Bd. XIV. aaO.
- Habermas, J.* (1963): *Theorie und Praxis. Sozialphilosophische Studien* (Darmstadt: Luchterhand)
- (1968): Erkenntnis und Interesse (Frankfurt: Suhrkamp)
- Hartmann, H.* (1937): *Ich-Psychologie und Anpassungsprobleme* (Stuttgart: Klett, deutschsprachige Neuauflage 1960)
- (1964): *Zur psychoanalytischen Theorie des Ichs* (Stuttgart: Klett)
- , *Kris, E., Loewenstein, R.* (1949): *Notes on the Theory of Aggression*. In: *Psychoanal. Study Child*, Vol. III/IV (New York: Int. Univ. Press)
- Mitscherlich, A.* (1958): Aggression und Anpassung. In: *Psyche* (XI)
- (1970): Die Idee des Friedens und die menschliche Aggressivität (Frankfurt: Suhrkamp)

Adresse des Autors:
 Dr. theol. Harald Knudsen
 1 Berlin 12
 Roscherstr. 2 a

Kasuistik pränatal-psychoanalytischer Behandlung mit Akzentuierung des Todesproblems — Zum Begriff „Der sterbende Patient“**

Gustav Hans Graber *

Freud bezeichnete ursprünglich die Vorstellung vom Tod und die Todesangst als Korrelate der Kastrationsangst, später jedoch als Projektionen pränataler Erlebnisweisen. Von dieser Gleichsetzung des Todes mit dem Ungeborensein ausgehend, begreift der Autor auch jene Patienten als Sterbende, welche aus Angst vor dem Leben und der äußeren Realität ihre Identität in der Nicht-Existenz als Ungeborene, als lebende Tote suchen. Graber erörtert die Beziehung von vorgeburtlichem Dasein, Geburtstrauma und Tod bei einem solchen Patienten und schildert seine Therapie mittels der von ihm entwickelten pränatalen psychoanalytischen Behandlungsmethode. Er vergleicht den in tiefster Regression zu pränatalen Erlebnisweisen erreichten Zustand des unbewußten Selbstes mit der Erfahrung des Sterbens.

Das Leben vor der Geburt verläuft in zeitlosen Dimensionen. Das Leben nach dem Tode erscheint, wenn man die Erwartungen der meisten Menschen in Betracht zieht, wie eine Fortsetzung des vorgeburtlichen Seins, projiziert in die Situation des Sterbens und in die Vorstellung einer ihr folgenden Ewigkeit.

Diese Auffassung findet sich schon bei *Freud*, der den Gedanken an den Tod und die ihn begleitenden Ängste zunächst mit der Kastrationsdrohung in Verbindung brachte, später jedoch die emotionalen Einstellungen dem Tod gegenüber aus der regressiven Rückwendung in das Unbewußte pränatalen Lebens verstand (*Freud*, 1900).

Die Projektion pränataler Zustände in die Todessituation bestimmt im wesentlichen das, was ich unter dem Begriff des „sterbenden Patienten“ verstehe. Dabei gehe ich davon aus, daß Patienten, die unter unbewußten Todeswünschen gegen sich selbst leiden, „sterbende“ Patienten sind. Der Lebensweg dieser Menschen kann ebensowohl als Todesweg bezeichnet werden, dessen unbewußt destruktive Dynamik in die Regressionen suizidalen Agierens hineinführt.

Ich möchte die Konvergenz der bis in pränatale Situationen hineinreichenden Regressionen mit den psychodynamischen Prozessen während des Sterbens an einem Fall aus meiner psychoanalytischen Praxis demonstrieren, den ich den „ungeborenen Patienten im Glassarg“ genannt

* Dr. phil., Psychoanalytiker, Bern;
Präsident der Internationalen Studiengemeinschaft für Pränatale Psychologie

** Vortrag gehalten auf dem 1. Deutschen Regional Meeting des International College of Psychosomatic Medicine (ICPM), 22.—26. 9. 1974, Schloß Weidenkam (Starnberger See bei München)

habe — nach dem Bild aus einem seiner Träume. Es handelt sich hierbei um einen Fall, in dessen Analyse, um eine Formulierung *Animons* (1974) zu gebrauchen, „die pränatalen Regressionsprozesse, welche im Sinne des Wiederholungszwanges eine pathologische Autonomie gewonnen haben, als pathologisch erkannt und bearbeitet“ und, so möchte ich hinzufügen, teilweise auch abgebaut werden konnten.

Gemäß der theoretischen Prämissen der pränatalen Psychologie, welche zwischen vorgeburtlichem Dasein, Geburtstrauma und Tod enge psychodynamische Beziehungen erkennt, will ich einige Phasen aus dem Analyseverlauf meines Patienten schildern. Der junge Mann hatte etwa ein Jahr, bevor er zu mir kam, unter großen Ängsten die Maturitätsprüfung bestanden. Diese Situation bedeutete zwar das Ende seiner Schülerkarriere, nicht aber zugleich den Beginn einer kreativen Lebensgestaltung, die vielmehr symptomatisch durch hypochondrische Ängste vor tödlichen Krankheiten, Auflösungsgefühle in der Form psychotischer Reaktionen bis zu der tiefen Verzweiflung über die völlige Verlorenheit seiner Existenz überwuchert war. Seine Wahnvorstellungen und seine Verlassenheitsangst führten ihn zum Psychotherapeuten.

Zunächst ergab der Szondi-Test eine heftige Abwehr gegen Sexualität und Aggressivität. Die starken Anklammerungstendenzen des Patienten ließen auf ein gravierendes, wahrscheinlich schon pränatal erworbenes Ich-Defizit schließen. Dieser Befund bestätigte sich an einigen Daten aus seiner Lebensgeschichte, die eigentlich durchgängig die defizitäre Identitätssituation des Patienten spiegelte. Der Versuch, auf der Universität Psychologie zu studieren, scheiterte. Das, was den Patienten noch am Leben hielt, war nach seinen Erzählungen die Musik, mit der ihn das intensive Gefühl verband, wie „in einer Hülle, in einer Traumwelt der Selbstvergessenheit“ sich zurückzuziehen. In der Harmonie einer weltabgewandten, musikalischen Seligkeit fühlt er sich, um hier den saloppen Ausdruck zu gebrauchen, „in“. Auf die Frage, worin denn dieses In-Sein besteht, gab er seinem Analytiker die Antwort: „In der Abwesenheit von mir, von meinem Ich und in der Anwesenheit in mir. Ich lebe zwar, aber es gibt kein Ich und kein Du.“

Der Patient äußerte das Empfinden, daß das geschilderte seelische Erleben nichts anderes sei, als das „wiedergewonnene Paradies des vorgeburtlichen Daseins“. Immer wieder bringt er Träume pränatalen Charakters in die Analyse mit. In zunehmendem Maß erlebt er dieses In-Sein während der psychoanalytischen Sitzungen wieder; er kommt gern in die Behandlung. Auf der Couch erlebt er Wohlgefühle, wie er sie in seinem bewußten Leben niemals gekannt hat. Er bringt die Phantasie: „Ich liege hier auf der Couch, wie in einem gläsernen Sarg, der weich gepolstert ist und aus dem ich hinaussehen kann. Wenn ich spreche, so ist

der Vorgang des Sprechens gegenüber der herrlichen Geborgenheit völlig irrelevant und bedeutungslos.“

In den hier beschriebenen Zuständen begegnen sich Gefühle zu sterben und des Ungeborenseins. Zugleich drückt er die Vorstellung aus, daß sich die äußere Realität in seine Phantasien verwandelt. Es ist dies ein umgekehrter Vorgang zur bekannten paranoischen Projektion von Phantasien auf die reale Welt mit dem Wunsch, sie realisieren zu können oder sie realisiert zu wissen.

Auf die Phase immer wiederkehrender Regressionen in pränatale Zustände, die in der Analyse etwa während der Zeit eines ganzen Jahres manifest werden, folgte eine zweite, in welcher der Patient die traumatische Übergangssituation des Geborenwerdens symbolisch wiedererlebte. Ein Traum für diese sich ankündigende Wendung in der analytischen Situation ist besonders bezeichnend gewesen: „Ich bin unter Wasser und muß mich durch eine Schleuse hindurchzwängen. Aber sie wurde ein immer engerer Schacht ohne eine Aussicht, wohin er führt und wie lang der Weg noch sein würde. Ich bekomme Erstickungsängste. Ich fühle, ich werde dabei abgehärtet, aber dies ist praktisch ohne Nutzen. Ich kriechе zurück.“

Träume dieser Art, deren Arbeit der Überwindung des Geburtstraumas gelten, wiederholen sich während der Dauer des nächsten halben Jahres. Während dieser Zeit formt der Patient aus Ton einen Kopf, einen Totenkopf, in dessen Augenhöhlen das Paradies erscheint; aber so erläutert er: „Ich selbst bin wie tot.“ Existenzangst mischt sich mit dem Gefühl, das der Augenblick des Erwachens und damit die Schrecken des Daseins heranrücken. In einem der Traumprotokolle des Patienten heißt es: „Ich gebe mir wohl den Befehl, ich müsse heraus; dann aber bin nicht ich es; ich sinke vielmehr zurück in das Wohlig-Geborgene mit meinen Zukunftsphantasien eines ewig-beseelten Lebens. Ich erlebe ein inneres Vakuum, begleitet von einer völligen Verkrampfung und gräßlichen körperlichen Schmerzen, verbunden mit der Hoffnung auf Erlösung. Ich fühle mich wie Lazarus, den Jesus von den Toten auferweckt.“

Die in diesem Traum latent ausgedrückte Hoffnung, daß die Analyse die „Erlösung“ bringt, will sich für den Patienten nicht erfüllen. Von den Einfällen, die ihm zu diesem Traum kommen, sollen folgende zitiert werden: „Ich bin hier im Analyseraum wie ungeboren. Nach den Sitzungen setzen wieder die tausend Ängste vor der Zukunft, vor der Arbeit, vor den Frauen ein, und ich stehe erneut vor einer unüberwindlichen Mauer oder Eisenwand. Die Mauer und die Eisenwand sind auch meine verkrampften Bauchmuskeln. Die Mauer erlebe ich zudem wie ein Hindernis zum Geborenwerden, vor dem ich immer wieder zurückschreke. Für mich gibt es kein drinnen aber auch kein draußen.“

In einer neuen Phase der Behandlung stellen sich nun solche Träume ein, an denen sich deutlich das Alternieren von innen und außen, der intrauterinen Mutterleibssituation und der darauffolgenden, traumatisch erlebten Geburt als die elementare Ambivalenz von Todeswunsch und Lebensverneinung, von Lebenswille und Todesangst manifestiert. Zwei Träume zeigen diese Zwiespältigkeit besonders deutlich:

Traum 1: „Ich irre durch eine Großstadt, durch Hurengassen. Dann bin ich im Hause meiner Eltern, im Büro meines Vaters. Wir haben Krach. Ich will ihn tot haben, wegen seiner egozentrischen Härte!“ Der Wunsch, den Vater zu töten, erweist sich in der Analyse als eine Projektion selbstmörderischen Verhaltens. Der Träumer ist selbst der Vater, den er umbringen will. Der Todeswunsch stellt eine Reaktion auf das während der Analyse symbolisch erlebte, ständige Scheitern dar, die geburtstraumatische Situation zu überwinden.

Traum 2: Dieser Traum verwandelt das Geborenwerden in ein Todeserlebnis, ist also ein paradoxaler Ausdruck für das Leben nach überstandener Todesgefahr: „Nach vielen Kriegserlebnissen wurde ich gefangengenommen. Der Tod wartet auf mich — als Exekution; diese wird auch vollstreckt. Den Augenblick des Sterbens erlebe ich im Traum selbst als das Erwachen aus der Bequemlichkeit des Traumzustandes in das gewöhnliche Leben.“

Beide Träume weisen auf die der Metapsychologie des Ichs eigentümliche Ambivalenz, in der das regressive auf die Selbstaufhebung tendierende und das progressive dem Leben zugewandte Element sich gegenüberstehen. Dieser Charakter des Ichs ist dem Konflikt zwischen prä- und postnatalem Zustand im Ursprung der Entstehung analog; er bestimmt daher auch die Übertragungsdynamik in der analytischen Situation zwischen Therapeut und Patient. Insofern kann die therapeutische Beziehung vor allem im Hinblick auf die analytische Technik als eine Wiederholung der dualen Erlebniseinheit zwischen Mutter und Kind angesehen werden; die intrauterine Lebenssituation des pränatalen, unbewußten Selbstes gilt dabei als psychodynamische Matrix für die grundsätzliche Ambivalenz in dem Zusammenhang arretierter Ich-Zustände, die in den analytischen Wiederholungen der Regression Einsicht und Heilung herbeiführen können. Nach diesem Konzept muß es dem Therapeuten gelingen, in den Übertragungsprozessen diese duale Erlebniseinheit wiederherzustellen und damit das blockierte Selbst in einem metaphorischen Sinne noch einmal mit der geburtstraumatischen Entscheidung zu konfrontieren, um eine gegen den Sog zur Totalregression, d. h. gegen seine suizidalen Tendenzen, gesicherte, ambivalenzüberwindende Verantwortung für das eigene Leben zu ermöglichen (Graber, 1970; 1972).

Im Falle meines Patienten ist es schließlich nach drei Jahren Analyse gelungen, den Zwiespalt zwischen dem totalregressiven Bestreben der Wiedergewinnung des verlorenen Paradieses im Mutterleib, das, wie die Behandlung zeigte, stets einem tendenziellen Selbstmord gleichkam, und einer progressiven Abwehr der Versuchungen weltlicher Realität zugunsten einer wirklichkeitsadäquaten Bewältigung der eigenen realen Lebenssituation zu überwinden. Seine begonnenen Studien hat der Patient inzwischen erfolgreich abschließen können.

Damit ist bei einem noch relativ jungen Patienten jene Psychodynamik reversibel gemacht worden, die ihm auf Grund realitätsverleugnender und Ich-abwehrender Regressionstendenzen die Selbstaufhebungen eines ständigen Sterbens aufzwingen. Die therapeutische Entdeckung der traumatischen Ruptur auf der Entwicklungsebene des pränatal unbewußten Selbstes im Medium der Wiederholung der dualen Erlebniseinheit intrauteriner Sicherheit und extrauterinen Lebenswachstums zwischen Therapeut und Patient konnte das vorher im unbewußten Geburtstrauma befangene und daher sterbende Ich aus seiner Zwangslage befreien und ihm die notwendigen Voraussetzungen eines erlebnisintensiven Daseins geben.

*The Problem of Death in a Case of Prenatal-Psychoanalytic Treatment
(On the Concept of the Dying Patient)*

Gustav Hans Graber

Death as an event transcending life does not belong to the experiential realm of human existence. *S. Freud* therefore originally designated the concept of death and fear of death as an equivalence of castration anxiety. Later on he explained the feared state of loss of the ego in death as the projection of prenatal experiences. Starting from this equation of death with the state of being unborn *G. H. Graber* expands the concept of the "dying patient". Dying patients are also those who because of existential fears of life and outer reality are driven to pathological regression, to prenatal modes of psychic existence, and whose identity consists of the non-existence of the unborn, the living deads (*G. Ammon*).

Graber discusses the relationship between prenatal existence, birth trauma and death in one of his "dying" patients, and describes the working through of this pathological dynamics by means of the prenatal psychoanalytic treatment developed by him. The total lack of ability to accomplish something, as well as fear of psychosis and lethal

illness motivated the patient to start therapy. He felt his existence exclusively as a state of loss of ego and objects, his only link to life was his guitar; when he played, he felt existent.

In the psychoanalytical situation he first experienced this total regression too, accompanied by intensive feelings of immaterial bliss. Then a phase of so-to-say prenatal confrontation dispute with reality followed that centered on his fears of existence, of the future, of sexuality, and of demands for achievement. The successful workingthrough of his basic conflict, the so-called birth trauma enabled his birth into a living identity expressed in impressive dreams, but above all in decisive changes of his life situation.

Literatur

- Ammon, G.* (1974): Vorgeburtliche Phantasien und Träume im gruppenanalytischen Prozeß. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Psychoanalytische Traumforschung (Hamburg: Hoffmann & Campe)
- Freud, S.* (1900): Die Traumdeutung. Ges. W. Bd. II/III (London: Imago)
- Graber, G. H.* (1970): Ursprung, Einheit und Zwiespalt der Seele. Vor- und nachgeburtliche Entwicklung des Seelenlebens (München: Goldmann)
- (1972): Grundlagenforschung und Geschichte der Internationalen Studiengemeinschaft für Pränatale Psychologie. In: *Graber, G. H.; Kruse, F.* (Hrsg.): Vorgeburtliches Seelenleben (München: Goldmann)

Adresse des Autors:
Dr. phil. G. Hans Graber
CH-3018 Bern
Gotenstr. 6

The Ajase Complex (by Kosawa) — The Theory of Psychotherapy proposed by a Japanese Psychoanalytic Pioneer

Keigo Okonogi *

Die vorliegende Arbeit gehört in den Bereich der transkulturellen Psychoanalyse. Sie berichtet von den wissenschaftlichen Bemühungen eines der bekanntesten psychoanalytischen Pioniere Japans, Heisaku Kosawa, der ein zu Freuds Ödipus-Komplex-Theorie analoges, jedoch dem japanischen Kulturkreis eher entsprechendes Konzept des Ajase-Komplexes entwickelt und dieses Freud selbst 1932 in Wien zur Kenntnis gegeben hat. Er geht zunächst aus von zwei verschiedenen qualifizierten Formen von Schuldgefühlen, die das kindliche Seelenleben bestimmen können. Das eine Gefühl entspringt der Furcht, wegen eines verbotenen sexuellen Wunsches von den Eltern bestraft zu werden; das andere resultiert aus den Selbstvorwürfen, die entstehen, wenn das Kind statt der gefürchteten Bestrafung eine verzeihende Haltung der Eltern erfährt. Während die erste Reaktion der Dynamik des Ödipuskomplexes entspricht, verweist die zweite auf ein kulturgeschichtlich anders strukturiertes Erleben, das für das japanische Bewußtsein den Ajase-Mythos gültig formuliert. Nach einer ausführlichen Schilderung dieses Mythos stellt der Autor transkulturelle Vergleiche an, welche die Unterschiede der psychodynamischen Entwicklung des Individuums in den westlichen Gesellschaften und der japanischen Zivilisation freilegen; aus der daraus sich ergebenden Beobachtung lassen sich für beide Kulturdimensionen verschiedene Folgerungen für Identitätsstruktur, Psychopathologie und den damit einhergehenden Varianten der psychoanalytischen Therapie ableiten. Vor allem sei hier auf den psychosomatischen Aspekt hingewiesen, in dem die Ajase-Erzählung ihren Kulminationspunkt erfährt. Nachdem Ajase Aufklärung über die verbrecherischen, von der Mutter initiierten Hintergründe erhalten hat, die zu seiner Geburt geführt haben, reagiert er auf den Wunsch, seine ihm liebevoll gesonnene Mutter zu töten, nicht nur mit heftigen Schuldgefühlen, sondern mit einer schweren Hautkrankheit, deren übler Geruch alle Menschen bis auf die Mutter von ihm fernhält, die ihn auch gesundpflegt. Die Befreiung von der Depression über den eigenen tödlichen Haß gegen die Mutter und die Versöhnung mit ihr stehen in deutlicher Parallelität zur Heilung von der psychosomatischen Symptomatik; die Körperreaktion ist ein strukturelles Moment in der Psychodynamik des Ajase-Komplexes, das in der therapeutischen Technik japanischer Psychoanalytiker einen hervorragenden Stellenwert einnimmt.

The Ajase Complex and a Japanese Psychoanalytic Pioneer

How should the Eastern psychiatrists understand psychoanalysis and what kind of modification should they make in its technique and theory in order to adapt it to their patients when psychoanalysis, a product of the modern Western rationalism and individualism, was introduced to the Eastern countries whose culture and thought were different?

* M. D., Associate Professor, Neuro-Psychiatric Dept., Keio University, School of Medicine, Training Analyst of the Japan Psycho-Analytic-Society

It was in the 1920's that the theory and technique of psychoanalysis were introduced to Japan. Strictly speaking, there was no real psychoanalyst in Japan by the International Psychoanalytic Association except Dr. *Heisaku Kosawa* (1897—1968) before the end of World War II. Dr. *Kosawa* studied at the Vienna training analysis from Dr. *Richard Sterba* and got supervision from Dr. *Paul Federn*. After he came back to Japan, he started his practice in Tokyo as the first and only psychoanalyst in Japan, and continued his work till 1960. After the war he established the Japan Psychoanalytic Society — the Japanese branch of I. P. A. In the 1950's, as American dynamic psychiatry began to have its influence on Japanese psychiatry, there appeared some psychiatrists who had had psychoanalytic training by *Kosawa* and became the leading psychoanalysts of Japan.

In July of 1932, when *Kosawa* was in Vienna, he visited *Sigmund Freud* at his home at 19, Berggasse and submitted to him a paper entitled "Two Different Kinds of Guilt Feelings" with the subtitle "The Ajase Complex". In his paper *Kosawa* expressed his theory of the Ajase Complex with the Buddhistic thought as its background.

Through this original theory, he proposed his own view as a Japanese psychoanalyst with Oriental history and culture behind his back. Therefore, it made a striking contrast to the Western psychoanalysis of *Sigmund Freud* represented by the Oedipus complex. For 30 years after his return from Vienna, he devoted himself to the advancement of the psychoanalysis in Japan. His efforts were to try to integrate the Ajase theory into the *Freudian* psychoanalysis.

How has psychoanalysis been produced in the Western culture, been Japanized in the process of adapting itself to the Japanese therapist and his patients?

To what extent has the Japanese analyst (who is apparently considered to have acquired an observing eye of Western psychoanalysis) grasped Japanese psychological characteristics from the transcultural point of view, by observing Japanese patients?

Through the arguments in connection with the above points, naturally the following questions will appear:

In what points can the Western dynamic psychiatry and psychoanalytically oriented psychotherapy be adapted to the psychotherapy of Japanese patients?

In the above study, what kind of problems and modifications should be reconsidered?

My opinion will be expressed on the basis of the argument about two points. The matter of adoption of the Western psychoanalysis has been discussed in some papers in English on the basis of "Amae Theory" by Dr. *Takeo Doi* and the opinions about Japanese psychological feature from the transcultural point of view were given out in some social anthropological researches since "The Chrysanthemum and the Sword" of *B. Benedict*. Especially researches of *Doi*, *Caudill* and *Vogel* have unanimously pointed out the dependency of Japanese: According to them, the Japanese, compared to the Americans, are more dependent on their mothers. In the same way, Ajase was the name of an ancient Indian prince. Ajase, who had born a hatred for his mother, tried to kill her. In spite of her son's bad feelings for her, Ajase's mother forgave him and as a result the son felt a child's real love for his mother and at the same time he understood his mother's real love for him. And in this relation between the mother and her child on the basis of basic trust and primary love, the child's guilt feeling, the germ of conscience resulted from the realization of forgiveness, began to make appearance in this child's mind.

But it is not known well how *Freud* himself responded to *Kosawa* and what kind of understanding *Freud* gave to him when he received the paper. When *Kosawa* told me his recollection about this, he said that probably *Freud* did not fully understand his idea. After *Kosawa* came back from Vienna, he did not publish any writings about his theory or technique except in a few papers in Japanese. He did not announce his story to the world in English or German. The reason why he did not do so was probably caused by the Japanese isolated position from the International Society under the circumstances before World War II.

Believing it significant to introduce *Kosawa's* achievement to the world in the present state, I am going to give out his theory and his way of thinking on the psychoanalytic theory, and express my own opinion, taking out some problems of *Kosawa's* theory and practice. Naturally this paper with above aim will touch on the following points: The dependency need of the Japanese — "Amae" in Japanese — is much more permitted than that of Americans even in the social relations. *Kosawa*, having noticed the Japanese psychological feature long before various studies about it were announced internationally, deducted the following points:

In case of psychoanalytic therapy for Japanese patients, mothertransference conflict to the therapists will appear in the comparatively early stage, and therapeutic regression to oral-dependent state takes place easily, especially compared to the process of psychoanalytic therapy

for the Western patients. Therefore, in the psychoanalytic therapy for Japanese patients, the most important problem for the therapists to deal with is to bring his aggression especially of oral nature against his mother into consciousness. The development of adaptive ego seen in a state of mind of a psychologically healthy Japanese can be made for the first time, when a patient in the therapeutic regression can control his conflict-free dependency need on his mother at his own will, resolving repression against the aggression of his mother. In this sense, the Ajase story with its theme on mother-murder suggests the most important curative mechanism in the psychoanalytic therapy for Japanese.

In this paper, I will explain the story of Ajase, then examine Kosawa's Ajase complex in a theoretical way, comparing with the psychoanalytic theory in general, especially, that of *Kleinian*, and lastly I will express my opinion about psychoanalysis and psychotherapy in Japan, picking up the problems of their adoption and modification for Japanese patients.

The Ajase Complex as a Psychoanalytic Theory

Many years ago, in the days of Buddha, there was a king named "Binbashara". His wife, "Idaike", fearing her husband's love for her might go away from her as her beauty faded with aging, wholeheartedly hoped to have a son, to have king's love for her remain with her as long as she lived. Hearing her intense wish, one prophet told her that a genie living in a mountain would die, completing natural span of old age in three years and would start his life afresh to become her son. However, the queen, who was much afraid of her husband's love fading, killed the genie before three years passed. She wanted to have her son who was to be reborn from the dead genie as soon as possible. Soon she conceived as the prophet had said and gave birth to a boy, although she had been troubled with the fear of the curse of the genie she had killed, and at a time she had even wished to have an abortion for fear of seeing his son during her pregnancy.

Although Ajase was born in such a fatality, he spent a happy life with his parents' love centered upon him, knowing nothing of the secret of his birth till his youth. However, one day, when he was troubled with melancholy, "Daibadatta", one of Buddha's enemies came to him and told him the secret of his birth saying: "The cause of melancholy depends upon your mother's evil action.". At first, Ajase confined his father to prison, feeling sympathy for his mother's agony for the father and anger against the father who had been distressing the mother. Soon

he found that his mother took honey to his imprisoned father without Ajase's knowledge and this prevented the father from starvation. Ajase got so angry with his mother that he tried to kill her with his sword, blaming her for her attempt to save the father who was his enemy. However, one minister persuaded him not to do so and told him that there were some sons who tried to kill their fathers, but none who attempted to kill their mother. At that moment Ajase, attacked by severe guilt feelings, suffered from a terrible sickness called "Ruchu" — a severe skin disease. Ajase, whose disease with offensive smell was so serious that no one dared to approach him, was only taken care of by his mother.

Owing to his mother's kind and hospitable nursing he recovered from the sickness and he was forgiven by his mother whom he was going to kill. As a result, Ajase was awakened to the real love for his mother, throwing away his grudge against her. On the other hand, his mother was able to attain the loftier maternal affection to her son beyond her self-centered attachment to him.

From the point of the psychoanalytic aspect, I interpret the meaning of this story of Ajase Complex as follows: Contrary to the case of Oedipus Complex, what Ajase Complex means is the mother-murder on the basis of child's enmity, and his hatred for his mother. As we read the story of Ajase, we find that Ajase had a feeling of illusional fusion with his mother, in other words, he entertained a kind of narcissistic omnipotence feeling. But when he was told about the secret of his birth by Daibadatta, he lost his feeling of fusion and his narcissism was hurt. As a result, he had an intense aggression, that is, an urge to kill his mother. This destructive state of mind from *Kleinian's* point of view, can be understood as an ego state regressed to the paranoischizoid position. Here, Ajase was filled with anger against the selfishness of his mother who had killed him — as a mountain genie —, and had tried to kill him in her womb. But at a moment when Ajase was about to kill his mother in his fury, he noticed that this bad mother was also a good mother who had brought him up with deep love. And as soon as he got aware of this, he was attacked by violent guilt feelings and suffered from a severe skin disease.

The development of object relation in Ajase's mind occurred successively as follows:

1. The splitting into two images of a bad mother and a good mother.
2. The integration of the above splitting in consciousness.
3. The emergence of depressive state and psychosomatic disease following the above.

4. The development of ego to be able to accept ambivalence toward his mother.

As for dealing with the story of Ajase, *Kosawa* tried to take an interpretation including the interpersonal aspect considerably different from that of *Kleinian* intrapsychic orientation: In the interpretation of Ajase Story, *Kosawa* noticed the egoism and aggression on the mother's part as the reason causing the child's aggression against his mother through Ajase, as a representative of children. Ajase's mother wanted a child, not to love him, but to remove her uneasiness caused by a fear that she might lose her husband's love, and out of her egoistic desire she killed a genie expected to become her child in future and even tried to commit foeticide. Though she was a woman as if an incarnation of egoism, she made her real maternal love manifest, originally latent within her, by forgiving her son as soon as Ajase began to suffer from critical skin disease. And her real maternal love, releasing her Ajase from his narcissistic fixation to his mother, and developing a capacity to accept ambivalence toward his mother with basic trust to her as its foundation, helped him to develop his healthy ego.

Kosawa advocated that this mother's mental attitude loving her child and forgiving his aggression against herself must be the crucial therapeutic attitude always kept by a therapist who carries out psychoanalytic therapy to his patients. Namely, *Kosawa* put the emphasis on the significance for the therapist of making the latent negative transference conscious to the patient in the process of psychotherapy. Through the patient's experience of being forgiven for his aggression, originally directed toward his mother and now transferred to the therapist, he becomes free from the above conflict and the core of his healthy ego develops. At the same time *Kosawa* pointed out that the capital problem for the therapist, in order to accomplish the above-mentioned points in psychoanalytic therapy, is first of all whether the therapist can take this role or not, and how to deal with the counter-transference in accomplishing the above task in psychotherapy.

Japanese Mental Feature and the Theory of Ajase

What does *Kosawa's* "forgiveness" mean? Once *Kosawa* gave the following interpretation to a patient who was unable to tolerate the idea and feeling that he was angry at the therapist, tried to project this bad self onto the therapist and then felt anxious or guilty: "Honen, an ancient Japanese famous Buddhist priest, once instructed to one of his pupils who was afraid of being driven to hell because of his sin,

'If you fall into hell, I will go with you and live there with you' . . . My concern for you is same with Honen's."

In *Kosawa's* psychotherapy, patients, through the above feeling of togetherness with a therapist, experience feelings of fusion with their mothers and become capable of having the basic trust in this world and other people. *Kosawa* said this therapeutic experience was crucial for treatment which would develop the patients' healthy ego. This way of thinking in *Kosawa's* therapy, from the view of cross-cultural stand, is syntonio to the people with Japanese culture, including myself.

Generally speaking, with regard to the Japanese mental feature, the following may be pointed out:

a. The respect of harmony between men and nature. *Florence Kluckhohn* has referred the value-orientation of the Japanese culture to "man-in-nature". In connection with the theory, we can find that *Kosawa's* attitude for therapy aims at helping patients to experience the harmony and unification between ego and mother as the representatives of nature.

b. As the Japanese characteristic in interpersonal relations, some types are pointed out such as "other-directed type" (*David Riesman*), "high and low relation type" (*Chie Nakane*) or "acceptance of oral-dependency" (*Takeo Doi*) (vertical type of human relations, opposed to horizontal).

It can be said that the characteristic of *Kosawa's* theory in an interpersonal pattern, in which conflict-free dependency is accepted and learned through the experience of forgiveness of the therapist, and is the basic experience for healthy ego development of Japanese patients. As far as the acceptance of ambivalence toward mother is concerned, both the Westerners and the Japanese experience go through the same process of ego development in the way of this development, both are not always the same. The Japanese ego makes a healthy development by self-acceptance of dependency on others, while the Western's ego makes a healthy development with the establishment of self separation from the mother and others with a consciousness toward contract and responsibility in relation with others, distinguishing one from the other. In connection with this distinction, *M. Klein*, touching on the subject of guiltiness, explains the reparative type of guiltiness in which one feels responsible for the destructed mother as a separated object and tries to repair it. In contrast, *Kosawa* says that a child, with experience of being forgiven by his good mother, acquires his basic trust in her and his self-confidence.

It is interesting for me to say that the two Japanese psychoanalysts, *Dr. Kosawa* and *Dr. Doi*, take quite a different therapeutic stand with different aims. *Doi* as well as *Kosawa* points out that the Japanese

psychological feature is characterized by oral dependency — *Amae* — which forms the common pattern in inter-personal relations of the Japanese character. However, in contrast to *Kosawa*, *Doi* mentions that the goal of psychoanalytic therapy in Japan should be put in conquering dependency and in the establishment of an independent attitude toward the realization of the Western individuation. In other words, *Doi* points out that the social function of the Western psychoanalytic therapy in Japan will agree with the realization of the Westernization of Japanese aiming at rationalism and individualism.

On the other hand, *Kosawa* says that the function of psychoanalytic therapy in Japan should aim at helping the recovery and development of a conflict-free oral dependent ego proper to the adaptive pattern of Japanese inter-personal relation. And then *Kosawa* points out that the modern Japanese patients, who have been brought up in the social trend of Westernization, should resolve respectively the conflict between the Japanese interpersonal relations and structure of personality acquired in their family life and the Western way of life and though learned in the society outside their family, and at the same time they have to resolve repression of Japanese dependency.

I think the reasons for difference in the way of thinking between these two Japanese analysts are that *Kosawa* carried out treatment for Japanese patients in days before World War II when the traditional Japanese family system existed, leading the Japanese social system, instead *Doi* carried out therapy for Japanese patients in the days after World War II wherein the Japanese actively accepted the trend of Westernization and modernization. Also that *Kosawa* was a Buddhist and an older type Japanese, born in the end of 1800's, while *Doi* is a Christian and a more modern Japanese, who has experienced American way of living in the States.

There is one thing which I want to describe here not to be misunderstood. In fact, the therapeutic attitude of *Kosawa* dealing with Japanese patients' transference and therapeutic regression was on the basis of the Japanese method rather than the Western one. However, this does not mean that the fundamentals of his psychoanalytic theory and technique did not follow anything of the Western and of *Freud*. Rather *Kosawa* himself had a strong desire to follow faithfully the *Freudian* therapeutic attitude to keep strictly the therapeutic contract, analytic incognito (*Kubie*), physician's discretion (*Freud*), analyst's neutrality, and analytic passivity. *Kosawa*, considered as heretic of pre-war Japanese society and psychiatry, struggled as a pioneer of the Japanese psychoanalysis. In *Kosawa's* psychoanalysis, we can see an intention to understand the Western rationalism and individualism as principle and

another intention to maintain Japanese characteristic mode of adaptation and communication as a real intention. We think that this duplicated structure is the most typical feature of the Japanese mind and culture. Historically, for these 2000 years, the Japanese culture has adopted those of various foreign countries; Buddhism from India, Confucianism from China, and a modern civilization from the Western countries. In this process, the duplicated structure of Japanese mind and culture has been gradually formed. From this point of view, *Kosawa's* psychoanalysis — I want to call it — Buddhistic psychoanalysis — I think, still gives some considerable suggestions to the present Japanese psychotherapy.

I hope the readers understand how psychoanalysis, originated in the Western culture and has been Japanized by a Japanese psychoanalytic pioneer from this paper, and in comparison with the vicissitude of psychoanalysis applied to the people in other countries, widen and deepen the international perspective in psychotherapy.

Der Ajase-Komplex

Keigo Okonogi

Der Autor stellt einen transkulturellen psychoanalytischen Entwurf vor, den einer der ersten japanischen Psychoanalytiker, *Heisaku Kosawa*, bereits in den frühen Dreißiger Jahren entwickelt hat. Während *Freud* den Ödipus-Komplex für das Selbstverständnis des abendländischen Menschen und seiner Psychopathologie als grundlegend angesehen hat, entfaltet *Kosawa* eine dem japanischen Kulturbewußtsein entsprechende Theorie, welcher der Ajase-Mythos zugrunde liegt.

Ajase ist der ersehnte Sohn, der der Königin Idaike die Liebe ihres Gatten Binbashara auch im Alter erhalten soll. Freilich leidet sie unter ihrer Unfruchtbarkeit, bis sie den prophetischen Hinweis empfängt, daß erst ein in den Bergen lebender Weise sterben muß, dessen Reinkarnation in ihrem Leib ihr allein die Geburt eines Sohnes ermöglicht. Nachdem sie den Weisen ermordet hat, wird er ihr als eigener Sohn wiedergeboren, der aber von dem Fluch, den die Mutter auf sich geladen hat, ebenso wie sie betroffen ist. Trotz dieses Verhängnisses wächst der Knabe bis zu seiner Jugend in glücklicher Einmütigkeit mit seinen Eltern heran; doch er erfährt von dem Geheimnis seiner Geburt, nachdem er König geworden ist. Der anfängliche Haß, der sich zunächst auf den daraufhin eingekerkerten Vater richtet, der die Mutter wegen ihrer Unfruchtbarkeit zu verstoßen drohte, schlägt später gegen die Mutter um,

als sie ihren Gatten vor dem Hungertod im Gefängnis zu retten versuchte. Ajase plant in seiner Wut, die Mutter zu töten; nachdem ihm aber ein Diener erzählt hat, daß Söhne zwar ihre Väter umbringen, niemals aber die Mutter, wird Ajase von heftigen Schuldgefühlen befallen, die ihn in tiefe Schwermut führen und ihm eine schwere Hauterkrankung eintragen; der Geruch, welcher von ihr ausgeht, läßt alle Menschen um ihn herum bis auf die seinen Haß vergebende Mutter sich zurückziehen; trotz seiner Aggressionen pflegt sie ihn mit Hingabe und verhilft ihm dadurch wieder zur Gesundheit. Die Versöhnung mit den Eltern ist gleichzeitig der Prozeß seiner Rekonvaleszenz.

Dieser Mythos ist Ausgangspunkt psychoanalytischer Folgerungen: die Symbiose mit der Mutter und das daraus ableitbare narzißtische Omnipotenzgefühl wird in empfindlicher Weise gestört, nachdem der Sohn von den Umständen seiner Geburt und dem Ursprung seiner Identität erfahren hat; hier liegt die Ursache heftigster Aggressionen, des Wunsches, die Mutter umzubringen, und der mit den Schuldgefühlen einhergehenden psychosomatischen Symptome, die zugleich das befriedigende Erleben interpersoneller Beziehungen verhindern. Die Überwindung der Depression vollzieht sich im Heilungsvorgang der körperlichen Erkrankung und gleichzeitig im Medium einer Wiederherstellung zerstörter Kommunikationsstrukturen. Die schließliche Versöhnung mit der Mutter ist Index für eine gelungene Ich- und Körper-Identitäts-Entwicklung.

Diese Dynamik von Symbiose, erster Identitätserfahrung, tödlicher Ambivalenz, Bewältigung des Schuldgefühles, der Psychosomatik und Rückkehr zur Mutterliebe repräsentiert die Stufen der psychogenetischen Identitätsentwicklung, die für *Kosawa* dem japanischen Selbstbewußtsein zugrunde liegt. Die Umsetzung dieses Mythos in eine Ich-psychologisch orientierte psychoanalytische Metapsychologie und psychosomatische Theorie vollzieht sich in mehreren Schritten:

1. Die in der Ich-Identität internalisierte Spaltung zwischen der guten und der bösen Mutter;
2. Die Integration dieses Splittings der Ich-Identität;
3. Die Integration dieses Splittings der Körper-Ich-Identität;
4. Die Überwindung und Annahme der Ambivalenz der Mutter gegenüber.

In psychopathologischer Hinsicht rückt *Kosawa* in die Nähe kleinianischer Positionen: Die Fixierung auf den destruktiven Status des Hasses gegen die Mutter würde in etwa der regressiven Stufe paranoischer Schizoidie und ihren hypochondrischen, wie manifest psychosomatischen Körper-Ich-Entfremdungen entsprechen.

Für die therapeutische Technik ist daher die Bearbeitung des Konflikts der ambivalenten Mutterübertragung, der ihr und der psychosomatischen Auto-Aggression entsprechenden, oral bestimmten Abhängigkeit, und der Aggression entscheidend. Das Erlebnis der Versöhnung in der Übertragungsdynamik auf den Therapeuten und ihrer Bewältigung schafft den befreienden Übergang aus Schuldgefühlen und kommunikationsambivalenter, psychosomatischer Reaktion zu gelingender Inter-subjektivität und seelischer Gesundheit.

Literature

- Benedict, R.* (1946): *The Chrysanthemum and the Sword, Patterns of Japanese Culture* (Boston: Houghton Mifflin)
- Caudill, W.* (1962): Anthropology and Psychoanalysis, Some Theoretical Issues. In: Goldwin, T.; Sturtevant, W.C. (Eds.): *Anthropology and Human Behavior* (Washington: Anthropol. Soc. Washington)
- , (1964): Thoughts on the Comparison of Emotional Life in Japan and the United States. In: *Seishin Igaku* (6) 113—117;
- , *Doi, L. T.* (1963): Interrelations of Psychiatry, Culture and Emotion in Japan. In: *Goldston, I.* (Ed.): *Man's Image in Medicine and Anthropology* (New York: Univ. Press);
- , *Scan, H. A.* (1962): Japanese Value Orientation and Culture Change. In: *Ethology* (1) 53—91;
- , *Weinstein, H.* (1969): Maternal Care and Infant Behavior in Japan and America (31) 12—43
- Doi, L. T.* (1962): Amae — A Key Concept for Understanding Japanese Personality Structure. In: Smith, R. J.; Beardsley, R. K. (Eds.): (Chicago: Aldine)
- (1956): Japanese Language as an Expression of Japanese Psychology. In: *Western Speech*, Spring 1956, 90—96
- (1963): Some Thoughts on Helplessness and the Desire to be Loved. In: *Psychiat.* (26) 266—272
- (1964): Psychoanalytic Therapy and "Western Man": A Japanese View. In: *Int. J. Soc. Psychiat.*, Congress Issue, 13—18
- Klein, M.* (1932): *The Psychoanalysis of Children* (London: Hogarth, 1960)
- Kosawa, H.* (1932): Two Different Kinds of Guilty Feelings: Ajase Complex. In: *Jap. J. Psycho-Anal.*, (1) No. 1, 1950
- (1953): Commentary on the Japanese Translation of "Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse" by Sigmund Freud (Tokyo: Nihon Kyobunsha) 1953.
- Okonogi, K.; Kiyoshi, M.* (1964): Parental Attitude and Family Dynamics on tives in International Child Psychiatry (Edinburgh: Oliver & Boyd)
- , *Kiyoshi, M.* (1964): Parental Attitude and Family Dynamics on Children's Problems in Japan. In: *Howells, J.* (Ed.): *Moderns Perspectives in International Child Psychiatry* (Edinburgh: Oliver & Boyd)

- Segal, H.* (1964): Introduction to the Work of Melanie Klien (New York: Basic Books)
- Vogel, E.* (1963): Japan's New Middle Class: The Salaryman and his Family in a Tokyo Suburb (Los Angeles: Calif. Press)

Author's Address:
Prof. Keigo Okonogi, M. D.
Hyakuniu-cho 2-1-44
Shinjuku -Au
Tokyo/Japan

The Bereaved Relatives**

Karl J. F. Gossner *

In seiner Arbeit befaßt sich der Autor mit der Psychologie der Trauer und mit pathologischen Reaktionen der Hinterbliebenen auf den Verlust des nahestehenden Menschen. Er betont, daß in der westlichen Kultur infolge einer weitgehenden Verleugnung des Todes eine gesunde Verarbeitung von Tod und Sterben im Sinne einer „Trauerarbeit“ häufig unterbleibt und daher psychotherapeutische Hilfen angeboten werden müssen. Anhand mehrerer Fallbeispiele erläutert er seine Erfahrungen mit Patienten, die auf einen Objektverlust depressiv reagierten, Suizidversuche unternahmen und darüber hinaus eine Fülle anderer psychopathologischer und psychosomatischer Symptome zeigten. Die therapeutischen Bemühungen waren darauf konzentriert, dem Patienten zu helfen, den Verlust zu akzeptieren und die dafür notwendige Trauerarbeit zu leisten.

Bereavement, mourning and grief are reactions which most people experience at one time or another as a result of object loss. *Karl Abraham* and *Sigmund Freud* first laid the groundwork for the understanding of the process of mourning. By definition, an object has the quality of being something essential to psychic function; and thus, an object loss may be viewed as a psychic wound or hurt, and the subsequent mourning seen as the healing of that wound.

This process of mourning is a normal function of bereaved individuals. The libido, which was once invested in the lost person, must gradually be withdrawn and then redirected toward new persons or objects. However, this process of redirection does not always follow a normal and ordinary course. It may be highly intense, often violent or unduly prolonged. It can take a brooding, impulsive or even melancholic character, and in extreme instances may end in suicide. In the case of a child who loses his love object the libidinal strivings which no longer bind him to the object become free and flood him to the point of causing panic. "Anaclitic depression" is the syndrome referred to infants who are deprived of the love and nurturance of the mothering figure during the first year of life. This separation from the mother (or mother substitute) produces a series of changes ranging from crying and protesting to despair. *René Spitz's* study of such children provides excellent evidence of the devastating effects of separation or loss, an experience which can result in failure to eat, to thrive, and which finally may even end in marasmus and death. The child who survives the separation may recover or "act out"

* M.D., Associate Clinic Professor in Psychiatry, New Jersey School of Medicine

** Paper 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)

his loss with self-gratifying and self-indulgent behaviors viewed as: "You won't give it to me — so I have to give it to myself." *Harlow's* research analog with neurotic monkeys also emphasizes the need of the infant to be held and cuddled.

In early youth, the loss of a loving parent figure may result in hyperactivity, aggressiveness, inattentiveness in school, fire-setting, enuresis or frequent accidental injury. In the adolescent years we may see the beginnings of drug taking and alcoholism to overcome the feeling of loneliness, fear and isolation. The initial stimulating effect of alcohol may satisfy power needs and provide courage, while the sedative effect lessens the pain. In the adult, the picture of bereavement and mourning is most closely related to depression.

Denial, identification, introjection, compulsions and preoccupation with physical symptoms are utilized to deal with the pain and despair of loss. Thoughts of self-destruction and ruminative expression thereof can not be taken lightly since they carry not only the message of "care for me" but, in addition, the magical expectation of reunification with the dead. The picture becomes even more serious when the bereaved person shows signs of organicity due to age, as for example, with arteriosclerosis. With increasing age and the loss of people available to help, the suicide rate rises sharply in males, but levels off in the seventies with women.

A person who is closely tied to his parent or a similar "love object" not only may harbor unresolved ambivalent feelings of love-hate, but also may simply deny the death or departure of his lost love object. Strong positive ties and persistent ambivalence to the lost object are important factors in mourning. Whenever object relationships in later life are disturbed, a fixation to the oral dependent and oral aggressive stage, or regression to it, is noted. In my opinion, grief, bereavement and mourning are normal reactions to the loss of a beloved object. The "work of mourning" represents an effort to defer the acceptance of the loss by employing such mechanism as identification with the dead, incorporation and regression to an infantile state. Loss of self-esteem and a general sadness, which need consolation, pity and "supporters", are noted. The mourning person may begin to resemble the lost love object. For example, his hair may become grey like the hair of the person lost; he may develop cardiac symptoms when the person lost had died of heart disease. Sometimes he assumes peculiarities of speech or gestures of the lost person. Many times various somatic and physical problems are associated with the feeling of depression and aloneness, and can go as far as selfdestruction and death.

An excellent example of identifying with the symptoms of the deceased is a forty year old man who experienced the death of his mother in early adolescence, the cause of her death being a severe heart ailment. Shortly before entering therapy, two of his friends had died in short succession, both also from coronary occlusions. He developed chest pain, shortness of breath, tachycardia and profuse perspiration as part of the symptom complex. This was worked out in therapy, and after he resolved his own problems he was able to separate his anxiety neurosis from the death of his friends and mother and become symptom free.

The disbelief and refusal to accept and comprehend the fact of loss may cause a person to cry out "I don't believe it, no — it can't be!" He may throw himself on the body, looking for a sign of life, or he may deny totally the reality of the situation, carrying on his ordinary activities in an automatic fashion as if nothing had happened. Denial is the most prominent psychological mechanism operating at such times. Within a short time, however, the reality of death or of loss penetrates consciousness and is often felt as a painful emptiness in the chest or stomach and sadness or depression is the prevailing affect. Aggression and anger may be felt against the person or circumstances held responsible for the loss. This often includes the mourner himself, which then produces considerable guilt. Crying with tears is typical. Some cultural patterns may require lamentation and loud demonstration of hurt, whereas others demand restraint and avoidance of public display of grief. Generally, however, crying seems to involve both, an acknowledgement of the loss and the regression to a more childlike and helpless state. Bereavement and grief is the one situation, in which tears of an adult are accepted and understood and the person still has the feeling of self-respect and worth. The ability to cry aloud publicly or privately is a matter of personal and cultural attitude.

The inability, however, to cry or to mourn is a serious matter. It is most likely to occur when the feelings toward the dead person were highly ambivalent, and when the surviving person expresses a great deal of shame and guilt. His ambivalence, which is usually unconscious, makes him protest the possible accusation of being hard or unfeeling by expressing his devotion to the deceased to an exaggerated degree. Denial and disbelief are initial reactions, but it is the process of bereavement, grief, and most of all, mourning which becomes a restitutive part in the overcoming of the loss. All cultures have prescribed rites and rituals when it comes to dealing with death. Friends and family gather to share, to whatever degree, the loss. They give support and accept the "helpless position of the bereaved". Funeral rites establish the reality

of death (laying out, viewing, procession of the funeral, lowering of the casket, throwing earth on the casket).

Various religious beliefs give hope of reunification with the deceased. A feast during the wake or after the funeral may represent the triumph over death, the denial of fear of death, and primitive fantasies of oral incorporation. Prohibition of joy, covering of mirrors, wearing of dark clothes, prescribed rituals of visiting the grave, special masses and so forth are but a few religious and culturally prescribed means to deal with honoring the dead. Among the Chuckchee and Kowjak of Siberia, the whole emphasis is focused on the total removal of the dead and all his belonging so that "he never can come back". At the grave site the "fortifier", or officiant, cuts the throat of the corpse — an ultimate measure to prevent the dead from following the procession back home. In the American Society, death seems something shameful, not to be spoken about, something one deals with when it comes. Most societies, on the other hand, have developed patterns that see the person through his terminal crisis all the way to "the other side", while our own society isolates us from the dying by carefully designed procedures and patterns (old people's home, isolation wards, intensive care units).

The preoccupation with physical symptoms of the mourner and the depressed person is a well-described phenomenon. Aside from the mourner's generalized anxiety about his "heart, stomach, digestion" and so forth, we see a myriad of psychosomatic problems similar to those of the hysterical conversion symptom. They are psychogenic and caused by a chronically unresolved emotional tension. *Mirsky's* studies with ulcers, *Wolf and Wolf* in their extensive work, as well as *Cannon's* and *Dunbar's* efforts, all reveal a "current usefulness" of the symptoms. Specificity of stress to the somatic disturbance has been postulated, and the term "bodily compliance" — as in *Freud's* concept of hysterical conversion — used. In the work of *Alexander* at the Chicago Institute of Psychoanalysis, a concept of vulnerability of the affected organ and a characteristic physiologic sequence to every emotional state were felt to be a part of the process. This, however, was in itself not regarded as pathologic. When expression of feelings is not permitted, other experiences in the organic sphere occur, as for example, asthma (fear of crying out in anger, confession, in order to maintain mother's love. G. I. disturbances; anorexia nervosa; (greed; possessiveness; fear of separation) and so forth. These are only a few of the many examples we could cite.

In our western culture, no shadow should be cast over an individual after death, and one should only "talk good" and let the deceased rest in peace. This is the greatest problem for the person left behind. The mourner himself has to deal with the fact of void, object loss and the

possible loss within. Severe depression, suicidal ideation and suicidal attempts are ways of emotionally resolving the real or imaginary loss and guilt. The hope of being reunited with the deceased is the attempt to fill the void. The taking of drugs, alcoholism, or a mixture of both, are magical means through which the mourner hopes to lessen his pain.

Let me now give you a few examples out of my practice involving patients who have been or are now in therapy: 1. Maggie, a seventeen year old girl whose father died three years ago, just at the time of her puberty. "I was so close to my daddy that just before he died I secretly wished my mother would die instead, but then he died. I just would not believe it. I made believe he was away, and then this pain in my stomach and in my head came. I never told my mother, but I hated her. I wouldn't talk and I moved into the cellar where daddy had fixed a playroom, kitchen and bath. I live there now. Then I began to use 'ups' I just wanted to feel good — and then I used 'downs'. My friends never knew about my pill taking, nor did my mother. I just did it with some other kids and then I went to visit my friends".

She was admitted with severe depression after a suicidal attempt. She was both in individual and group therapy on a daily basis. The Oedipal situation was brought out, rivalry with the mother was worked at, and Maggie began to blossom. There was a strong transference to me, probably as the alternate father. We discussed that, and then one day she asked me, "Doctor, I am still a virgin and I am very proud of it. Do you think it is wrong? I want to keep it for when I get married, and then I want to enjoy all there is involved." She would like to become a nurse and "help people". This has been her dream since childhood, although it seems related to the illness of her father — resolution of oedipal complex, transfer of love to "boyfriend", sublimation of love and care for father in wanting to be a nurse and have twelve children.

2. Donna, a twenty-six year old woman, who lost her father about a half year ago. Her real mother had died six years prior, and her father had remarried only half a year before he died. Donna, after the death of her mother, cared for her younger sister, who was also a patient with a depression at our hospital about three years ago. She has since recovered, is happily married, and has a child.

Donna, who performed all womanly duties in the house, could not overcome the loss of the two most important people in her life. The death of her mother brought her very close to her father, whom she adored and for whom she would do anything. She strongly disapproved of his marriage to his second wife. Open hostility with the new wife, defiance and anger were overtly and covertly expressed. Finally, when her father died of cancer, she herself tried suicide because she was so overwhelmed

in her complete helplessness and panic. She became extremely cold, sullen, and angry. She defied any attempt to get close to her and did not permit anyone in group therapy to even sit near her. After intensive work, I was able to help her decide to make peace with her father. She then expressed a wish to go to the cemetery by herself on Palm Sunday to "straighten things out with her father". Unfortunately the cemetery was somewhat crowded and she could not find a quiet moment in private with her father. However, after describing this experience in therapy, she was able to perform the desired deed one evening in her room when all the lights were out, and eventually let her father rest in peace. However, she did not forgive her stepmother for trying to steal away her most precious object. Donna was then transferred back into the care of the referring physician who admitted her. At last report she was progressing satisfactorily.

3. Alice: Probably the most tragic of my cases is a forty-six year old woman. She has two Ph. D. s, six masters degrees, was a registered nurse, and functioned as a superintendent of schools. She received her first Ph. D. at seventeen years of age and the second one at nineteen. She was admitted to The Carrier Clinic because of a suicidal attempt with coumadin and medication. Prior to this she had had a year-and-a-half of analytic therapy in which she had played every known game to deceive, pressure and manipulate her therapist. Five years ago she had surgery for cancer and lost her right breast. This has become her womanly loss.

She also represents a bereaved relative, having grown up in a home without any love and understanding from her father, who was an alcoholic and was often physically abusive to her. By recommendation of their family physician she was adopted by a doctor's family at the age of eleven. She vacillated between the real and new family without being able to give up either. She began to develop phobias, including fears of people and fears of dirt. Her germ phobia became so overwhelming that she would take up to seventeen showers a day and wash her hands incessantly. Her adopted father praised her for extreme cleanliness, not understanding the pathology behind her actions. Unfortunately, not only did she lose all contact with her natural parents, (mother died; father's whereabouts unknown) but she was never truly accepted by her new family. She was driven to perform, rarely praised, and according to her own statements, was never hugged or kissed by either of her adoptive parents. Her mother was and is a severe alcoholic, her father a rigid, demanding physician. She was without love and without anyone to turn to, and stood alone, helpless and lost. This is wherein she decided to put all her effort into studying and achieved her numerous degrees. Never did she permit a boy to touch her, and she had her first real date

at approximately the age of twenty-four. Her first intimate relation was with her husband after they were married.

There is one more thing — she developed the habit of pathological lying, and many times does not know when she speaks the truth or when she confabulates. She was four and a half months in our hospital and recently told me that she had been to the Sloan Kettering Cancer Institute in New York and was told she had a recurrence of her cancer, now on the left breast and arm, and that she was to receive cobalt treatment. She carried the story of cobalt therapy three times a day and chemotherapy to the point of surgery, which she really had but which was only an excision of a small benign lump, after which she could have been discharged from the hospital on the same day. All of this was discovered when I called the surgeon. I confronted Alice with her lying and she said, "I know that nobody wants me so I make sure that I am disliked." This game she played all her life using her lying as a test and then trying to appease her inner pressures by washing her hands, as Pontius Pilatus did, up to thirty-five times a day, and up until recently showering up to seventeen times a day. She is now washing her hands only about four to five times a day, for hygienic purposes. She is able to use a public toilet and showers twice a day. After the confrontation with her lying and my statement that I tried only to understand and help her to see what this was all about, she simply asked, "Aren't you going to discontinue my therapy now?" I wonder what she might have had in mind had I said "yes". I can report she also leveled with her group, telling about her lying. Looks good and therapy is in full progress.

I could continue with the rest of "the surviving bereaved", the "mad as hell" relative, or the completely lost individuals who just simply never make it when the "significant other person" in their life left them.

Time does not permit us to delve into other aspects of loss, real or imagined, over which bereavement and mourning takes place; for example, following menopause, retirement, coronary attack, cancer, and the syndrome of the survivors of World War II. This I experienced in person when country and ideals were lost and a helpless confused generation was left behind. I resolved my own problems with the help of colleagues in a prisoner of war camp and developed a determination to go on to live as my own person, not by the grace of any other but by the grace of my own efforts and my beliefs.

This brings me to some aspects of therapy. In *Ammon's* publication on "Group Dynamics of Aggression", he states: "It is necessary to create liberated territories in which alternate ways of life are made possible". I agree with his statement. My approach in therapy centers on the following approach.

Most emphasis is placed on psychotherapy, both individual and group. My therapeutic approach is eclectic, using analytical and dynamic principles. In group therapy, I use the analytical model but also apply confrontation, Gestalttherapie, Psycho-Drama and role playing as it seems needed and as the situation warrants it.

Suicidal patients are placed on close observation. Anti-depressant medications and tranquilizers (minor and major) are used in conjunction with psychotherapy. Where possible, family therapy is utilized.

The results of my efforts have been a transition from a passive, dependent, childlike state into that of a more mature individual, with growth in ego function and the resolution of many of the neurotic, somatic and hysterical complexes. With the development of a positive attitude, a healthy and more integrated person emerges, independent of his lost "love object", free of bereavement and mourning, now capable of functioning on his own as a "whole person", comfortable within himself and his society.

Psychische und somatische Reaktionen auf den Verlust eines Angehörigen

Karl J. F. Gossner

Der Autor beschäftigt sich mit gesunden und pathologischen Reaktionen der Hinterbliebenen auf den Verlust eines nahestehenden Angehörigen oder geliebten Menschen. Diese Reaktionen können über die normale Trauer hinaus depressiven Charakter annehmen, zum Selbstmord führen oder eine Reihe psychosomatischer Symptome auslösen. In Abhängigkeit von der jeweiligen Altersstufe kann man bei Kindern Eß- und Gedeihstörungen bis hin zum Marasmus, bei Jugendlichen Enuresis, Konzentrationsstörungen, erhöhte Aggressivität oder Delinquenz, beim Erwachsenen Alkohol und Drogenmißbrauch, depressive Zustände und körperliche Störungen beobachten. Dynamisch gesehen handelt es sich beim Objektverlust um einen allmählichen Rückzug der Libido von diesem Objekt und um eine Neubesetzung anderer Objekte. Um den Schmerz des Verlustes zu bewältigen, kommen vor allem die Mechanismen der Verneinung, der Identifikation mit dem verlorenen Objekt, der Introjektion, des Zwangs und der Somatisierung zur Anwendung. Anfangs beherrscht die Verneinung das Bild. Die Anerkennung der Realität bringt meist ein Gefühl der Leere mit sich. Wut gegen die für schuldig gehaltenen Umstände oder Menschen beherrscht den Hinterbliebenen. Mehr oder weniger ausgeprägte suizidale Ideen, die eine magische Erwartung der Wiedervereinigung mit dem Toten enthalten, beschäftigen

ihn. Häufig bedrücken ihn Schuldgefühle, insbesondere, wenn die Beziehung zu dem Toten sehr eng und von stark ambivalenten Tendenzen bestimmt war. Die Trauer aber bedeutet die Anerkennung des Verlustes. Sie beinhaltet gleichzeitig eine Regression zu einem infantilen Zustand, der, da er von der Umwelt im Rahmen unserer Kultur auch dem erwachsenen Trauernden zugebilligt wird, ein Gefühl der Selbstachtung zuläßt. Die normale „Trauerarbeit“ stellt so im Prozeß der Bewältigung des Verlustes die Heilung der „psychischen Wunde“ dar, die der Verlust geschlagen hat. Wo aber Trauer aus inneren Motiven, beispielsweise ausgeprägten Scham- und Schuldgefühlen, oder aus äußeren Gründen nicht zugelassen werden kann, kommt es zu ernsteren Krankheitszuständen.

Die meisten Kulturen bieten sowohl dem Sterbenden wie auch dem Hinterbliebenen in religiösen Vorstellungen und Riten Hilfen, mit dem Tode fertig zu werden. Die westliche, insbesondere amerikanische Gesellschaft dagegen isoliert die Angehörigen von dem Sterbenden und verschweigt schamvoll den Tod. Überdies verbietet sie dem Hinterbliebenen, irgend etwas Negatives über den Toten zu sagen oder zu denken. Er ist daher gezwungen, den Objektverlust und die daraus resultierenden Gefühle mehr oder weniger allein auszutragen. Daraus folgert häufig die Notwendigkeit psychotherapeutischer Hilfe.

Anhand dreier Fallbeispiele kommentiert der Autor seine allgemeinen Erörterungen über die Psychologie der Hinterbliebenen. Bei seiner ersten, noch jugendlichen Patientin, die wegen eines Suizidversuches in Behandlung kam und nach dem Tode ihres Vaters, mit dem sie sich stark identifiziert hatte, in eine Drogenabhängigkeit geriet, gelang mit der Bearbeitung des ödipalen Konfliktes die Heilung. Eine zweite Patientin hatte nach dem Tode ihrer Mutter bis zur erneuten Heirat des Vaters weitgehend deren Stelle eingenommen. Nach dem Tode des Vaters unternahm sie einen Selbstmordversuch. In der therapeutischen Gruppe, in der sie sich durch die Identifikation mit dem toten Vater anfangs extrem ablehnend verhielt, gelang es, sie allmählich zur Annahme des Todes ihres Vaters zu bewegen. Die dritte Patientin stellte in einem übertragenen Sinne eine Hinterbliebene dar. Sie war in einer lieblosen Atmosphäre bei einem alkoholsüchtigen Vater, der sie häufig mißhandelte, aufgewachsen und wurde schließlich von einer Arztfamilie adoptiert, in der sie aber nicht mehr Wärme fand. Es gelang ihr nicht, ihre Eltern aufzugeben. In der Folge entwickelte sie phobische Symptome, einen Waschzwang und extreme Kontaktängste. Als sie selbst verheiratet war, mußte wegen eines Brustkrebses eine Amputation vorgenommen werden. Die Verlassenheit von den eigenen Eltern, vom Stiefvater, dessen Tochter sie nicht war, vom Ehemann, der sie infolge

ihrer Brustoperation nicht als Frau akzeptieren konnte, stand im Zentrum ihrer Lebenserfahrung. Erst als sie diese Erfahrung in der therapeutischen Gruppe revidieren konnte, wandelte sie sich und konnte freier werden.

Diese Beispiele zeigen den Zusammenhang der Dynamik des Objektverlustes mit derjenigen in der therapeutischen Situation. Die therapeutische Aufgabe besteht darin, die gesunde Trauerarbeit und damit eine Trennung vom verlorenen Objekt zu ermöglichen.

Literature

- Alexander, F.; Ross, H.* (1962): *Dynamic Psychiatry* (Chicago, Ill.: University of Chicago Press)
- Ammon, G.* (1973): *Dynamische Psychiatrie* (Darmstadt: Luchterhand)
- Deutsch, H.* (1965): *Neurosis and Character Types* (New York: Int. Univ. Press)
- Engel, G. L.* (1962) *Psychological Development in Health and Disease* (Philadelphia: W. B. Saunders)
- Fenichel, O.* (1945): *The Psychoanalytic Theory of Neurosis* (New York: W. W. Norton)
- Freedman, A. M.; Kaplan, H. I.* (1967): *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (Baltimore: Williams Wilkins)
- Freud, S.* (1916): Trauer und Melancholie. *Ges. W.*, Bd. X (London: Imago)
- Kastenbaum, R.; Aisenberg, R.* (1972): *The Psychology of Death* (New York: Springer)
- Murphy, I.; Leighton, A.* (1965): *Approaches to Cross-Cultural Psychiatry* (New York: Cornell Univ. Press)
- Schmidbauer, W.* (1972): Der psychosomatisch Kranke und die Gesellschaft In: *Dyn. Psychiat.* (6) 314—325

Author's Address:
Prof. Karl J. F. Gossner, M. D.
The Carrier Clinic
Belle Mead, N. J.
USA

Der Sterbende und seine Familie — Erfahrungen einer Balintgruppe**

Fritjof Winkelmann *

In der Behandlung eines Sterbenden begegnet der Arzt der Todesangst und Todesverleugnung des Patienten und seiner umgebenden Gruppe. Eine kranke Gruppe, welche ihren Mitgliedern schon zu Lebzeiten Abgrenzung und Identitätsfindung verweigert, kann sich auch nicht von ihrem sterbenden Mitglied trennen und ihre Gruppengrenzen und -identität erneut bestimmen.

Wie der Autor anhand mehrerer Fallbeispiele aus einer Balintgruppe zeigt, partizipiert der Arzt häufig am Prozeß der Todesverleugnung, weil er sich mit dem Sterbenden oder dessen Angehörigen unbewußt identifiziert oder mit ihnen rivalisiert, oder weil er mit Hilfe der Phantasie therapeutischer Omnipotenz seine eigene Todesangst verdrängen muß.

Innerhalb einer Balintgruppe können diese unbewußten Prozesse psychodramatisch inszeniert werden, so daß der Arzt die Behandlungssituation in der Rolle des Patienten und sein eigenes Verhalten in der Gegenübertragungsreaktion der Gruppe emotional erfahren kann. Dies kann zu einer emotionalen Korrektur im Hier und Jetzt der Balintgruppe und zu einer Verhaltensänderung des Arztes führen, die dem Sterbenden und seiner Familiengruppe eine endgültige und schuldfreie Trennung erleichtert.

Die Auseinandersetzung mit dem Sterbenden ist eine der wichtigsten Aufgaben des Arztes. Die Medizin hat sich diesem Problem in ihrer geschichtlichen Entwicklung bisher weitgehend entzogen. Den großen Erfolgen bei der Verhinderung oder Verzögerung des Todes entsprach eine jeweils historisch verschiedene Art der psychologischen Todesverdrängung. Der hippokratische Arzt hatte den Patienten zu verlassen, wenn er die Prognose einer infausten Krankheit gestellt hatte (*Lichten-thäler*, 1965). Der mittelalterliche Arzt teilte mit seinem Patienten den Glauben an die Unsterblichkeit. Der naturwissenschaftlich geschulte moderne Klinikarzt macht das Sterben durch seine wortlose Geschäftigkeit, mit der er Pulsfrequenz, Blutdruck, Temperatur, EKG, Blutgase und den Wasser-Elektrolythaushalt des Patienten wie die Parameter einer physiko-chemischen Maschine verfolgt, aber ihn als Person übersieht, zum bloßen Exitus letalis. Die Intensität und Motivation, mit der Ärzte unabhängig von ihrer professionellen Erfahrung als Repräsentanten einer den Tod tabuisierenden Gesellschaft das Sterben verdrängen, erleben wir exemplarisch in einer Balintgruppe.

* Dr. med., Psychotherapeut, Facharzt für Innere Medizin, Mitarbeiter am Münchener Lehr- und Forschungsinstitut 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)

Um die Arbeit dieser vorwiegend aus praktischen Ärzten und Fachärzten verschiedener Disziplinen zusammengesetzten Gruppe verständlich zu machen, möchte ich vorausschicken, daß ihr Ziel die Gruppensupervision der Arzt-Patienten-Beziehung ist und das Erfassen einer psychologischen Gesamtdiagnose des Patienten mit Hilfe einer Kontrolle der Gegenübertragung (*Balint, 1957*). Dies gelingt in der Gruppe um so leichter, da die Arzt-Patienten-Beziehung häufig unbewußt unmittelbar dargestellt wird. Hierbei repräsentiert nach dem *Ekstein-Wallersteinschen* Gesetz in der Regel der Arzt seinen Patienten und die Kontrollgruppe den behandelnden Arzt. In Erweiterung der von *Balint* entwickelten Technik sprechen wir diese unmittelbar gruppendynamisch erfäßbare Szene an. Die Arbeit der Gruppe wird hierdurch lebendiger, intensiver und tiefer.

In der Behandlung eines Sterbenden kann die Balintgruppe dabei helfen, die Todesverleugnung bei Arzt und Patient sichtbar und emotional erfahrbar zu machen, die Abwehrmechanismen aufzudecken und durch eine Verhaltensänderung des Arztes dem Sterbenden und seinen Angehörigen eine Trennung zu ermöglichen. Diese Aufgabe ist um so schwieriger, je symbiotischer die Familiengruppe ist und je weniger Zeit für die Auflösung der Abwehr auf beiden Seiten zur Verfügung steht.

Der erste von drei Fallberichten aus einer Balintgruppe handelt von einer schwer psychosomatisch kranken Familie und ihrem an einer fortgeschrittenen malignen Erkrankung leidenden Sohn. Die Schwierigkeit des Arztes bestand darin, daß er sich mit dem Patienten identifizierte und ihm durch seine phantasierte therapeutische Omnipotenz eine konstruktive Auseinandersetzung mit einem nur noch relativ kurzen Leben nicht gestattete.

Herr Dr. B., ein junger praktischer Arzt, berichtete von einem 20jährigen Patienten mit einem Morbus Hodgkin im Stadium III. Die Diagnose war in dem Krankenhaus gestellt worden, wo Dr. B. seine internistische Ausbildung erhalten hatte, und Dr. B. stand in engem konsiliarischen Kontakt mit einem auf hämatologischen Gebiet erfahrenen ehemaligen Oberarzt dieser Klinik, der sich ebenfalls inzwischen niedergelassen hatte. Herr Dr. B. ist der Hausarzt der ganzen Familie des jungen Patienten. Er schilderte den Vater als äußerst korrekten mittleren Angestellten, der auch bei größter Hitze sicher niemals ohne Krawatte in die Sprechstunde käme. Er ist seit Jahren wegen eines rezidivierenden Ulcus duodeni bei ihm in Behandlung, ist sehr wortkarg und beklagte sich nur gelegentlich über die Ungepflegtheit und mangelnde Ordnung seiner Frau. Wegen der bösartigen Erkrankung seines einzigen Kindes ist er sehr niedergeschlagen. Er hat seinen Sohn bereits aufgegeben und geht ihm möglichst aus dem Wege.

Dr. B. schilderte die Mutter des Patienten als eine etwas grobschlächlige, adipöse Frau, die wegen eines Hypertonus, eines Status varicosus mit ausgeprägten Unterschenkelödemen und einem Ulcus cruris sowie einem intertriginösen Ekzem zu ihm kommt. Auf Fragen der Gruppe räumte Herr Dr. B. ein, daß er sich vor der Untersuchung dieser Frau geekelt habe und sich nicht vorstellen könne, daß zwischen dem etwas zwanghaften und depressiven Mann und der immer etwas schmutzig und abstoßend wirkenden Frau noch eine sexuelle Beziehung bestände. Darüber habe er jedoch nie gesprochen. Ihm sei von vornherein die stumpfe und gleichgültig wirkende Art der Frau aufgefallen, mit der sie praktisch kommentarlos seine Informationen über den Gesundheitszustand ihres Kindes entgegengenommen habe.

Ihr Sohn sei nach einer Strahlen- und Zytostatikatherapie anfangs sehr niedergeschlagen in die Praxis gekommen und habe über quälendes Erbrechen geklagt.

Die Klinikärzte hätten sich sehr widersprüchlich ihm gegenüber verhalten: nach einer Periode der Ungewißheit habe ihm der Chefarzt erklärt, er leide an einer unheilbaren, bösartigen Erkrankung, gegen die es keine wirksame Therapie gäbe. Der Oberarzt habe ihn später immer wieder zu überzeugen versucht, daß man bei Morbus Hodgkin auch Spontanheilungen kenne und daß man ihm eine differenzierte Therapie zur Verfügung stelle. Der intelligente junge Mann habe sich daraufhin in einer großen Bibliothek über seine Erkrankung gründlich belesen. Er stehe nun vor dem Abitur, interessiere sich für alte Autos, die er repariere, trage — wie in seiner Generation üblich — lange Haare und im Winter einen zu großen, wuchtigen, etwas schlampigen Fellmantel, in dem er wie ein zotteliger Bär wirke, wozu sein blasses Gesicht in auffallendem Widerspruch stehe. Nachdem er im Krankenhaus über seine bösartige Erkrankung aufgeklärt worden sei, habe er seine Freundin verlassen. Er wolle auch keinerlei Beziehungen zu Frauen mehr aufnehmen, da er nach der Strahlenbehandlung keine Kinder mehr haben dürfe. Dr. B. gegenüber trete er auf wie jemand, der über seinen Zustand genau und ohne Beschönigung Bescheid wissen will.

Dr. B. erklärte, er habe sich mit dem Patienten sachlich über die notwendige Therapie und die erforderlichen Kontrolluntersuchungen unterhalten. Darüber hinaus habe er sich für seine Hobbys interessiert und ihm auch häufige direkte Anweisungen gegeben, um ihn von seiner Krankheit abzulenken. Seine Besuche wissenschaftlicher Bibliotheken habe er gar nicht gern gesehen und geringschätzig als ein „Sich verrückt machen“ angegriffen.

Nach der Fallschilderung von Dr. B. war die Gruppe sehr betroffen und zunächst ratlos. Eine Zeitlang konnte niemand etwas sagen. Die

Gruppe stellte damit die anfängliche Erschütterung von Dr. B. dar, die er mit Hilfe seiner Klinikarzt-Attitüde verdrängt hatte und über die er auch im Fallbericht nicht gesprochen hatte. Wie Dr. B. identifizierte sich die Gruppe mit der Verlassenheit des schwerkranken Patienten in seiner Familie und bei den sich widersprechenden Ärzten. Seine fortgeschrittene bösartige, ätiologisch ungeklärte Krankheit wurde als äußerster verzweifelter Hilferuf eines sehr einsamen jungen Mannes in einer sprachlosen Familie verstanden, deren Kommunikation nur autodestruktiv über psychosomatische Symptome stattfand. Das Vorgehen von Dr. B., mit dem Patienten nur medizinisch über seine Organbefunde zu sprechen und ihn zu Aktivitäten zu ermutigen, und sein schulterklopfendes „Das werden wir schon gemeinsam schaffen!“ wurden als Verdrängungsbündnis verstanden und als subtile Ablehnung des in den Symptomen dramatisch geäußerten Hilferufs. Dr. B. nahm sich vor, dem Patienten zuzuhören und ihn auf seine tiefe Verlassenheit anzusprechen.

In der folgenden Sitzung berichtete Dr. B., er habe den Patienten bei dessen letzten Besuch in der Sprechstunde gefragt, ob er mit einer weiteren diagnostischen Maßnahme (einer Lymphographie) und, falls erforderlich, auch mit einer eventuellen stationären Therapie einverstanden sei. Auf sein Zögern hin habe er ihn dann gefragt, ob er sich mehr vor einer exakten Diagnose oder direkt vor dem Tod fürchte. Der Patient sei dieser Frage ausgewichen. Die Gruppe stellte dazu fest, Dr. B. selbst verdränge immer noch die schlechte Prognose und könne sie nicht ertragen. So könne er auch von dem Patienten nicht die Bereitschaft erwarten, sich mit der Tatsache eines nur noch relativ kurzbefristeten Lebens auseinanderzusetzen. Die Art seiner Alternativfrage an den Patienten verrate, daß er zu einer emotionalen Auseinandersetzung nicht bereit sei.

Nach den Sommerferien berichtete Herr Dr. B. wieder von dem Patienten: Die Lymphographie und die Lymphknotenszintigraphie hatten einen Befall der paraaortalen und parailiakalen Bauchlymphknoten ergeben. Dr. B. erläuterte in der Gruppe wissenschaftlich genau und objektiv diesen Befund, als ob er ihn vorlesen würde. Er hatte auch dem Patienten dies nach seiner Rückkehr aus einem dreiwöchigen Urlaub morgens in der Sprechstunde verlesen. Dieser hatte daraufhin nur mit einem wütenden Schimpfwort reagiert und der Kollege hatte ihn zu rechtgewiesen.

Der junge, schwerkranke Patient stand auf diese Weise beziehungslos und verlassen in seiner Familie, zwischen dem depressiven ulcuskranken Vater und der nonverbal aggressiven hochdruckkranken Mutter, die ebensowenig verbal miteinander kommunizieren konnten, wie die sich widersprüchlich verhaltenden Ärzte, die auf je verschiedene Weise je-

den Gedanken an den Tod verdrängten. Dr. B.'s schwierige Aufgabe bestand darin, den Eltern die verzweifelte Situation ihres Sohnes nahe zu bringen und ihnen allmählich zu einer menschlichen Antwort zu verhelfen. So lange dies nicht erreicht war, mußte er versuchen, dem Kranken wenigstens einen Teil der mütterlichen und warmen Zuwendung zu geben, den die eigene Mutter für ihn nicht zur Verfügung hatte. Dr. B. ist ein sehr engagierter Kollege, und ihm stehen hierfür noch viele Monate zur Verfügung. Er wird über seine Probleme in diesem schwierigen Fall fortlaufend der Gruppe berichten.

In diesem Fall war die Schwierigkeit der Konfrontation des Arztes mit dem Tod seines Patienten in der Gruppe deutlich geworden. Das Bemühen der Gruppe, Herrn Dr. B. und seinem Patienten zu helfen, führte auch dazu, daß in den folgenden Sitzungen noch zwei weitere Fälle vorgestellt wurden, die ich kurz wiedergeben will.

Der nächste Fall handelt von einer symbiotischen Mutter-Tochter-Beziehung, zu deren freundlicher Trennung die Ärztin nicht beitragen konnte, weil sie mit der Tochter rivalisierte. Frau Dr. H. ist Internistin. Sie berichtete von einer 86jährigen Patientin, welche wegen einer pathologischen Oberarmfraktur bei unbekanntem Primärtumor auf ihre Station eingewiesen wurde. Die alte Frau hatte bis dahin im Haushalt ihrer berufstätigen, unverheirateten Tochter gelebt und war wegen ständiger Knochenschmerzen ambulant betreut worden. Nach ihren Spontanfraktur hatte sie eine Woche lang gezögert, bevor sie zum Chirurgen ging, der sie zunächst wieder nach Hause entließ. Sogleich im ersten Gespräch teilte sie Frau Dr. H. mit, sie habe die gleiche Krankheit wie Staatspräsident Pompidou und wisse, daß ihr nicht mehr geholfen werden könne. Sie kam bewußt zum Sterben in die Klinik und wirkte sehr ruhig und gefaßt, was ihr bei Frau Dr. H. Bewunderung eintrug. Wenig später jedoch wurde die Patientin sehr depressiv, klagte unaufhörlich über Schmerzen, benötigte viel Zuwendung. Frau Dr. H. konnte sich diesen Umschwung in der Stimmung und im Verhalten der Patientin nicht erklären und erwartete von der Gruppe eine Antwort.

Zunächst versuchte ein Kollege, die von *Kübler-Ross* (1969) aufgestellten Phasen des Sterbens zur Erklärung heranzuziehen. Doch die unkritische Aufzählung einer pathologischen Abwehr- und Adaptionsphänomenologie brachte uns nicht weiter. Die Gruppe wollte mehr über das Verhältnis der 86jährigen Patientin zu ihrer 65jährigen Tochter erfahren. Jede hatte nur Positives über die andere berichtet. Die Tochter erschien kurz nach der Einweisung bei der Stationsärztin und gab an, die Mutter unbedingt zu Hause betreuen zu wollen, da ihr Verhältnis zueinander so innig sei, daß sie die Pflege der Mutter nur ungern fremden Personen überlasse. Sie stehe jedoch kurz vor ihrer Pensionierung

und müsse daher unbedingt eine bereits bewilligte Kur wahrnehmen. Sie bitte daher Frau Dr. H. um eine schriftliche Versicherung, daß ihre Mutter während ihrer Abwesenheit nicht sterben würde. Eine Stationskollegin von Frau Dr. H. riet ihr auch zu, die Reise zu unternehmen. Frau Dr. H. jedoch war über die Tochter und ihre Kollegin erbost und weigerte sich, die erbetene schriftliche Versicherung abzugeben. Es waren ihr erhebliche Zweifel an der Güte der Beziehung zwischen Mutter und Tochter gekommen. Dies machte sie im Verhalten der Patientin gegenüber sehr unsicher.

In der Gruppe erschien das Mutter-Tochter-Verhältnis äußerst ambivalent, so daß sofort eine Reihe von Fragen auftauchte: warum hatte die Tochter die Mutter ins Krankenhaus einweisen lassen, wenn sie tatsächlich kaum den Gedanken ertragen konnte, die Patientin von Fremden gepflegt zu sehen? — warum mußte die Tochter ihre Kurreise gerade im Terminalstadium der Patientin antreten? — und welchen Sinn hatte die schriftliche ärztliche Versicherung, die Mutter werde während ihrer Abwesenheit nicht sterben? — welche Rollen nahmen schließlich die beiden Stationsärztinnen ein?

Die Besorgtheit der Tochter über ihre kranke Mutter war um einige Nuancen zu groß, um glaubhaft zu sein. Die Tochter hatte sich nie von ihrer dominanten Mutter trennen können. Wahrscheinlich war dies auch der Grund für ihre Ehelosigkeit. Alle genannten Widersprüche lösten sich auf, wenn man berücksichtigte, daß eine praktisch lebenslange Symbiose ein hohes Maß destruktiver Aggression und vorbewußter Todeswünsche in der Tochter aufkommen lassen mußte. Die erbetene schriftliche ärztliche Versicherung, die Mutter werde in ihrer Abwesenheit nicht sterben, verbarg nur schlecht den gegenteiligen Wunsch, die Mutter möge sterben, und die Tochter wolle dies nicht miterleben aus Angst vor der großen Verlassenheit nach unwiderruflicher Trennung der Symbiose. Aus diesem Grunde trat sie auch kurz vor dem Tod der Mutter eine Kurreise an.

Die Ambivalenz der Tochter äußerte sich schließlich auch im Verhalten der Stationsärztinnen, die jeweils nur eine der beiden widersprüchlichen Strebungen der Tochter verkörperten. Sie hatten sich beide mit der Tochterrolle gegenüber der alten Patientin identifiziert und der intrapsychische Kampf der Tochter wiederholte sich in der Auseinandersetzung zwischen den beiden Ärztinnen. Frau Dr. H. rivalisierte mit der Kollegin und mit der Tochter der Patientin um die Rolle der guten Tochter. Jetzt wurde auch deutlich, warum die alte Mutter nicht sterben konnte, obwohl sie anfänglich so gefaßt und weise ins Krankenhaus gekommen war. Sie verkörperte die andere Seite der symbiotischen Bindung, aus der die Tochter sie nun nicht freundlich entlassen konnte, weil sie in

Abhängigkeit von der Mutter wahrscheinlich auf ein erwachsenes und selbständiges Leben verzichtet hatte.

Die Gruppe riet Frau Dr. H., mit der Tochter zu sprechen und ihr gegenüber Verständnis auch für ihre negativen Emotionen der Mutter gegenüber zu zeigen, nachdem sie praktisch ein ganzes Leben in symbiotischer Nähe zugebracht hatten und die Tochter geglaubt hatte, auf vieles der Mutter zuliebe verzichten zu müssen. Unser Rat kam jedoch zu spät: die Tochter konnte nach der Kur auf das Verständnis-Angebot der Ärztin nicht mehr eingehen, weil wenige Gespräche nicht ausreichten, ihr bei der Bearbeitung eines lebenslangen Konfliktes zu helfen. Die Patientin hatte schließlich so starke Knochenschmerzen, daß sie hohe Dosen von Opiaten benötigte und nur noch schlief.

Dieser Fall demonstriert die Schwierigkeit, daß zur Bearbeitung der Trennung einer symbiotischen Beziehung häufig zu wenig Zeit zur Verfügung steht, um die Abwehrmechanismen bei Patient und Arzt aufzulösen.

Im folgende Fall lag das Hauptproblem auf Seiten der Ärztin, die sich aufgrund ihrer eigenen Vorgeschichte so stark mit der Tochter der Todkranken identifizierte, daß sie eine Aufklärung der Patientin selbst nicht ertragen konnte. In diesem Fallbericht erzählte die praktische Ärztin, Frau Dr. G. Diesmal handelte es sich um eine 70jährige Geschäftsfrau mit einem inoperablen Magencarcinom. Die Klinikärzte hatten sie über ihre Diagnose aufgeklärt. Die Patientin jedoch hatte dieses Wissen offenbar nicht ertragen können und wieder verdrängt. Hierbei wurde sie von ihrer Tochter und deren gesamter Familie unterstützt, die die alte, stimmungslabile Matriarchalin bei guter Laune halten wollten, um sich selbst keine Schwierigkeiten zu machen. Sie wollten lieber eine friedliche Großmutter, die ihnen demnächst auch ihr Geschäft vererben würde. Die alte Frau war wegen einer schmerzenden Gonarthrose zu Frau Dr. G. gekommen. Diese wußte von dem Magencarcinom, das in absehbarer Zeit zum Tode führen mußte, hatte mit der Patientin aber nur über das kranke Knie kommuniziert.

Die Verwunderung der Gruppe über das Verhalten von Frau Dr. G. löste sich, als diese erzählte, die Tochter sei ihre Sprechstundenhilfe gewesen und habe ihr während des langsamen Sterbens ihrer eigenen Mutter an einem Carcinom sehr geholfen. Hier lag es besonders nahe, daß sich Frau Dr. G. mit der Tochter und deren Interessen identifizierte. Auf diese Weise wirkte sie am Verdrängungskomplot der Familie mit. Hierzu war sie um so bereiter, da sie eine Erinnerung an das qualvolle, langsame Sterben ihrer eigenen Mutter vermeiden wollte. Ein Gespräch mit der alten Frau über ihren Tod hätte sie nur schwer selbst ertragen können. Die Patientin spürte dies womöglich und verschonte die Haus-

ärztin mit diesem Thema. Auf deren grundsätzliche Hilfsbereitschaft konnte sie jedoch nicht verzichten. So kam sie weiterhin zur Sprechstunde, unterhielt sich mit Frau Dr. G. über ihr schmerzendes Knie und ließ sich Analgetika geben.

Der letzte Fall zeigt deutlich, daß es auch bei der Aufklärung eines Krebskranken nicht nur um die Frage geht, wie der Patient diese Nachricht verträgt, sondern manchmal ebenso sehr darum, ob der Arzt dies erträgt (*Hertzberg*, 1972) und ob er und die Familie dazu bereit sind, gerade in der letzten Leidensphase bei dem Sterbenden zu stehen. Die Angstabwehr der sich mit der ausschließlich auf die Gonarthrose fixierten Kollegin identifizierte Gruppe war so groß, daß wir eine Problemlösung in der ersten Sitzung nicht wagten. Die Ärztin wird jedoch weiter über ihren Fall berichten.

Das Sterben verlangt vom Patienten, seiner Familiengruppe und dem behandelnden Arzt die unbedingte Anerkennung der Begrenztheit und Endlichkeit des Menschen. In der Situation des Todes zeigt sich besonders deutlich eine Grundbedingung kreativen Lebens: erst das stete Sich-Bewußtmachen seiner Grenzen und das heißt auch und vor allem des Todes gibt dem Menschen die Fähigkeit, seine Existenz voll auszuleben. Dagegen bedeutet die Nichterfahrung der eigenen Grenzen ein Leben in dauernder Angst vor der Nichtexistenz und damit ein ungelebtes Leben (*Ammon*, 1971; *Fromm*, 1939).

Menschen, welche in einer erfahrungs- und lernfähigen Gruppe ein kreatives Leben mit etnwickelter Ich-Identität gelebt haben, können auch sterben (*Ammon*, 1971). Leider finden wir sie nur selten unter unseren Patienten. Wie die Fallbeispiele auch zeigten, haben wir es dagegen beim Umgang mit Sterbenden und ihren Angehörigen häufig mit wortlosen und sich gegenseitig in destruktiver Abhängigkeit haltenden symbiotisch verfilzten Familiengruppen zu tun. Hier wird der Tod als endgültige und unwiderrufliche Trennung so sehr gefürchtet, daß schon vorher bestehende Kommunikationsreste destruktiv-aggressiv abgebrochen werden und der Todkranke allein gelassen wird. Dies wird in den beiden ersten geschilderten Fällen deutlich. Will der Arzt den vorzeitigen Kommunikationsabbruch zwischen dem Sterbenden und seiner Familie verhindern, so muß er sich zunächst mit dem Gedanken an den eigenen Tod auseinandergesetzt haben, um den Patienten und seine Familie emotional erreichen zu können. Einer der Hauptabwehrmechanismen des Arztes gegenüber dem Tod ist die Omnipotenzphantasie, die gleichzeitig eine Gegenübertragung auf die entsprechenden Wünsche des Patienten darstellt (*Muslin*, 1974). Der erste Fall zeigt, wie der Glaube an die Allmacht der therapeutischen Möglichkeiten es dem Patienten unmöglich machte, die Tatsache eines nur noch relativ kurz begrenzten Lebens zu akzeptieren und konstruktiv für sich zu nutzen.

Die Aufgabe der Familienangehörigen ist gerade in symbiotischen Gruppen enorm schwierig, da die endgültige Trennung von einer vorher erdrückenden und häufig als fressend empfundenen Nähe ein hohes Maß von destruktiver Aggression zutage treten läßt. Bei solchen Gruppen sollte der Arzt die Ambivalenz der Familienmitglieder verstehen und dies auch ausdrücken und nicht moralisierend um die Rolle des besseren Angehörigen rivalisieren. Die Familienmitglieder sind häufig ebenso hilfsbedürftig wie der Sterbende selbst. Wir sollten sie beim Abbauen ihrer Schuldgefühle unterstützen, damit sie dem Sterbenden all die Zuwendung gewähren können, die er fast wie ein Kind braucht, um seine narzißtische Balance wieder herzustellen. Der Arzt sollte möglichst versuchen, den Sterbenden in seine Familiengruppe zu integrieren. Dies setzt eine intensive Beschäftigung mit ihr voraus und schließt z. B. die häufig geübte einseitige Information nur der Angehörigen über Diagnose und Prognose völlig aus (*Handcock*, 1973).

Das Sterben ist ein Gruppenprozeß. Ziel unserer Therapie ist daher nicht nur der Patient, sondern auch seine Familie. Jede Hilfe, die wir dem Angehörigen zur schuldfreien Lösung vom Sterbenden geben, erleichtert auch diesem die Trennung. Andererseits vermittelt gerade das Erleben einer gelungenen endgültigen Trennung den Hinterbliebenen die Erfahrung einer zur Identitätsentwicklung unentbehrlichen Abgrenzung. Deutlicher noch als sonst in der ärztlichen Praxis verlangt gerade der Umgang mit Sterbenden und deren Angehörigen eine Arbeit an der eigenen Identität und eine Grundfähigkeit mit Übertragung und Gegenübertragung umzugehen. Ich habe den Beitrag einer unserer Balintgruppen hierzu zeigen wollen.

The Dying Patient and his Family — A Balint Group's Experiences

Fritjof Winkelmann

The unconscious processes in the interaction between physician and patient can best be worked out in a Balint Group. The relationship between physician, patient and his family can be unconsciously staged psychodramatically within the group. Thus, the group process of denying death can be apprehended and experienced emotionally. This can cause the physician to change his behaviour, which in turn eases the final separation between the patient and his family.

The author shows the physician's role in promoting the denial of death. In the case histories his defense mechanisms can be seen in the identification with the dying patient or his family, in rivalry with his family and in phantasies of therapeutic omnipotence. In this way, the

physician prevents communication over death, a friendly separation in symbiotic relationships which is often necessary, and creativity in the organization of life's end.

Dying is understood as a group process in which both the patient and his family need help in order to separate from each other without guilt feelings. The experience of a successful separation conveys to the family the boundaries which are necessary for the development of identity.

Literatur

- Ammon, G.* (1971): Zur Psychosomatik des Todes. In: *Welt* (22) 575—578
— (1974): *Psychoanalyse und Psychosomatik* (München: Piper Verlag)
- Balint, M.* (1957): *The Doctor, his Patient and the Illness* (London: Pitman Medical Publishing Co)
- ; *Balint, E.* (1961): *Psychotherapeutic Techniques in Medicine* (London: Tavistock)
- Fromm, E.* (1939): Selfishness and Selflove. In: *Psychiat.* (II) 517
- Handcock, S.; Saunders, C.; Anderson, W. F.; Wilkese, E.* et al. (1973): Care of the Dying. In: *Brit. Med. J.* (1) 29—41
- Hertzberg, L.* (1972): Career and the Dying Patient. In: *Am. J. Psychiat.* (128) 806—810
- Kübler-Ross, E.* (1969): *On Death and Dying* (New York: Macmillan)
- Lichtenthaeler* (1965): Vorlesung „Geschichte der Medizin“. (Universität Hamburg) *Psychiat.* (131) 308—310
- Muslin, H. L.; Levine, S. P.; Levine, H.* (1974): Partners in Dying. In: *Am. J. Psychiat.* (131) 308—310

Adresse des Autors:
Dr. med. Fritjof Winkelmann
Münchener Lehr- und
Forschungsinstitut der DAP
8 München 40
Leopoldstraße 87

Buchbesprechungen / *Book Reviews*

Jahrbuch der Psychohygiene, 2. Band

Gerd Biermann, Hrsg.

Institut für Psychohygiene des Kreises Köln

Ernst Reinhardt, München/Basel, 330 Seiten, DM 48,—

Eindrücklich steht in diesem Band das Leid des Kindes im Vordergrund, ausgelöst durch sein umgebendes, familiäres und soziales Milieu. Es zeigt allen Verantwortlichen wie Ärzten, Erziehern, Eltern, Krankenschwestern und Psychologen Wege, dieses Leiden zu vermeiden — eine Absicht, für deren Realisierung sehr genaue und begründete, erfahrungsintensive Vorstellungen von den Bedingungen einer gesunden Entwicklung des Kindes erforderlich sind. Vor dem Leser entstehen, phänomenologisch gesehen, die elementaren Wünsche des Kindes nach Wärme und Geborgenheit und die katastrophalen Folgen toleranzüberschreitender Frustrationen. Der durchgehende Tenor der in diesem Band vereinigten Aufsätze besteht darin, daß Psychohygiene sich nicht in steriler Sauberkeit oder keimtötenden Sicherungen erschöpft, sondern die Pflege der Seele und die Empathie lebendigen Kommunizierens im weitesten Sinne umfaßt. Die Arbeiten basieren auf dem Lebenswerk von *René Spitz*, der in einer Reihe bedeutender empirischer Forschungen die Dynamik der frühen Mutter-Kind-Dyade für die psychogenetischen Strukturbestimmungen in der Geschichte des heranwachsenden Kindes als entscheidend hat aufweisen können. *R. Spitz* hat diesen Band auch mit einem Geleitwort versehen, in dem er auf die für den Herausgeber *G. Biermann* charakteristische Arbeitsweise verweist, die in unmittelbarer Kontinuität an *Freuds* Programm im „Jahrbuch für Psychohygiene“ von 1909 anknüpft.

Es ist für die Arbeit *Biermanns*, des Gründers des Institutes für Psychohygiene des Kreises Köln, typisch, daß die Dimension des Praktischen, wie Organisation und Planung, grundsätzlich um die Nöte und Bedürfnisse des Kindes gruppiert sind, deren Beobachtung und systematisch-wissenschaftliche Durchdringung in Formen geschichtlicher Forschung wie im institutionellen Rahmen klinischer Erfahrungen bei den Autoren des Jahrbuches reiches Belegmaterial hervorgebracht haben.

Mit der Psychologie der frühen Kindheit beschäftigen sich vor allem die Arbeiten von *Bowlby*, *Karch*, *Bastiaans*, *Berna*, *Wolfenberger* und *Ofteringer*. *Bowlby* zeigt Natur und Ursprung von Gefühlsbindungen auf, aus denen die Grundlagen von Identität und psychischer Sicherheit erwachsen; die Diskontinuitäten dauernder Milieuveränderungen, die

Fremdheitserfahrungen im raschen Wechsel der Situationen und Eindrücke, wie sie in der modernen, technologischen Welt nicht unüblich geworden sind, machen es Kindern schwer, stabile Räume für die Entwicklung einer geistig-seelischen Gesundheit zu finden. Nur in konstant bleibenden Umgebungen mit konstant erlebten Bezugspersonen kann das Verhalten von Zuneigung entstehen. *Bowlby* differenziert zwischen Zuneigung und Abhängigkeit — eine Unterscheidung, die für Reflexionen der grundlegenden Problematik der Trennungsangst wesentlich ist, welche ja erst nach dem Erwachen des Zuneigungsverhaltens und der ihm entsprechenden Abhängigkeitsgefühle manifestiert wird; Trennungsängste und die in späteren Jahren reaktiv entwickelte, kompensatorische Psychopathologie orientieren sich an der Präsenz bzw. Nicht-Präsenz des primär gewünschten Objekts, vor allem der Mutter, welche dem Kind durch verlässliche Zuwendung und schuldfrei gewährte Abhängigkeit die Fixierung an Verlassenheitstraumata und damit schwere seelische Wunden im Wissen um die Funktion ihres eigenen Bindungsverhaltens ersparen kann. *Karch* unterscheidet Milieufaktoren in der frühesten Kindheit verhaltensgestörter Kinder; statistisch hält er eine Reihe von eindeutigen Relationen fest, welche zwischen der Symptomatik von Verhaltensstörungen, der sozialen Schichtung und der Familiendynamik bestehen, in deren psychosozialen Zusammenhängen Kinder krank geworden sind. Besondere Aufmerksamkeit widmet er der Bedeutung des Vaters, seiner direkten und indirekten Einflußnahme auf die Mutter während der Schwangerschaft und Niederkunft; hier geht es um die direkte Anteilnahme und Gegenwart des Vaters, dessen Ausbleiben für Mutter und Kind Identitätskrisen und die Gefährdung ihrer dyadischen Beziehungen zur Folge haben können.

Wie weit derartige Gefährdungen reichen, zeigt eine frühe Arbeit von *Bastiaans*, der sich mit frühkindlichen Determinationen psychosomatischer Krankheiten beschäftigt. Analog zu psychiatrischen Patienten sieht er auch in der Lebensgeschichte von Psychosomatikern Fixierungen an peri- und postnatale Verlassenheitssituationen, die sich in depressiven Reaktionen, Depersonalisationszuständen und symbiotisch-ambivalenten Anklammerungsängsten manifestieren. Die Fehlentwicklung angepaßter Abwehr ist bei psychosomatischer Syndrombildung von einer Fehlregulierung der aggressiven Tendenzen bestimmt, welche durch ein Verlassenwerden aktiviert werden. Psychosomatische Symptomatik kann bisweilen auch als Abwehr gegen depressive Verstimmungen oder als Abwehr übermäßigen Sich-Anklammern-Wollens, z. B. bei Suchtkranken, betrachtet werden. Im Gegensatz zu *Ammons* Theorie der Psychosen wird die pathologisch-restituierende Funktion des psychosomatischen Symptoms von *Bastiaans* aber nur am Rande vermerkt; *Ammon* versteht das Sym-

ptom gleichzeitig als Resultat einer pathogenetischen Identitätsentwicklung und, in seinem autoreparativen Sinn der aktuell agierten Kompensation, struktureller Ich-Defizite. Im übrigen warnt *Bastiaans* davor, kindliches Verhalten durch übertriebene Anpassungsforderungen einzuschränken; die allzusehr angepaßten Kinder von heute sind die psychosomatischen Patienten von morgen.

Oft werden von Eltern, worauf *Ofteringer* verweist, Anpassungsleistungen wie Ordnung und Regelmäßigkeit durch rigide Ernährungspraktiken im Säuglingsalter erzwungen. Seine Untersuchung an 98 Säuglingen macht dagegen deutlich, daß für starre Fütterungsschemata keine psychologischen Notwendigkeiten bestehen; eher sind sie geeignet, zwanghaftes Verhalten zu fördern.

Von dem Aspekt der Bedeutsamkeit der primären Umgebung, in die Kinder hineingeboren werden, hat sich *J. Lind* bei seinen Berichten über Erfahrungen mit Eltern leiten lassen, die ihr erstes Kind bekommen und im Rahmen der Klinik auf die neue Situation vorbereitet werden sollen; hier nimmt auch die Funktion des Vaters wieder einen besonderen Stellenwert ein. Die Rooming-in-Methode als einer praktisch geübten Simultanform moderner Geburtshilfe und der stationären Betreuung von Wöchnerinnen und ihrer Neugeborenen, der sich *W. Hassauer* in detaillierten Beschreibungen widmet, gewährleistet im Hinblick auf das statistische Material ein hohes Niveau psychodynamischer Sicherheit für eine gelingende Entwicklung des Mutter-Kind-Verhältnisses, welche die Voraussetzungen für die interpersonellen Beziehungen legt, die das Kind später eingehen wird; methodologisch gehen *Linds* und *Hassauers* Beobachtungen von der genetischen Prädominanz der ersten Lebensjahre aus, in denen die Modalitäten der Intersubjektivität ihre fundamentalen und determinierenden Charakterisierungen erhalten.

Einen ganz ähnlichen Ansatz verfolgen *E.* und *I. Freud*, die über die Londoner Well-Baby-Klinik berichten; freilich gelten die Bemühungen dieser Einrichtungen der Prophylaxe für Mütter mit gesunden und nicht bereits erkrankten Kindern; im Milieu dieser die Grundformen psychischer und physischer Hygiene einübenden Kliniken lernen Mütter die fortschreitende Reifung und Entwicklung ihrer Säuglinge verstehen, und in kognitiven wie emotionellen Prozessen mit sich selbst und ihren Kindern identitätsgerecht zu kommunizieren. Die Erfahrungen, welche hier gemacht werden, kommen durch die Vermittlung breit angelegter Lehr- und Forschungsprogramme der Differenzierung therapeutischer Methoden zugute; das gesunde Kind wird auf dem vorbeugenden Hintergrund möglicher Krankheiten gesehen. An dieser Stelle sehe ich Parallelen zu der Arbeit des Psychoanalytischen Kindergartens der DGG, der

Kinder vom zweiten Lebensjahr an aufnimmt, welche im Sinne einer Neurosenprophylaxe und der Ermöglichung kreativer Ich-Entwicklung betreut werden. Die Mitarbeiter des Psychoanalytischen Kindergartens koordinieren ihr praktisches Handeln mit Forschungsprojekten, welche insbesondere die Psychogenese von Borderline-Strukturen und neurotischen Konfliktarretierungen aus der Direktbeobachtung und aus der analytischen Reflexion der interpersonellen, unbewußten Dynamik zwischen Eltern, Kindern und der Gruppe der Mitarbeiter zu ihrem Gegenstand machen. Diese Konzeption einer Konvergenz von psychoanalytischer Theorie und Praxis berührt sich mit den von *E. und I. Freud* vertretenen Intentionen: in der Well-Baby-Klinik können z. B. Studenten der Hampstead-Child-Clinic mitarbeiten und sich zugleich mit Lehr- und Forschungsmethoden auf dem Gebiet der Psychodynamik des Kindes vertraut machen. Stellt man sich die Motive des Well-Baby-Konzepts vor Augen, wird auf der anderen Seite leicht einsichtig, welche Probleme einer Psychotherapie mit Waisenkindern notwendig erwachsen, die durch den frühen und oftmals traumatischen Entzug der primären Bezugspersonen in Verhaltens- und Kontaktfähigkeit schwer gestört worden sind. *I. Bielski* und *Mehring*, der Leiter des Münchener Waisenhauses, setzten sich mit Möglichkeiten einer Psychotherapie des Waisensyndroms und verwandter Strukturen auseinander. In den letzten Jahrzehnten sind Persönlichkeitsstörungen in zunehmendem Maße als Folgen mütterlicher Deprivationsängste bewußt geworden; besonders betroffen sind Kinder mit organischen Hirnschäden, die sekundäre Verhaltensdeformationen entwickeln, da die Mütter die für diese Kinder charakteristischen, übergroßen symbiotischen Bedürfnisse nicht haben erfüllen können.

Hier sind auch die sich mit *I. Bielskis* Ausführungen berührenden, mit reichem empirischen Material abgesicherten Thesen von *P. Totzek* aus heilpädagogischer Sicht zu beachten; der gesellschaftliche Identitätsverlust der Kleinfamilie im aufreibenden Kampf ums Dasein bereitet den Weg zu Verhaltensabnormalität und Symptombildung, von denen besonders die schwächsten Glieder der Gesellschaft, die Kinder, betroffen sind. Die Symptomatik der Erwachsenen reproduziert sich in den Symptomen der Kinder, die durch die Rigidität von Identifikationsobjekten in starre, pathologisch verfestigte Gefühls- und Erlebnisentfremdungen getrieben werden, von gesunden Bezugspersonen aber Verhaltensänderungen lernen und damit auch einen Symptomrückgang erfahren können. Auch *I. Bielski* und *P. Totzek* kommen mit ihren Überlegungen in Nachbarschaft zu den im Psychoanalytischen Kindergarten praktizierten Ansätzen, die davon ausgehen, daß die Phänomenologie früher Stadien der psycho-physischen Entwicklung des Menschen zugleich die Grundelemente eines ihr analogen psychotherapeutischen Prozesses mit

kleinen Kindern bereitstellt. Wie notwendig es ist, auf diesem Gebiet zu wissenschaftlich fundierten und therapeutisch-technisch praktikablen Ergebnissen zu kommen, zeigt der Bericht von *Mehring* über Erfahrungen mit „unversorgten Kindern“ aller Art“ außerhalb der sozialen Norm, die unter dem vagen Sammelbegriff der „Sozialwaisen“ subsumiert werden. In den Heimen erleben diese Kinder die Verlassenheit gleichsam als die zum schicksalhaften System erstarrte Institution. Es ist außerordentlich schwer, die hier auftretenden Deprivationsschäden selbst in konsekutiven Intensivtherapien zu korrigieren; um so mehr bedarf es medizinischer, therapeutischer und sozial-prophylaktischer Maßnahmen, um den Hospitalismussyndromen schon in ihren situationsdynamischen Ursprüngen zu begegnen. Diese Auffassung findet in den Ausführungen *M. Maierhofers* eine mehrfache Ergänzung. Immense Summen aus öffentlichen Mitteln müssen für Psychotherapie, Nacherziehung, Sonderschulung und die Unterhaltung von psychiatrischen Institutionen aufgebracht werden, um psychische Störungen und die ihr nachfolgenden sozialen Defizite zu beheben, ohne daß gleiches mit Hilfe einer Prophylaxe psychiatrischer Indikationen bereits in der Kindheit getan würde, obwohl seit Anfang des Jahrhunderts durch die Pionierleistungen *Freuds* bekannt sein dürfte, daß die frühe Kindheit für die psychische Entwicklung eines Menschen entscheidend ist. Diese Einsicht läßt sich zu der These erweitern, daß auch erschwerte äußere Bedingungen, wie sie sich z. T. in der Lage von Müttern im Gefängnis spiegeln, bei den Kindern zu keinen größeren Schäden der seelischen und körperlichen Gesundheit führen, wenn die Beziehung zwischen Mutter und Kind in Kommunikationsformen von Zärtlichkeit und Spiel grundsätzlich unangetastet bleibt; dies zeigt der Beitrag von *Einsele* und *Dupnis*. Diese Mütter brauchen jedoch Hilfe und Anleitung; dies ist um so notwendiger, als sich bei den inhaftierten Frauen eine steigende Tendenz der Delikte der Kindestötung und Kindesmißhandlung gezeigt hat.

Der erschütternde Bericht von *M. Kos-Robs* über Kinder und Erwachsene im Durchgangslager Theresienstadt läßt freilich keinen Zweifel darüber, daß extreme Situationen dieser Art irreparable Traumen verursachen, die bei den Betroffenen auch durch intensive Psychotherapie kaum noch revidiert werden könnten. Die Reintegration gerade der Kinder nach ihrer Befreiung aus dem Konzentrationslager komplizierte sich zudem durch Abwehrmechanismen, die im Lager erworben wurden. Viele hielten an ihrer unter Haftbedingungen entwickelten Identität fest, an der immerhin das paradox Positive einer Vermeidung psychotischer Persönlichkeitsdesintegration verstanden werden muß. Die Älteren, welche davonkamen, litten an Schuldgefühlen, daß sie am Leben geblieben waren; das Bewußtsein, daß sie selbst „von Rechts wegen“ hätten sterben

müssen, ließ sich für sie nur in einer posttraumatischen, neurotischen und psychosomatischen Abwehrsymptomatik ertragen.

Biermann ist in seinem Beitrag „Frühe Kindheitsschicksale Verfolgter“ diesen Zusammenhängen weiter nachgegangen: es sei zu erwarten gewesen, vor allem auf Grund der Erfahrungen über den frühen Mutterentzug, von denen *R. Spitz*, *Bowlby* und *A. Freud* berichteten, daß Menschen, welche durch den Terror des Naziregimes als Säuglinge und Kleinkinder von ihren Müttern getrennt wurden und sich über Jahre in Verstecken unter dauerndem Angstdruck aufhalten mußten, besonders gravierend traumatisiert waren; die pathologischen Erscheinungen zeigten sich zwar nicht schon in der Kindheit selbst, wohl aber in den späteren Entwicklungsphasen der Persönlichkeitsfindung und der Identitätsbildung. Trennungstrauma und seelische Heimatlosigkeit in der frühen Kindheit der Verfolgten zeigen in Verlassenheitsängsten, Deprivationsyndromen und Verwahrlosungsphänomenen eine verhängnisvolle, kaum noch reversible Kontinuität in der Adoleszenz und im Erwachsenenalter. *Biermann* kritisiert im Lichte dieser Erkenntnis die Zwiespältigkeit zwischen der offiziellen Praxis im Entschädigungs-Gutachtenwesen und der allgemeinen Anerkennung der Zusammenhänge von Verfolgtenschicksal und Ich-defizitärer Psychopathologie.

In diesem Kontext sollte auch *Biermanns* Beitrag über *Janusz Korczak* gelesen werden, der „vor drei Jahrzehnten ... inmitten einer Schar von Waisenhauskindern ... den Todesmarsch in die Gaskammern von Treblinka“ antrat und dem 1972 posthum der Friedenspreis des Deutschen Buchhandels verliehen worden ist. *Biermann* stellt uns noch einmal den Arzt und Pädagogen *Korczak* als Zeugen der Menschlichkeit in einer unmenschlichen Zeit vor; *Korczak* „wird all denen ein Vorbild bleiben, die sich aufgerufen fühlen, stets den Anfängen des Bösen, nicht zuletzt im Anliegen der Kinder, Widerstand zu leisten“.

Der vorliegende Band ist in seinen Themenstellungen außerordentlich vielseitig angelegt; die Fülle der Aspekte und Problemstellungen neben den hier avisierten Arbeiten nimmt das weite Spektrum von der Entwicklungspsychologie bis zur Verhaltensforschung in den Blick und lenkt die Aufmerksamkeit auf die pathogenetischen Beziehungen von Psychodynamik, Psychosomatik und den Kontext der lebensgeschichtlich differenzierbaren Formen der Intersubjektivität, deren Erkenntnis in der Arbeit und im Spiel an und mit Kindern in dieser Ausgabe des „Jahrbuches der Psychohygiene“ auch transkulturelle Faktoren (vgl. die Arbeiten von *H. Mai* über das Verhalten zentralafrikanischer Kinder und *L. Nagler* über Gruppenarbeit mit Kindern und Erziehern im Kibbuz) miteinbegreift. Den systematischen Beobachtungen und materialintensiven Erhebungen entspricht die weite Skala in den Diskussionen prak-

tischer Maßnahmen, die sich über die Gebiete der Pädagogik, der Psychiatrie, der Gruppendynamik und der vor allem *R. Spitz* verpflichteten psychoanalytischen Ich-Psychologie und ihrer therapeutischen wie prophylaktischen Techniken erstreckt. In diesem Zusammenhang sei auch auf die den Band abschließenden, sehr persönlich gehaltenen Mitteilungen hingewiesen, in denen *N. Wolfheim* an ihre Begegnungen mit *M. Klein* erinnert — ein in seiner Art einzigartiges Dokument über die sachlichen und menschlichen Auseinandersetzungen zweier führender Kinderanalytikerinnen. Trotz der Divergenz der Schulmeinungen, von denen *N. Wolfheim* in ihrem geschichtlichen Rückblick auf Entwicklungstendenzen der Kinderanalyse ein lebendiges Bild gibt, bleiben doch alle psychoanalytischen Bemühungen der Erfahrungswelt des Kindes von der Urhöhlensituation bis zu den vielfältigen Erscheinungsweisen seiner Objektbeziehungen wie deren pathologischen Deformationen zugeordnet, — d. h. auf eine Einheit orientiert, von der Wissenschaftler und Praktiker in der Erforschung des kindlichen Seelenlebens mit diesem zweiten Band des Jahrbuchs für Psychohygiene beredtes Zeugnis ablegen.

Gisela Ammon (Berlin)

Gisela Ammon (Hrsg.)

Psychoanalytische Pädagogik

Hoffmann und Campe, Hamburg, 1973, 309 Seiten, DM 29,50

Eines der wichtigsten Anwendungsgebiete der Psychoanalyse ist die psychoanalytische Pädagogik. *Gisela Ammon* gibt in dem von ihr herausgegebenen Band einen detaillierten Überblick über den gegenwärtigen Stand von Forschung und Praxis und über ihre eigene Forschungsarbeit im Berliner Psychoanalytischen Kindergarten der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG).

Ihre Arbeit basiert auf dem Konzept der Berliner Schule um *Günter Ammon*, das davon ausgeht, daß alle psychische Entwicklung ein interpersonelles Geschehen ist, an dem das Kind und die Gruppe, in die es hineinwächst, gleichermaßen beteiligt sind. Der Lernprozeß des Kindes ist also eingebettet in einen Lernprozeß der ganzen Gruppe. Die Erfahrungsfähigkeit der Eltern und der Familiengruppe gegenüber den Bedürfnissen des Kindes ist die unentbehrliche Voraussetzung dafür, daß und wie das Kind selbst seine Bedürfnisse entwickeln und differenzieren kann.

Die Aufgabe der psychoanalytischen Pädagogik ist also eine zweifache: Sie hat einerseits als Anwalt des Kindes die Aufgabe, die Entwick-

lung des Kindes und seine Bedürfnisse zu erforschen, zu verstehen und adäquat zu beantworten, andererseits hat sie die Aufgabe, die Eltern und im weitesten Sinne die Gesellschaft gegenüber den Bedürfnissen des Kindes erfahrungsfähig zu machen, um Störungen möglichst zu verhindern.

In dem Reader werden vier komplexe Themenkreise von bekannten Kinderanalytikern und Pionieren der psychoanalytischen Pädagogik dargestellt und diskutiert. Im ersten Teil geht es um die Beziehung von „Psychoanalytischer Pädagogik und Gesellschaft“, im zweiten um „Entwicklungsphasen und mögliche Störungen“, im dritten Teil wird „Das Kind und seine Umwelt“ behandelt, im vierten Teil stellt *Gisela Ammon* „Ergebnisse aus der Arbeit eines Psychoanalytischen Kindergartens“ vor.

Im ersten Teil gibt *Rudolf Ekstein* — selbst ein Pionier auf dem Gebiet der psychoanalytischen Pädagogik — einen ausführlichen Überblick über deren historische Entwicklung in seinem Beitrag „Der Einfluß der Psychoanalyse auf Erziehung und Umwelt“. *Ekstein* fordert, die Psychoanalyse als eine Grundwissenschaft der Persönlichkeit anzusehen und psychoanalytische Theorien und Einsichten in die Erziehungswissenschaft aufzunehmen. Das heißt, daß die psychoanalytische Pädagogik die menschlichen Beziehungen in den Vordergrund stellt, das Schicksal der Objektbeziehungen, so daß Lernen als dynamischer Entwicklungsprozeß verstanden wird, in dem sich für den Lernenden, aber auch für den Lehrenden, immer neue Identitätsprozesse vollziehen.

Seymour L. Lustman berichtet über „Kulturelle Deprivation — Eine klinische Dimension der Erziehung“. Sein besonderes Interesse gilt der pädagogischen Arbeit mit gesellschaftlich unterprivilegierten Kindern, die unter einem Mangel an „Impulskontrolle“ leiden. Die Ursachen für fehlende oder gestörte Impulskontrolle sieht der Autor in fehlenden oder fehlgelaufenen Objektbeziehungen. Da Lernen sich „innerhalb des Kontextes intensiver Objektbeziehungen entwickelt“, sind verlängerte, intensive Objektbindungen an einen Lehrer erforderlich, um damit das in der Familie entstandene Defizit an Impulskontrolle wieder auszugleichen. Damit will *Lustman* — ausgedrückt in der Terminologie der Berliner Schule — eine nachholende Ich-Entwicklung des Kindes in der Schule erreichen. Diese Forderungen müssen jedoch, meiner Meinung nach, für alle Kinder gelten, nicht nur für die Unterschichtkinder, sollen die heute noch nicht so offensichtlich gestörten Schüler in nächster Zeit nicht auch zu den „benachteiligten“ gehören.

Der zweite Teil des Sammelbandes beschäftigt sich mit den „Entwicklungsphasen und möglichen Störungen“. *Béla Mittelman* hat das motorische Ausdrucksverhalten anhand von Direktbeobachtungen an Föten und Kleinstkindern erforscht und stellt Zusammenhänge und Beziehungen

her zwischen den motorischen und psychischen Entwicklungsstufen des Menschen.

Anna Freuds Beitrag behandelt „Ernährungsstörungen des Kindes in psychoanalytischer Sicht“. Neben all ihren anderen wissenschaftlichen Verdiensten war gerade sie es, die der psychoanalytischen Pädagogik den Weg geebnet hat. Sie untersucht in ihrem Beitrag ausführlich das Gebiet der neurotischen Eßstörungen und gibt zu bedenken, daß eine überlegte Ernährung des Kindes mit einem vernünftigen Maß an Selbstbestimmung die Eßfunktion weniger verwundbar machen und die Gefahr eines neurotischen Überbaus verhindern würde.

Eleanor Galenson und *Herman Roiphe* untersuchen den „Einfluß früher sexueller Entdeckungen auf Stimmung, Abwehr-Organisation und Symbol-Bildung“. *Eksteins* „Dialog über Sexualität“ geht wieder auf die Bedeutung der Interaktion zwischen Eltern und Kindern ein. In Übereinstimmung mit *Bernfeld* stellt er dar, daß Offenheit und Aufrichtigkeit im Dialog zwischen Eltern und Kindern wichtiger sind als die Vermittlung von Information. „Wir werden in der Lage sein, unseren Kindern Aufklärung anzubieten, wenn wir uns selbst durch sie aufklären lassen.“

Der dritte große Themenkreis dieses Buches behandelt „Das Kind und seine Umwelt“, also die Entwicklung des Kindes in Interaktion mit der umgebenden Primärgruppe. Am Anfang des Kapitels stehen drei wichtige und interessante Beiträge von *Winnicott*. Gerade sein wissenschaftliches Interesse gilt der frühen Mutter-Kind-Beziehung. Er hat auf die Bedeutung des „facilitating environment“ und des „transitory love object“ (fördernde Umwelt und Übergangsobjekt) für die frühkindliche Entwicklung hingewiesen. *Winnicott* sieht neben der äußeren und der inneren psychischen Realität einen dritten Raum für das Kind, ein Spannungsfeld zwischen Mutter und Kind, der nur entstehen kann, wenn die Mutter das Bedürfnis des Kindes, sich zu trennen, versteht und akzeptiert. Dies ist der Ort, an dem kreatives Spiel und Kulturertfahrung sich ereignen. Dieser potentielle Raum zwischen Mutter und Kind ist vor allem wichtig, um die Trennung des „Nicht-Ich“ vom Ich möglich zu machen. Gleichzeitig wird Trennung aber dadurch vermieden, daß dieser „intermediäre Raum“ mit kreativem Spiel, mit Symbolen und mit „Übergangsobjekten“ gefüllt wird. Diese Übergangsobjekte helfen dem Kind, „eine wachsende und sich entwickelnde Realität zu stützen und sie von der Welt des Nicht-Selbst zu unterscheiden“. Das wird an mehreren klinischen Beispielen deutlich gemacht.

Andere klinische Beispiele zeigen „Die Spiegelfunktion von Mutter und Familie in der kindlichen Entwicklung“, vor allem zeigt *Winnicott*, welche Folgen es hat, wenn die Mutter und die Familie diese Funktion

nicht adäquat erfüllen. Die Spiegelfunktion der Gruppe in der Gruppentherapie jedoch sieht Winnicott nicht, obwohl dieser Schluß naheläge, richtet sich sein zentrales Interesse doch auf die fördernde Umwelt, die sowohl die Mutter-Kind-Beziehung als auch die Familiengruppe umfaßt.

Drei Beiträge sind von *Edith Buxbaum*, die auch zu den Pionieren der Psychoanalytischen Pädagogik gehört. Aus ihrer Erfahrung über Gruppenerziehung von Kibbuz-Kindern in Israel betont sie die Bedeutung der Identifizierungsmöglichkeit in Gruppen für die Identitätsentwicklung in der präöipalen, öipalen und in der Latenzphase. Die Autorin belegt an mehreren Beispielen, daß Trennungen von Objekten die Identitätsentwicklung schädigen; je früher diese Trennung geschieht, desto schwerer ist die Schädigung. In ihrer Untersuchung über „Aktivität und Aggression bei Kindern“ geht die Autorin von *Freuds* frühem Konzept der Aggression aus. Anhand von Fallbeispielen belegt sie, daß die Aktivität sich als konstruktive Aggression parallel und gleichzeitig mit der Libido entfaltet, wobei jede Phase ihre eigenen Formen der Aggressivität hat. Förderung oder Einschränkung entscheiden darüber, ob die Aktivität in destruktive Aggression umschlägt. In ihren Forschungen über Lernstörungen kommt sie durch die Einbeziehung der Eltern zu der Einsicht, daß die Lernstörung als ein interpersonelles Geschehen zu verstehen ist. Sie sieht die Lernstörung „als eine gestörte Ich-Funktion, die in einer teilweise symbiotischen Beziehung zwischen Mutter und Kind begründet ist“. Dies belegt sie in einem detaillierten Fallbericht. In anderen besonders eindrucksvollen Fallbeispielen schildert sie die Rivalitätsgefühle der Väter als Ursache von Lernstörungen der Söhne. Das Unvermögen zu lernen, ist bei diesen Jungen die Abwehr von Aggression gegen den Vater und die Abwehr des Vaters, sich dieser Auseinandersetzung zu stellen (vgl. Laios-Komplex).

Alle hier vorgestellten Autoren sehen mehr oder weniger die Interaktionen zwischen Mutter und Kind als Ursache der kindlichen Störungen, die Bedeutung der Objektbeziehungen für die Entwicklung und für das Lernen werden in den Vordergrund gestellt (vgl. *Lustman* und *Ekstein*). Besonders *Winnicotts* Forschungen kommen der Berliner Schule am nächsten; dies gilt auch für *Edith Buxbaum*, die auf *Freuds* frühem Aggressionskonzept von 1915 aufbaut.

Bei allen Autoren aber wird die umgebende Gruppe und ihr Einfluß noch zu eng gefaßt. *Lustmans* Untersuchungen zielen zwar implizit darauf ab, er faßt das Problem der Objektdeprivation aber zu kurz, indem er es lediglich als ein Unterschichtproblem behandelt sehen will. Die eigentliche Bedeutung der umgebenden Gruppe für die Ich- und

Identitätsentwicklung des Kindes wurde erst durch die Forschungen der Berliner Schule deutlich und theoretisch aufgearbeitet.

Die Erkenntnis, daß sich mit dem gesellschaftlichen Wandel, mit der Veränderung aller gesellschaftlichen Institutionen, auch die Voraussetzungen für die Entwicklung des Kindes geändert haben, wurde dafür ausschlaggebend. Die Familie als Institution kann die Voraussetzungen für eine gelingende Ich- und Identitätsentwicklung nicht mehr leisten. Diese Tatsache läßt sich am eindeutigsten an der Veränderung der Krankheitsbilder ablesen. Die Verlagerung der Störungen von der ödipalen auf die präödipal-archaische Ebene verlangt in der Erziehung, in Prophylaxe und Therapie eine viel stärkere Einbeziehung von Eltern, Schule und allen gesellschaftlichen Institutionen.

Diese Erkenntnisse und die daraus gezogenen Konsequenzen in Theorie und Praxis werden in den nun dargestellten Untersuchungen von *Gisela Ammon* deutlich. Der Psychoanalytische Kindergarten der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft, aus der *Gisela Ammon* berichtet, wurde 1968 von ihr begründet. In diesem Kindergarten sind die Kinder in homogene Altersgruppen eingeteilt, die Eltern arbeiten in entsprechenden Gruppen zusammen. Die Erzieher wiederum arbeiten zusammen in einer Gruppe mit den Therapeuten. Auf diese Weise entsteht ein dichtes Interaktionsgeflecht zwischen Kinder-, Eltern- und Erziehergruppen. Die Untersuchungen, über die *Gisela Ammon* hier berichtet, behandeln die Kreativitätsforschung im Vorschulalter und die Interaktion im Psychoanalytischen Kindergarten; außerdem entwickelt *Gisela Ammon* eine psychoanalytische Kritik der Märchenliteratur. Die Untersuchungen über Märchenliteratur ergaben, daß nur im Zusammenhang mit der psychischen Realität des Kindes und der umgebenden Gruppe eine Entscheidung für oder gegen das Märchen getroffen werden kann. Kinder ohne entwickeltes Urvertrauen können die beim Hören der Märchen entstehenden Ängste nicht mehr bewältigen, andererseits können für Kinder zwischen fünf und sechs Jahren, die eine konstruktive Ich-Entwicklung durchlaufen haben, die Märchenfiguren für die Bewältigung ödipaler Konflikte hilfreich sein. Für Kinder geeigneter hält die Autorin gute moderne Kinderliteratur und die von Kindern selbst ertundenen Geschichten, weil gerade letztere eine helfende und fördernde Wirkung auf die kindliche Entwicklung haben.

Ganz besonders wichtig und für die pädagogische Arbeit von entscheidender Bedeutung sind *Gisela Ammons* Untersuchungen über „Stufen der Kreativität in der Vorlatenz“. Im Gegensatz zu *Freuds* Konzept der Kreativität, das auf der Sublimierungstheorie basiert (*Freud*, 1932), bestätigt *Gisela Ammon* die von *Günter Ammon* und seinen Mitarbeitern entwickelte neue Theorie genuiner Kreativität, wonach Kreativität sich

parallel zur Sexualität in Verbindung mit dem Neugierverhalten und der konstruktiven Aggression des Kindes entwickelt (*Günter Ammon*, 1971). Sexualität und Kreativität werden nicht als Antagonismen verstanden — wie noch nach der Sublimierungstheorie —, sondern die Sexualität, auch die prägenitale Sexualität des Kindes, wird als Träger der Kreativität gesehen. Diese Theorie wird durch die Beobachtung der kreativen Arbeit der Kinder im Psychoanalytischen Kindergarten mit mehreren Beispielen belegt. Wichtig bei diesen Untersuchungen ist die Einbeziehung der umgebenden Gruppe; eine ängstliche und intolerante Gruppe nämlich wird jede schöpferische Aktivität der Kinder unterdrücken; auch dies wird an negativen Beispielen belegt.

Pädagogisches Ziel des von *Gisela Ammon* entwickelten Kindergartens ist „die Entwicklung von Ich-Identität und Ich-Autonomie in einem repressionsfreien und frustrationsregulierenden Milieu“. Dieser Kindergarten kann als Modell bzw. als Grundlage für eine vorschulische Pädagogik gelten. In die Arbeit im Psychoanalytischen Kindergarten sind die Erkenntnisse der analytischen Ich- und Gruppentheorie einbezogen und die von *Günter Ammon* entwickelte Kreativitätstheorie und sein Gruppenkonzept in konkrete Arbeit mit Kindern umgesetzt. Es werden Interaktionsprozesse sowohl innerhalb der Kindergruppen, zwischen den Eltern- und Kindergruppen und schließlich auch die Interaktionsprozesse zwischen Kinder-, Eltern- und Erziehergruppen untersucht und dargestellt. „Die große Aufgabe der analytischen Gruppen-, Kinder- und Familienarbeit liegt darin, den Konflikten der psychischen Entwicklung und Entwicklungsstörungen erst jene Öffentlichkeit zu verschaffen, die eine unentbehrliche Voraussetzung für ihre emanzipatorische Bearbeitung ist“ (*Günter Ammon*, 1973).

Gerade darin sehe ich auch die besondere Aufgabe und Bedeutung dieses von *Gisela Ammon* herausgegebenen Bandes. Es ist zu hoffen, daß dieses sehr wichtige Buch von all denen gelesen und verstanden wird, die mit Kindern umgehen. Vor allem aber ist zu hoffen, daß psychoanalytische Erkenntnisse stärker Eingang finden in die Erziehungswissenschaften, in Curricula und Lehrerbildung. Denn obwohl die psychoanalytische Forschung und die psychoanalytische Pädagogik seit ihren Anfängen in den Zwanziger Jahren immer wieder die Voraussetzungen dazu bereitstellte, haben die Erkenntnisse doch kaum das öffentliche Schulwesen und die Kindergartenarbeit beeinflußt.

Die Ursachen dafür liegen vor allem darin, daß erst durch die Untersuchungen der Berliner Schule deutlich wird, daß die Entwicklung des Kindes und auch Erziehung und Lernen in der Interaktion mit der umgebenden Gruppe geschieht, zu der nicht nur Eltern und Familie, sondern auch Lehrer, Schulen und letztlich auch alle gesellschaftlichen Institutio-

nen gehören und in die Auseinandersetzung mit einbezogen werden müssen. Denn, „die Art und Weise, wie eine Gesellschaft ihre Kinder behandelt, wie sie sie versteht, und wie sie ihre Entwicklungssituation gestaltet, ist sicherlich ein Gradmesser für das Ausmaß an Menschlichkeit und Humanität, das sie insgesamt in ihren Beziehungen und Lebensbedingungen verwirklicht hat“ (Gisela Ammon).

Gertraud Reitz (München)

Selma H. Fraiberg
Das verstandene Kind
Die ersten fünf Jahre

Hoffmann und Campe, Hamburg, 1973, 367 Seiten, DM 24,—

Das Buch der amerikanischen Analytikerin erschien erstmals 1959 in New York unter dem Titel „The Magic Years“. Die Autorin beschreibt die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes während der ersten fünf Jahre und erörtert einige typische Probleme, die mit den einzelnen Entwicklungsstufen zusammenhängen. Dabei geht es nicht so sehr um die Vermittlung neuer und eigener theoretischer Erkenntnisse, sondern darum, wie es im Vorwort heißt, das Buch „praktisch“ zu gestalten; deshalb werden weitgehend Probleme behandelt, mit denen Eltern „normaler“ Kinder zu tun haben.

Das Buch ist in fünf Teile gegliedert und behandelt nach einem in die Thematik einführenden Abschnitt zunächst die Entwicklung des Kindes in den ersten 18 Monaten, dann die Zeit bis zum dritten Lebensjahr und schließlich die Zeit von drei bis sechs Jahren. Im fünften Teil diskutiert die Autorin, welche Möglichkeiten es gebe, die weitere Entwicklung eines Kindes vorauszusagen. Im Anhang des Buches folgen Aufsätze anderer Autoren: *Monika Seifert*, „Antiautoritäre Erziehung“; *Anne-marie Sängler*, „Zum Problem des Frühleselernens“; *Brigitte van Veen*, „Kindergarten heute“. Der praxisbezogene Aspekt des Buches wird unterstrichen durch die angefügte Liste von Erziehungsberatungsstellen in der Bundesrepublik, in Österreich und in der Schweiz.

Das theoretische Konzept *Selma H. Fraibergs* ist stark beeinflusst von der psychoanalytischen Ich-Psychologie, unter spezieller Berücksichtigung der Psychologie des Säuglings und des Kindes. Vor allem sind Autoren wie *A. Freud*, *H. Hartmann*, *E. Kris*, *R. Spitz* und *J. Piaget* zu nennen. Für die pädagogischen Konsequenzen, die *Selma Fraiberg* daraus zieht, ist vor allem bemerkenswert, daß sie dem Triebkonzept und der

Sublimierungstheorie verhaftet bleibt und dementsprechend immer wieder demonstriert, wie die Triebe der Kinder diszipliniert werden können. Hier liegen die Bedenken gegen das Buch, auch wenn die Autorin mit viel Optimismus für eine angstfreie Erziehung plädiert.

Die zahlreichen Fallbeispiele sind durchweg sehr humorvoll und mit vielen liebevollen Details geschildert, mit vielen Anspielungen auf die amerikanische Geschichte und Kultur. Bei alledem versteht es die Autorin, komplizierte psychodynamische Zusammenhänge in einer für den Laien verständlichen Sprache zur Darstellung zu bringen. Sie beschreibt die einzelnen „Fälle“ sowohl aus der naiven Perspektive des Kindes als auch aus der reflektierenden Sicht des Erwachsenen und bespricht die faktischen und die für eine optimale Entwicklung des Kindes wünschenswerten Reaktionsmöglichkeiten der Erzieher. Auf diese Weise soll die Einfühlungsfähigkeit der Eltern intensiviert werden; denn *Selma H. Fraiberg* will keineswegs fertige Richtlinien und Gebrauchsanweisungen für die Erziehung geben, sondern vertraut, wie sie betont, auf die „Stärke der Einfühlung, das intuitive Verhältnis zu den Kindern“.

Mehr als die auf Witz und Leseanreiz abgestellten Kapitelüberschriften gibt der ausführliche Index zu erkennen, wie zahlreich die Themen der Autorin sind. U. a. seien genannt: Die kindliche Angst in ihren vielfältigen Formen: Trennungsangst, die Angst vor dem Schlafengehen, Angst vor Tieren, Angstträume. Des weiteren werden behandelt: Geschwisterrivalität, Sauberkeitserziehung, frühkindliche Phantasien, das Entstehen von Sprache und Denken; der Ödipuskomplex; die Frage der elterlichen Autorität im Zusammenhang mit Strafe, Tadel und Lob; schließlich die Frage der kindlichen Aggression und Kreativität.

Vor allem bei diesem letzten Fragenkomplex zeigen sich die Grenzen der theoretischen Position *Selma Fraibergs*, die über die Sublimierungstheorie nicht hinauskommt. Sie schreibt: „Unsere Aufgabe ist es, diese Triebe im Kind umzubilden und ihm an Stelle der aggressiven Impulse indirekte Befriedigung und sozial wertvolle Ziele zu verschaffen. Ein Teil der aggressiven Energie wird verwendet auf das Lernen, auf schöpferische Arbeit und auf das Erreichen persönlicher Ziele.“ Seit der Erstauflage des Buches haben sich jedoch die theoretischen und praktischen Erkenntnisse auf dem Gebiet der psychoanalytischen Pädagogik wesentlich erweitert. Dabei ist in diesem Zusammenhang vor allem an das von *Günter Ammon* entwickelte Gruppenkonzept und an die Forschungen *Gisela Ammons* im Psychoanalytischen Kindergarten in Berlin zu denken. Es hat sich erwiesen, daß im Gegensatz zur Sublimierungstheorie die Kreativität bei Kindern nicht als ein Resultat der Triebunterdrückung aufgefaßt werden darf, sondern als eine Ich-Funktion verstanden werden muß, deren Entwicklung mit Ausdrucksmöglichkeiten einer freien

prägenitalen Sexualität und der Ich-Funktion der Aggression einhergeht. Erziehung darf daher nicht als einseitiger Prozeß gesehen werden, in dem das Kind diszipliniert wird und lernt, seine Triebe zu zähmen, sondern ist wesentlich ein interpersoneller Prozeß, in dem vor allem die Erfahrungsfähigkeit der Eltern gegenüber den Bedürfnissen der Kinder eine entscheidende Rolle spielt. „Erfahrungsfähigkeit“ bedeutet in diesem Zusammenhang jedoch wesentlich mehr als das, was *Selma Fraiberg* das „intuitive Verhältnis zu den Kindern“ nennt: gemeint ist, daß der Lernprozeß des Kindes eingebettet sein muß in einen Lernprozeß der ganzen Gruppe, der es angehört; es ist ein Lernprozeß, in dem das Kind und seine Mutter Bedürfnisse erfahren, sich gegenseitig darüber verständigen und sie befriedigen. Insofern kommt es darauf an, eine lebendige Kommunikation und Interaktion zwischen Eltern und Kind zu ermöglichen, in der durch eine den Bedürfnissen des Kindes entsprechend flexible Frustrationsregulation Grenzen gesetzt, aber auch kreativ überschritten werden können.

Abschließend läßt sich sagen: Wenngleich *Selma Fraiberg* in ihrem theoretischen Konzept nicht dem heute möglichen Stand der Diskussion entspricht, bleibt ihr Buch dennoch lesenswert, vor allem wegen der vielen lebendigen Fallbeispiele, die weiterhin wertvolles Material darstellen.

Friedrich Diergarten (Düsseldorf)

D. W. Winnicott

Reifungsprozesse und fördernde Umwelt

Kindler, München, 373 Seiten, DM 38,—

Der vorliegende Band enthält Vorträge *Winnicotts* aus den Jahren 1957 bis 1963. Das Hauptgewicht dieser Arbeiten liegt auf dem Gebiet der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie. Diese Gewichtung erklärt sich sachlich aus *Winnicotts* Definition der Gesundheit als psychophysische Reife. Er führt daher psychische Störungen auf infantile Reifungsprozesse zurück. Gerade weil er der Umwelt in der Entwicklung des Menschen eine so entscheidende Rolle beimißt, überschreitet er den Rahmen der Entwicklungspsychologie und beschäftigt sich u. a. auch engagiert mit Problemen der Ausbildung in der Kinderpsychiatrie oder mit der Frage, wie Sozialarbeiter, die „desintegrierenden Kräften in Individuen, Familien und eingegrenzten sozialen Gruppen entgegenzuwirken haben, in ein gesamttherapeutisches Milieu integriert werden können“.

In zwei Vorträgen bestimmt *Winnicott* seinen geistigen Ort als Psychoanalytiker und Forscher auf dem Gebiet der Kinderpsychiatrie. Er be-

richtet, daß er die Theorie vom Ursprung der Psychoneurose im Ödipuskomplex stets habe bestätigen können, aber bereits Mitte der Zwanziger Jahre über den früheren Beginn vieler psychischer Störungen gewußt und auch zu veröffentlichen gewagt habe. Bei *Melanie Klein* habe er viel über die Ängste, die zum Säuglingsalter gehören, gelernt, ohne sich freilich jemals zu ihrer Gruppe zu rechnen. Ihr hervorragender Beitrag zur psychoanalytischen Theorie, die Psychologie der „Zweierbeziehung“, deren Wichtigkeit derjenigen des Ödipuskomplexes zu vergleichen sei, enthalte letztlich nur „Lippendienste“ hinsichtlich der Bedeutung der Umwelt. *Melanie Klein* versuche nämlich trotz dieses Ansatzes, das Kind individualpsychologisch zu beschreiben.

Im Mittelpunkt seiner eigenen Anschauungen steht das, was *Winnicott* „facilitating environment“ nennt. Das Urbild einer solchen fördernden Umwelt ist die symbiotische Beziehung zwischen Mutter und Kind. Selbst der Begriff Säugling ist ohne die Vorstellung mütterlicher Fürsorge undenkbar. Diese für die „psychosomatische Existenz“ des Säuglings unabdingbare „primäre mütterliche Fürsorge“ setzt „unermessliche Veränderungen“ in der werdenden Mutter voraus. Sie beginnt „einen Teil des Gefühls für ihr Selbst auf das Kind“ zu verschieben, identifiziert sich auf projektive Weise mit ihm und ist erst damit imstande, seine Bedürfnisse zu erkennen. Dazu aber ist sie nicht ohne den Vater fähig. Der Begriff „fördernde Umwelt“ umschließt danach die „primäre mütterliche Fürsorge“ und die einfühlsame Sorge des Vaters für die Belange von Mutter und Kind.

Die Integration des Ichs vom Kinde hängt von der Fortdauer der zuverlässigen mütterlichen Fürsorge im Sinne einer solchen fördernden Umwelt ab. Es geht dabei um anderes als um Triebbefriedigung oder Objektbeziehung. Vielmehr handelt es sich um eine „Verstärkung des Ichs des Säuglings durch das der Mutter“. Sie garantiert damit die „Kohäsion“ seiner Lebensäußerungen. Diesem besonderen, für die früheste Entwicklung entscheidendsten Aspekt der Mütterlichkeit verleiht *Winnicott* den Namen „Umweltmutter“. Inwieweit die Mutter diesen Aspekt zu verwirklichen vermag, erweckt sie das „wahre Selbst“ des Kindes zum Leben. Indem sie die „Omnipotenzäußerungen“ des Säuglings praktisch zur Wirkung bringt, erhält dessen schwaches Ich jene Stärke, die ihm ein Realitätsgefühl seiner selbst und schließlich eine Anerkennung der Realität der Welt ermöglicht. Das Konzept des „wahren Selbstes“ spielt in *Winnicotts* Überlegungen sowohl hinsichtlich seiner Auffassung von der gesunden Entwicklung als auch hinsichtlich seiner Anschauungen über die Nosologie und Ätiologie psychischer Störungen und der therapeutischen Konsequenzen eine zentrale Rolle. Er definiert das „wahre Selbst“ als die „persönliche Idee“ eines Individuums und, auf den Säugling be-

zogen, als die „Gesamtheit einer sensomotorischen Lebendigkeit“; er beschreibt es als Ursprungsregion der Symbolbildung und damit als Grundlage aller Kreativität.

Dem mit der Ich-Entwicklung, der Ich-Integration und Entfaltung des wahren Selbstes verbundenen Aspekt der Mütterlichkeit steht ein mehr tiefenpsychologisch formulierter Aspekt, derjenige der „Objektmutter“, gegenüber. Sie ist „Zielscheibe für erregtes Erleben“ des Kindes. Eine Versagung der Triebbefriedigung fördert die Verwandlung der „Objektmutter“ in ein „objektiv wahrgenommenes Objekt“. Denn das sich nicht befriedigend verhaltende Objekt kann gehaßt werden. Gerade die Aggressivität ermöglicht so das Gefühl der Realität der Objektbeziehung, weil sie das Objekt für das Selbst zu etwas Äußerem macht. Im Verlauf der Entwicklung von der absolut symbiotischen Abhängigkeit zur Ich-Identität stellen sich vielfältige Störungsmöglichkeiten ein, deren Auswirkungen sich im Bereich einer „Stufenleiter“, die von der Normalität bis in die Psychoneurose und Psychose reicht, manifestieren können. Die Ursache dieser Störungen ist das Negativ der „fördernden Umwelt“. Demgemäß spricht *Winnicott* von „Umwelt-Mangelkrankheit“ (environmental deficiency disease). Ein Versagen der Umwelt hat „relative Ausfälle“, beispielsweise der Integration der Ich-Entwicklung, zur Folge. Größere Ausfälle in der Phase der „absoluten Abhängigkeit“ und der „Konstituierung des Selbstes“ führen zu schizophrenen Erkrankungen; haben psychopathisches und delikuentes Verhalten zur Folge; die Psychoneurose setzt dagegen ein im wesentlichen intaktes Ich voraus, das die Fähigkeit zur Herstellung von Objektbeziehungen bereits erworben hat. Bis zu einem gewissen Grade bezieht *Winnicott* auch psychosomatische Erkrankungen in dieses Konzept ein. Die psychosomatische Krankheit verbirgt Depersonalisationsphänomene, also den gesunden Gegensatz zur gesunden „Personalisierung“, die die „Herstellung einer engen Beziehung zwischen Seele und Leib“ beinhaltet. Unter den pathologischen Erscheinungen spielt das „falsche Selbst“ eine bedeutsame Rolle. Es stellt eine nur „reaktive“ Anpassungsleistung des Individuums dar und geht auf ein Versagen der Mutter zurück, die es unterlassen hat, der spontanen Lebendigkeit des Säuglings zu begegnen und an dessen Stelle „ihre eigene Geste“ gesetzt hat. Das „falsche Selbst“ beinhaltet ein „System von falschen Beziehungen“ mit dem „Anschein von Realität“. Es dient dem Schutze des „wahren Selbstes“ gegen „Ausbeutung“ und sucht nach Bedingungen, die das „wahre Selbst“ in sein Recht setzen könnten, sogar und gerade auch im Selbstmord.

Den analytischen Prozeß betrachtet *Winnicott* als Äquivalent des Reifungsprozesses beim Kind. Es nimmt daher nicht wunder, daß er nur wenige Überlegungen anstellt und statt dessen mehr nach der Identität

des Therapeuten und der jeweiligen Art der Kommunikation in der Therapie fragt. Auf der einen Seite vertritt der Analytiker das Realitätsprinzip, auf der anderen Seite wird er für den Patienten zu einem „subjektiven Objekt“, ähnlich der Mutter eines Kindes in der Phase der Ablösung aus der Symbiose. Das Alleinsein des Patienten in Anwesenheit des Therapeuten stellt analog ein wesentliches Moment seiner Abgrenzung vom Therapeuten, der Entwicklung der Ich-Identität dar.

In allen Abhandlungen *Winnicotts* dominieren Ich-psychologische Überlegungen. Selbst wenn er triebpsychologisch argumentiert, wendet er den Gedankengang schließlich Ich-psychologisch. Angesichts der weitgehend klinischen, ideenreichen, aber wenig systematischen Darstellungsweise *Winnicotts* lassen sich die trieb- und Ich-psychologischen Bereiche oftmals nur schwer voneinander abgrenzen. Das gilt vor allem auch für seine theoretischen Überlegungen zur Aggression, die er mehrfach im triebpsychologischen Kontext aufführt, deren Funktion er jedoch Ich-psychologisch darin sieht, eine Abgrenzung des Individuums zu ermöglichen. Denn die Aggression spielt in jenem Prozeß eine zentrale Rolle, in dessen Verlauf die symbiotische Ursprungsregion individueller Entwicklung verlassen und das Objekt „geschaffen“ wird.

Dieser Ich-psychologischen Gewichtung entsprechend betrachtet *Winnicott* auch die Ätiologie psychischen Krankseins Ich-psychologisch, indem er Umweltmangelzustände dafür verantwortlich macht und für die Pathogenese der verschiedenen Krankheitsbilder mehr oder weniger ausgeprägte Reifungsausfälle postuliert. Er schafft damit die Voraussetzungen für eine moderne Nosologie, die die verschiedenen Krankheitsbilder auf einer gleitenden Skala anordnet, deren Endpunkte die reife kreative Persönlichkeit auf der einen und der psychotisch Kranke auf der anderen Seite darstellen.

Obwohl der für *Winnicott* zentrale Begriff der „fördernden Umwelt“, der sowohl die Mutter-Kind-Dyade, wie auch die weitere Umwelt der Primärgruppe umfaßt, und den *Winnicott* darüber hinaus auch auf die Arzt-Patienten-Beziehung sowie auf die Beziehung zwischen den Patienten und einem therapeutischen Team anwendet, geradezu nach einem gruppensystemischen Konzept verlangt, fehlt ein solches allerdings. Dementsprechend beschäftigt sich *Winnicott* auch nur am Rande mit der Gruppenpsychotherapie. Er anerkennt zwar, daß sie eine „erfolgreiche Behandlung von Charakterstörungen“, ermöglicht, räumt ihr aber nicht den ihr nach seinem eigenen Konzept der fördernden Umwelt gebührenden Platz ein. Darin liegen die Grenzen seiner sonst überaus anregenden Gedankengänge, die das vorliegende Buch so lesenswert machen.

Rolf Schmidts (München)

Jacques Berna
Kinder beim Analytiker

Piper, München, 1973, 233 Seiten, DM 10,—

Die Kindertherapie war seit den Zwanziger Jahren fast ausschließlich auf die drei Schulen von *Anna Freud*, *Melanie Klein* und *Hans Zulliger* bezogen. Erst in den 50er Jahren veränderten sich die teilweise sehr starren Fronten zwischen diesen Schulen, wurden durchlässiger und die Therapieformen dadurch vielfältiger und differenzierter. Der Anlaß dafür war die Auseinandersetzung der Kindertherapeuten mit der Weiterentwicklung der Ich-Psychologie (*Hartmann*, *Kris*, *Loewenstein*) einerseits und dem Buch von Madame *Sechehaye* über die symbolische Wunscherfüllung bei einer Schizophrenen andererseits. Diese Auseinandersetzung fand vornehmlich in den „klassischen“ Ländern der Kindertherapie statt: in Großbritannien und den USA. In den letzten 10 Jahren nahm endlich auch in der BRD die Literatur zur Entwicklungsgeschichte von Kindern aus psychoanalytischer Sicht und zur Kindertherapie auffallend stark zu. *Melanie Kleins* und *Anna Freuds* Frühwerke erschienen — zum Teil erstmalig — in deutscher Auflage, die neueren Bücher von *Anna Freud*, besonders aber von *Winnicott* und *Mahler*, vermittelten ein neues Verständnis des Kindes, seiner Störungen und seiner Therapierbarkeit.

Das Buch von *Berna* spiegelt diese Entwicklung wider, ohne allerdings zur radikal neuen Sicht vom Kind als existentiell Gruppenwesen, wie sie *Winnicott* und besonders *Ammon* geprägt haben, zu gelangen. Es besteht aus 10 Aufsätzen, die in der Zeit zwischen 1949 und 1973 entstanden sind. Sie behandeln wichtige Fragestellungen der Kindertherapie; z. B. die Technik, die symbolische Wunscherfüllung in der Kinderanalyse, Indikation zur Kinderanalyse, die Verbalisierung in Erziehung und Kinderanalyse, Kinder- und Erwachsenenanalyse und Abschluß der Kinderanalyse. Drei Kapitel befassen sich mit längeren Fallgeschichten, aber auch die anderen Kapitel werden durch eine Fülle von Fallberichten sehr lebendig.

Der Titel des Buches führt ein wenig in die Irre, erwartet man doch eine geschlossene Darstellung der heutigen Vorstellungen des bekannten Mitbegründers des Zürcher psychoanalytischen Seminars. Diese Hoffnung wird enttäuscht, weil *Berna* auch heute eine stimmige Theorie und davon abgeleitete Technik nicht gefunden hat. Dafür bietet das Buch die Möglichkeit, an der Entwicklung der Kinderanalyse anhand der Entwicklung eines Kinderanalytikers teilzunehmen. Dies wird durch die persönliche Offenheit *Bernas* und die kritische Darstellung seiner persönlichen Veränderungen aufgrund der Reflexion über die Wirksamkeit seiner

Therapie und seiner Auseinandersetzung mit der neueren Ich-psychologischen Literatur und dem Buch von *Sechehaye* sehr verständlich und hoch interessant.

Berna setzt sich in seinem Buch mehrmals mit der Frage nach der Stellung des Therapeuten zwischen Kind und Eltern auseinander. Anhand von Erfahrungen aus seiner therapeutischen Praxis beschreibt er auch seine Position und Haltung in der therapeutischen Situation. Während er die Wandlung seiner Technik beschreibt, von einer aktiv mitagierenden zu einer mehr passiv integrierenden, deckt er selbstkritisch die Gründe auf, die ihn zu einer Revision animiert haben. Die Veränderungen der Technik (etwa ab 1967) betreffen auch die Intensität der Zusammenarbeit mit den Eltern. *Berna* spricht sich hier für eine Simultantherapie von Eltern und Kind aus, soweit dies möglich sei.

Der Therapeut nimmt aber in der Übertragungssituation nicht mehr wie früher die Rolle der „guten Mutter“ ein; er ist mehr Projektionsfigur und arbeitet insofern nicht mehr so reparativ. Diese Aufgabe soll weiterhin den Eltern vorbehalten werden.

Die Beschäftigung mit aggressiven Kindern nimmt eine zentrale Stellung in seinem Buch ein. Dabei betrachtet er die Aggression nicht als Triebmanifestationen, sondern als Abwehrmechanismus, also als eine Ich-Funktion. Er sieht sie auch als mißglückten Rettungs- und Heilungsversuch an (S. 88) und als die dem Kind einzig mögliche Kommunikation (S. 105). Dabei bleibt er stehen und übersieht den konstruktiven Anteil der Aggression, die ja erst sekundär (bei *Berna*: reaktiv) destruktiv geworden ist.

Berna nähert sich in seinen Beispielen modernen Positionen in der Kindertherapie, diskutiert sie und läßt sie wieder fallen, weil er immer dem metapsychologischen Konzept *Freuds* verhaftet bleibt. Das heißt aber, daß er das Kind individualistisch von seinen innerseelischen Konflikten her zu begreifen und therapieren versucht und die zentrale Umorientierung nicht mit vollzieht. Diese Umorientierung, die zur Theorie der Primärgruppe als dem Lebens- und Identitätsraum des Kindes führte (*Ammon*), kann er nicht vollziehen, weil er als Therapeut eben nicht real oder symbolisch die „gute Mutter“ sein darf, da dies *Freuds* Abstinenzprinzip widerspräche.

Insgesamt gesehen bietet das Buch eine Fülle von diskussionswürdigen Gedanken und Anregungen. Und wenn *Berna* zum Schluß seines Buches mit einem präpsychotischen Jugendlichen arbeitet und als Richtlinien für den Umgang mit den für das Ich sehr bedrohlichen Regressionen vorschlägt: Anbieten von Deutung der Abwehrbedürfnisse, Unterstützung des Selbstgefühls und der Ich-Funktionen, Förderung der entwicklungs-

bedingten Versuche und Unterlassung von Deutungen spezifisch unbewußter Inhalte (S. 202), sieht man, daß *Berna* weiterhin ein „Ergriffener“ geblieben ist, der in seiner Praxis wohl doch viel persönlicher ist als in seiner Theorie. So kann man das Buch jedem an Kindertherapie Interessierten empfehlen, der eine Auseinandersetzung mit einem Analytiker nicht scheut, der sich zu keiner Schule zugehörig fühlt, sondern in der Auseinandersetzung mit den Schulen weiterhin seinen eigenen Weg sucht.

Fritz Battenberg (München)

Michael Fordham

Das Kind als Individuum

Kinderpsychotherapie aus der Sicht der analytischen Psychologie
von C. G. Jung

Ernst Reinhardt, München/Basel, 1974, 171 Seiten, DM 17,80

In seinem Vorwort hebt *Hans Dieckmann* hervor, daß dieses Buch durch die Aufgeschlossenheit *Fordhams* gegenüber den Vorstellungen der *Freudschen* Schule, jedoch auch von *Melanie Klein*, *Spitz* und *Winnicott*, einen unorthodoxen Brückenschlag über die bedauerlichen Schulfrequenzen hinweg darstellt. So weist sich der Autor zwar eindeutig als *Jungianer* aus, hat aber sowohl in Praxis wie auch Theorie Erkenntnisse moderner Ich-psychologischer Forschung in sein Konzept voll integriert. In seiner Einleitung beginnt er mit der *Jungschen* Definition des Ichs als einziger Einheit und Mittelpunkt des Bewußtseins. Wie auch schon aus dem Titel hervorgeht, ist es das zentrale Anliegen von *Fordham*, Ich-Entwicklung und -Differenzierung des Kleinkindes aufzuzeigen. Sein besonderes Interesse gilt der präödiptalen Entwicklung.

In der sehr kurzen Einleitung setzt sich *Fordham* mit *Jungscher* Theoriebildung auseinander. In diesem Zusammenhang erläutert er wesentliche methodische Begriffe wie aktive Imagination und Amplifikationen und stellt eine von *Jung* noch nicht veröffentlichte Neukonzeption des Archetypen vor, den er als „das anordnende Prinzip, das sinnliche Erfahrung benutzt, um in vorherbestimmbarer Weise typische Bilder hervorzubringen“, definiert. Besonders interessant ist hier die Auseinandersetzung mit der *Jungschen* Auffassung, die Ödipus-Situation sei ihrem Wesen nach archetypisch und deshalb zur gesunden Entwicklung des Kindes gehörig. *Jung*, der sich vor allem mit der Individuation bei Erwachsenen beschäftigte, legte ein größeres Gewicht auf den Realeinfluß der Eltern. Damit stellt sich die kindliche Entwicklung und deren pathologischer Ausgang nicht mehr als das Ergebnis einer pathologischen Dynamik

innerpsychischer Instanzen, sondern als die Internalisation einer Interaktion zwischen Kind, Eltern und Umwelt dar. Diese Auffassung wird von *Fordham* zwar mit Einschränkung akzeptiert, jedoch zeigen ausführliche Fallbeispiele und der Aufbau des Buches, in dem der Einfluß von Familie und sozialer Umwelt auf die frühkindliche Entwicklung nur in wenigen Seiten und unter sehr allgemeinen Gesichtspunkten abgehandelt wird, sowie auch eine nur ungenügende Auseinandersetzung mit Simultan-Therapie und Elternarbeit, daß er letztlich doch einem monadischen, wenn auch durch Ich-psychologische Aspekte bereicherten Persönlichkeitsbild anhaftet. So führt er in dem Fallbeispiel eines Mädchens, das in seinen Spielen schwere destruktiv-aggressive Impulse zeigte und nicht zur Schule gehen wollte, aus, sie habe in den Spielen die Brutalität der „Mutter“ gezeigt. Da ihre Mutter in Wirklichkeit aber anders gewesen sei, habe sie den Archetypus der grausamen Mutter auf die Lehrerin projiziert und deshalb nicht zur Schule gehen wollen. Das reale Verhalten der Mutter gegenüber dem Kind sowie dessen Verbindung zu seinen Ängsten werden nicht erwähnt. An zentraler Stelle dieses Buches stehen sehr ausführliche und anschauliche Fallbeispiele, anhand derer der Autor praxisnah die wichtigsten Elemente der Kindertherapie unter dem Aspekt *Jungscher* Theoriebildung diskutiert. Je ein Kapitel ist dem Spiel, den Träumen und den Bildern gewidmet. Im Spiel sieht er ein wesentliches Mittel des Kindes, eine Beziehung zu sich selbst und zu seiner Umwelt zu entwickeln. Im frühkindlichen Spiel mache das Kind seinen ersten Schritt vom Selbstsein hin zum Selbstfinden. In diesem Zusammenhang setzt er sich auch mit dem Begriff der Übergangsphänomene (*Winnicott*, 1958, 1967) auseinander. Sie nehmen ebenso wie das Spiel einen Platz zwischen Innen- und Außenwelt des heranwachsenden Kindes ein. Auf weitere Aspekte des Spiels, wie Angstbewältigung, Kreativität, Ausprobieren von neuen Rollen und Kommunikationsversuche geht er nur sehr kurz ein. Sehr interessant ist das Kapitel über kindliche Träume und deren Altersspezifität, wobei er sich auf Untersuchungen von *Dispert* (1949) stützt.

Im folgenden stellt er anhand von Beispielen die *Jungsche* Methode der Traumanalyse dar, die er nach ihrem archetypischen Charakter untersucht. Interessant ist in diesem Zusammenhang ein *Jung*-Zitat, nach dem Träume der Kindheit das ganze Schicksal des Kindes abbilden, ohne daß dieses jedoch in den Fallbeispielen und auch in den sehr interessanten Traumserien deutlich würde. In ähnlicher Weise werden Zeichnungen und Bilder und deren Bedeutung unter dem Aspekt ihres archetypischen Charakters diskutiert.

Es folgt dann eine Darstellung der Grundkonzeption dieses Buches, in dem die Begriffe Ich, Archetypen und Selbst, aber auch verschiedene

Methoden von Therapie und Forschung beschrieben werden. Dabei geht *Fordham* davon aus, daß schon pränatal Ich-Rudimente angelegt sind, wobei er das Ich als die Summe aller Wahrnehmungs- und Bewegungsakte, die bewußt sind oder es werden können, begreift. Er weist in diesem Zusammenhang, auch ohne daß dieses letztthin schlüssig würde, auf die Ähnlichkeit einiger Elemente des Ichs mit archetypischen Prozessen und Strukturen hin. Diese sieht er vor allem darin, daß der Archetyp als psychosomatische Ganzheit in einem engen Zusammenhang mit physischen Organen und mit unbewußt psychischen Strukturen gesehen werden muß. Die physische Komponente sei dabei Ursprung libidinöser und aggressiver Triebe, der psychischen entstammen die Phantasievorstellungen. Erwähnt wird dabei die *Kleinsche* Auffassung von schon von Geburt an wirksamen Phantasien und das *Spitzsche* Konzept von Organisatoren der Ich-Entwicklung. Das Selbst faßt er als stabilisierende Ganzheit auf, deren Strukturierung durch das sich langsam entwickelnde Ich erfolgt. Diskutiert werden in diesem Zusammenhang die Theorie von der Dreiteilung des Ichs (*Fairbairn*, 1952), die Ich-Selbst-Achse (*Neumann*) und das Selbst als psychosomatische Ganzheit (*E. Jacobson*). Er selbst fügt diesem dann ein neues Modell hinzu, das den Individuationsprozeß als eine ständige Folge von Desintegrations- und Integrationsversuchen beschreibt, deren Prototyp die Geburt ist. Die Reizüberflutung bei der Geburt löst prototypische Ängste aus, die sich in der Folge beruhigen. Dieser Ablauf wiederholt sich während der ganzen Reitung und wird durch Kräfte unterhalten, die er als desintegrativ und integrativ bezeichnet. Am Anfang der Entwicklung seien die jeweiligen Zustände über kürzere Zeiträume wirksam, während spätere labile oder stabile Phasen längerdauernd seien. In diesen Phasen seien manchmal nur Teile des Selbst, zuweilen aber auch das ganze Selbst betroffen. Dieses Konzept erinnert sehr stark an das *Eriksonsche* Konzept der Identitätskrisen, ohne daß *Erikson* aber erwähnt wird. Am Anfang des Kapitels über die Reifung setzt er sich mit der Bedeutung des intrauterinen Lebens für die spätere Entwicklung auseinander, und sieht in der Geburt den prototypischen Vorgang des Erwachens, einen Zyklus, der sich das ganze Leben lang wiederholt. Auch die Bedeutung der Einstellung der Mutter zum Kind schon vor der Geburt wird diskutiert und die Interaktion des „Ernährerpaares“ für das Wachstum des Ichs anhand der Analyse der Stillsituation dargelegt. Mit *Spitz* ist er der Meinung, daß erste Vorobjekte erst mit drei Monaten wahrgenommen werden; eine libidinös besetzte Objektbeziehung mit Wahrnehmung eines ganzheitlichen Objektes sei jedoch erst mit sieben Monaten möglich. Gute und schlechte Teilobjekte (*Klein*) finden ihren Niederschlag in einer abrupten Fluktuation von Integrations- und Desintegrationszuständen des Selbst. Erst mit der Errichtung integrierter Objektvorstellungen komme es über die

Errichtung von Übergangsobjekten zu einer kontinuierlichen Ich-Wahrnehmung. An der Grenze dieses Prozesses sieht *Fordham* die von *Spitz* beschriebene anaklitische Depression. Sie stellt gleichzeitig die Phase der Loslösung aus der Identität mit der Mutter, oder nach *Mahler*, die Trennungsindividuationsphase dar. In ihr gewinnen nach *Fordham* Integrationsprozesse gegenüber primitiv integrativ-desintegrativen Aufeinanderfolgen die Überhand. Die „Participation mystique“ (*C. G. Jung*) wird ersetzt durch einen Vorgang der Individuation, im Sinne von *Jung* als „Bildung und Besonderung von Einzelwesen“ verstanden.

Am Ödipus-Konflikt zeigt *Fordham* dessen Bedeutung für das Identitätsgefühl. In ihm erreichen Identitätsschwierigkeiten ihren Höhepunkt. Die Neuordnung der Identifikation führt zur Übernahme der definitiven Geschlechtsrolle und zu einem nach *Jungscher* Terminologie deutlicheren Hervortreten von Anima- und Animus-Figuren.

In seiner Auseinandersetzung mit dem Einfluß von Familie und Umwelt auf die frühkindliche Entwicklung stellt *Fordham* die *Jungsche* These, „daß das ungelebte Leben der Eltern zu einer Last für die Kinder wird“ oder daß die Kinder die Psychopathologie ihrer Eltern introjizieren, voran, was er dann vor allem für die Sexualentwicklung der Kinder zeigt. Nur das konfliktfreie Umgehen mit der eigenen Sexualität ermöglicht es den Eltern, mit sexuellen Impulsen ihrer Kinder kindgerecht und frei umzugehen. Im folgenden geht er dann praxisorientiert auf die Methoden einer analytischen Kinderpsychotherapie ein, die Bedeutung der Familiendiagnose, die Wertung der realen Lebensumstände des Kindes, das Umgehen mit der Eltern-Kind-Störung und die Anwendung verschiedener therapeutischer Techniken. In einem abschließenden Kapitel setzt er sich in Fallbeispielen mit der Symbolbildung auseinander.

Übersichtlich gegliedert gibt dieses Buch trotz seiner Kürze einen umfassenden Einblick in Ich-psychologische Aspekte frühkindlicher Entwicklung, schildert Methodik und Theorie psychoanalytischer Kindertherapie und vermittelt ein Verständnis *Jungscher* Theoriebildung. So wurde ihm zu Recht in dem Vorwort von *Dieckmann* der Charakter eines einführenden Lehrbuches in die Kindertherapie zugesprochen. In der Diskussion der Bedeutungen von Bildern, Träumen und dem Spiel im Rahmen *Jungscher* Theoriebildung fällt jedoch ein eigenartiger Widerspruch zwischen einer theoretisch interaktionell-familiendynamisch konzeptierten Vorstellung kindlicher Individuationsprozesse und einer im praktischen Teil demonstrierten Rückführung psychopathologischer Phänomene auf *Jungsche* Archetypen-Lehre auf. Auf der einen Seite wird die Störung frühkindlicher Individuation als das Ergebnis einer Identifikation mit einer pathogenen Familiendynamik begriffen, auf der anderen Seite zeigen besonders die Fallbeispiele in ihrer Rückführung psychopathologische

Phänomene auf Archetypen, daß der Autor der Vorstellung verhaftet bleibt, frühkindliche Individuation sei das Ergebnis einer innerpsychischen Konfliktdynamik. Besonders deutlich wird dies an einem Fallbeispiel, in dem der Autor feststellt, daß das Kind besonders aggressiv wurde, nachdem es von dem Vater geschlagen wurde. Im Anschluß daran setzt sich der Autor mit der archetypischen Bedeutung der Aggressionsphänomene dieses Jungen auseinander. Berücksichtigt man neuere Untersuchungen über Kindesmißhandlungen, so erscheint die *Jungsche* Archetypenlehre als eine Abwehrformation psychosozialer Realität durch Mystifizierung. Es fehlt auch in diesem Buch jeder Gruppenbezug und eine integrierte Theorie der Aggression, deren praktische Handhabung sehr eindrucksvoll geschildert wird. *Fordham* spricht von aggressiven Trieben, ohne daß klar wird, was er darunter versteht. Besonders bei den Bildern, den Träumen wie auch bei den Spielen drängt sich eine Diskussion der Familiendynamik geradezu auf, die jedoch zugunsten einer Betrachtung unter dem Aspekt der Archetypen-Lehre vermieden wird. Dadurch erscheint dieses Buch in seiner theoretischen Konzeption uneinheitlich. Lesenswert ist dieses Buch aufgrund seiner eindeutig Ich-psychologischen Konzeption und weil es einen interessanten Einblick in Praxis und Theorie moderner analytischer Psychologie nach *C. G. Jung* vermittelt.

Winfried Schibalski (München)

Nachrichten

Weltkongreß der World Federation for Mental Health

In Kopenhagen fand vom 10. bis 16. August 1975 der Weltkongreß der World Federation for Mental Health (WFMH) unter dem Thema: „Mental Health and Economic Growth“ statt, zu dem ca. 500 Teilnehmer aus 48 Staaten im Falkoner Center zusammenkamen. Die Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP), die Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft (DGG) und die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM), die als Fachgesellschaften die korporative Mitgliedschaft in der WFMH haben, wurden auf diesem Kongreß von Dr. Günter Ammon, Mohamed S. El-Safti und Dr. Regine Schneider vertreten.

In seiner Eröffnungsrede legte der Präsident der WFMH, Prof. Dr. Tsung-yi Lin (Vancouver), seine Arbeitsziele für die kommenden Jahre dar: An erster Stelle forderte er humanere Bedingungen und mehr Rechte für psychisch Kranke; er wies auf die Notwendigkeit einer intensiven Zusammenarbeit mit den Vereinten Nationen, der WHO, der UNESCO und der UNICEF hin und forderte alle Teilnehmer auf, die Basis der Organisation durch intensivere Informationsvorbereitung zu erweitern.

Während des Kongresses wurde das German National Committee gegründet, das Dr. Regine Schneider als deutsche Delegierte für das Executive Board wählte. Die Konstituierung eines deutschen Nationalkomitees, das bisher noch nicht existierte, wurde dem Präsidenten Prof. Dr. Lin (Vancouver) und der Vizepräsidentin für Europa, Dr. Marianne Cederblad (Schweden), offiziell mitgeteilt und von dieser sehr begrüßt. Frau Dr. Schneider selbst gab die Gründung des German National Committee Vertretern der Europäischen Länder im European Workshop bekannt und verlas die nachstehende Resolution, die das besondere Anliegen der deutschen Delegation zum Ausdruck brachte. Anknüpfend an die Forderungen des Präsidenten bezieht sich die Resolution auf folgende Punkte:

German National Committee of the WFMH

Resolution of the German National Committee submitted to the European Workshop on Thursday, 14th August 1975, at the World Congress Copenhagen 1975.

1. For the rights of the mentally ill: National governmental institutions shall be encouraged to support qualified professional, private

societies working in the field of mental health (treatment, prevention, research and education). Our experience has shown after a period of ten years that much can be done for the rights of the mentally ill and their treatment. Qualified activities free from burocratic hindrances should be encouraged. Let's think of the words of W. *Menninger*: "brains before bricks". Let's give time for training for young psychiatrists and other people working in the field of psychiatry and psychotherapy. Let's get freedom for private initiative.

2. Let's do energetic steps for the training of psychotherapist and let's stop any kind of burocratic steps complicating the organization of psychotherapeutic institutes. Health insurances should support training facilities for psychotherapy and should psychoanalytic training analysis as well as any other sort of psychotherapeutic treatment.

3. Prevention should be supplied by fostering and organizing Kindergarten and pre-school institutions, particularly organized by private institutions with new ideas. Also mental hygienic and psychotherapeutic counselling offices should be fostered in factories, big governmental institutions, universities and at other places where a large number of people are working.

4. Group dynamic study centers for the so-called healthy persons should be fostered at all levels with tolerance to different orientations. The so-called healthy person has a right for better understanding for himself, for relationship to others and the groups within he is engaged.

5. Group-psychotherapy should be encouraged on all levels regardless of the different schools of orientation.

6. Radical reforms free from the blocking effects of burocracy should be encouraged as far as the structure of out-dated conventional psychiatric governmental hospitals is concerned, where the treatment is no treatment and the whole set-up acts as an anti-therapeutic set up.

The mentally ill have a right of treatment, and it is a criminal behavior if they are imprisoned under incredible conditions, as can be seen and known by everybody. We have to stop to listen to the words of the representatives of the psychiatric establishment which shows a double-bind-behavior towards the mentally ill, as the society itself shows it.

The European Workshop and the Regional Committee as well have a great and important mission to do things instead of talking. Co-operation between the different committees of Europe to be necessary with exchange of ideas, mutual visite, co-operation in research and training and joined pressure upon the psychiatry of yesterday. The German National Committee of the WFMH likes to join forces with all colleagues

who like to take the risk to organize treatment, training, prevention, research and radical reforms for the benefit of the mentally ill.

Dr. *Regine Schneider* (Delegate of the Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin, DGPM), Dr. *Günter Ammon* (Delegate of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse, DAP), *Mohamed Said El-Safti* (Delegate of the Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft)

Deutsches Nationalkomitee der WFMH

Resolution des Deutschen Nationalkomitees zur Vorlage beim Treffen der europäischen Delegierten am Montag, dem 14. August 1975, im Rahmen des Weltkongresses der WFMH, Kopenhagen.

1. Für die Rechte der psychisch Kranken: Nationale, staatliche Institutionen werden ermutigt, qualifizierte Fachkräfte zu unterstützen sowie private Gesellschaften, die auf dem Gebiet der seelischen Gesundheit (Behandlung, Prävention, Forschung und Lehre) arbeiten, zu fördern. Unsere 10jährige Erfahrung auf diesem Gebiet hat gezeigt, daß vieles für die Rechte und Behandlungsmöglichkeiten der psychisch Kranken getan werden kann.

Qualifizierte Aktivitäten, frei von bürokratischen Behinderungen, sollten gefördert werden. Denken wir an die Worte *W. Menningers*: „Brains before bricks“, Qualifikationen und Wissen sind vordringlicher als neue Bauten! In diesem Sinne lassen Sie uns mehr Zeit für die Ausbildung von jungen Psychiatern und anderen Menschen, die auf dem Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie arbeiten wollen. Lassen Sie uns mehr Freiheit erlangen für private Initiativen.

2. Lassen Sie uns energische Schritte unternehmen für die Ausbildung von Psychotherapeuten und gegen jedwede bürokratische Blockierungen handeln, die die Organisation psychotherapeutischer Institute behindern. Krankenkassen sollten die Ausbildungsmöglichkeiten für Psychotherapie unterstützen und für die Kosten der Lehranalysen aufkommen, genauso wie für psychotherapeutische Behandlungen.

3. Aktivitäten zur Prävention von seelischen Erkrankungen sollten gefördert werden durch den Aufbau von Kindergärten und Vorschulklassen und durch die Unterstützung von bestehenden, fortschrittlichen und privaten Projekten. Auch sollten Zentren für seelische Gesundheit und psychotherapeutische Beratungsstellen errichtet werden in Fabriken, großen staatlichen Institutionen, Universitäten und allen anderen Stellen, an denen eine größere Anzahl von Menschen arbeiten.

4. Gruppendynamische Studienzentren für die sogenannten Gesunden sollten auf allen Ebenen gefördert werden und die verschiedenen Orientierungen toleriert werden. Der sogenannte gesunde Mensch hat ein Recht auf besseres Selbstverständnis, Selbsterfahrung im Rahmen der ihn umgebenden Gruppe.

5. Die Gruppentherapie sollte gefördert werden auf allen Ebenen der verschiedenen Schulen oder Orientierungen.

6. Es sollten radikale Reformen — frei von den tödlichen Wirkungen bürokratischer Vorschriften — unterstützt werden, deren Hauptzielrichtung die großen anachronistischen psychiatrischen Anstalten sein werden, die mit ihrer hierarchischen Gesamtstruktur als antitherapeutisches Instrument fungieren und somit jede Art von Behandlungserfolg vereiteln.

Psychisch Kranke haben ein Recht auf Behandlung! Ihre Festsetzung in Gefängnissen gleichenden Anstalten unter den allen bekannten menschenunwürdigen Bedingungen muß hier als kriminell angeprangert werden. Wir sollten endlich aufhören, den Repräsentanten des psychiatrischen Establishments soviel Gehör zu schenken, die die von der gesamten Gesellschaft den psychisch Kranken gegenüber eingenommene double-bind-Haltung teilen und in diskriminierender Weise gegen sie einsetzen.

Die wesentliche Aufgabe des Europäischen Workshops der Regionalen Komitees wird darin bestehen, endlich zu handeln, anstatt in Gremien und am grünen Tisch nur zu verhandeln. Die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Komitees in Europa mit dem Austausch von Ideen, gegenseitigen Besuchen und der Zusammenarbeit in Forschung und Lehre wird wesentlich, vor allem unter dem Gesichtspunkt, die veraltete Psychiatrie von gestern erfolgreich bekämpfen und ablösen zu können. Das deutsche nationale Komitee der WFMH möchte sich mit all jenen Kollegen zusammenschließen, die das Risiko auf sich nehmen, auf dem Gebiet der Behandlung, Ausbildung, Prävention und Forschung Neuerungen einzuführen und zugleich radikale Reformen für das Wohl der Kranken in Angriff zu nehmen.

gez. Dr. *Regine Schneider* (DGPM), Dr. *Günter Ammon* (DAP), *Mohamed Said El-Safti* (DGG)

Diese Resolution wurde von den Delegierten mit großem Beifall begrüßt und angenommen. In der Folge vertrat *Regine Schneider* Deutschland im Executive Board Meeting als Deutsche Delegierte. Nach Beendigung des Kongresses lud *Günter Ammon* den Präsidenten Prof. Dr. *Lin* zu einer Gastdozentur in das Lehr- und Forschungsinstitut der DAP nach Berlin ein. Er nahm die Einladung gern an.

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin auf dem 3. Internationalen Kongreß des ICPM

Vom 16.—20. September 1975 fand in Rom der 3. Internationale Kongreß des International College of Psychosomatic Medicine statt. Über 1000 Wissenschaftler aus ca. 50 Ländern versammelten sich dort, um Probleme der Psychosomatischen Medizin zu diskutieren und Erfahrungen auszutauschen. Die DAP entsandte in Zusammenarbeit mit der DGPM eine große Gruppe von Mitarbeitern dorthin und stellte ihre Arbeit in Haupt- und Kurzreferaten dar. Besonders hervorzuheben ist der Beitrag von *Günter Ammon*, der im ersten Hauptreferat des Kongresses seine Erfahrungen und den theoretischen Hintergrund bei der Behandlung psychosomatisch Kranker mit analytischer Gruppenpsychotherapie darlegte. Er erhielt viel Beifall und löste eine lebhaft Diskussions aus, weil er sich klar und konsequent von den auf Trieb- und neurotischen Konfliktmodellen basierenden gruppenpsychotherapeutischen Techniken abgrenzte und die generellen Mißerfolge dieser Techniken in ihren Ursachen aufdeckte.

Jan Pohl widmete sein Thema der Symbolisierung psychosomatischer Symptome im psychotherapeutischen Prozeß und zeigte überzeugend die Beziehung zur Ausdrucksweise des Körper-Ichs, die an die Primärgruppe bzw. Mutter gerichtet ist. Die Falldarstellungen von *Ursula Keller* und *Mathias Hirsch* sind exemplarisch für die Psychodynamik dieser Patienten bzw. Familien. Die autoaggressive Komponente dieser Dynamik wurde durch *Karin Ammon* herausgestellt, indem sie die Parallelität zur Dynamik der Suizidalität aufzeigte.

Besonders zu erwähnen ist *Fritjof Winkelmanns* Darstellung seiner Arbeit mit Balintgruppen, die eine heftige, aber konstruktive Diskussion um die Abgrenzung der Balint-Gruppe in dem von *Edith Balint* geleiteten Workshop hervorrief. Die Tendenz, starr an der nicht von der Persönlichkeit *Michael Balints* zu trennenden Technik festzuhalten und die Angst vor neuen Impulsen, war bei seinen orthodoxen Anhängern deutlich zu bemerken. Besonderer Höhepunkt des Kongresses war eine Privataudienz für die Delegierten des ICPM beim Papst, der Verständnis für die Arbeit des ICPM zeigte und in seiner Ansprache besonders auch auf die Beziehung zwischen psychosomatischem Symptom und familiärem Konflikt hinwies.

Anläßlich der Audienz überreichte *Günter Ammon* Papst *Paul VI.* sein Buch „Psychoanalyse und Psychosomatik“ und erhielt daraufhin folgendes Schreiben vom Staatssekretariat des Vatikan: „Bei Gelegenheit Ihrer kürzlichen Romfahrt verehrten Sie Seiner Heiligkeit ein Exemplar einer Ihrer jüngsten Veröffentlichungen. Danach darf ich Ihnen

freundlich mitteilen, daß der Heilige Vater von dem Zeichen der Verehrung und Aufmerksamkeit mit besonderer Freude Kenntnis genommen hat und Ihnen hierfür ein Wort aufrichtigen Dankes aussprechen läßt. Mit dem Wunsche, daß es Ihnen vergönnt sein möge, vielen Mitmenschen Linderung und Heilung in ihren körperlichen Beschwerden zu bringen, erfleht er Ihnen Gottes bleibenden Schutz und Segen. Indem ich mich beehre, Sie hiervon zu unterrichten, bin ich in ausgezeichnete Wertschätzung Ihrer ergebener gez. *G. Benelli*“.

Bei den Business Meetings, die anläßlich des Kongresses stattfanden, wurde *Günter Ammon* wieder zum Delegierten für Deutschland gewählt, zusammen mit *Thure v. Uexküll*.

Folgendes Statement wurde von *Jan Pohl* gehalten und vom Governing Body des ICPM mit entsprechender Anerkennung aufgenommen: „Beim Treffen des House of Delegates auf dem 2. Kongreß des Internationalen College of Psychosomatic Medicine hatte Prof. *Bastiaans* gefordert, daß die Delegierten die Entwicklung des ICPM aktiver fördern sollten. *Günter Ammon*, Gründungsmitglied und Delegierter für Deutschland hat dieser Aufforderung in hervorragender Weise entsprochen.

Noch im selben Jahr (1973) gründete *Ammon* die DGPM als erste Gesellschaft für psychosomatische Medizin in Deutschland und wurde zu ihrem Präsidenten gewählt. Die Hauptziele der DGPM sind interdisziplinäre Forschung, therapeutische Praxis und Ausbildung, wie dies schon in den Lehr- und Forschungsinstituten der DAP und DGG in Berlin, München und Düsseldorf praktiziert wird. Diese drei Gesellschaften, DGPM, DAP und DGG, sollen nun dem ICPM affiliert werden, wobei der Wunsch dazu vor zwei Jahren geäußert worden war. Die Kooperation zwischen der DGPM, der DAP und der DGG bietet eine Garantie für die Realisierung der Ziele der DGPM. Deren wissenschaftliche Forschung basiert auf dem Ich- und Gruppenkonzept, wie es von *Ammon* und seinen Mitarbeitern entwickelt worden ist. Im Rahmen der psychosomatischen Theoriebildung war *Günter Ammons* Beitrag der, daß der psychosomatisch reagierende Patient an einem grundsätzlichen Defizit in seiner Ich- und Identitätsentwicklung leidet; *Ammon* entwickelte eine psychotherapeutische Technik, die diesem Befund entspricht.

Da die psychosomatische Störung nicht einen intrapsychischen Konflikt darstellt, sondern nach *Ammon* ein Ich-Defizit, sollte die psychotherapeutische Technik die wichtige Funktion, die das psychosomatische Symptom für die Integration der Persönlichkeit des Ich-kranken Patienten hat und welche Stütze es bei der Abgrenzungsleistung des Ichs darstellt, nicht übersehen.

Ammon hat sein psychosomatisches Konzept in Theorie und Praxis in zahlreichen internationalen Fachzeitschriften, sowie in seinen Büchern

und Vorlesungen an der Freien Universität Berlin der Öffentlichkeit vorgestellt. Dank seines Engagements als Delegierter des ICPM sind viele Mitglieder der DAP und DGG Mitglieder des ICPM geworden.

Im letzten Jahr initiierte *Ammon* das erste regionale Treffen des ICPM, welches in der BRD unter seiner Leitung stattfand und an dem eine Reihe von Repräsentanten des ICPM teilnahmen. Auf der Weltkonferenz der WFMH in Kopenhagen im August 1975 wurde die DGPM von Dr. med. *Regine Schneider* repräsentiert, einer engen Mitarbeiterin von *Ammon*, welche als einzige Delegierte der WFMH für die BRD gewählt worden ist.

Die Hauptinteressen von *Ammons* Aktivität sind die Behandlung leidender Menschen und die Entwicklung und Verwirklichung adäquater und intensiver therapeutischer Möglichkeiten. Diese Verwirklichung setzt adäquate psychoanalytische Ausbildung voraus. Da von den etablierten Universitäten in Deutschland bisher keine bedeutenden Impulse auf den Gebieten der psychosomatischen Forschung und psychoanalytischen Ausbildung gekommen sind, fördert die DGPM private Initiativen. Dementsprechend werden Mitglieder unserer Gesellschaften nicht durch einen universitären Status qualifiziert, sondern durch ihre therapeutischen und wissenschaftlichen Fähigkeiten.

Im Kontrast zur deutschen Situation steht unsere intensive und erfolgreiche Arbeit mit internationalen universitären Zentren. In den zuvor genannten Instituten der DAP werden außerdem ca. 500 Ärzte in Balintgruppen ausgebildet. Zusätzlich dazu sind wir dabei, in einer privaten Klinik in München, sowie in einer Tagesklinik in Stelzerreut bei München unsere psychosomatische Therapie- und Forschungsarbeit fortzusetzen und zu intensivieren.“

Der nächste Kongreß wird 1977 in Kyoto/Japan unter Leitung von *Yujiro Ikemi* stattfinden, mit dem die DAP und DGPM bereits seit längerer Zeit intensive Arbeits- und Forschungskontakte unterhalten.

VII. Internationales Symposium der DAP

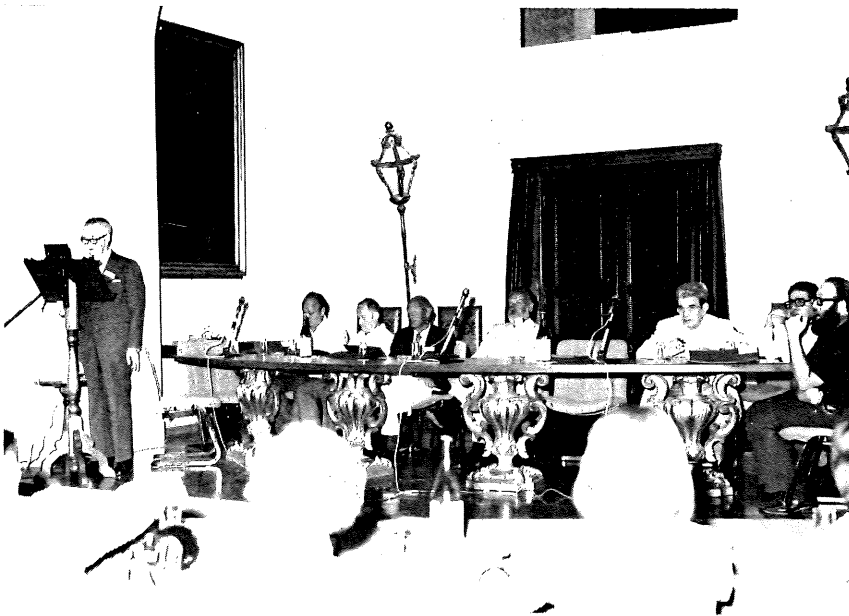
Vom 1.—6. August 1975 stellten Referenten aus acht Ländern und drei Kontinenten im Kongreßzentrum „San Domenico Palace Hotel“ in Taormina ihre Konzepte, Erfahrungen und Forschungsergebnisse zum Thema „Psychoanalytische Ausbildung“ zur Diskussion. 140 Teilnehmer aus 9 Ländern befaßten sich in einer arbeitsintensiven und kreativen Atmosphäre mit den in Vorträgen, Kurzreferaten und Arbeitsgruppen dargelegten Aspekten des Gegenstands. Der Präsident der Deutschen Akademie für Psychoanalyse, *Günter Ammon*, eröffnete den Kongreß;

Vertreter der ausländischen Delegationen, *Hiroyuki Aoki* (Fukuoka), *Leopold Bellak* (New York), *Gustav H. Graber* (Bern), *Zdzislaw Mieniewski* (Krakau) und *Lucio Pinkus* (Rom) übermittelten Grußworte. *Jacques Lacan* (Paris) zeigte sein Interesse an der Tagung, der er als Gast beiwohnte, und erörterte seine Überlegungen zur Linguistik und zur Bedeutung der Sprache als wesentlichem wissenschaftlichen und therapeutischen Instrument der Psychoanalyse.

Die vielfältig differenzierten Beiträge des Symposiums ermöglichten eine multidimensionale Betrachtung des Themas und stellten in ihrer Gesamtheit eine Synopse der mit moderner psychoanalytischer Ausbildung verbundenen Fragestellungen dar.

Günter Ammon umriß in seinem Referat „Über die erforderlichen Eigenschaften des Psychoanalytikers und Probleme der Auswahl von Ausbildungskandidaten“ die Determinanten im Beziehungsgeflecht der Ausbildungssituation. Er entwickelte auf der Basis seiner psychoanalytischen Ich- und Gruppentheorie, die gesellschaftliche Bezüge und Veränderungen mit einbezieht, ein Konzept der persönlichen und fachlichen Qualifikation zur Psychoanalyse und Psychotherapie und Kriterien für die Auswahl von Ausbildungskandidaten, die sich von der traditionellen Handhabung dieses Problems fundamental unterscheiden. Er distanzierte sich entschieden von der Forderung an den Ausbildungsbewerber, daß er „gesund“ und „normal“ zu sein habe im Sinne eines durchschnittlichen Angepaßtseins an die gängigen Verhaltenserwartungen. Gerade die erfolgreiche intensive Auseinandersetzung mit eigenem psychischen Leiden, qualifiziere zur Behandlung der im historischen Prozeß und in Abhängigkeit von den sozialen Bedingungen in Richtung einer Borderline-Symptomatik veränderten Krankheitsbilder. Voraussetzung für eine derartige Auseinandersetzung sei jedoch eine Lehranalyse, die nicht in mangelndem Vertrauen auf ihre therapeutische Effizienz künstlich von einer therapeutischen Voranalyse unterschieden wird, zu deren erklärten Absichten vielmehr das Wiedererleben und Bewältigen pathogener Erfahrungen gehört. *Ammon* forderte neben einer Reihe von motivationalen, strukturellen und kognitiven Eignungskriterien die Fähigkeit des Psychotherapeuten, sich als Person präsent zu machen und die der Berufsrolle entsprechende Abstinenz aufgeben zu können. Bedingung dafür sei eine die berufliche transzendierende menschliche Identität, die sich in erfüllttem kreativem Leben manifestiert. Eine in diesem Sinn verstandene personale und fachliche Entwicklung kann nur im Milieu einer lebendigen Institutsgruppe erfolgen, die Identitätsverweigerung und -aufschub der Primärgruppen des Patienten und des Ausbildungskandidaten nicht wiederholt.

Die Motivation zur Berufswahl als zentrales Eignungskriterium war Gegenstand des eindrucksvollen Referats von *Ursula Keller* und *Regine*

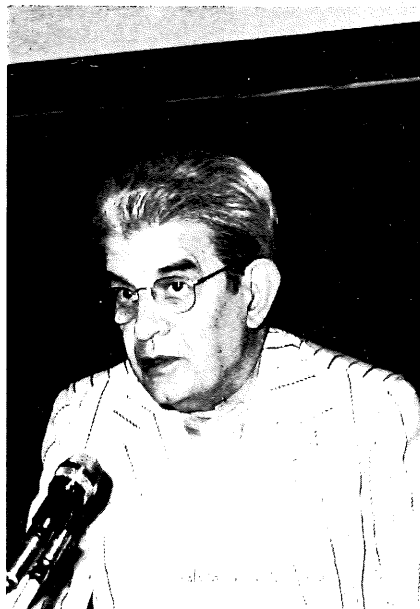


Eröffnung des VII. Internationalen Symposiums der DAP im Kongreßzentrum des San Domenico Palace Hotels, Taormina/Sizilien, zum Thema „Psychoanalytische Ausbildung“ (v.l.n.r.: Dr. G. H. Graber, Bern; Dr. B. Buda, Budapest; Dr. Z. Mieniewski, Krakau; Prof. Dr. L. Bellak, New York; Dr. G. Ammon, Berlin; Prof. Dr. J. Lacan, Paris; Akad. Rat M. S. El-Safti, Berlin/Düsseldorf; Prof. Dr. L. Pinkus, Rom)

Während der Eröffnungsveranstaltung



Dr. Günter Ammon
(Berlin)

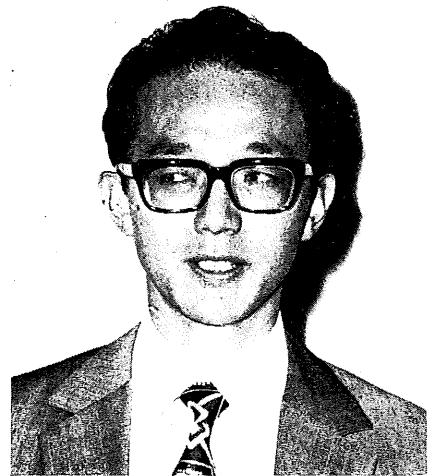


Prof. Dr. Jacques Lacan
(Paris)

VII. Internationales Symposium



Prof. Dr. Philip S. Holzman
(Chicago)



Dr. Hiroyuki Aoki
(Fukuoka City)



Dr. Zdzislaw Mieniewski
(Krakau)



Blick auf das
Publikum

Referenten und Teilnehmer des Regional Meeting des ICPM

Schneider (Düsseldorf) über „Spezifische Probleme in der Anfangsphase der psychoanalytischen Ausbildung“. Sie berichteten Ergebnisse eines laufenden Forschungsprojektes am Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstitut der DAP, die eine überzeugende Integration klinischer und testpsychologischer Methoden dokumentieren. In einer Pilot-Study wurden Eindrücke und Erfahrungen aus der Gruppenlehranalyse mit testpsychologischen Daten verglichen. Die Ergebnisse zeigen, daß sich hinter einer vorgegebenen Fassade von Gesundheit durchgängig eine Identitätsdiffusion des Ausbildungskandidaten als unbewußter motivationaler Faktor verbirgt.

Übereinstimmende Erfahrungen berichtete *Lucio Pinkus* (Rom), der, ausgehend von der Identitätskrise der Ausbildungskandidaten, die Handhabung des Schweigens in der Lehranalyse als einem wichtigen Moment nachholender Ich-Entwicklung erörterte.

Mit den dieser besonderen Problematik entsprechenden Konsequenzen für das Ausbildungsinstitut befaßte sich *Jan Pohl* (München) in seiner grundlegenden Arbeit „Psychodynamische Gesichtspunkte zur Gruppen- und Einzelanalyse im Rahmen eines psychoanalytischen Ausbildungsinstituts“. Er machte die komplexe Psychodynamik der verschiedenen Ebenen therapeutischer, fachspezifischer und institutioneller Auseinandersetzung transparent, die der gesamten Ausbildungssituation milieutherapeutischen Charakter verleihen. Das Ziel der Ausbildung, die Fähigkeit des Kandidaten, sein Ich in flexibler Öffnung und Abgrenzung nach innen und außen zu entwickeln, sei nur über einen multidimensionalen Ansatz kombinierter psychoanalytischer Therapie zu erreichen.

Mathias Hirsch (München) legte die Funktion und Notwendigkeit gruppendynamischer Reflektion und Integration sämtlicher Aspekte der Ausbildungssituation dar. Er thematisierte insbesondere die Problematik der Übertragungsphänomene als Widerstand gegen die Realitätsebene institutioneller und therapeutischer Arbeit. Mit der Einzel- und Gruppenanalyse befaßten sich die Referate von *Karin Ammon* (München), *Béla Buda* (Budapest), *Gottfried R. Bloch/Noretta Haas Bloch* und *Friedrich Diergarten* (Düsseldorf). *Karin Ammon* diskutierte im Zusammenhang mit der veränderten Krankheitsstruktur der Patienten und der Identitätsproblematik der Ausbildungskandidaten die Notwendigkeit einer veränderten Zielsetzung der Lehranalyse. Sie wies anhand eines Fallbeispiels überzeugend die Unzulänglichkeit des traditionellen Ausbildungsgangs nach, die heute erforderlichen therapeutischen Fähigkeiten zu entwickeln. *Béla Buda* verglich in seinem interessanten Beitrag die Gesetzmäßigkeiten des Gruppenverlaufs und der psychodynamischen Unterschiede von Patienten- und Ausbildungsgruppen. Das Referat von *Gottfried R. Bloch* und *Noretta Haas Bloch* erörterte die Kommunikation als zentrale

Aktion in der Gruppenlehranalyse mit besonderer Berücksichtigung meta-kommunikativer Aspekte. *Friedrich Diergarten* stellte in seiner auch methodisch beachtenswerten Untersuchung zum Thema „Sprachentwicklung und Sprachwandel in der Anfangsphase der psychoanalytischen Ausbildung“ eine Korrelation zwischen sprachlicher Oberflächenstruktur und Identitätsveränderung fest.

Die Arbeit mit Kindern in dem mit dem Berliner Institut verbundenen Psychoanalytischen Kindergarten erweitert die Ausbildungssituation um wesentliche neue Dimensionen, die *Gisela Ammon* (Berlin) in ihrem Referat aufzeigte. Diese Situation stellt dem Ausbildungskandidaten nicht nur eine direkte Beobachtungsmöglichkeit der Dynamik ganzer pathogener Familiengruppen zur Verfügung, sondern bietet in Beispielen gesunden kindlichen Verhaltens Orientierungspunkte für die therapeutische Arbeit; darüber hinaus ermöglicht sie die Anwendung moderner psychoanalytischer Erkenntnisse und Methoden. Dies wurde durch eine mit experimentalpsychologischen Methoden durchgeführte Untersuchung zur Abhängigkeit kreativen Verhaltens von der Struktur und Dynamik der umgebenden Gruppe belegt. So konnte *Agnes Wiehl* (Berlin) bei Kindern des Psychoanalytischen Kindergartens ein signifikant höheres Kreativitätsniveau nachweisen. *Elke Regehrs* (Berlin) Beitrag war um die Bedeutung der Elternarbeit, die untrennbar mit der Arbeit im Psychoanalytischen Kindergarten verbunden ist, zentriert.

Zur Zielsetzung der psychotherapeutischen Ausbildung, die er als nie abzuschließenden Prozeß der Ich-Umarbeitung versteht, sprach *Gustav Hans Graber* (Bern) und forderte die Ausdehnung der Ausbildungssituation auch auf die Fortbildung des Analytikers. Er betonte die Bedeutung prä- und perinataler Gesichtspunkte für die Überwindung des Urwiderstandes beim Analytiker und für die Weiterentwicklung seiner Erfahrungsfähigkeit. *Astrid Knebel* (Baden-Baden) erörterte den Stellenwert der Traumdeutung innerhalb dieses Konzepts. Eine Reihe von Arbeiten behandelten die Vermittlung spezieller therapeutischer, gruppenspezifischer und anderer Techniken im Rahmen der Ausbildung.

Yujiro Ikemi, Hiroyuki Aoki et al. (Fukuoka) schildern in ihrem Referat, das von *Aoki* vorgetragen wurde, Theorie und Praxis eines psychosomatischen Lehrprogramms innerhalb der internistischen Ausbildung, das psychoanalytische und verhaltenstherapeutische Ansätze mit Methoden autogener Selbstregulation zu integrieren versucht.

Zdzislaw Mieniewski (Krakau) berichtete über seine therapeutische Arbeit mit Alkoholkranken, die Einzel-, Gruppen- und Familientherapie umfaßt.

Fritjof Winkelmann (München) bezeichnete in seinem Referat die Balintgruppe als das zur Zeit wichtigste Instrument zur Diagnostik und

Therapie pathogener zwischenmenschlicher Verhaltensmuster, die sich im Kontakt von Arzt und Patient aktualisieren. Er diskutierte die Handhabung der Balint-Technik als Sonderform einer Gruppenkontrollanalyse mit Nicht-Analytikern. *Hartwig Volbehr* (Berlin) sprach über den Stellenwert der Psychosomatik im Rahmen der Ausbildung.

Mit der gesellschaftlichen Funktion und Abhängigkeit der Psychoanalyse setzten sich folgende Referate auseinander: *Petra Schneider* (Berlin) untersuchte in ihrer interessanten Arbeit die Rezeption der Psychoanalyse in der Studentenbewegung. Sie wies nach, daß der Integrationsversuch sozioökonomischer und psychoanalytischer Ansätze an der Fixierung auf das Triebkonzept von *Freud* und *Marcuse* scheiterte. *Wolfgang Trauth* (München) belegte schlüssig den Zusammenhang gesellschaftlichen Wandels mit der Veränderung der Krankheitsbilder und zeigte die damit verbundenen Anforderungen an die psychoanalytische Ausbildungssituation auf. Ausgehend von soziologischen, historischen und ethnologischen Überlegungen postulierte *Christine Bott* (München) die Identitätsfunktion der Psychotherapie im Gegensatz zur Anpassungsfunktion. Die Referate von *Harald Knudsen* (Berlin) und *Mohamed Said El-Safti* (Berlin/Düsseldorf) erweiterten die Diskussion dieser Thematik um wichtige Aspekte.

Ein zentraler Gegenstand der Auseinandersetzung, der im Mittelpunkt bedeutender Referate des Symposiums stand und in vielen Arbeiten angesprochen wurde, war das Problem der Wissenschaftlichkeit der Psychoanalyse. *Leopold Bellak* (New York) erklärte die Stagnation in der Ausdehnung psychoanalytischer Wirkungsbereiche mit dem weitgehenden Verzicht der psychoanalytischen Forschungstätigkeit auf exakte wissenschaftliche Methoden. Er betonte die Notwendigkeit, wissenschaftliche Methodologie in die psychoanalytische Ausbildung aufzunehmen. Diesen Standpunkt teilte *Philip S. Holzman* (Chicago), der die Krise der Psychoanalyse und ihrer Ausbildungsinstitute als Krise ihrer Wissenschaftlichkeit verstand. Er belegte die methodische Unzulänglichkeit vieler psychoanalytischer Veröffentlichungen und die Unfähigkeit des traditionellen Ausbildungsinstituts, exakte Forschungsarbeit zu leisten. Die Tatsache, daß die Psychoanalyse ihrer wissenschaftlichen Verpflichtung nicht gerecht werde, bedeute eine Gefahr für ihre Zukunft, der möglicherweise durch eine Integration der Ausbildungssituation in die Universität zu begegnen sei. In einer Replik bezeichnete *Christine Bott* (München) den beklagten Mangel an Wissenschaftlichkeit als ein Symptom der starren Organisationsstruktur des traditionellen Ausbildungsinstituts, das sich als Ganzes in einer Krise befinde. Sie stellte die Anwendbarkeit nomothetischer Methoden auf die Verhaltenswissenschaften und die Psychoanalyse speziell zur Diskussion. In der anschließenden Diskussion er-

klärte *Holzman*, daß er sein Referat anders abgefaßt hätte, wenn er mit der Arbeit der DAP vertraut gewesen wäre. Um den Vorwurf der Unwissenschaftlichkeit, den die Verhaltenstheorie an die Psychoanalyse richtet, ging es auch in der Arbeit von *Joachim Maschmeyer* (Berlin), der psychoanalytische und lernpsychologische Therapieformen verglich. Er machte die skotomisierende Haltung der Verhaltenstheorie, die an der Komplexität ihres Gegenstandes vorbeigeht, deutlich. Die Diskussion um die Wissenschaftlichkeit der Psychoanalyse beinhaltet letztlich die Frage nach ihrem Selbstverständnis und ihrer Identität.

Die an den Instituten der DAP bereits geleistete Forschungsarbeit dokumentiert, daß innerhalb einer modernen psychoanalytischen Ausbildungssituation auch experimentelle empirische Untersuchungen möglich werden. Wenn die methodische Exaktheit nicht zum Selbstzweck werden soll, bleibt die Frage nach der Auswahl und Brauchbarkeit von Untersuchungsmethoden für die psychoanalytische Forschung. Mit diesem Problem befaßte sich ein Panel-Workshop zur Methodik eines Forschungsprojekts über „Grenzfall-Eltern und Kindesmißhandlung“, das von zwei koordinierten Gruppen am Berliner und Münchener Lehr- und Forschungsinstitut der DAP bearbeitet wird. Unter der Leitung von *Günter Ammon* (Berlin) diskutierten *Leopold Bellak* (New York), *Christine Bott* (München), *Béla Buda* (Budapest), *Philip S. Holzman* (Chicago), *Edouard Marry* (Berlin), *Hartwig Volbehr* (Berlin), *Andreas von Wallenberg* (München) und *Fritjof Winkelman* (München). Ein intensiver Erfahrungsaustausch über das psychologische Instrumentarium und experimentelle Design dieser Untersuchung beschloß das Symposium. *Holzman* betonte in der Diskussion, daß es seit den Forschungen *F. Alexanders* kein psychoanalytisches Forschungsprojekt wie dieses unter der Leitung von *Ammon* gegeben habe; die DAP sei zwar eine überregionale Fachgesellschaft, führe aber die Bezeichnung „Akademie“ zu Recht, da hier eine eigene psychoanalytische Schule entwickelt worden sei.

Die mit Engagement und fachlicher Kompetenz geführte Auseinandersetzung um die psychoanalytische Ausbildung in allen ihren Aspekten, Bedingungen und Zielsetzungen dokumentiert letztlich das Bemühen, auch in ihrer Ich-Entwicklung schwerst gestörten Patienten geeignete Therapiemöglichkeiten zur Verfügung zu stellen. Das Ausbildungsmodell der Berliner Schule, das dem Ausbildungskandidaten im Rahmen der Einzel- und Gruppenlehranalyse und im Milieu einer lebendigen Institutsgruppe die Entwicklung persönlicher, beruflicher und wissenschaftlicher Identität ermöglicht, wurde im Verlauf dieses Symposiums nicht nur als imponierendes theoretisches Konzept vermittelt, sondern wurde in der Präsenz der Institutsgruppen der DAP erfahrbar.

Telegramm der DAP an den Vorsitzenden der Jüdischen Gemeinde Berlin

Herrn *Heinz Galinski*, Vorsitzender, Jüdische Gemeinde Berlin, 1 Berlin 12, Fasanenstr. 79, Berlin, den 21. 8. 1975: In tiefster Empörung haben wir Psychoanalytiker von der Ihnen zgedachten Unmenschlichkeit erfahren. Wir möchten unsere tiefe Verbundenheit mit Ihnen und Ihrer Gemeinde zum Ausdruck bringen. Unsere psychoanalytische Wissenschaft wird für immer dem Genius des deutschen Judentums verbunden sein. Sie wird nie aufhören, krankhafte Aggressionen zu analysieren und kreative Aggression zu fördern, wo sie nur kann.

Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP)
Berlin — München — Düsseldorf
Dr. med *Günter Ammon*, Präsident

It is with deep indignation that we psychoanalysts came to know about the inhumanity you were confronted with. We would like to express our deeply felt empathy for you and your Jewish Congregation. Our psychoanalytical science has and will always be bound to the genius of the German Jews. This science will never stop to analyse pathological aggression and to promote its creative aspects where ever it can be done.

