

# Dynamische *Dynamic* Psychiatrie *Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse  
Herausgegeben von Günter Ammon

*Ursula Keller*

Über die psychodynamische Bedeutung von operativen Interventionen im psychotherapeutischen Prozeß

*Mathias Hirsch*

Die Familiendynamik bei psychosomatischen Reaktionen über drei Generationen

*Karin Ammon*

Zur Psychodynamik von Suizidalität und psychosomatischer Erkrankung

*Gerd Röbling*

Psychosomatik und Perversion bei alkoholkranken Patienten — Syndrome ungelebten Lebens

8. Jahrgang

6. Heft 1975

PINEL-PUBLIKATIONEN BERLIN

35

# 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., 6. Heft 1975, Nr. 35

Herausgegeben von Günter Ammon

unter Mitarbeit von

F. Antonelli, Roma — D. Anzieu, Paris — C. Bahnson, Philadelphia — R. Barnes, Phoenix — L. Bellak, New York — 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 — Phillip S. Holzman, Chicago — H. Illing, Los Angeles — I. Jakab, Belmont — H. W. Janz, Hannover — U. Kel-Washington — S. Nacht, Paris — K. Okonogi, Tokio — J. Pohl, München — E. Ringel, Wien — G. J. Rose, Rowayton — E. Rosenblatt, Santiago — H. Searles, Chevy Chase — E. Servadio, Roma — D. Shaskan, Los Angeles — V. Smirnof, 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>Ursula Keller</i> (Düsseldorf)	369
Über die psychodynamische Bedeutung von operativen Interventionen im psychotherapeutischen Prozeß	
The Psychodynamic Meaning of Operative Interventions with Respect to the Psychotherapeutic Process	382
<i>Mathias Hirsch</i> (München)	385
Die Familiendynamik bei psychosomatischen Reaktionen über drei Generationen	
Psychosomatic Reaction and Family Dynamics within Three Generations	391
<i>Karin Ammon</i> (München)	394
Zur Psychodynamik von Suizidalität und psychosomatischer Erkrankung	
On the Psychodynamics of Suicidal Behaviour and Psychosomatic Reaction	401
<i>Gerd Röbling</i> (Berlin)	404
Psychosomatik und Perversion bei alkoholkranken Patienten — Syndrome ungelebten Lebens	
Psychosomatics and Perversions in Alcoholics — Syndromes of an Unlived Life	416
Buchbesprechungen	418
<i>Death and Dying and Terminal Care</i>	
Stellungnahme zu den Aktivitäten der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPPPT) e. V., Sitz Berlin	433

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*

# Über die psychodynamische Bedeutung von operativen Interventionen im psychotherapeutischen Prozeß\*\*

Ursula Keller \*

Anhand von zwei Fallbeispielen zeigt die Autorin verschiedene Bedeutungsaspekte operativer Interventionen im psychotherapeutischen Prozeß. Im ersten Beispiel begreift sie mit Ammon eine als Herzneurose diagnostizierte psychosomatische Reaktion als das Ergebnis eines pathogenen interpersonellen Geschehens in früher Kindheit. Die Entwicklung der psychosomatischen Reaktion zu einer manifesten organischen Herzerkrankung (Herzklappenfehler) findet ihre Ursache in mehreren, von der Mutter inszenierten, traumatisch erlebten Trennungssituationen und in dem Versuch, die pathogene, präödpale Mutter-Kind-Symbiose auf die eheliche Gemeinschaft auszudehnen.

Die Psychodynamik des Falles demonstriert sich in der Interdependenz zwischen den traumatisch erlebten Trennungssituationen und sukzessiver Selbstzerstörung aufgrund mißlingender Kommunikationsversuche.

Die Bearbeitung der Abhängigkeitshaltung im Verlauf der therapeutischen Behandlung und die damit einhergehende Identitätsfindung hebt die Herzsymptomatik als Kompensationsform mißlingender Integrationsversuche auf und macht sie einer medizinischen operativen Behandlung zugänglich.

Die Bedeutung der operativen Intervention erscheint auf diesem Hintergrund als ein erster Schritt zu einer eigenen Identitätsfindung.

Ein anderer Bedeutungsaspekt wird veranschaulicht an dem Beispiel eines sexuell perversen sowie psychosomatisch reagierenden Patienten: die operative Intervention steht hier im Dienste einer destruktiven Abwehr, die die Herauslösung aus der gestörten Mutter-Kind-Symbiose und damit eine Identitätsfindung verhindert.

Die Autorin veranschaulicht mit diesen Beispielen den engen Zusammenhang zwischen der spezifischen Form des pathologischen Verhaltens und dem jeweils erreichten Stand der Ich-Entwicklung.

Eine Änderung im Verlaufe des psychotherapeutischen Prozesses muß hier als qualitativ anderer Ausdruck der zugrundeliegenden Ich- und Identitätsstörung begriffen werden, ganz im Gegensatz zu einer „bloßen“ Symptomverschiebung.

Der vorliegende Beitrag bezieht sich auf einen besonderen Aspekt innerhalb der psychotherapeutischen Arbeit, nämlich auf die psychodynamische Bedeutung von operativen Interventionen im psychotherapeutischen Prozeß. Im Mittelpunkt der Ausführungen steht die Falldarstellung einer 37jährigen Patientin, deren Lebensgeschichte in eindrucksvoller Weise die Wechselwirkung zwischen wiederholten unbewältigten

\* Dipl.-Psych., Wissenschaftliche Leiterin und Lehranalytikerin des Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstituts der DAP

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

Trennungssituationen und der selbstzerstörerischen Dynamik einer in der Kindheit als „Herzneurose“ diagnostizierten psychosomatischen Reaktion bis hin zu einer 10 Jahre später festgestellten manifesten organischen Herzerkrankung, einem schweren Herzklappenfehler, zeigt.

Die Verschlechterung des Gesundheitszustandes führte schließlich dazu, daß die Patientin mit 31 Jahren völlig arbeitsunfähig wurde. Als sie zwei Jahre später auf Anraten eines befreundeten Arztes zusammen mit ihrem Ehemann in unsere Praxis kam, führte sie ein zurückgezogenes, sozusagen totes Leben. Der entscheidende Wendepunkt, drei Jahre nach Beginn der psychoanalytischen Behandlung, war die unter großen Schwierigkeiten und mit Todesangst verbundene Entscheidung der Patientin, sich einer Herzklappenoperation zu unterziehen. Dieser durch die Therapie möglich gewordene Schritt bedeutete für sie, ihre bisherige lebensverneinende Identität einer Herzkranken aufzugeben und sich auf den als existentielle Bedrohung erlebten Versuch der Selbstverwirklichung im Sinne einer konstruktiven Ich- und Identitätsentwicklung einzulassen. Es handelt sich in gewisser Weise um eine Entscheidung vom Tod zum Leben, die durch die Herzklappenoperation als einem gelingenden Reparationsversuch (vgl.: *Deutsch*, 1959; v. *Kries*, 1975) ermöglicht wurde. Davon abgrenzen möchte ich anschließend an Hand eines zweiten kürzeren Fallbeispiels den in der Regel häufiger vorkommenden, mißlingenden und selbstzerstörerischen Aspekt einer operativen Intervention.

Im zweiten Fall handelt es sich um einen 35jährigen Patienten mit sexuell perverser Reaktion, der im Laufe seines Lebens alternierend mit dem Symptomenverhalten des Exhibitionismus und schweren psychosomatischen Magenerkrankungen — es wurde ihm schließlich  $\frac{2}{3}$  des Magens operativ entfernt —, reagierte, um letztlich der drohenden psychischen und physischen Desintegration zu entgehen. Ich möchte mich im folgenden der ersten Patientin zuwenden und zunächst auf das vielfältige Krankheitsbild der Herzneurose eingehen, dann versuchen, die Psychodynamik dieses komplexen Krankheitsgeschehens herauszuarbeiten und eine Zusammenfassung des therapeutischen Verlaufes zu geben.

Interessant ist die bereits angedeutete Entwicklung einer zunächst funktionellen Symptomatik, der sogenannten Herzneurose, die dann später abgelöst wurde durch einen schweren Herzklappenfehler. Die Frage, inwieweit hier emotionale Faktoren ursächliche Wirkung für die Entstehung der organischen Erkrankung hatten, liegt nahe. Ich möchte mich *Alexander* (1950) anschließen, der im Zusammenhang mit Herzerkrankungen davon spricht, daß anhaltende funktionelle Störungen die Entstehung organischer Schäden begünstigen können und umgekehrt.

Erschwerend kommt hinzu, daß das theoretische Verständnis des Krankheitsbildes der Herzneurose selbst sehr uneinheitlich ist. *Delius* (1968) schlägt z. B. vor, die nosologische Einheit Herzneurose aufzulösen und unterscheidet mehr als 20 verschiedene funktionelle Syndrome. Andere Autoren versuchen mit einer Zweiereinteilung der funktionellen Herz-Kreislauf-Störungen in hypertone und hypotone Regulationsstörungen das komplexe Krankheitsgeschehen übersichtlicher zu machen.

Da es aber sicher ist, daß über die Differenzierungen hinweg in erster Linie psychische Faktoren für den Verlauf des Leidens verantwortlich sind, erscheint der Versuch wenig sinnvoll, die nosologische Einheit Herzneurose unterteilen zu wollen. *Freud* hat bereits 1895 eine sehr exakte Beschreibung des herzneurotischen Symptomkomplexes gegeben, wobei er aber als Psychoanalytiker den Begriff „Angstneurose“ wählte, der auf einer anderen Verständnisebene liegt als die in der Tradition des Internisten nach dem Organbezug gewählten Bezeichnung. *Freud* beschrieb differenziert die verschiedenen körperlichen Beschwerden wie z. B. Störungen der Herzstätigkeit, Herzklopfen, Herzkrämpfe, Störungen der Atmung, Schweißausbrüche, Zittern, Heißhunger, Schwindel, Verdauungsbeschwerden, Schlafstörungen, allgemeine Mattigkeit usw. Damit verbunden seien häufig Gefühle der Lebensvernichtung oder des drohenden Wahnsinns während der Anfälle. Als allgemeines Lebensgefühl zeige sich bei den Kranken eine „für das Bewußtsein meist latente, aber konstant lauernde Ängstlichkeit“. *Freud* kam zu der Überzeugung, daß der gemeinsame Nenner der ungeheuren Symptomvielfalt darin bestehe, daß diese Beschwerden Äquivalente von Angst seien. Solche Äußerungsformen der Angst verstand *Freud* damals im Gegensatz zur Angst in der Hysterie, die als neurotische Kompromißbildung Symbolcharakter hat und Repräsentant eines psychischen Inhaltes ist, als „keiner psychischen Ableitung“ zugänglich. Der zugrundeliegende Mechanismus sei der einer Ablenkung somatischer Sexualerregung vom Psychischen, weil der Zugang zum Psychischen verwehrt ist. Eine psychoanalytische Behandlung hielt er deshalb für wenig aussichtsreich.

Die weitere Erforschung der Angst im Rahmen der analytischen Ich-Psychologie hat diesem scheinbaren Bruch differenziertere Arbeitshypothesen gegenübergestellt. Es wurde möglich, ich zitiere *Ammon* (1974): „... in der psychischen Ableitung der Angst auch die Psychodynamik der 'Entfremdung zwischen dem Somatischen und dem Psychischen' sichtbar zu machen und zu zeigen, daß diese Form der Entfremdung nicht hereditär gegeben ist, sondern als Ausdruck und Ergebnis eines pathogenen interpersonellen Geschehens psychodynamisch verstehbar ist und daher auch mit Hilfe einer adäquaten psychoanalytischen Therapie verändert werden kann.“ Psychosomatisches Symptomverhalten gehört nach *Ammon* (1973, 1974) zur Gruppe der archaischen Ich-Krankheiten,

zusammen mit den psychotischen Reaktionen, den sexuellen Perversionen und den Suchtkrankheiten. Charakteristisch für die archaischen Ich-Krankheiten ist nach der Konzeption *Ammons* eine frühe und tiefgreifende Störung im Aufbau der Ich-Struktur und insbesondere der Körper-Ich-Struktur. Ihre Entstehung resultiert aus einer mißlingenden Mutter-Kind-Symbiose. Wesentlich ist dabei, daß die Mutter bzw. die Primärgruppe, aufgrund ihrer eigenen Pathologie nicht in der Lage ist, dem Kind den Schutz und die Sicherheit einer stabilen Objektbeziehung zu gewähren, die die Grundvoraussetzung zur Ich- und Identitätsentwicklung und damit für die gelingende Abgrenzung und Ablösung aus der anfänglich im Erleben des Kindes undifferenzierten Mutter-Kind-Beziehung bildet. Entsprechend diesem pathologischen Interaktionsprozeß in früher Kindheit entsteht ein schweres emotionales Defizit, das *Ammon* an anderer Stelle als „narzißtisches Defizit“ bezeichnet hat. Auch *Richter* und *Beckmann* (1973) haben in ihren empirischen Untersuchungen in bezug auf die Genese der Herzneurose diese Annahme im wesentlichen bestätigt, wenngleich sie dabei auch von einer anderen theoretischen Konzeption ausgehen. Sie erklären die pathogene Auswirkung der fehlgelaufenen frühen Mutter-Kind-Beziehung in erster Linie intrapsychisch auf der Ebene eines strukturtheoretischen Modells, nach *Loch* und *Sandler*, in dem Sinn, daß das Idealobjekt (die nährenden Mutter) nicht assimilatorisch in die Selbst-Repräsentanz aufgenommen werden kann. Dadurch ist die Verbindung von Selbst und Ideal-Selbst nicht gelungen und das narzißtische Binnengleichgewicht ständig in Gefahr. Dieser Ansatz kommt unserem theoretischen Verständnis nahe. Er vernachlässigt allerdings den unserer Meinung nach wesentlichsten Faktor, nämlich die Bedeutung des defizitären interpersonellen Geschehens in der frühen Kindheit, das zu einer ungelösten, ohnmächtigen Abhängigkeitshaltung gegenüber diffusen Objekten führt. Das Kind kann die Gewißheit einer schützenden und nährenden Mutter und Gruppe nicht erleben und als erfahrene Zuwendung verinnerlichen. Dadurch bleibt es in einer hilflosen Abhängigkeit von der konkreten Anwesenheit der Mutter bzw. Mutterersatzobjekten, zu denen auch ein Teil des eigenen Körpers — in diesem Fall das Herz — gemacht werden kann. Die entscheidende Erfahrung einer angstfreien Unterscheidung zwischen Ich und Nicht-Ich und die damit verbundene Fähigkeit zur Abgrenzung, Ja und Nein zu sagen, wird nicht oder nur sehr ungenügend gemacht. Jede Trennung löst exzessive Vernichtungsangst aus. Das psychosomatische Symptom oder auch das erkrankte Organ ist der Versuch, diese Todesangst zu kompensieren. Der Kranke sagt, wie *Ammon* (1974) es ausdrückt, sozusagen Nein zu seinem Körper und bemüht sich auf diese entstellte Weise doch noch um eine Abgrenzung gegenüber dem zerstörerischen verinnerlichten Objekt, um der drohenden Desintegration zu entgehen. Die Vorstellung

des verinnerlichten „bösen Objektes“ hat Aspekte mit der theoretischen Position der Objektschule (*M. Klein, 1952, Jacobson u. a.*) gemeinsam, unterscheidet sich jedoch grundsätzlich dadurch, daß wir nicht von einer a priori gegebenen Triebambivalenz ausgehen, sondern die zerstörerische Komponente reaktiv begreifen.

Ich möchte nach diesen theoretischen Überlegungen die Verbindung zur Falldarstellung herstellen. Die Patientin, Frau G., von der eingangs bereits einige Informationen gegeben wurden, suchte therapeutische Hilfe wegen ihrer ungeheuren Ängste und ihrer intellektuellen und körperlichen Minderwertigkeitsgefühle im Kontakt mit anderen Menschen. Zum Zeitpunkt des Therapiebeginns war sie bereits seit zwei Jahren pensioniert und fühlte sich nur begrenzt in der Lage, ihren Zwei-Personen-Haushalt zu versorgen.

In ihrer äußeren Erscheinung wirkte Frau G. zierlich und gepflegt. Ihre Körperhaltung und Bewegungen waren betont ruhig und kontrolliert, ebenso Ausdrucksweise und Inhalt ihrer Sprache. Sie erweckte den Eindruck eines schutzbedürftigen, zerbrechlichen Wesens. Die seit 10 Jahren bestehende Ehe stellt sich bald als eine sehr enge Beziehung im Stile einer Versorgungsgemeinschaft dar. Frau G. fühlte sich stark bedroht, sobald etwas von ihr gefordert wurde oder möglicherweise Kritik geübt werden könnte. Berichte über ihre Ehe ließen erkennen, daß sich hinter der Schutzhaltung der Ruhe und Besonnenheit starke unbewußte Aggressionen, besonders dem Ehemann gegenüber verbargen, die die Patientin durch Verleugnung und Projektion abwehrte. Wiederholt inszenierte sie im Zusammenleben Situationen, in denen sie die leidende und der Ehemann die aggressive Rolle übernahm. Dabei benutzte sie ihre Krankheit als Schutz vor Aggressionen und als moralisches Druckmittel im Dienste der Angstabwehr. Die Beziehung hatte die Qualität einer äußerst ambivalenten arretierten Symbiose, in der jeder den anderen ängstlich kontrollierte und kein eigener Schritt möglich war. Der Ehemann hatte dabei offensichtlich die Funktion einer überfürsorglichen Mutter, während die Patientin fast willenlos über viele Jahre hinweg sich hatte verwalten lassen. Er hat z. B. lange Zeit bestimmt, welche Kleidung sie zu tragen habe. Die Patientin hatte alles akzeptiert, obwohl sie häufig glaubte, einen anderen Geschmack zu haben. In den letzten Jahren versuchte sie, hin und wieder zu protestieren und war sehr unzufrieden mit ihrem Leben. Über ihre sexuellen Beziehungen konnte sie nur berichten, daß sie die körperliche Nähe ihres Mannes kaum ertragen könne, häufig Herzbeschwerden bekomme und sexuell sowie in ihrem großen Zärtlichkeitsbedürfnis frustriert sei. Außerdem habe sie häufig Blasenentzündungen, so daß monatelang kein Geschlechtsverkehr möglich sei. In den letzten Jahren habe sich ihr Mann seinerseits zurückgezogen.

Die spezifische Dynamik dieser Beziehung hatte es der Patientin ermöglicht, teilweise ihre Bedürfnisse nach Anklammerung, Schutz nach außen und Versorgung auszuleben, die denen des Ehemanns, nämlich die zwanghaft pedantische überfürsorgliche Mutterrolle zu übernehmen, entgegenkamen. Man kann in der Ehe sehr deutlich die Fortsetzung einer ambivalenten präödiptalen Mutter-Kind-Symbiose sehen, eine Dynamik, die auch in den bereits erwähnten empirischen Befunden von *Richter* und *Beckmann* immer wieder gefunden wurde. Das destruktive Potential dieser ambivalenten Abhängigkeitsbeziehung zeigte sich darin, daß die Patientin in der Zeit ihrer Ehe wiederholt schwer erkrankte und Klinikaufenthalte nötig waren. Auf der Ebene der Körpersprache drückte sie damit ihr archaisches Mißtrauen aus und erzwang sich immer wieder in dramatischer Weise Zuwendung und Pflege. Die Abgespaltenheit und Entpersönlichung der Partnerbeziehung wurde nicht nur dadurch deutlich, daß die Kommunikation wesentlich auf der Körperebene stattfand, sondern auch in den Gefühlen der Patientin, verwaltet zu werden, wie ein Geschöpf nach den Wünschen des Ehemannes, wie „ein Ding“ behandelt zu werden, jedoch als Mensch ungeliebt zu sein. Anknüpfend an das von früher Kindheit an vorhandene Ich-Gefühl (*Federn*, 1952) der Patientin, ungeliebt zu sein, möchte ich den Bogen zur früheren Lebensgeschichte schlagen. Sie lebte zunächst mit ihren Eltern und dem 10 Jahre älteren Bruder zusammen. Der Vater war während des Krieges von zu Hause weg, galt ab 1944 als vermißt. 1953 erfuhr die Familie, daß er bereits vor neun Jahren in russischer Kriegsgefangenschaft an Ruhr und Lungenentzündung gestorben war.

Die Patientin fühlte sich als Kind sehr unglücklich, weil sie sich häßlich und unproportioniert vorkam, ihre Körperbewegungen ungeschickt und gehemmt waren. Sie hatte große Angst, ausgelacht zu werden, und fand sich schon früh in die Außenseiterrolle gedrängt. Zu Hause wurde sie gezwungen, z. B. beim Essen, zu schweigen, still zu sitzen, während die Erwachsenen, zu denen sie auch den 10 Jahre älteren Bruder rechnete, sich unterhielten. Sie fühlte sich extrem einsam und besonders von der Mutter vernachlässigt. Die Mutter sei eine unsichere, sehr ängstliche Frau gewesen, die keine Gefühle zeigen und sich nicht durchsetzen konnte. Sie habe sie als kleines Kind öfter geschlagen. Den Vater schilderte sie als liebevoll. Sie habe sehr auf seine Rückkehr gewartet und sich immer nach ihm gesehnt. Als er 1944 vermißt wurde — die Patientin war damals sieben Jahre alt — reagierte sie mit sich verschlimmernden körperlichen Schwächezuständen. Die Mutter hatte zur selben Zeit eine regelmäßige Arbeit außer Hauses angenommen, so daß die Patientin stundenlang alleine war. Sie hatte praktisch Vater und Mutter zugleich verloren.

Der Arzt, zu dem die Mutter sie brachte, stellte die Diagnose „Herz-neurose“ und empfahl Schonung und regelmäßigen Mittagsschlaf. Sie

traute sich nun kaum noch eine körperliche Anstrengung zu und fühlte sich krank. Ihre Minderwertigkeitsgefühle aufgrund ihres von früh auf gestörten Körper-Ichs (Ammon, 1974) verstärkten sich. Andererseits bewirkte die ärztliche Anweisung, Mittagsschlaf zu halten, daß die Mutter in dieser Zeit nach Hause kam, sich aber nicht in direkter Nähe der Patientin aufhielt, sondern meistens den Bruder beauftragte, sie zu bewachen.

Der Bruder, an den die Mutter sehr oft erzieherische Funktionen delegierte, reagierte auf diese Einschränkung seiner Freizeit ärgerlich, schlug und quälte die Patientin manchmal, wenn sie sich nicht ruhig verhielt. Die Patientin sagte, sie habe meistens regungslos wach gelegen, hatte Angst vor dem unberechenbaren Bruder und versuchte zu hören, ob die Mutter noch da sei. Die einzige Möglichkeit, die Mutter direkt in körperlicher Nähe zu haben, seien die Zeiten gewesen, in denen sie krank war, z. B. bei Erkältung, Mittelohrentzündung, Masern oder anderen Kinderkrankheiten. Dann habe die Mutter sie gepflegt und auch der Bruder sei freundlich gewesen und habe mit ihr gesprochen. Neun Jahre später, nachdem die Familie erfahren hatte, daß der vermißte Vater tot war, beschloß die Mutter, ihre Tochter zu ihrer verheirateten, kinderlosen Schwägerin nach Berlin zu bringen, weil diese besser für die Erziehung und Ausbildung sorgen könne. Die Mutter selbst lebte allein mit dem Bruder bis zu dessen Eheschließung. Die Patientin war unfähig, sich zu wehren, und reagierte auf diese wiederholte traumatisch erlebte Verlassenheitssituation mit starken Kreislaufbeschwerden, Ohnmachtsanfällen und erheblichem Gewichtsverlust. Von ärztlicher Seite konnten damals keine organischen Befunde erhoben werden. Trotzdem erhielt sie von nun an verschiedenste Herzmedikamente und Spritzen. Sie war fest davon überzeugt, sie habe einen Herzfehler, wie ihre Großmutter, die an einem Herzklappenfehler gestorben war. Außerdem befürchtete sie eine Lungenentzündung zu bekommen — daran war der Vater gestorben. Die Patientin fühlte sich ausgesetzt und identifizierte sich offensichtlich unbewußt mit dem sterbenden Vater in der Kriegsgefangenschaft. Als positive Erinnerung aus dieser Zeit beschreibt sie die Beziehung zu ihrem Onkel, dem Bruder ihres Vaters, der sie zwar sadistisch und autoritär behandelt habe, aber trotzdem gern hatte. Dieser starb ein Jahr später. Sie wurde dann von der Tante mit dem Argument, sie müsse selbständiger werden, in ein Internat geschickt und damit zum drittenmal in doppelter Hinsicht verlassen. Im Internat, gab sie an, habe sie sich erstmalig in ihrem Leben wohlgeföhlt, obgleich sie heimlich sehr viel weinte. Sie begann zu lernen, wollte Abitur machen und fand Kontakte zu Gleichaltrigen. Ein Jahr später wurde dieser Aufenthalt jedoch wieder abgebrochen, weil die Tante kein Geld mehr aufbringen konnte. Die Patientin mußte nun eine ihr anfangs sehr verhaßte Lehre in der Se-

natsverwaltung beginnen und wohnte bei der Tante. Kurz darauf erkrankte sie an einer fieberhaften Angina, hatte schwere Rheumaanfälligkeiten, Herzschmerzen, Lähmungserscheinungen und verbrachte  $\frac{1}{2}$  Jahr im Krankenhaus. Sie wurde mit Medikamenten ruhig gestellt, die Mandeln wurden entfernt und schließlich wurde sie mit der Diagnose eines Herzklappenfehlers als Folgeerscheinung ihrer Krankheiten entlassen.

Zu Hause mußte sie ein weiteres halbes Jahr im Bett liegen und wurde anschließend zur Kur weggeschickt. Im Anschluß daran trat über mehrere Jahre eine Phase ein, in der die Patientin ihre Lehre, an die sie sich inzwischen angepaßt hatte, als Beste abschloß und auch arbeiten konnte. Sie erhielt sich am Leben durch Überanpassung. Auffallend war, daß sie regelmäßig, wenn sie einen Mann kennenlernte und sich eine emotionale Beziehung entwickelte, mit einer Krankheit, meist waren es Nierenbeckenentzündungen oder Blasenentzündungen, reagierte und die Beziehung wieder abbrach. 1963 hatte sie Pläne gemacht, die Stadt, in der sie lebte, zu verlassen. Sie gab diese Pläne jedoch auf, um zu heiraten. vier Jahre nach der Eheschließung erkrankte sie so schwer, daß sie vom Amtsarzt für arbeitsunfähig erklärt und pensioniert wurde.

Vorausgegangen war, daß der Ehemann eine sexuelle Beziehung zu einer anderen Frau aufgenommen hatte. Die Patientin selbst hatte etwas später ebenfalls eine außereheliche Beziehung zu einem blinden Mann aufgenommen. Sie dachte daran, sich von ihrem Ehemann zu trennen, reagierte dann aber, gleichsam wie eine Flucht vor einer möglichen Entscheidung, mit einer lebensbedrohlichen Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes und mußte wieder für mehrere Monate in die Klinik. Die Beziehung zu dem blinden Mann brach ab, weil keine Verständigungsmöglichkeit da war. Seit dieser Zeit lebte sie zurückgezogen zu Hause und fühlte sich unfähig, irgend etwas eigenes zu tun. Der Bericht der Krankengeschichte zeigt nachdrücklich, wie die Patientin auf die sich wiederholenden traumatisch erlebten Trennungssituationen, zunächst von Mutter und Vater und später von deren Ersatzobjekten, mit immer schwereren körperlichen Symptomen reagierte. Jegliche Ansätze, aus eigener Initiative etwas zu unternehmen, mußten unterdrückt werden, so wie die Mutter in der Kindheit keinen Spielraum für eigene Bewegungen gelassen hatte. Das scheinbar ausweglose Dilemma der verzweifelten mißlingenden Kommunikationsversuche führte zu einer sukzessiven Selbsterstörung. Die im Hintergrund drohende unbewußte Angst vor der kompletten Zerstörung der körperlichen Integrität wurde notdürftig durch eine pedantische Schon- und Vorsichtshaltung oder auch Verleugnung abgewehrt.

Im Verlauf der Therapie war es sehr schwierig, ein verlässliches Bündnis herzustellen. Solange die therapeutische Beziehung mehr die Quali-

tät einer stützenden, infantilen Schutzbeziehung hatte, fühlte sie sich angenommen, konnte ihre Wünsche nach Zuwendung und Schutz äußern und ihr psychisches Gleichgewicht stabilisieren. Sie reagierte äußerst ambivalent auf jegliche Intervention meinerseits, ihre Schonhaltung sich selbst gegenüber zu modifizieren und sich mehr Eigenverantwortung für ihre Probleme zuzutrauen. Entsprechend dem jeweiligen Ich-Zustand der Patientin variierte ich die therapeutische Technik von einer Ich-stärkenden, stützenden Haltung in Richtung eines analytisch deutenden Vorgehens, was anfangs eine große Belastung für sie darstellte. Sie äußerte tiefe Verlassenheitsängste und reagierte mit Herzbeschwerden während der Sitzungen, besonders auch dann, wenn sie im Zuge der Übertragung mich als die schweigende Mutter oder den unberechenbaren Bruder erlebte und aggressiv wurde. Eigenaktivität und offener Ausdruck von Aggressionen erschienen ihr immer wieder als lebensbedrohliche Momente, die sie als Überforderung erlebte und mit Schweigen oder Herzattacken beantwortete. Allmählich konnte mit Hilfe eines zeitweilig direkten konfrontatorischen therapeutischen Ansatzes (vgl. Hirsch, 1974) neben der Angst und Aggressionsabwehr auch der terroristische Aspekt ihrer Herzbeschwerden herausgearbeitet werden. In dem Maße, wie es gelang, ihre ohnmächtige Abhängigkeitshaltung diffusen Objekten gegenüber, also sowohl der Mutter, dem Vater, dem Bruder, dem Ehemann gegenüber, im Übertragungsgeschehen der therapeutischen Situation zu erleben und aggressiv anzugehen, war sie in der Lage, sich Gedanken über ihre Zukunft zu machen.

Es gelang ihr, sich zu einer Aufnahmeprüfung für den 2. Bildungsweg zu melden, mit dem Wunsch, das Abitur nachzumachen und diese Prüfung auch zu bestehen. Dieses Erfolgserlebnis hatte ungeheure Ich-stärkende Wirkung. Wenige Monate später begann sie mit dem Schulbesuch, lernte neue Menschen kennen und kam ein ganzes Stück voran in der Bearbeitung ihrer irrationalen Kontakt- und Trennungsängste. Sie begann immer häufiger über die Operation zu sprechen, bei der die kranke Herzklappe durch eine künstliche ersetzt werden sollte. Gleichzeitig stellte sich die Frage nach ihrer Ehe, deren Versorgungsfunktion in dem Maße überflüssig wurde, in dem die Patientin eigene Aktivitäten entfaltete und sich durch die überfürsorgliche und kontrollierende Haltung ihres Mannes eingeschränkt fühlte und aggressiv, ablehnend reagierte.

Die Bearbeitung der gesamten Breite der Identitätsproblematik, die bisher durch die Herzsymptomatik kompensiert worden war, war sehr schwierig und mit tiefen Regressionen verbunden. Die Patientin versuchte, sich immer wieder anzuklammern, passiv zu verharren oder reagierte mit schweren Depressionen, um weiteren möglichen narzißtischen Kränkungen zu entgehen: mit suizidalen Tendenzen, die wieder abgelöst wurden vom Ausdruck somatisierter Angst. Nachdem der Entschluß

zur Operation getroffen war und der Termin festlag, verleugnete sie zunächst ihre Angst und redete in einer oberflächlichen, fast läppischen Art von der Zukunft im Sinne einer manisch wirkenden Abwehr gegen die Depression. Erst als ich im Verlauf einer intensiven Gegenübertragungsreaktion ihre existentielle Angst vor der Entscheidung Tod oder Leben, d. h. weiterhin nur ein psychisch totes Leben zu führen oder eine Identität zu entwickeln, ansprach, konnte sie sich mit ihren Ängsten auseinandersetzen. Der Operationstermin mußte dann noch einmal verschoben werden, weil sie psychosomatisch mit einer Erkältung reagierte. Erst nachdem sie sich vergewissert hatte und sicher war, daß ich sie auch im Krankenhaus besuchen würde, d. h. daß sie diesmal nicht wie in früheren Situationen verlassen sein würde, konnte sie den Schritt wagen.

Die Patientin reagierte nach der Entlassung aus der Klinik zunächst mit einer tiefen Depression. Nach und nach konnte sie ihre Wut mir gegenüber äußern, daß ich sie in diese Lage gebracht habe und lernte sich allmählich abzugrenzen.

Der somatische Krankheitsaspekt trat immer mehr in den Hintergrund. Sie gewann Einsicht in die in ihrem Leben immer extremer gewordenen selbstzerstörerischen Reaktionen, die nicht nur zu einem psychisch eingeschränkten Leben, sondern auch zu einer weitgehenden körperlichen Unfähigkeit zu existieren, geführt hatten. Erstmals hatte sie Mut und Interesse, sich anders als im Zustand des Krankseins existenz zu fühlen. Die Operation, die ihr die Möglichkeit eröffnete, mit wesentlich reduzierterer Schon- und Vorsichtshaltung sich selbst gegenüber zu leben, stellte damit einen entscheidenden konstruktiven Schritt im Sinne der Entwicklung einer eigenen Identität dar.

In dem bereits angekündigten 2. Fallbeispiel möchte ich in Abgrenzung zu dem vorherigen auf die Bedeutung eines operativen Eingriffes hinweisen, bei dem der destruktive Abwehraspekt im Vordergrund steht. Die Operation fand im chronologischen Zusammenhang der Lebensgeschichte vor 12 Jahren statt — ein Zeitpunkt, zu dem der Patient erfolglos psychotherapeutische Hilfe gesucht hatte. Die Operation selbst, es wurden  $\frac{2}{3}$  des Magens reseziert, setzte irreversible Schäden und ist als eine Maßnahme im Sinne der selbstzerstörerischen Dynamik der Krankheitspartei des Patienten zu verstehen.

Herr S., ein heute 35 Jahre alter Grafiker, ist im Verlauf der letzten 15 Jahre wiederholt als Exhibitionist straffällig geworden. Er leidet unter der permanenten Angst, durch seine exhibitionistische Aktivierung straffällig und damit sozial vernichtet zu werden. Er hat sich aufgrund seiner Angst wiederholt bereiterklärt, sich allem zu unterwerfen bis hin zur Kastration, was ihn von diesem zwanghaften Agieren befreien könnte. 1963 kam es zum ersten Strafprozeß. Er hatte sich damals in

drei Fällen vor jungen Frauen exhibitioniert. Jedesmal blieb er wie gelähmt an Ort und Stelle stehen, bis die Polizei ihn festnahm.

Etwa ein Jahr zuvor hatte er therapeutische Hilfe bei einer Tiefenpsychologin gesucht, die jedoch nach acht Monaten die Therapie ohne Erklärung abbrach. Kurz vor dem Prozeßtermin reagierte er mit einer schweren Magenerkrankung, die, obwohl damals die Ärzte diese Krankheit als im wesentlichen psychosomatisch bedingt ansahen, zu der bereits erwähnten Operation führte. Es wurde ein Magengeschwür entfernt, was jedoch nicht eindeutig diagnostiziert werden konnte. Die Operation hatte zur Folge, daß der Patient in seinem damaligen Beruf als Zimmermann berufsunfähig wurde. Seit dieser Zeit kommt es in besonderen Belastungssituationen beruflicher oder privater Art im Leben des Patienten zu exhibitionistischen Zwangshandlungen, auf die er im Zusammenhang mit starken Ohnmachts- und Schuldgefühlen in selbstzerstörerischer Weise psychosomatisch reagiert. Nach der Operation setzte sich die psychosomatische Reaktion in Magenbluten fort, das zeitweilig lebensbedrohlich wurde und ihn wiederholt in stationäre Behandlung brachte. Der Aufenthalt in der Klinik ermöglichte ihm Ruhe und vorübergehende Sicherheit, da er sich in der Rolle des schwerkranken Magenpatienten angenommen und sozial akzeptiert fühlen konnte. Die Klinik schützte ihn letztlich vor der drohenden psychischen und physischen Desintegration, vor der völligen Isolierung und Vernichtung seiner sozialen Existenz. Sie stellt eine Art anonymen, institutionalisierten Mutterersatz, zu dem er sich flüchtet, dar.

In der Literatur ist mehrfach auf den engen Zusammenhang von sexueller Perversion und psychosomatischer Symptomatik hingewiesen worden, wie etwa bei *Garma* (1950, 1968), jedoch in erster Linie unter triebpsychologischem Aspekt und weniger, wie er unserem Konzept entspräche, unter Ich-psychologischem Gesichtspunkt. Auch *Sperling* (1968) sieht eine enge Verbindung zwischen ausagierendem Verhalten in der sexuellen Perversion und der psychosomatischen Reaktion. *Sperling* versteht die beiden pathologischen Reaktionsformen als eine Hyperaktivität des Ichs, um sich vor einem drohenden Objektverlust und der damit verbundenen archaischen Trennungsangst zu schützen. Nach *Ammon* (1973, 1974) sind, wie bereits erwähnt, sowohl die sexuelle Perversion als auch die psychosomatische Reaktion Ausdrucksformen einer schweren Ich- und Identitätsstörung im Sinne der archaischen Ich-Krankheiten. Ähnlich wie *Khan* (1968), der die sexuelle Perversion aus einer bestimmten Form der frühen Objektbeziehung, nämlich einer idolisierten Objektbeziehung (vgl. auch *U. Keller*, 1974) ableitet, begreift *Ammon* die psychosomatische und die sexuell perverse Reaktion als Ergebnis einer in spezifischer Weise gestörten Mutter-Kind-Symbiose und einer nicht gelungenen Trennung aus dieser Symbiose. Sowohl die psycho-

somatisch-krankmachende Mutter als auch die perversmachende Mutter kann sich nur auf den Körper des Kindes libidinös beziehen. Im ersten Fall steht der defekte kindliche Körper, dem die Mutter sich angstfrei emotional zuwenden kann, im Vordergrund. Im zweiten Fall bezieht sich die Mutter auf den gesunden Körper, den sie als einen libidinös besetzten Gegenstand idolisiert, bzw. das Kind als „Ding-Schöpfung“ (*Khan*) behandelt. In beiden Konstellationen der frühen Mutter-Kind-Beziehung wird die wachsende Identität des Kindes, d. h. die kindliche Persönlichkeit im eigenen Recht, ignoriert. Jegliche Äußerungen von Autonomiebedürfnissen auf seiten des Kindes setzen es extremer Verlassenheits- und Vernichtungsangst aus. Im Laufe der weiteren Entwicklung folgt daraus, daß sowohl der sexuell Perverse als auch der psychosomatisch Kranke unter Herrschaft eines unbewußten Wiederholungszwanges immer wieder die perverse oder psychosomatische Aktion bzw. auch alternierend, als einzige Form seines Existenzgefühls erlebt bzw. darin eine immer wieder mißlingende Suche nach einem Objektbezug und einem Identitätsgefühl ausdrückt.

Das pathologische Verhalten kann vom Patienten als solches in seinem Kommunikationsaspekt nicht verstanden werden. Er weiß zu Beginn der Therapie nicht, warum er zwanghaft bestimmte Handlungen wiederholt oder warum panikartige Angstzustände oder eine tiefe psychische Lähmung ihn überfallen können. Er hat dafür keine Sprache. Auf die zunächst paradoxe Situation der Analyse, Sprachloses zur Sprache bringen zu wollen, hat besonders auch *El-Safti* (1973) in einer Arbeit zum Problem der Sprache in der Psychoanalyse hingewiesen. Die Sprachlosigkeit allmählich aufzuheben, würde bedeuten, dem Patienten neue Ebenen, auf denen er sich existent fühlen kann, zu ermöglichen und damit abgespaltene und bis dahin erfahrungsunfähige Bereiche bzw. Ich-Anteile besonders in emotionaler Hinsicht, Schritt um Schritt zu reintegrieren.

Mit der Entwicklung der Sprache im interpersonellen Kontext der psychotherapeutischen Situation — im besonderen Maße ist hier die Artikulationsmöglichkeit von Gefühlen und Bedürfnissen gemeint —, kommen erstarrte Symptome in Bewegung. Der eigentliche Konflikt der krankmachenden Dynamik der Familie in früher Kindheit kommt zum Vorschein. In den beiden Fallbeispielen besteht der zentrale Konflikt in einer extremen Beziehungslosigkeit und damit auch interpersonellen Sprachlosigkeit und einer nur partiellen, im wesentlichen auf den Körper beschränkten Zuwendungsmöglichkeit von seiten der Mutter. Als Ergebnis dieser emotional verarmten Atmosphäre, in der Gefühle nicht ausgedrückt, differenziert und befriedigt werden konnten, entstand in beiden Fällen ein rudimentär geliebtes Lebensgefühl, was die Patienten Zeit ihres Lebens in eine extreme Isolation trieb.

Eindrucksvoll ist in diesem Zusammenhang, daß bei Herrn S. sozusagen als Vorbote seines exhibitionistischen Symptomverhaltens starke Verbalisationsschwierigkeiten auftraten bis hin zur Sprachlosigkeit während des Agierens. Auch im Verlauf der Psychotherapie ließ in belastenden Momenten das sprachliche Ausdrucksvermögen erheblich nach. Mehrfach zog er sich bei affektiven Konfrontationen, sowohl aggressiver als auch empathischer Art, völlig zurück und brach den Kontakt ab. Auf dem Hintergrund dieser Dynamik stellt der exhibitionistische Akt sozusagen eine entmenslichte, von der Person des Patienten abgespaltene ritualisierte Wiederholung einer nicht gelingenden Objektbeziehung dar, gleichsam wie ein Hilferuf, wahrgenommen zu werden, indem er sich dem anonymen Anderen als Lustobjekt auf einer infantilen, narzißtischen Ebene anbietet. Dieser mit tiefgreifender Regression verbundene Zustand bringt ihn in eine existenzgefährdende Situation.

Das anschließend einsetzende Strafbedürfnis, sich der Polizei auszuliefern oder auch in selbstzerstörerischer Weise psychosomatisch zu reagieren, ist wie ein letzter Rettungsversuch vor der psychischen Auflösung.

Als einzige verfügbare Kommunikationsebene erscheint die Körperebene, so daß häufig auch innerhalb der therapeutischen Strategie non-verbale Aspekte eine wesentliche Rolle spielen. So habe ich in dem ersten Fallbeispiel von Frau G. zu zeigen versucht, daß z. B. eine operative Intervention als ein direkter Eingriff auf der Körperebene zu einem konstruktiven Ich-Aufbaukriterium (*v. Kries*) werden kann. Im Gegensatz stand die Magenoperation bei Herrn S. eindeutig im Zeichen einer destruktiven Abwehrreaktion.

Abschließend möchte ich noch einmal hervorheben, daß psychosomatische Reaktionen sowie die sexuelle Perversion als archaische Ich-Krankheiten auf einem, wie *Ammon* es herausgearbeitet hat, gleitenden Spektrum liegen, dessen einen Pol die neurotischen und den anderen Pol die psychotischen Reaktionen bilden. Die vorherrschende Form des pathologischen Verhaltens korrespondiert mit dem jeweils erreichten Stand der Ich-Entwicklung und kann sich sowohl im Laufe der Lebensgeschichte als auch im Verlauf der Psychotherapie ändern. Dabei handelt es sich nicht im üblichen Sinn um eine Symptomverschiebung, sondern um einen qualitativ anderen Ausdruck der zugrundeliegenden Ich- und Identitätsstörung, die es zu erkennen und im Zuge einer nachholenden Ich-Entwicklung zu behandeln gilt.

*The Psychodynamic Meaning of Operative Interventions with Respect to the Psychotherapeutic Process*

Ursula Keller

The author demonstrates the different aspects of operative interventions in the psychotherapeutic process by means of two case studies. The main point of the first case study is the clinical picture of the heart neurosis. It was *Freud* who emphasized the psychic components of the heart neurotic symptom complex, in contrast to nosology classifications, i. e. he included the corresponding symptoms in the clinical picture of "anxiety neurosis". It is characterized by an accumulation of sexual excitement which is directly transformed into symptoms without a psychic mediation. So there is no psychic access, and, therefore, according to *Freud*, the prognosis for a psychotherapeutic treatment is not very good.

The mental alienation between somatic and psychic experience is the result of a pathogenous interpersonal childhood experience as stated by *Ammon* in his further development of the analytic psychology of the ego: the lack of emotional mother-child relationship causes an anxiety of existential abandonment. The psychosomatic symptom, therefore, becomes an object by the aid of which the child (respectively the later patient) communicates with the external world to avoid desintegration and loss of identity.

The central point of this case study is a female patient with a manifest organic disease of the heart, developed by a heart neurosis which had been diagnosed in childhood. The psychosomatic disease was the unique possibility for the patient to communicate with the anxiously refusing mother. After several traumatic separation situations partly produced by the mother, she had to be hospitalized for half a year and the functional symptomatology (heart neurosis) was followed by a severe valvular defect. Later the patient survived by overadaptation; finally she became completely ill after she had been unsuccessful in separating from the symbiotic connection with her husband.

According to the author the specific psychodynamics of that case are the interdependency between traumatically experienced separation situations and successive self-destruction caused by failing connection attempts. Working on the dependence of the patient during the therapeutic treatment, it was possible to recover an ego identity. The heart symptomatology, as a mode of compensation, had been separated from the complex and was operatively treated. After the operation, the somatic aspect was less important, and the patient has begun to demarcate

herself constructively. In this respect the operative intervention seemed to be the first step toward a development of the ego.

Contrary to that case, however, the operative intervention can also become a step of destructive defensiveness. Through use of a sexually perverted and psychosomatic patient the author shows how the specifically disturbed mother-child symbiosis avoided the development of the ego. The perverse and alternately psychosomatic action has steadily been animated by an unconscious repetition compulsion which at last symbolized the failing of a search for an object relationship. In this case the stomach operation impeded the development of an ego identity in a destructive manner and can be seen as an attempt of defense, leading to permanent psychic and physical disintegration.

As a result, the psychosomatic reaction, as well as the perverted sexuality, is, according to *Ammon*, an archaic ego disease. The mode of the pathological behaviour corresponds with the individual state of the ego development and can change in the course of the psychotherapeutic process. It cannot be seen as a symptom transposition in the usual sense, but rather another qualitative expression of the original ego and identity disorder, which have to be recognized and treated.

## Literatur

- Alexander, F.* (1950): *Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications.* (New York: Norton) Dt. Ausg.: *Psychosomatische Medizin, Grundlagen und Anwendungsgebiete* (Berlin: de Gruyter, 1951)
- Ammon, G.* (1970): *Gruppendynamik der Aggression* (Berlin: Pinel-Publikationen)  
 — (1972): *Abrupter Durchbruch destruktiver Aggression als psychiatrisches Problem.* Beiträge zur gerichtlichen Medizin, Bd. 27 (Wien: Denticke)  
 — (1973): *Dynamische Psychiatrie — Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie* (Darmstadt/Neuwied: Luchterhand)  
 — (1974): *Psychoanalyse und Psychosomatik* (München: Piper)  
 —, Hrsg. (1975): *Psychotherapie der Psychosen* (München: Kindler)
- Delius, L.* (1968): *Der psychophysische Doppelaspekt einiger kardiovaskulärer Zustandsänderungen, Störungen und Erkrankungen.* In: *Kranksein in seiner organischen und psychischen Dimension* (Wissenschaftl. Dienst Roche)
- Deutsch, F.* (1959): *Symbolization as a Formative Stage of the Conversion Process.* In: *ders., Ed.: On the Mysterious Leap from the Mind to the Body* (New York: Int. Univ. Press)
- Federn, P.* (1952): *Ego Psychology and the Psychoses.* (New York: Basic Books) Dt. Ausg.: *Ich-Psychologie und die Psychosen* (Bern: Huber, 1956)
- Freud, S.* (1895): *Zur Kritik der Angstneurose.* Ges. W., Bd. I (London: Imago)  
 — (1895): *Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomkomplex als „Angstneurose“ abzutrennen.* Ges. W., Bd. I, aaO.  
 — (1905): *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie.* Ges. W., Bd. V, aaO.

- (1914): Zur Einführung des Narzißmus. Ges. W., Bd. X, aaO.  
 — (1938): Die Ich-Spaltung im Abwehrvorgang. Ges. W. Bd. XVII., aaO.
- Garma, A.* (1950): On the Pathogenesis of Peptic Ulcer. In: Int. J. Psychoanal. (31)
- Garma, A.* (1953): The Internalized Mother as Harmful Food in Peptic Ulcer Patients. In: Int. J. Psychoanal. (34)
- (1968): The Psychosomatic Shift through Obesity, Migraine, Peptic Ulcer and Myocardial Infarction in a Homosexual. In: Int. J. Psychoanal. (49)
- Hirsch, M.* (1974): Die Technik der Konfrontation in der Gruppen- und Einzelanalyse. In: Dyn. Psychiat. (7)
- Keller, U.* (1974): Ich-Spaltung in der Perversion. In: Dyn. Psychiat. (7)
- Khan, M. M. R.* (1968): Reparation to the Self as an Idolized Internal Object. In: Dyn. Psychiat. (1) 92—98
- Der Fetischismus als Negation des Selbst. In: Pontalis, J. B., Hrsg. (1972): Objekte des Fetischismus (Frankfurt/M.: Suhrkamp)
- Klein, M.* (1952): Some Theoretical Conclusions regarding the Emotional Life of the Infant. In: Riviere, J. (Ed.): Developments in Psycho-Analysis (London: Hodsavt-lay)
- v. Kries, D.* (1972): Psychosomatische Syndrome als Ich-Aufbau-Kategorien. In: Dyn. Psychiat. (5)
- (1975): Probleme der Ich-Regulation am Beispiel der psychosomatischen Reaktion. In: Dyn. Psychiat. (8)
- Richter, H. E.; Beckmann, D.* (1973): Herzneurose (Stuttgart: Georg Thieme)
- El-Safti, M. S.* (1973): Zum Problem der Sprache in der Psychoanalyse. In: Dyn. Psychiat. (6)
- Sperling, M.* (1968): Acting-Out-Behaviour and Psychosomatic Symptoms: Clinical and Theoretical Aspects. In: Int. J. Psychoanal. (49)

Adresse der Autorin:  
 Dipl.-Psych. Ursula Keller  
 4 Düsseldorf  
 Grafenberger Allee 398

## Die Familiendynamik bei psychosomatischen Reaktionen über drei Generationen

Mathias Hirsch \*

Der Autor untersucht anhand eines Fallbeispiels von Symptomtradition psychosomatischer Reaktionen die Genese und Funktion dieser Erkrankung innerhalb der pathogenen Familiengruppe. Er versteht die psychosomatische Erkrankung mit G. Ammon als Restitutionsversuch eines defizitären Ichs und damit als Ausdruck eines ungelösten Symbiosekomplexes. Innerhalb dieses Erklärungsmodells wird, im Unterschied zu einem neurotischen Konfliktmodell, die Bedeutung des psychosomatischen Symptoms als eines spezifisch erworbenen Kommunikationsmodus existentieller Verlassenheitsängste transparent. Die Weitergabe psychosomatischer Reaktionsmuster über drei Generationen wird auf der Grundlage der tradierten Dynamik der internalisierten primären Objektbeziehungen verständlich.

Mit der Darstellung eines Falles, in dem psychosomatische Reaktionen in drei Generationen vorkamen, möchte ich einen Beitrag zur Psychodynamik und Ätiologie psychosomatischer Erkrankungen innerhalb der Familiengruppe leisten.

Psychosomatische Erkrankungen verstehe ich mit *Ammon* (1972, 1973, 1974) nicht als Ausdruck eines neurotischen, intrapsychischen Konflikts, sondern als einen Ausgang aus einem ungelöst gebliebenen Symbiosekomplex, d. h. einer spezifischen Dynamik der Mutter-Kind-Beziehung innerhalb der Familiengruppe. Die psychosomatische Reaktion tritt damit in einen engen Zusammenhang mit den anderen archaischen Ich-Krankheiten, nämlich der psychotischen Reaktion, der sexuellen Perversion und der Borderline-Symptomatik.

*Ammon* (1974) beschreibt eingehend die Dynamik der psychosomatisch machenden Mutter-Kind-Beziehung. Die Mutter kann aufgrund eines eigenen früherworbenen Ich-Defizits die Identität einer Mutter nicht übernehmen. Aufgrund ihrer Ideal-Vorstellung von einer perfekten Mutter erlebt sie den Körper und die körperlichen Bedürfnisse des Kindes als primär minderwertig und als eine narzißtische Kränkung. Sie ist unfähig, sich schuldfrei dem Kind emotional zuzuwenden. Nur ein krankes Kind kann sie wirklich lieben und in der Sorge und Zuwendung ihrer Vorstellung von einer idealen Mutter nahegekommen. Daß das Kind unvollkommen ist, kann man ihr dann nicht mehr zum Vorwurf machen. Durch die Entbehrung mütterlicher Zuwendung entsteht nach *Ammon* auf der Stufe des primären Narzißmus eine reale Schädigung des Ichs,

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

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

ein narzißtisches Ich-Defizit. Das psychosomatische Symptom hat die Funktion des Ausfüllens und der Reparation dieses Ich-Defekts, und es ermöglicht dem Kind, doch noch Zuwendung zu bekommen. Das Kind kommuniziert mit dem Symptom seine Bedürfnisse und befreit die Mutter aus ihrer ambivalenten Haltung, indem es ihr die Zuwendung gestattet. Dem Kind ermöglicht das psychosomatische Symptom eine Abgrenzung und Integration anderer Persönlichkeitsanteile und Ich-Funktionen. Hier wird die enge Beziehung zur Borderline-Persönlichkeit deutlich. Die körperliche Symptomatik verhindert wie die z. B. intellektuelle oder zwanghafte Fassade des Borderline-Patienten die Desintegration des Ichs. Den Äquivalentcharakter von falschem Selbst und psychosomatischer Reaktion beschreibt auch *Winnicott* (1966).

Die Mutter-Kind-Symbiose ist jedoch nicht isoliert, sondern ist eingebettet in die umgebende Gruppe. Erst eine kommunikationsfähige Gruppe mit einer sicheren Gruppenidentität kann die Mutter unterstützen, Aufgaben und Identität einer Mutter adäquat auszufüllen (*Ammon*, 1974). Auf die Bedeutung der emotionalen Unterstützung der Familie durch den Vater hat besonders *Gisela Ammon* (1972) hingewiesen.

Sehr häufig finden sich bei den Eltern psychosomatisch reagierender Patienten ebenfalls chronisch verlaufende körperliche Erkrankungen. Von 20 Patienten, die kürzlich unsere Sprechstunde wegen ihrer psychosomatischen Beschwerden aufsuchten, gaben 11 organische Störungen eines Elternteils oder beider an. Vorstellungen einer direkten genetischen Vererbung psychischer Erkrankungen, die noch in weiten Kreisen der Schulpsychiatrie existieren, die Annahme einer angeborenen Ich-Schwäche (*Benedetti*), oder auch *Freuds* (1895) „somatisches Entgegenkommen“ dispositioneller Art bei der Konversion haben hypothetischen Charakter und sind durch direkte Beobachtungen nicht erhärtet. Für ein psychodynamisches Verständnis und für die therapeutische Beeinflussung ist die Kenntnis genetischer Faktoren auch nicht von Bedeutung. Ich möchte mit meinem Fallbeispiel zeigen, daß nicht ein Symptom, sondern die spezifische pathogene Dynamik weitergegeben wird im Sinne einer Familientradition.

Die Mutter des psychosomatisch reagierenden Patienten übernimmt aufgrund des verinnerlichten Objekts ihrer eigenen Mutter, von der eine Abgrenzung nicht möglich war und die eine Identitätsentwicklung nicht zuließ, unbewußt deren Verhaltensmuster. Sie stellt im Wiederholungszwang die gleiche Familiendynamik her, aus der sie selbst mit einem Ich-Defizit hervorgegangen ist. *Gisela Ammon* (1973) beschreibt in einer Arbeit über Vorstufen psychosomatischer Erkrankungen bei Kindern die Dynamik der Mütter, die selbst in ihrer Kindheit psychosomatisch reagierten und keine gelingenden Objektbeziehungen eingehen konnten.

Sie können sich bei ihrem Kind nur auf Teilaspekte beziehen, meist abgespalten auf den Körper des Kindes und seine Funktionen im Sinne einer Ding-Objekt-Beziehung, wie sie *M. Khan* (1968) für die sexuelle Perversion beschrieben hat. Häufig legen die Mütter psychosomatisch und besonders mit Borderline-Symptomen reagierender Kinder größten Wert auf die Ausbildung intellektueller Funktionen. Auf diesem Teilgebiet kann sie sich dem Kind schuldfrei zuwenden und sich als ideale Mutter fühlen.

### *Falldarstellung*

Frau M., Assistenzärztin in einer chirurgischen Klinik, brachte ihren fast sechsjährigen Sohn Hans zur Kindertherapie, da er im Psychoanalytischen Kindergarten durch äußerst aggressives Verhalten und durch starke motorische Unruhe, die zu häufigen Unfällen führte, aufgefallen war. Da er in einem halben Jahr mit der Schule beginnen sollte, sei sie sehr beunruhigt über die aggressiven Zustände ihres Sohnes, in denen er absolut nicht zu erreichen sei und wild um sich schlage. Während sie mit ihm zusammen sei, habe sie nie solche Wutausbrüche erlebt, Hans wäre dann eher verträumt und still. Frau M. sah auf einer intellektuellen Ebene ein, daß sie neben ihrem Sohn selbst Therapie haben sollte, sie habe jedoch keine eigenen Schwierigkeiten, die sie für behandlungsbedürftig hielt auch nicht in der Beziehung zu ihrem Kind. Sie fühle sich nur ständig unter Zeitdruck und gehetzt, da sie neben dem anstrengenden Beruf ihren Sohn versorgen müsse.

In den ersten therapeutischen Sitzungen mit Hans, bei denen die Mutter anwesend war, wurde die Interaktion zwischen ihr und ihrem Sohn deutlich. Hans war ein kräftiger, ausgesprochen hübscher Junge, der mit seinen dunkelbraunen Augen und langen Wimpern faszinierend wirkte. Zur ersten Sitzung kam er fröhlich und erwartungsvoll und spielte mit dem Scenotest konzentriert, bis er plötzlich müde und unruhig wurde und auf seinem Stuhl in schaukelnde Bewegungen fiel. Ich verstand, daß er seinen Wunsch nach Passivität und Zuwendung ausdrückte und machte den Vorschlag, ihm vorzulesen. Er stimmte zu, die Mutter solle ihm vorlesen. Er kletterte auf ihren Schoß, lehnte sich an sie und lutschte am Daumen. Frau M. begann zu lesen, ließ Hans aber nicht einfach zuhören, sondern forderte seine volle intellektuelle Aufmerksamkeit, indem sie angefangene Sätze von ihm, der die Geschichte schon kannte, vollenden ließ. Beide lachten befriedigt, wenn Hans die richtigen Wörter erinnerte. Hans wurde jedoch unruhig und verdeckte das Buch, aus dem die Mutter vorlas, die schließlich ärgerlich sagte: „Sitz doch still, Kind, sonst kann ich nicht lesen!“ Frau M. verstand die wahren emotio-

nalen Bedürfnisse des Sohnes, passiv nur der Stimme der Mutter zuzuhören, nicht, sondern konnte nur auf einer intellektuellen Ebene Kontakt zu ihm haben. Sie nannte ihn „Kind“, wie sie auch von „dem Jungen“, „dem Kind“ oder auch von „dem Hans“ sprach und so ihre entpersönlichte Beziehung zu ihm ausdrückte im Sinne der oben beschriebenen Ding-Objekt-Beziehung (*Khan*, 1968). Wenn der Beruf und der ständige Termindruck ihr Zeit ließen, sich ihrem Sohn zu widmen, konnte sie nicht entspannt direkt mit ihm kommunizieren, sondern stellte stets ein drittes Objekt zwischen sich und Hans. Meist waren andere Kinder da, deren Betreuung sie übernommen hatte, oder sie machte mit ihm zusammen den Haushalt. Lange vor Schulbeginn wurde ihm von ihr das Rechnen mit für ihn völlig abstrakten Zahlen beigebracht, einmal sagte er in einer Sitzung unvermittelt, daß eine Milliarde 1000 Millionen seien und daß er damit rechnen könne. Frau M. drückte in ihrer Therapie ihre Schuldgefühle aus, keine gute Mutter zu sein, und machte sich andererseits ständig Vorwürfe, daß sie ihren Beruf und die vielen Verpflichtungen, die sie sonst übernommen habe, vernachlässige. Nur wenn Hans krank war, konnte sie sich ohne Schuldgefühle für ihn entscheiden, konnte alle Termine absagen und Urlaub nehmen, um ganz für ihn da zu sein. In ihrem Bericht über seine Entwicklung legte Frau M. großen Wert auf die Beschreibung seiner Gewichtszunahme, der Beherrschung seiner Körperfunktionen und seiner Eßgewohnheiten, und betonte, daß er in den zwei ersten Lebensjahren nicht krank gewesen sei. Später, nach der Trennung von ihrem Mann, habe Hans auf nahezu jede räumliche Trennung von ihr mit wochenlangen Brechdurchfällen reagiert, so daß sie ihre berufliche Tätigkeit oft unterbrechen mußte.

Zu ihrer eigenen Lebensgeschichte machte Frau M. folgende Angaben: Sie sei die älteste Tochter eines Chefarztes einer großen Klinik, der nur für seinen Beruf gelebt und sich der Familie völlig entzogen habe. Ihre Mutter beschrieb sie als gefühlskalt und streng. Sie habe wegen der Geburt der ersten Tochter, Frau M., ihr Medizinstudium aufgegeben, und habe später ehrgeizig darauf geachtet, daß aus ihrer Tochter etwas würde. Eigentlich habe sie sich einen Jungen gewünscht. Die Haushaltsführung und die Kindererziehung habe sie anfangs den Großeltern überlassen, die die eigentlichen Eltern gewesen seien. Frau M. habe in ihrer Kindheit keine Schwierigkeiten gemacht und habe sich unauffällig entwickelt. Sie sei anfangs gern zur Schule gegangen, wo man sie jedoch bald gezwungen habe, als Linkshänderin mit der rechten Hand zu schreiben. Zu Hause habe die Mutter sie mit einem Lineal auf die Hand geschlagen, wenn sie links schreiben wollte. Einige Wochen nach Schulbeginn erkrankte sie an einer schweren Lungenentzündung, deren Symptome sich nicht besserten, so daß sie mit Tuberkulose-Verdacht in die Kinderklinik gebracht wurde, wo sie ein Jahr bleiben mußte, ohne daß

eine Tuberkulose festgestellt werden konnte. Sie lag mehrere Monate in einem Glaskäfig, von dem aus sie die gegenüberliegende elterliche Wohnung sehen konnte. So beobachtete sie einmal, daß ihre Eltern verreisten, ohne ihr etwas gesagt zu haben. Sie reagierte darauf mit einer schweren Bewußtseinstrübung, jedoch konnte trotz vieler quälender Untersuchungen eine Meningitis nicht diagnostiziert werden.

Seit dieser Zeit sei sie nie wieder krank geworden, sondern habe es unter ständiger Angst geschafft, sich den Leistungsanforderungen ihrer ehrgeizigen Mutter anzupassen.

Hier erreichte der Kommunikationsversuch der psychosomatischen Reaktion auf die für das Kind nicht verstehbaren Forderungen in der Schule und auf die Strafkationen die Eltern nicht. Statt vermehrte Zuwendung zu bekommen, wurde das Kind isoliert und die Trennung weiter verschärft, da die Eltern seine Bedürfnisse nicht erkannten, sondern sich an medizinisch-hygienischen Vorstellungen orientierten. Frau M. wurde nicht wieder ernsthaft krank, als habe sie die psychosomatische Reaktion als eine Form des Symptomverhaltens (*Ammon, 1974*) aufgegeben, da sie es einmal als sinnlos erlebt hatte. Sie entwickelte eine zwanghafte, überangepaßte Fassade, die eine grundlegende Angst, verlassen zu werden, notdürftig verdeckte.

Wie sehr Frau M.'s Mutter trotz aller Anforderungen an sie, intellektuelle Leistungen zu bringen und selbständig zu werden, symbiotisch mit ihr verbunden war, zeigte sich bei den Lösungsversuchen aus dem Elternhaus. Erst zwei Jahre nach Beginn des Medizinstudiums wurde es Frau M. erlaubt, in einer anderen Stadt zu studieren. Sie heiratete dort einen Studienkollegen, als sie ihr Kind erwartete. In dieser Zeit erkrankte ihre Mutter, die bisher immer gesund gewesen war, an rezidivierendem hohem Fieber und Kreislaufschwäche. Die Tochter mußte die Behandlung und Pflege übernehmen, da die Mutter keinen fremden Arzt sehen wollte. Sie kehrte wegen der Krankheit der Mutter bald in ihre Heimatstadt zurück, von Schuldgefühlen und den Vorwürfen der Mutter, daß sie sie verlassen habe, getrieben.

Frau M. beschrieb das Verhältnis zu ihrem Mann als von Anfang an gegenseitig abhängig. Nach der Geburt ihres Sohnes wurden seine Vorwürfe immer heftiger, daß sie sich nicht genug um ihn kümmere und sich zu sehr an das Kind binde. Er selbst lehnte jede Verantwortung für seinen Sohn ab. Frau M. stand zwischen den beruflichen Pflichten, den Bedürfnissen des Kindes und der offen aggressiven Eifersucht ihres Mannes. Sie konnte sich nicht abgrenzen, versuchte vergeblich, sich an alle Forderungen anzupassen und zog sich emotional von ihrem Sohn und ihrem Mann immer mehr zurück. Nach einer Auseinandersetzung, in der sie und der zweijährige Hans geschlagen wurden, verließ sie mit ihm

fluchtartig ihren Mann, der daraufhin wegen einer psychotischen Reaktion in eine Nervenklinik eingewiesen wurde. Hans reagierte auf diese völlig chaotische Situation mit einem generalisierten Ekzem. Der Kinderarzt hielt eine Klinikeinweisung für notwendig, und obwohl Frau M. anderer Meinung war, stimmte sie in ihrer Unsicherheit zu. Wegen einer bakteriellen Superinfektion des Ekzems wurde Hans in der Klinik sofort isoliert, ein Kontakt zur Mutter war nur durch eine Glasscheibe möglich.

Die Isolation hinter der Glasscheibe wegen des psychosomatischen Symptoms, durch das gerade die Aufhebung der Trennung, Zuwendung und Körperkontakt erreicht werden sollen, wird hier in der genauen Wiederholung zum Symbol für das reale Defizit und das Gefühl existentieller Verlassenheit des psychosomatisch Kranken. In meinem Fallbeispiel verdeutlicht es auch die Wiederherstellung der Familiendynamik durch Frau M., unter der sie selbst als Kind gelitten hatte. Sie kann sich aus der symbiotischen Abhängigkeit von der Mutter nur befreien, indem sie eine ambivalente Beziehung zu einem Mann eingeht, der nicht in der Lage ist, sie in der Annahme der Identität einer Mutter zu unterstützen. Er behindert sie im Gegenteil offen, sich für ihr Kind zu entscheiden. Ebenso wie sich Frau M.'s Vater der Familie entzog, indem er nur für seine Karriere lebte, verweigert ihr Mann jede Verantwortung und verläßt die Familie durch die psychotische Reaktion. Frau M. hat das Verhalten ihrer Mutter trotz aller furchtbaren Erfahrungen verinnerlicht und kann sich nicht von ihr abgrenzen. Sie kommuniziert mit ihrem Sohn ausschließlich intellektuell und kann seine emotionalen Bedürfnisse nicht wahrnehmen, obwohl sie oberflächlich gesehen eine besorgte Mutter ist. Die häufigen Brechdurchfälle, mit denen Hans auf die Trennung von der Mutter bei Eintritt in den Kindergarten und in die Vorschule reagiert, werden von der Mutter noch adäquat beantwortet, indem sie sich Urlaub nimmt und Hans zu Hause pflegt. Die schwere Hautkrankheit des Kindes, die als Reaktion auf das Auseinanderbrechen der Familie zu sehen ist und damit als ein Versuch des Kindes, die Familie wieder zusammenzuführen, wird von der Mutter in ihrer Unsicherheit mit der totalen Trennung beantwortet.

In der Therapie kam es darauf an, der Mutter und dem Kind eine nachholende Ich-Entwicklung zu ermöglichen, d. h. das defizitäre Ich zu stärken. Hans konnte sehr bald seine Bedürfnisse nach Zuwendung artikulieren. Lange Zeit bauten wir in den Sitzungen aus Decken und Polstern eine Höhle, in der er sich geborgen fühlte, Unmengen von Süßigkeiten aß, sich an mich schmiegte und Geschichten hören wollte. Es war dann möglich, in einer symbolischen Sprache seinen Konflikt zu bearbeiten, der in der Forderung der Mutter bestand, selbständig zu werden, während er sich andererseits klein und verlassen fühlte. Seine Aggressi-

vität im Kindergarten nahm ab, er konnte die Schule beginnen, ohne wieder krank zu werden, allerdings verstärkte sich seine motorische Unruhe in der neuen Situation.

Frau M. dagegen konnte in der Einzeltherapie für sich selbst nichts annehmen. Ihre Sorge für ihren Sohn wurde zum stärksten Widerstand, indem sie Hans und seine Probleme zwischen sich und die Therapie stellte, wie sie auch mit ihrem Sohn nur über dritte Objekte kommunizieren konnte. Gleichzeitig konnten ihr die Schuldgefühle, eine schlechte Mutter zu sein, nicht genommen werden, das Verhalten und die Schwierigkeiten ihres Sohnes erlebte sie wie einen ständigen Vorwurf und als narzißtische Kränkung. Erst als die therapeutische Situation geändert wurde und sie in eine therapeutische Gruppe aufgenommen wurde, konnte sie langsam ihre eigenen Bedürfnisse reflektieren und eine direkte Beziehung zu sich selbst und ihrem vergangenem und gegenwärtigem Leben herstellen.

Zusammenfassend möchte ich sagen, daß die psychosomatische Reaktion in meinem Fallbeispiel als eine Form des Symptomverhaltens aus der jeweiligen Familiendynamik zu verstehen ist. Jenseits der Annahme oder der Ablehnung genetischer Faktoren wollte ich zeigen, daß eine spezifische Familiendynamik aufgrund verinnerlichter Objekte weitergegeben wird, so daß eine Familientradition der interpersonellen Dynamik und der Symptome entsteht. Das psychosomatische Symptom hat die Funktion für den Kranken, doch noch Zuwendung zu bekommen, was um den Preis der körperlichen Versehrtheit vom kranken Kind durch die Pflege durch die Mutter und vom erwachsenen Patienten durch eine beschützende Klinik, die als Mutterersatz dient, erreicht wird. In dem hier beschriebenen Fall finden sich jedoch zwei Beispiele, in denen durch die Klinikeinweisung gerade das Gegenteil erreicht und die Trennung und die Verlassenheit noch verstärkt werden. Das Unverständnis, mit dem dem Kommunikationsversuch des psychosomatisch reagierenden Kindes begegnet wird, kann analog gesehen werden zur Isolierung psychisch Kranker in herkömmlichen psychiatrischen Anstalten.

### *Psychosomatic Reactions and Family Dynamics within Three Generations*

Mathias Hirsch

The author uses a case study of a symptom tradition of psychosomatic reactions to examine the origin and function of psychosomatic illness within the pathogenic family group. Along with G. Ammon, he sees it as the deficient ego's attempt at restitution and therefore as the expression of an unresolved symbiosis complex.

The presentation of the clinical case study makes it clear that the mother was incapable of taking on her identity as a mother due to her own early ego disturbance. In the face of a basic feeling of existential inferiority and insufficiency, the child's needs appear as a threat to the mother, which she responds to by emotional withdrawal. She can only devote herself to a physically ill child, and by doing so conform to her ideal image of a perfect mother. The child's psychosomatic symptom has the function of compensating for the ego damage caused by lack of motherly devotion as well as preventing a disintegration of his ego boundaries. If the mother interprets the psychosomatic illness as a call for help and responds to it as such, then the illness becomes established as a habitual defense formation against fear of abandonment. The case described makes the psychodynamic correlations clear. Psychosomatic illnesses in the six year old patient, his mother and his mother's mother were triggered off by situations in which separation played a major role. The mother repeated the dynamics of her own relationship to her mother with her son, and subconsciously reacted to the child's symptom language in a manner which corresponded in every detail with her own childhood experiences. While she had provided her mother with a surrogate partner for a withdrawn husband, the birth of her own child represented an existential threat to her husband, who clung to her symbiotically. He also hindered her in taking on her motherly identity and, as the inferior rival, finally withdrew from the family completely.

The mother brought her son in for therapy because of his extremely aggressive behaviour in the Psychoanalytic Kindergarten, without at first being conscious of her own problematic psychic difficulties. The child had previously reacted to spatial separation from her with vomiting and diarrhea, which forced her to stay with him and devote her attention to him. Under normal circumstances she had always allowed him only a distant, one-sidedly intellectual contact to her. When the father left the family during a chaotic situation, the child developed a generalized eczema which expressed his great fear and at the same time his wish for intensive physical communication, but which led to his complete isolation in a clinic and to a total rupture of contact with his mother. As a result, the child did not become ill again, as if he had experienced his psychosomatic reaction as a meaningless form of symptom behaviour and had given up. Instead, his problem manifested itself in serious behavioural disturbances in the sense of borderline symptoms. By doing so, the child repeated his mother's fate, who had reacted to starting school by coming down with a serious lung infection. After that, she was interned in a clinic for a year on the suspicion of tuberculosis. After her psychosomatic call for help remained unanswered, she continued to hide her fear of abandonment behind a facade of compulsive overadaptation and

defensive intellectualism. The simultaneous therapy for mother and child had the goal of enabling both patients to complete their development of self, beyond their symptoms and defensive facades. At first, the mother was unable to accept any help for herself in a single situation; in her great fear she used the child's difficulties, which were a serious narcissistic insult to her and which filled her with guilt feelings, to rejection of contact and resistance against her therapy. Only the psychotherapeutic group made it possible for her to give an account of the dynamics of her relationship to her parents, to experience it again and to deal with it. This example highlights the significance of psychosomatic symptoms as a specifically acquired communication modus in order to cope with existential fears or abandonment fears. The fact that it was handed down for three generations becomes understandable on the basis of the traditional dynamics of internalized primary object relationships: a discussion on dispositional factors in the origin of the illness is therefore of no consequence.

## Literatur

- Ammon, Gisela* (1972): Psychosomatische Syndrome bei Kindern und ihre Aufhebung, Vortrag vor dem Psychotherapeut. Inst. der Ignatius-von-Loyola-Univ. Rom, 13. 6. 1972
- (1973): Vorläufer psychosomatischer Erkrankungen. In: *Dyn. Psychiat.* (6) 11—32
- Ammon, Günter* (1972): Zur Genese und Struktur psychosomatischer Syndrome unter Berücksichtigung psychoanalytischer Technik. In: *Dyn. Psychiatr.* (5) 223—251
- (1973): *Dynamische Psychiatrie — Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie* (Darmstadt: Luchterhand)
- (1974): *Psychoanalyse und Psychosomatik* (München: Piper)
- Benedetti, G.* (1970): Schizophrenie. In: *Dyn. Psychiat.* (3) S. 20—30
- Freud, S.* (1895): Studien über Hysterie. *Ges. W.*, Bd. I (London: Imago)
- Khan, M. M. R.* (1968): Reparation to the Self as an Idolized Internal Object. Die Reparation des Selbst als eines idolisierten inneren Objektes. Ein Beitrag zur Theorie der Perversionsbildung. In: *Dyn. Psychiat.* (1) 92—98
- Winnicott, D. W.* (1966): Psychosomatic Illness in its Positive and Negative Aspects. In: *Int. J. Psychoanal.* (47) 510—516

Adresse des Autors:  
 Dr. med. Mathias Hirsch  
 8 München 80  
 Trogerstraße 50

## Zur Psychodynamik von Suizidalität und psychosomatischer Erkrankung\*\*

Karin Ammon \*

In der vorliegenden Arbeit möchte die Autorin, ausgehend von den Untersuchungen von G. A. Ammon und andere Autoren, zeigen, daß dem psychosomatischen Symptomenverhalten und der Disposition zum Selbstmord eine ähnliche Mangelsituation in der frühesten Kindheit zugrunde liegt. Beide Erkrankungen sind auf einem gleitenden Spektrum zu sehen, wobei Suizidalität dann auftritt, wenn selbst das psychosomatische Symptom als lebensnotwendiges Vehikel zur Kommunikation nicht akzeptiert wird. Besondere Berücksichtigung findet dabei der gruppenspezifische Aspekt, denn bekanntlich erweist sich die Selbstmordgefährdung als um so geringer, je stärker sich das Individuum in eine soziale Gruppe integriert fühlt. Anhand eines Fallbeispiels wird in diesem Zusammenhang deutlich, wie sich das pathologische Geschehen, durch welches die Patientin in die Krankheit getrieben wurde, nicht nur in der Primärgruppe und ihrer aktuellen Familiengruppe, sondern auch in der Institution der Klinik nachzuweisen war, die ja gerade für die Heilung zuständig sein sollte. Korrekturmöglichkeiten werden darin gesehen, die verhärtete Fehlhaltung der Umwelt einer Analyse der Gegenübertragung zu unterziehen und damit der Patientin und den beteiligten Gruppen ein neues Verständnis des Krankheitserlebens zu erlauben.

In dem kürzlich neu erschienenen Buch „Angst und Geborgenheit“ wies *Franz Renggli* (1974) in eindrucksvoller Weise darauf hin, daß die erste Angst des Menschen als „Körperkontaktverlustangst“ zu bezeichnen sei. Denn die Bindung an die Mutter sei in erster Linie nicht von der Ernährung abhängig. Viel entscheidender sei es, wie intensiv die Mutter sich mit ihrem Kind beschäftige, z. B. auf sein Schreien einginge und ganz allgemein Körperkontakt mit ihm pflege. Beim Verlust dieses Kontaktes würden Kinder aller Kulturen zu weinen beginnen, wobei das Schreien nicht nur ein Verlangen nach der Mutter ausdrücke, sondern einen Notruf in höchster Lebensgefahr bedeute.

*Renggli* (1974) zog als Beleg seiner ethnologischen Forschungsergebnisse die Verhaltensforschung hinzu. Das Schreien des jungen Affenkindes, das die Mutter von ihrem Körper ablöst, sei nicht nur ein Zeichen von Ungeborgenheit oder höchster Unsicherheit, sondern drücke Tödlichbedrohtheit aus. Selbst im Tierreich ist es so lebensnotwendig für das Kind, von seiten der Mutter eine adäquate Zuwendung auf das Schreien als Angstsignal zu erhalten.

Bekannt sind in diesem Zusammenhang die Hospitalismusforschungen von *René Spitz* (1945), der nachweisen konnte, daß Kinder, denen in

\* Dr. med., Psychoanalytikerin, Stellvertretende Leiterin des Münchener Lehr- und Forschungsinstituts der DAP

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

der frühesten Lebenszeit kein ausreichender affektiver Körperkontakt gewährt wurde, einem zum Tode führenden körperlichen Verfallsprozeß ausgesetzt sind. Im Gegensatz zu *Spitz* selbst, der dieses Phänomen auf das Wirken übermächtiger Destruktionstrieb zurückführte, versteht *Günter Ammon* den körperlichen Verfall dieser Kinder als Ausdruck einer fortschreitenden Desintegration des in Entwicklung begriffenen Körper-Ichs. Denn diesen Kindern fehlte in der ersten Lebenszeit das primäre Liebesobjekt, in dessen Schutz sie ein Körpererleben hätten entwickeln und abgrenzen können.

In diesem Sinn wird nach den neueren Forschungsergebnissen von *G. Ammon* (1972), *H. Bruch* (1971) und anderen Autoren die Entstehungsursache der psychosomatischen Erkrankung nicht triebdynamisch bedingt angesehen, sondern als Versuch, eine Mangelsituation in der frühesten Lebenszeit des Kindes zu kompensieren. Denn die Mutter konnte aufgrund ihrer eigenen Schwierigkeiten die körperlichen Bedürfnisse des Kindes nicht annehmen und ihm deshalb bei der Entwicklung und Abgrenzung seiner Körperfunktionen nicht behilflich sein. Über die psychosomatische Erkrankung versucht nun das Kind, wenn auch auf schmerzhafteste Art, ein Körpererleben in der Kommunikation mit der Mutter zu erreichen.

Das psychosomatische Symptom hat deshalb sozusagen als Bindeglied zur Mutter eine lebensnotwendige Funktion und es mag deshalb verständlich sein, daß, wie es vor allem *G. Ammon* (1973) betonte, eine Desintegration des Ichs im Sinne einer psychotischen oder suizidalen Reaktion droht, wenn die psychosomatische Erkrankung als Ersatz für das hilflose Schreien des Kindes wiederum nicht akzeptiert wird.

In dieser Arbeit werde ich mich nur mit der letzteren Reaktionsform, dem Selbstmord, beschäftigen. Um mit *Renggli* (1974) zu sprechen, wird in diesem Fall sozusagen der Körperkontaktverlust realisiert, und dieses Erleben war für das kleine Kind mit höchster Lebensgefahr verbunden. Das Versagen der Kommunikationsfunktion des psychosomatischen Symptoms muß der Kranke als endgültiges Verlassenwerden von der Mutter und somit als dem Tode Überlassenwerden, erleben.

Im Zusammenhang mit dem Selbstmordgeschehen könnte man mit *Zilboorg* (1936) sagen, daß in diesem Augenblick das passiv Gefürchtete aktiv vorweggenommen wird, d. h. dem tödlichen Verlassenwerden von der Mutter glaubt der Kranke nicht anders begegnen zu können als durch Beendigung des eigenen Lebens. Hierbei wird zugleich Befreiung von der ambivalent geliebten Mutter gesucht, die dem Patienten kein eigenes Leben gestattete, aber auch die tödliche Verlustangst abgewehrt, indem in der suizidalen Regression doch noch eine irrealer Vereinigung mit einem guten mütterlichen Objekt gesucht wird. Diese Vermutung

wird auch durch die pränatale Forschung gestützt. *Marthe Burger-Piaget* (1974) sagt in diesem Zusammenhang, der suizidale Patient suche im Tode die Einheit des fötalen Zustandes, die es ihm erlaubte, eine Art von Form und Bindung wiederzufinden, und wodurch es ihm möglich sei, sich in tiefster Regression unerträgliche Todesangst zu ersparen.

Es sollte mit diesen Ausführungen gezeigt werden, daß dem psychosomatischen Symptomverhalten und der Disposition zum Selbstmord eine ähnliche Mangelsituation in der frühesten Kindheit zugrunde liegt. Beide Erkrankungen sind auf einem gleitenden Spektrum zu sehen, wobei Suizidalität dann auftritt, wenn selbst das psychosomatische Symptom als lebensnotwendiges Vehikel zur Kommunikation nicht akzeptiert wird. Der Kranke wird dadurch zu weiterer Regression gezwungen, wobei er einen letzten Versuch unternimmt, einerseits einen Kontakt vor allem zu seinem Körper-Ich herzustellen, und andererseits sich endgültig der Verständnislosigkeit der Umwelt zu entziehen. Im folgenden soll diese Dynamik an einem Fallbeispiel einer Patientin aus einer Medizinischen Klinik, in der sie im Rahmen des psychosomatischen Praktikums untersucht wurde, erläutert werden. Darüber hinaus ist der gruppendynamische Aspekt zu betonen. Denn schließlich wies schon *Emile Durkheim* 1879 nach, daß die Selbstmordgefährdung um so geringer sei, je stärker sich ein Individuum in eine soziale Gruppe integriert fühle. Außerdem ist an diesem Fallbeispiel zu berücksichtigen, wie das pathologische Geschehen, durch welches die Patientin in die Krankheit getrieben wurde, nicht nur in der Primärgruppe und ihren aktuellen Beziehungen, sondern auch in der Institution der Klinik nachzuweisen war, die ja gerade für die Heilung zuständig sein sollte.

Es handelt sich um eine 33jährige Frau, die in die Innere Klinik zur Abklärung einer Gewichtsabnahme von 20 Pfund innerhalb des letzten halben Jahres aufgenommen wurde. Außerdem klagte sie seit drei Monaten über Völle- und Druckgefühl im linken Oberbauch, Übelkeit und Appetitlosigkeit. Tagsüber und vor allem während der schlaflosen Nächte fühlte sie ein Brennen am ganzen Körper. Die Patientin lag anfangs ungepflegt und apathisch im Bett und trug mit weinerlicher, vorwurfsvoller Stimme ihre somatischen Beschwerden vor. Sie klingelte häufig nach den Schwestern und ließ vor allem in den späten Abendstunden den Bereitschaftsarzt rufen. Als die Schwester mich zu ihr hinführte mit Worten und einem Gesichtsausdruck, der etwa sagen sollte: „Nun können Sie mal sehen, was ich mit dieser Patientin auszuhalten habe“, erwartete die Patientin mich angstvoll und schilderte ihre körperlichen Beschwerden. Ihr Mienenspiel drückte die Angst aus, ich könnte sie verlassen und ihre Klagen nicht ernstnehmen, durch die allein sie ihr Leiden auszudrücken vermochte. Als ich ihr sagte, sie könne mich jederzeit rufen und versprach, sie am nächsten Tag wieder aufzusuchen, beruhigte sie

sich, teilte mir mit, daß das Brennen am Körper nachgelassen habe und sie jetzt schlafen könne.

Diese Reaktionen wiesen deutlich auf eine gestörte Beziehung zwischen Patientin und Personal hin. In auffälliger Weise war eine aggressiv ablehnende Haltung gegenüber der Kranken zu beobachten. Der Stationsarzt, der bisher keinen organpathologischen Befund hatte feststellen können, äußerte sich abfällig über die junge Frau. Er ließ durchblicken, daß sie „sich anstelle“ und für die Station eine Zumutung sei, vor allem, da er keinen organpathologischen Befund hatte erheben können und sie deshalb für nicht krank hielt. Die Patientin selbst sagte, der Stationsarzt habe ihr während der kurzen Visiten nie zugelächelt oder freundlich mit ihr gesprochen, aber dazu sei er wohl nicht in der Lage. Eine Krankenschwester drückte die aggressive Einschätzung durch die Station drastisch aus, indem sie meinte, die Patientin gehöre übers Knie gelegt und verprügelt.

Zu dieser Zeit fühlte sich die Patientin zunehmend elend und äußerte, sie könne nicht verstehen, daß sie organisch gesund sein solle, ihr könne wohl niemand helfen. Sie verstünde jetzt, wie jemand durch eine unheilbare Krankheit zum Selbstmord getrieben würde. Anlässlich von Streitigkeiten mit dem Ehemann äußerte sie in dieser Situation Suizidgedanken, indem sie ankündigte, aus dem Fenster zu springen. Aufgrund dieser Drohung wurde eine Verlegung in die psychiatrische Klinik vorgesehen.

Uns stellte sich nun die Frage, inwieweit das Verhalten der Patientin im Zusammenhang mit der verhärteten Fehlhaltung ihrer Umwelt stand, angefangen von den Eltern, über den Ehemann bis hin zu den eingefahrenen Strukturen des Stationspersonals. Im folgenden möchte ich versuchen, dies psychodynamisch einsichtig zu machen, soweit dies die Ergebnisse von einigen noch nicht als therapeutisch anzusehenden Gesprächen ermöglichten, die im Rahmen des psychosomatischen Praktikums der Klinik stattfanden.

Die Patientin war, abgesehen von einer Durchfall-Erkrankung im zweiten Lebensjahr, die einen Klinikaufenthalt erforderte, nie ernsthaft krank gewesen. Sie wuchs unter desolaten Verhältnissen auf, denen sie sich mit dem 20. Lebensjahr durch ihre Heirat zu entziehen suchte. Die jetzige Familiensituation bezeichnet sie zunächst als harmonisch, obwohl ihr gleichaltriger Ehemann aufgrund seines beruflichen Engagements selten zu Hause ist. Ihre Unzufriedenheit wird deutlicher, wenn sie schildert, wie sie ihn als phlegmatisch und weich erlebt und ihn als unfähig empfindet, sich mit ihr auseinanderzusetzen. Sie fühlt auf sich die Verantwortung lasten, der Familie finanzielle Sicherheit zu geben, wenn der Mann, der an einem Knochenleiden erkrankte, einmal nicht mehr arbeiten kann. Sie klagt darüber, daß er und der einzige Sohn ihr

nicht zuhören, wenn sie versucht, ihnen ihr Gefühl von Überlastung zu vermitteln.

In diesem Zusammenhang erlaubten weitere Mitteilungen der Patientin ein Verständnis der frühen Lebensgeschichte und der aktuellen, die Erkrankung auslösenden Situationen, was allerdings wegen der Kürze der Beobachtungszeit hypothetisch bleiben muß. Über ihre Lebensgeschichte war zu erfahren, daß die Patientin nach mehreren Fehlgeburten und Totgeburten zur Welt kam. Die Mutter hatte sie nur zwei Wochen gestillt, weil sie dann angeblich keine Milch mehr hatte. Der Vater wurde kurz nach ihrer Geburt eingezogen und sie erlebte ihn bei seiner Rückkehr in ihrem sechsten Lebensjahr als eher weich, der Mutter unterlegen. In der Familie gab es ständig Streitigkeiten zwischen den Eltern, die unerträglich wurden, als die Mutter von der Beziehung des Vaters zu einer Freundin erfuhr. Der Vater begann daraufhin zu trinken und blieb tagelang der Familie fern. Die Patientin hatte so als Kind unter intensiven Verlassenheitsgefühlen gelitten, wobei die Beziehung zu ihrem Mann und ihrem Sohn die Konstellation ihrer Kindheit wiederholten. Zur intensivsten Krise kam es aber, als sich dieselbe Situation, die sie ihr ganzes Leben gewohnt war, durch das Verhalten des Stationspersonals wiederhergestellt hatte. Die Patientin fühlte sich wiederum allein gelassen, indem ihr Rufen nach Verständnis, artikuliert durch ihre psychosomatische Erkrankung, nicht gehört wurde. Auf der ständigen Suche nach einem Mutterersatz hatte sich die Patientin an die Klinikstation gewandt, deren Verhalten dem der eigenen Mutter entsprach.

Die Mutter der Kranken mußte durch Heimarbeit Geld verdienen und hatte für die Kinder kaum Zeit gehabt. An Zärtlichkeiten ihrerseits konnte sich die Patientin nicht erinnern. Vielmehr versuchte die Mutter, die Notsituation der Familie durch Zucht und Ordnung zu bewältigen. Ähnlich fühlte sich die Patientin auf der Station behandelt. Der Stationsarzt widmete ihr weder Zeit noch irgendeine Art freundlicher Zuwendung. Vielmehr war man der Meinung, das Verhalten der Patientin sei ungehörig und sie müsse durch Strafe zur Ordnung gerufen werden.

Als Kind fühlte sich die Patientin sehr getroffen, als die Mutter in ihrer Gegenwart zu einem Freund sagte, ihre Tochter sei herzlos. Sie verstand später, daß dies die tiefsten Gefühle der Mutter ihr gegenüber bedeuteten, von der sie sich nie geliebt fühlte.

Wichtig für unseren Zusammenhang war noch folgende anamnestiche Angabe der Kranken. Mit dem zweiten Lebensjahr wurde die Patientin wegen einer leichteren Durchfallerkrankung in die Klinik gebracht, da es der Mutter nicht möglich war, bei der vielen Arbeit noch das kranke Kind zu versorgen. Die Mutter berichtete ihr später, daß die Patientin sie anschließend stark abgelehnt habe. Sie war seitdem nicht

mehr krank gewesen, erinnerte aber in diesem Zusammenhang, daß sie als Kind immer wieder folgenden Alptraum hatte: Eine Frau bedroht sie, manchmal mit Messern, worauf sie sich in immer kleineren Kisten verkriecht und sich in der kleinsten, in der sie gerade noch Platz hat, schließlich sicher fühlt. Die bisherigen Angaben lassen Rückschlüsse über den Traum zu.

In der lieblos kalten häuslichen Atmosphäre griff das kleine Kind zur psychosomatischen Erkrankung, um endlich doch noch die gewünschte Zuwendung zu erhalten. Die Mutter war jedoch nicht fähig gewesen, diesen Hilferuf zu verstehen, sondern sie reagierte darauf, indem sie sich von dem Kind noch stärker abwandte. Indem sie der Tochter später mitteilte, sie habe doch die Mutter abgelehnt, brachte sie ihre eigene feindselige Einstellung dem Kind gegenüber zum Ausdruck. Bezeichnend ist, daß das Kind später nicht mehr erkrankte, was bedeuten mag, daß dieser Weg zur Bedürfnisbefriedigung ihm von da aus nicht mehr verfügbar war. An die Stelle des psychosomatischen Symptomverhaltens traten jetzt paranoisch-suizidale Tendenzen, die in den wiederholten Alpträumen zu erkennen sind. Die Frau des Traumes stellt die verfolgende Mutter dar, die auf das psychosomatische Kommunikationsangebot des Kindes nicht einging. Die kleinste Kiste kann als Sarg oder Gebärmutter verstanden werden, worin sich das kleine Kind in der als tödlich erlebten Trennungs- und Vernichtungsangst durch die Mutter zurückziehen wünschte. So war der Traum Wunsch des Kindes nach Rückzug in den Tod bzw. in die Gebärmutter als regressive Abwehr von Todesangst und zugleich als Bedürfnis nach Vereinigung mit einer illusionären guten Mutter zu verstehen, als das psychosomatische Symptom in dieser Funktion versagte.

Wie sich die Patientin von seiten ihrer Mutter überfordert und verlassen fühlte, wurde in der Gegenübertragung des gesamten Klinikpersonals der Wunsch nach Verständnis und Zuwendung abgewiesen. Ähnlich wie es der Kindheitstraum zeigte, wurde sie in eine suizidale Regression getrieben, um auf dieser letzten Ebene doch noch eine primäre Liebesbeziehung zu erleben und zugleich gegen die Erfahrung völliger Verständnislosigkeit zu protestieren.

Ein Traumfragment während dieses Abschnittes entspricht dieser Vermutung. Die Patientin träumte von einem Hund, der ohne Haut wie ein Fötus aussah und im Wasser schwamm. Anlaß zu diesem Traum war ein Gespräch mit einer Zimmernachbarin, von der sie erfuhr, daß Hunde in der Klinik zu Versuchszwecken gehalten und getötet werden.

Der Traum zeigt deutlich den Zusammenhang zwischen Psychosomatik, Suizidalität und Paranoia. Die Patientin fühlte sich selbst als Forschungsobjekt, dessen Leiden gleichgültig begegnet wird. Sie muß

sich selbst wie der Fötus im Traum erleben, indem sie glaubte, sich aus dieser Situation nur durch Tod bzw. Rückzug in die Gebärmutter entziehen zu können.

Somit hatte in diesem Prozeß die Klinikgruppe als Institution dieselbe Dynamik entfaltet wie die primäre und die aktuelle Familiengruppe. Sämtliche Gruppen hatten sich als unfähig erwiesen, das psychosomatische Symptom der Patientin als Protest zu verstehen, und sie damit in die suizidale Regression getrieben. Grotesk muß es in diesem Zusammenhang anmuten, wenn ein Assistenzarzt auf der Station über diese Patientin sagte: „Eigenartig, diese Patienten brechen schier zusammen, wenn man ihnen sagt, sie seien gar nicht krank.“

Das Besondere in der Arbeit mit der psychosomatischen Praktikumsgruppe bestand nun darin, daß sich die Dynamik der Patientin durch die Gegenübertragung erneut wiederhergestellt hatte und nun aber dem Verständnis zugänglich wurde. Es zeigten sich jetzt Möglichkeiten, den Teufelskreis der Wiederholung zu durchbrechen.

Ein Mitglied der Praktikumsgruppe, Frau B., hatte mit meiner Unterstützung die Interviews bei der Patientin mit großem Engagement durchgeführt. Während sie nun der Gruppe die Fülle der Details mitteilte, mit denen sie selbst von der Patientin überschüttet worden war, begannen plötzlich einige Praktikumsmitglieder sich gegenseitig und auch mich heftig zu attackieren, um sich damit in aggressiver Abwehr Frau B. zu entziehen.

Die Vortragende selbst war vergessen und mußte zusehen, wie die übrigen Mitglieder zunehmend in Streitigkeiten gerieten.

Auf diese Weise hatte sich noch einmal die Primärgruppe der Patientin hergestellt, wobei die Vortragende das Kind repräsentierte, das sich in dem Streit zwischen der harten und kontrollsüchtigen Mutter und dem alkoholabhängigen Vater verlassen und hilflos fühlte. Als diese Dynamik in der Praktikumsgruppe verstanden wurde, berichtete Frau B. von ihren Schwierigkeiten, Kontakt mit der Patientin aufzunehmen, die ihr nicht recht zuhören wollte. Sie gestand, wie sie sich teilweise mit der ablehnenden Haltung des Stationsarztes identifizierte. Durch die Analyse der Gegenübertragung konnten nun die Ängste der Patientin, die hinter ihrer aggressiven Abwehr standen, akzeptiert werden. Es entstand so eine verständnisvolle, freundliche Beziehung, durch deren Einfluß auch das feindliche Klima auf der Station gemildert werden konnte. Folglich nahmen sowohl die suizidalen Tendenzen als auch die psychosomatischen Beschwerden ab. Die Patientin hatte sich in ihrem psychosomatischen Symptomverhalten zum ersten Mal in ihrem Leben verstanden und angenommen gefühlt. So konnte sie im Sinne von *V. v. Weizsäcker* (1933)

erstmalig die psychosomatischen Erkrankungen in ihrer regressiven Funktion als ein positives Körpererleben erfahren, indem sie die damit verbundene Bedürfnisbefriedigung erhalten hatte. Zumindest vorübergehend war es ihr deshalb möglich, auf die körperliche Erkrankung zu verzichten, nachdem diese als Schritt zur Genesung angenommen werden konnte.

Nach dem letzten Gespräch vor der Entlassung sagte sie, sie fühle sich so wohl wie noch nie, wobei diese Aussage sicherlich in Hinblick auf die kurze Beobachtungszeit nur vorsichtig zu beurteilen ist. Es ist anzunehmen, daß sie, ihrer alten Umgebung ausgesetzt, wieder erkranken wird. Die Patientin wurde deshalb für eine Gruppentherapie für psychosomatisch Kranke vorgesehen.

### *On the Psychodynamics of Suicidal Behaviour and Psychosomatic Reaction*

Karin Ammon

A primary anxiety is the fear to lose the body contact with the mother or the mother substitute. Children who experience this loss will disintegrate not only psychically, but even physically. A progressing disintegration of the body-ego that is just in being will be the result. According to *Günter Ammon, H. Bruch* et al. the author holds that psychosomatic illness is an attempt to compensate for a shortcoming of this kind in early childhood. Its function is the restoration of a union with the mother which vitally is needed by the child. Disintegration of the ego manifested in psychosomatic or suicidal regression is threatening when the psychosomatic reaction will not be accepted and understood as a substitute for the infant's helpless crying.

With a case study the author tries to demonstrate that the disposition for psychosomatic reaction as well as for committing suicide is based on the same shortcomings in infancy. Suicidal behaviour will be prominent as soon as the psychosomatic symptom is no longer accepted as a vital means of communication. By committing suicide a separation from the bad maternal object will be achieved, as well as an irreal union with the good maternal object in a prenatal phantasy.

The patient was a 33-year-old woman, who came into the hospital with unspecific somatic complaints. Since no somatic causes could be evidenced, the ward personel reacted with noncomprehension being convinced that the patient was not ill at all. Their behaviour towards the patient was marked by aggressiveness and rejection. This brought the patient into further regression. She had phantasies of committing

suicide, of lying in a small coffin or in her mother's womb, since nobody was willing or able to understand her. An admission into a psychiatric hospital was discussed.

Some interviews with the patient (which were not directed as psychotherapeutic ones) brought some insights into the underlying psychodynamic constellation. The patient had been brought up in a broken family which was threatened all the time by further disintegration. The patient never had been loved by the mother who soon after the birth of her daughter had rejected her. The patient had reacted against this fear of being abandoned by a somatic illness in the age of two years in order to establish contact with her mother, to get some attendance and care. But the mother, who felt unable and not willing to care for her child had brought her into a hospital. After that event the patient never again had been fallen ill, but had developed suicidal-paranoid preoccupations. By committing suicide she wanted to bring about a fetal union with the mother.

She came into the hospital when a same situation as with her mother was established in her marriage. She looked for a good-mother-substitute which she thought to find in the hospital milieu. But here again she only had met non-comprehension and finally rejection. Her psychosomatic complaints as a cry for acceptance and understanding had not been heard. Further regression had been the result.

By a careful analysis of feelings of counter-transference which the patient aroused in her surroundings, mainly in her doctor in charge, her behaviour could be understood in its symbolic meaning. For the first time the patient found a situation and a group in which she could accept her psychosomatic behaviour in its regressive function. She could experience a positive body-feeling since she got the needed satisfaction understanding and acceptance for which she had longed so far. The patient left the hospital with minor complaints, but a group therapy was recommended.

## Literatur

- Ammon, G.* (1972): Zur Genese und Struktur psychosomatischer Syndrome unter Berücksichtigung psychoanalytischer Technik. In: *Dyn. Psychiat.* (5) 223—256
- (1973): Dynamische Psychiatrie. Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie (Darmstadt: Luchterhand)
- (1974): Psychoanalyse und Psychosomatik (München: Piper)
- Burger-Piaget, M.* (1974): Klinische Beobachtungen über fötale Regressionen. In: *Graber, G. H.* (Hrsg.): Pränatale Psychologie (München: Kindler)
- Bruch, H.* (1971): Obesity and Orality in: *Dyn. Psychiat.* (4) 241—257
- Durkheim, E.* (1897): Le suicide (neue franz. Ausgabe) Le suicide. Etudes de sociologie. Bibliotheque de philosophie contemporaine. (Paris: Presse Univ., 1960)
- Renggli, F.* (1974): Angst und Geborgenheit. Die soziokulturellen Folgen der Mutter-Kind-Beziehung im ersten Lebensjahr (Reinbek: Rowohlt)
- Spitz, R.* (1945): Hospitalism. An Inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood. In: *Psychoanal. Study Child I* (New York: Int. Univ. Press)
- Weizsäcker, V. v.* (1933): Körpergeschehen und Neurose. Analytische Studie über somatische Symptombildung. In: *Int. Z. Psychoanal.* (19) 16—116
- Zilboorg, G.* (1936): Suicide Among Civilized and Primitive Races in: *Am. J. Psychiat.* (92)

Adresse der Autorin:  
Dr. med. Karin Ammon  
8 München 40  
Schleißheimer Straße 184

## Psychosomatik und Perversion bei alkoholkranken Patienten - Syndrome ungelebten Lebens\*\*

Gerd Röhling \*

Der Autor berichtet über Erfahrungen mit alkoholkranken Patienten in stationärer psychoanalytischer Gruppen- und Milieuthérapie. Bei den Suchtkranken fällt immer wieder die starke Diskrepanz zwischen einer extrem idealisierten Mutterimago und der realen Mutter auf — ein Konflikt, der für die Patienten unannehmbar und unauflösbar bleibt und sie innerlich lähmt. Die Haßgefühle gegenüber der Mutter, die wegen der Schwäche des Ichs nicht verdrängt werden können, werden — oft gegen eine offenkundige Realität — abgespalten und verleugnet. Die Patienten sind unfähig zu einer konstruktiven aggressiven Aktion, die ihr Ich und ihre Objektbeziehung strukturiert. Nur im Alkoholrausch, der in der Verleugnung der Realität die Suche und Sucht nach symbiotischer Verschmelzung mit der idealisierten Mutter ausdrückt, vermag sich oft erst die Ich-fremde erlebte Aggression destruktiv Bahn zu brechen. Die Stärke des Ambivalenzkonfliktes erklärt sich aus der Arretierung der intrapsychischen Kommunikation zwischen guter und schlechter Mutter, die aus dem in der interpersonellen Situation der Familiengruppe der Kindheit gesetzten Verbot einer offenen Verständigung und Auseinandersetzung mit Realität und Phantasie resultiert.

Bei Alkoholsüchtigen finden sich eine Vielzahl anderer Symptome. Obwohl manche Symptomformationen — wie z. B. psychosomatische und perverse — die Persönlichkeitsstrukturen stark prägen und sich auch die für diese Ich-Krankheiten typischen Familiendynamiken nachweisen lassen, sind die Patienten doch unfähig, eine tragfähige psychosomatische oder perverse Identität zu organisieren, deren Abwehrstrukturen eine Eingrenzung ihrer Pathologie auf bestimmte Ich-Anteile bewirkt und ihnen außerhalb ihres Ich-Defizits genug strukturierte Ich-Anteile läßt, die ihnen eine partielle Aufrechterhaltung ihrer Funktionsfähigkeit und ihrer kreativen Lebensentfaltung ermöglicht. In der Sucht bricht auch diese Abwehrfront zusammen, das ganze Ich verliert seine innere und äußere Grenzstruktur und wird in den Strudel einer Regression von psychotischer Qualität gezogen. Die Sucht nach der Symbiose mit der idealisierten Mutter mißlingt und endet in einer das ganze Selbst zerstörenden Destruktion gegen die verinnerlichte Mutter. Die Grenze zwischen Phantasie und Realität löst sich auf. Auf dem Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten stellt nach Meinung des Autors die Sucht gegenüber Borderline-Erkrankungen wie Psychosomatik und Perversion eine stärkere Stufe der psychischen Desintegration dar. Zwei Fallbeispiele sollen diese These belegen.

Ebenso wie die Psychosomatik und die Perversion rechnet die Sucht zu den archaischen Ich-Krankheiten. *Ammon* (1974) weist darauf hin, daß die Sucht eine Form des ausagierenden Symptomverhaltens bildet, die sehr häufig mit psychosomatischen Erkrankungen verbunden ist. *Götte* (1972) hat in einer Falldarstellung diese Verbindung aufgezeigt.

\* Dr. med., Lehranalytiker am Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik (LFI) Berlin 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)

Die Beziehung von Sucht, Homosexualität und Identitätsdiffusion hat *Ammon* (1969) in einer detaillierten Fallstudie beschrieben.

Meine Arbeit mit alkoholkranken Patienten in stationärer Psychotherapie hat diese Zusammenhänge immer wieder bestätigen können und gezeigt, wie häufig die Alkoholsucht mit psychosomatischer Symptomatik — vorwiegend Magen-Darm- und Hauterkrankungen — und Perversion — vorwiegend Homosexualität — verbunden ist. Die anamnästischen Daten und die Beobachtung in der psychoanalytischen Gruppen- und Milieuthérapie bei jahre-, z. T. jahrzehntelang schwerst suchtkranken Patienten haben mich jedoch zu der Überzeugung geführt, daß Sucht einerseits, Psychosomatik und Perversion andererseits nicht als gleichwertige Abwehroperationen eines bedrohten Ichs angesehen werden können. Im Gegensatz etwa zu *Götte* (1972), der Psychosomatik und Sucht „als äquivalente Abwehrformationen des Ichs gegen drohende Desintegration“ begreift, bin ich zu der Auffassung gelangt, daß die Sucht einen stärkeren Grad der Ich-Desintegration anzeigt oder — mit *Menninger* (1963) gesprochen — eine Kontrollstörung höherer Ordnung ist. Meiner Ansicht nach stellt das Suchtverhalten eine letzte Abwehrformation dar, indem sich in der Abwendung von der realen Welt früheste symbiotisch-orale Omnipotenzphantasien verbunden mit starken suizidalen Tendenzen bahnbrechen, wenn die höher organisierten Abwehrformationen der Perversion oder der Psychosomatik entweder zusammenbrechen oder gar nicht erst zu einer Ersatz-Identität aufgebaut werden können.

Zwischen der Psychosomatik und der Perversion besteht nach *Ammon* (1973) eine enge Verwandtschaft. Beide Syndrome dienen der Füllung eines narzißtischen Defizits und führen zu einer entstellten Kommunikation.

Kennzeichnend für die Perversion wie für die Psychosomatik ist die Ich-Spaltung als Abwehrversuch gegenüber drohendem Identitätsverlust. Es besteht „die Unfähigkeit zur Abgrenzung der eigenen Identität, ein symbiotisches Kleben an undifferenzierten Objekten, das gleichzeitig verbunden ist mit einer archaischen Angst, von diesen Objekten verschlungen und vernichtet zu werden“, wobei das perverse oder psychosomatische Symptom „als ein Versuch zu verstehen ist, doch noch zu einer Form der Ich-Abgrenzung zu gelangen, indem durch das Symptom das Loch im Ich einigermaßen ausgefüllt wird“ (*Ammon*, 1974). Perversion und Psychosomatik haben so einerseits die Funktion von Pseudoidentitäten, sind andererseits jedoch auch kreative Bildungen, die vor einer völligen Ich-Diffusion schützen und eine gewisse Funktionsfähigkeit des Individuums mit partieller innerer und äußerer Autonomie ermöglichen. Bei der Sucht dagegen bricht auch diese pathologische Abgrenzungsstrategie und Funktionsfassade zusammen, die Beziehungen zur Innenwelt und

zur Außenwelt können nicht mehr reguliert werden, die Frustrationstoleranz ist extrem gering. Es kommt zu einem Realitätsverlust psychotischen Ausmaßes, die Phantasien und die Wirklichkeit können nicht mehr gegeneinander abgegrenzt werden, der Patient verliert die Kontrolle über seine Gedanken und Impulse, die primärprozeßhaft ausgelebt werden müssen. Die innere psychische Struktur des Patienten ist ebenso chaotisch wie sein Bild der Realität. Es befindet sich dauernd auf der Flucht in die Wirklichkeitsferne einer destruktiv-symbiotischen Situation, in der auch — im Gegensatz zur Psychosomatik und zur Perversion — eine partielle Auseinandersetzung mit der für ihn bedrohlichen Realität nicht mehr möglich ist. Das erklärt, warum die regelmäßige Beteuerung des alkoholkranken Patienten, er habe „eigentlich keine Probleme außer dem Alkohol“, nicht ohne Berechtigung ist: nur wer sich auf die Wirklichkeit einlassen kann, hat Probleme.

Die frühe Psychoanalyse interpretierte die Sucht als Abwehr gegenüber unbewußten Triebwünschen und betonte die orale Fixierung (*Simmel*, 1930).

*Federn* (1952) siedelt die Sucht zwischen der Depression und der Manie an und stellt fest, daß der Süchtige „einen allzugroßen Schmerz in seinem Ich“ erleidet. Er „leidet nicht an sich selbst, wie der Deprimierte, und nicht außerhalb seiner selbst, wie der Manische, durch seine Begierde leidet sein Ich entsetzlich“. *De la Vega* (1971) begreift die Sucht als den letzten noch verbleibenden Abwehrmechanismus. *Hartocollis* (1969) betont die zentrale Bedeutung der Verleugnung, in deren Dienst der Alkohol stehe. *Ringel* und *Rotter* (1954) heben die aufgeschobene suizidale Tendenz des suchtkranken Patienten hervor.

Ein psychodynamisches Verständnis gewinnt die Sucht im Rahmen des Symbiose-Komplexes. Im Rückgriff auf die früheste Zeit der Kindheit sieht der Suchtkranke die Realität, an der er scheitert, und sucht in einem zerstörerischen symbiotischen Abhängigkeitsverhältnis vom Suchtmittel die Mutter-Kind-Dyade auf. In dieser frühen Zeit gibt es für das Kind noch keine faßbare äußere Realität. Die Mutter, als eine gleichsam innere Realität des Kindes, das ganz von ihrer narzißtischen Zuwendung abhängig ist, stellt für das Kind die Beziehung zur umgebenden Gruppe und zur Umwelt her.

Aus dieser Konstellation wird der Hauptabwehrmechanismus verständlich, den ich in ganz extremer Ausprägung bei den über 50 von mir behandelten alkoholkranken Patienten finden konnte: die Verleugnung, verbunden mit einer grandiosen Idealisierung der Mutter.

Die totale Verleugnung ist für den Patienten die einzige Möglichkeit, mit der immensen Angst, die er bei der Bewältigung kleinster Realitätsaufgaben empfindet, fertigzuwerden. Um dieser Angst zu entgehen,

muß er der Realität ganz ausweichen. Wenn der Patient in der Klinik aufgenommen wird, leugnet er seine Konflikte, er leugnet auch, Angst zu haben. Seine Kindheit stellt er beschönigend als problemlos dar. Seine Beziehungen zu seinen Eltern in der Kindheit kann er ebensowenig darstellen wie seine gegenwärtigen Beziehungen. Das Ausmaß der Unfähigkeit, seine Eltern oder andere Beziehungspersonen auch nur zu beschreiben, stellt geradezu ein differentialdiagnostisches Kriterium für die Schwere der Erkrankung dar.

Diese Unfähigkeit, die Realität wahrzunehmen, flexibel mit ihr umzugehen und adäquat auf sie zu reagieren, hat ihren Ursprung regelmäßig in einer pathologischen Familiensituation der Kindheit, deren Kommunikationsstruktur sich auszeichnete durch Mystifikation und Verleugnung, einen Mangel an bedeutungsvoller Kommunikation sowie vor allem durch ein Verbot der Realitätsprüfung.

Ein typisches Beispiel ist die Lebensgeschichte eines 43jährigen Patienten, dessen Mutter von seiner Geburt an an den Rollstuhl gefesselt war. Sie habe an Lähmungen gelitten, deren Ursache er nie erfahren habe. Alle hätten auf die „schwerkranke“ Mutter Rücksicht nehmen müssen, der Patient selbst opferte sich in der Pflege und Fürsorge für seine von ihm verehrte und bemitleidete Mutter von frühester Kindheit an auf. Diese aufopfernde Haltung blieb auch später sein zentraler Lebensinhalt, unter grotesker Realitätsverkennung fühlte er sich als kleiner Angestellter im Betrieb seines Schwagers für alles verantwortlich, jeder wandte sich an ihn, er organisierte den ganzen Betrieb, ohne dafür von seinem Schwager und seiner Schwester Dank zu bekommen.

Anfangs berichtete der unsicher wirkende Patient in der Gruppe sehr konfus über seine enge Beziehung zu seiner Mutter und sprach nur mit großer Verehrung von ihr. Erst lange Zeit später erzählte er ganz verstört eine Begebenheit, die er nie begriffen und die für ihn fast unwirkliche Züge bekommen hatte. Als Kind fuhr er eines Tages seine Mutter im Rollstuhl in den Wald. Dort stand sie aus dem Rollstuhl auf und kletterte mit ihm einen steilen Abhang hinauf, um dort Brombeeren zu pflücken. Zurückgekehrt, setzte sie sich wieder in ihren Rollstuhl und und ließ sich vom Patienten nach Hause fahren. Auch zu Hause sah er seine Mutter manchmal in unbeobachteten Momenten herumspazieren, ohne daß er wagte, mit irgend jemandem über das Gesehene zu sprechen.

Man kann ermessen, in welchem starkem Maße die Beziehung zur Realität bei einem Menschen — und dieses Beispiel ist kein Einzelfall — gestört sein muß, der durch die Verleugnung der ganzen Familiengruppe in derart eklatantem Ausmaß an einer offenen Kommunikation über das, was er mit eigenen Augen sah und nicht zu integrieren vermochte, gehindert wurde.

In der Auseinandersetzung mit der Mutter, die die erste Realität im Leben des Kindes ist, und der Primärgruppe prüft, differenziert das Kind seine Beziehung zur Umwelt, lernt zwischen Phantasie und Wirklichkeit unterscheiden. Dieser Prozeß ist mit der Loslösung aus der symbiotischen Mutter-Kind-Dyade als Voraussetzung einer Individuation und Identitätsfindung aufs engste verbunden. Ein Verbot, die Diskrepanz zwischen Realität und Mystifikation wahrzunehmen, das Wahrgenommene zu prüfen und sich darüber zu verständigen, muß daher die Ich-Entwicklung entscheidend behindern. Wenn das Kind gezwungen ist, seine erste Realität im Leben — die Mutter — falsch zu verstehen, wird es auch alle spätere Realität falsch sehen. Insbesondere fällt in der Kindheitsgeschichte alkoholkranker Patienten immer wieder das absolute Verbot auf, die negativen Aspekte der Mutter wahrzunehmen.

Ein Patient, der bei seiner von ihm als bedrohlich und abweisend erlebten Mutter aufwuchs und sich stark nach seinem — von der Mutter geschiedenen — Vater sehnte, mußte von seiner „lieben Mutti“ und seinem „bösen Vati“ sprechen, so daß er diese Ausdrücke bald gegen seine eigenen Empfindungen wie automatisch benutzte.

Jegliches ad-gredi in Wort und Tat wird von der Mutter und der Primärgruppe als schwere Bedrohung erlebt, so daß der Patient seine Aggressionen, die auf einer richtigen Wahrnehmung der Mutter beruhen, verleugnen muß. Daraus resultiert eine Lähmung der Ich-Funktion der konstruktiven Aggression, die — zurückgeschlagen und ihres ursprünglichen Objektes beraubt — sich destruktiv und ziellos äußert, wenn das starre Über-Ich „im Alkohol aufgelöst“ ist.

Ein stark aggressiv gehemmter Patient, der noch in enger Beziehung mit seiner Mutter lebte, berichtete, daß er seine Mutter sehr verehere und liebe, daß sie in allem recht habe, ihm immer wieder verzeihe, sich besorgt um ihn kümmerge und daß er große Schuldgefühle habe, sie ständig zu enttäuschen. Wenn er betrunken war, randalierte er zu Hause, zerstörte die Wohnungseinrichtung, terrorisierte und quälte seine Mutter. Er beurteilte diese aggressiven Ausbrüche als ihm völlig wesensfremd, die nichts mit seinen innerlichen Gefühlen zu tun hätten, sondern lediglich als direkte Wirkung des Alkohols anzusehen seien, für die er — der er sich nur als braves Kind erleben durfte — keine Verantwortung trage.

Die Verleugnung der Realität und die Idealisierung der Mutter werden auch in den beiden folgenden Fallbeispielen deutlich, die die Beziehung von Psychosomatik und Perversion zum Suchtgeschehen aufzeigen sollen.

Der 31jährige, mittelgroße, schwarzhaarige Patient Herr B. aus Ungarn lief auf der Station immer mit einem mißtrauischen und verschlossenen Gesichtsausdruck herum, aus dem eine permanente Vorwurfshal-

tung sprach. Er war sehr leicht reizbar und reagierte bei kleinsten Anlässen aufbrausend, fühlte sich verletzt und brach dann den Kontakt zur Gruppe und zu den Mitpatienten abrupt ab. In seiner stolzen Haltung, die sich bis zu masochistischen Starrsinnsexzessen steigerte, ließ er niemanden an sich herankommen. Andererseits war er sehr feinfühlig, konnte ausgezeichnet psychologisch denken und sensibel auf die Gruppe und die Mitpatienten eingehen. Seinen Vater, der im Krieg gefallen ist, hat der Patient nie kennengelernt. So wuchs er als einziges Kind in enger Beziehung zur Mutter, die er als schwermütig und sehr empfindlich schilderte, auf. Schon früh entwickelte er eine außerordentliche Fähigkeit, sich in seine Mutter einzufühlen. Hatte er seine Mutter durch sein Verhalten gekränkt, so las er ihre Mißbilligung an ihren Augen ab, ohne daß sie auch nur ein Wort zu sagen brauchte, und reagierte mit schweren Schuldgefühlen. Er fühlte sich für ihr Wohlbefinden verantwortlich, hing abgöttisch an ihr und glaubte, daß auch er alles für sie bedeute. Die Mutter konnte sich ihm jedoch nur dann zuwenden, wenn er körperlich krank war: dann verhätschelte sie ihn und deckte ihn zärtlich zu.

Als der Patient neun Jahre alt war, heiratete seine Mutter erneut. Er sah sich aus seiner Rolle als ihr einzig legitimer Partner gedrängt, fühlte sich maßlos betrogen, warf sich vor die Hochzeitskutsche und wurde krank. Die Enttäuschung über das Verlassenwerden konnte er nicht verwinden, verehrte seine Mutter jedoch weiter und verschob seinen unbändigen Haß auf seinen Stiefvater und den Halbbruder, der bald darauf geboren wurde. Er grübelte verzweifelt über seine Unvollkommenheit nach, der Mutter — vor allem auch sexuell — zu genügen. Die narzißtische Kränkung nagte unaufhörlich in ihm — bis er im Alter von 15 Jahren nach einem Gang mit seiner Mutter zur Beichte sich urplötzlich entschloß, von zu Hause fortzugehen. Von einer Stunde zur anderen verließ er, ohne sich von seiner Mutter zu verabschieden, seine Heimat und ging in den „goldenen Westen“, der in seiner Phantasie eine üppige ewig spendende Mutter darstellte. Seine Mutter sah er nie mehr wieder.

Aus der Geschichte des Patienten geht die typische von *Ammon* (1974) beschriebene Dynamik der psychosomatisch krankmachenden Mutter-Kind-Beziehung hervor. Die Mutter, die nur den kranken Körper des Patienten lieben konnte, war jedoch in ihrer Sprunghaftigkeit und labilen Selbstbezogenheit nicht fähig, diese partielle Zuwendung kontinuierlich aufrechtzuerhalten. Nach der Wahl eines neuen Partners verlor die psychosomatische Kommunikation ganz ihre Funktion, die Mutter überließ den Patienten, indem sie vorher die Phantasie eines über alles geliebten Kindes genährt hatte, ganz seinem totalen Verlassenheitsgefühl.

Mit großem Ehrgeiz und in harter Arbeit baute sich Herr B. in Deutschland eine Existenz auf, während er unter Magenbeschwerden zu

leiden begann und schließlich ein Ulcus entwickelte. Seiner Mutter schickte er regelmäßig Geld und Pakete. Er kam in seinem Beruf voran, war geachtet und beliebt, wurde von einer Ersatzmutter umsorgt und hatte eine Freundin. Sein ganzes Sinnen und Trachten war jedoch darauf gerichtet, seine Mutter zu sich nach Deutschland zu holen. Als er sich ein kleines Vermögen zusammengespart und eine schöne Wohnung mit teurem Mobiliar hatte, legte er sich mit einem Magencarcinom ins Krankenhaus und schrieb seiner Mutter einen Brief, daß er nun endlich soweit sei, und sie nach Deutschland zu ihm kommen könne. Die Antwort der Mutter lautete: sie bleibe in Ungarn. Eine Äußerung seiner Ersatzmutter, er werde sicher bald gesund, und könne wieder arbeiten, genügte, seine ganze Wut und Enttäuschung über das Verlassenwerden — das Nichtannehmen seines psychosomatischen Hilferufes — auf sie zu übertragen. Aus der Klinik entlassen, nahm er aus der Kasse seiner Ersatzmutter das ganze Geld — mehrere tausend Mark — und steckte es in seine Unterhose. Die Kasse trug er in einer Aktentasche in den Wald, übergoß sie mit Benzin und zündete sie an. Zurückgekehrt, wurde er von der Polizei erwartet. Er leugnete seine Tat hartnäckig, obwohl man große Geduld mit ihm hatte und ihm angesichts seiner Unbescholtenheit und allgemeinen Beliebtheit versprach, von einer Anzeige abzusehen, wenn er das Geld wieder herausgebe. Erst nachdem sich die Beamten aufgrund seines trotzigigen Schweigens gezwungen gesehen hatten, eine Anzeige aufzusetzen, griff er in seine Unterhose und warf ihnen das Geld hin. Tags darauf betrank er sich und verließ seine Verlobte, seine Bekannten, seine Arbeit und alles, was er sich aufgebaut hatte. Er ging nach Berlin, wo er niemanden kannte, und vertrank seine beträchtlichen Ersparnisse innerhalb kurzer Zeit. In der Lebensgeschichte dieses Patienten, deren Psychodynamik so offen zu Tage tritt, wird deutlich, wie in dem Augenblick die Sucht einsetzt, als die Funktion des psychosomatischen Symptoms zusammenbricht. Ebenso wie der Patient in der Kindheit nicht vermocht hat, seine Mutter durch seine körperlichen Leiden an sich zu binden, und sie an den Stiefvater und den Stiefbruder verlor, konnte er auch durch seine Magengeschwüre seine Mutter nicht wieder zu sich holen. Gleichzeitig enthüllt sich der enge Zusammenhang zwischen dem Haß auf die Mutter, der verleugnet und in einem dramatischen Geschehen ausagiert, der suizidalen Selbstdestruktion, der gegen die verinnerlichte Mutter gerichtet ist, und der Sucht, die die Suche nach der idealisierten mit der Zerstörung der gehaßten Mutter vereinigt. So endete denn auch die exzessive Sucht des Patienten schließlich in einem Selbstmordversuch.

Der Zusammenhang zwischen Verlust, Psychosomatik und Sucht wurde später noch einmal deutlich, als der Patient nach dem Tod seiner Mutter, die an einem Magencarcinom verstarb, und einer Magenresek-

tion, der er sich zur gleichen Zeit unterziehen mußte, den Alkoholabusus so exzessiv steigerte, daß er in die Klinik aufgenommen werden mußte. Eine Verschlimmerung der Suchtsymptomatik nach Wegnahme des psychosomatischen Symptoms habe ich bei einer Reihe von Patienten beobachten können.

In der Therapie sprach der Patient nur mit großer Verehrung von seiner Frau Mutter. Gleichzeitig verhielt er sich mißtrauisch und ablehnend gegenüber der Gruppe, in der er mit vorwurfsvollem und verschlossenem Gesichtsausdruck saß. Bei kleinsten Anlässen fühlte er sich verletzt und reagierte gereizt. Er äußerte, daß alles noch viel schlimmer werde, wenn er sich zu sehr auf die Gruppe einlasse. Auf andere Gruppenmitglieder und die Gruppenprozesse konnte er mit großer Sensibilität eingehen. Wenn er Protokoll schrieb, hatte er meine Interpretationen schon notiert, bevor ich sie geäußert hatte. Darauf angesprochen, ob er nicht Enttäuschung und Wut gegenüber seiner Mutter empfunden habe, der er als Partner nicht genügt und die sich dem Stiefvater zugewandt habe, reagierte er abweisend und war verärgert. Er arbeitete intensiv in der Gruppe mit, sprach aber seine Mutterbeziehung nicht an. Von der Gruppe fühlte er sich oft mißverstanden. Wenn er Ausgang hatte, trank er kleine Mengen Alkohol, kam geordnet in die Klinik zurück, brachte es aber fertig aufzufallen und bekam daraufhin Urlaubssperre. Dieses provozierende Verhalten wiederholte er regelmäßig am ersten Tag nach Ablauf der Urlaubssperre. Die Gruppe reagierte wütend und ratlos. Mit seinem Verhalten konfrontiert, wehrte er seine Feindseligkeit gegenüber der Gruppe, die er verbal idealisierte, ab. In einer Sitzung drückte ich in der Gegenübertragung anstelle der gelähmten Gruppe die ganze ohnmächtige Wut aus, die der Patient und die Gruppe aufeinander empfanden, und konfrontierte den Patienten aggressiv mit der Deutung, daß er seine Mutter genauso gehaßt und verachtet habe wie die Gruppe.

Daraufhin verkrampfte der Patient seinen Körper und schrie mich mit bebender Stimme und loderndem Haß an: „Lassen Sie meine Frau Mutter aus dem Spiel. Ich lasse meine Frau Mutter nicht beleidigen.“ Er war außer sich vor Wut, ich sollte mich auf der Stelle entschuldigen und die Ehre seiner Mutter wiederherstellen, sonst würde er die Therapie abbrechen. Das intensive therapeutische Bündnis, das ich mit dem Patienten herstellen konnte, konnte einen Abbruch der Therapie gerade noch verhindern. Mit verbissenem Gesicht lief der Patient auf der Station umher, trank wieder Alkohol und erreichte endlich die Befriedigung seiner unbewußten Strafbedürfnisse, als der Leiter der Klinik ihn wegen seiner ständigen Rückfälle entließ. Unter dem Druck der Trennung berichtete er in der letzten Gruppensitzung folgendes Ereignis aus seinem zwölften Lebensjahr: Am gleichen Tag, als der Stiefvater nach ein-

nem tödlichen Motorradunfall in der Küche aufgebahrt lag, überraschte der Patient seine Mutter im Nebenzimmer beim Geschlechtsverkehr mit dem Bruder des Verunglückten. Diese Szene verstörte und erschütterte ihn furchtbar. In dem Augenblick, als er seine Haßgefühle nicht mehr auf seinen Stiefvater verschieben konnte und wegen dessen Tod schwerste Schuldgefühle empfinden mußte, brach das glorifizierte Bild seiner Mutter als einer Heiligen zusammen. Für einen Moment empfand er maßlosen Haß und grenzenlose Verachtung: seine Mutter — eine Hure. Dieses Bild hat der Patient sein ganzes Leben vor Augen gehabt. Verzweifelt hat er versucht, es als unannehmbar wieder aus seinem Bewußtsein zu tilgen. In der Sehnsucht nach der unendlichen Geborgenheit und Ruhe bei der idealen, reinen Mutter, die er in der Alkoholsucht zu finden hoffte, hat der Patient gleichzeitig seine verinnerlichte, gehaßte und schmutzige Mutter permanent zerstört.

Wenige Tage nach seiner Entlassung kam der Patient wegen quälender Einsamkeit in die Klinik zurück, um seine Therapie in der Gruppe fortzusetzen. Es war das erste Mal in seinem Leben, daß er nach einer Trennung seinen Stolz, der einen Identifikationszwang mit dem idealisierten Mutterimago darstellte, überwinden und zurückkehren konnte.

Eine ähnliche Dynamik entfaltet sich in der Lebensgeschichte eines anderen Patienten, nur daß es hier anstelle der Psychosomatik die perverse Symptomatik ist, mit deren Hilfe vor der Manifestation der Sucht das narzißtische Defizit auszufüllen versucht wird.

Der 45jährige, feminine, blonde, maskenhaft wirkende Patient M., dessen bemüht jugendliche Aufmachung in eigentümlichem Gegensatz zu den deutlichen Alterserscheinungen standen, die sich in seinem Gesicht abzeichneten, wurde aufgrund seines Aussehens und seines gespreizten Verhaltens von der Gruppe sofort auf seine Homosexualität angesprochen, die er daraufhin strikt negierte. Alle Fragen und Anteilnahme der Gruppe und der Therapeuten konnte er anfangs nicht als Hilfe begreifen, sondern erlebte sie als Neugierde an einem exotischen Exemplar der Gattung *Homo sapiens*, an dem man sich ergötzte. Ebenso beziehungslos und abgespalten, wie er anderen Menschen gegenüberstand, stand er sich selbst und seiner Perversion gegenüber. Nur als Bewunderer abstrakter Ästhetik konnte er den Schatten eines Existenzgefühles erleben.

Als kleines Kind mußte der Patient oft mit ansehen, wie der von ihm verabscheute alkoholsüchtige Vater die Mutter schlug und reagierte darauf mit großer Angst und Hilflosigkeit. Nach der Scheidung der Eltern blieb er bei seiner labilen und suizidalen Mutter, die zu ihm als ihrem jüngsten Kind eine intime Beziehung entwickelte und ihn als schönen Knaben wie ein kostbares Schmuckstück behandelte. Sie gab den Pa-

tienten im Alter von sieben Jahren zu Pflegeeltern — mit der Bemerkung, sein Körper sei zu schwächlich und deshalb solle er für vier Wochen aufs Land gehen, wo es genug zu essen gäbe. Aus den vier Wochen wurden sechs Jahre, in denen die Pflegeeltern ihn mißhandelten und hungern ließen. Oft ging er hinter den Schuppen, weinte und betete, daß seine Mutter ihn zurückhole.

In der Kindheitsgeschichte des Patienten wird die typische von *Khan* (1968) beschriebene Psychodynamik der pervers-machenden Mutter-Kind-Beziehung deutlich. Die Mutter, die den Körper des Kindes idolisierte und libidinös besetzte, konnte jedoch auch diese partielle Beziehung nicht aufrechterhalten und überantwortete ihr Kind, dessen Körper sie dann als „zu schwächlich“ erlebte, einem schweren, jahrelangen Verlassenheitstrauma, daß der Patient mit einer reaktiv verstärkten Besetzung des idolisierten Mutterbildes beantwortete. So wie es dem Patienten B. durch sein psychosomatisches Symptom nicht gelang, die Mutter an sich zu binden, ebenso wenig gelang es diesem Patienten, durch seinen schönen Körper seine Mutter zurückzuholen.

Als die Mutter den Patienten wieder zu sich nahm, setzten sie ihre alte Beziehung fort, die in einer gegenseitigen Bewunderung der Schönheit bestand, während über Gefühle nicht gesprochen wurde. Später arbeitete er in Westberlin und besuchte seine Mutter jahrelang jedes Wochenende in Ostberlin, um sie zu versorgen und zu verpflegen, während sich seine verheirateten Geschwister, auf die er deshalb einen starken Haß empfand, nicht um die Mutter kümmerten. Während dieser Zeit hatte er eine Vielzahl von flüchtigen heterosexuellen Beziehungen ohne emotionale Bindung, die er fürchtete und auch dadurch verhinderte, daß er — wie die Frauen bald merkten — mit seiner Mutter verheiratet war.

Als die Mutter einen Schlaganfall erlitten hatte und von da an zunehmend körperlich verfiel und geistig verwirrt wurde, versuchte der Patient verzweifelt, ihren Verfall zu verleugnen und das Bild einer schönen Mutter zu bewahren. Er kümmerte sich noch mehr um sie, kaufte ihr schöne Kleidung und fütterte sie mit Verjüngungsmitteln. Während er einerseits ihren Verfall nicht wahrnehmen wollte, entschuldigte er andererseits alle Launen und Aggressionen, die sich hauptsächlich gegen ihn richteten, als krankheitsbedingt und nicht ihren wirklichen Gefühlen entsprechend. So verleugnete er die wiederholten Äußerungen der Mutter, daß sie ihre älteste Tochter, die sich überhaupt nicht um die Mutter kümmerte, viel lieber habe als ihn, um sich weiterhin als der über alles geliebte Sohn der idealisierten Mutter zu phantasieren.

Als die Mutter starb, ließ er sie kostbar aufbahnen. Sie habe auf dem Totenbett — wie er mit verklärtem Blick in der Gruppe berichtete —

wie ein „reiner, schöner Engel“ ausgesehen, der in den Himmel fahre.

Nach dem Tod seiner Mutter fühlte er sich einsam und leer. Er zählte seine sexuellen Frauenbekanntschaften zusammen, über die er minutiös Tagebuch geführt hatte: es waren 67. Jede Beziehung war nur ein Blatt Papier, auf dem sachlich Orgasmen verzeichnet waren. Auf die Bemerkung hin, er sähe aus wie ein Schwuler, versuchte es der Patient — bald nach dem Tode der Mutter — mit homosexuellen Beziehungen. Er suchte sich schöne, meist alkoholabhängige Jünglinge, die er von ihrer Trunksucht heilen wollte, die er bewunderte, streichelte und zärtlich umsorgte, um damit in dauernden Reparationsversuchen in Szene zu setzen, was er selbst von seiner Mutter ersehnt hatte.

Während er von seinen homosexuellen Partnern verachtet und belogen, bedroht und bestohlen wurde, verzieh er ihnen immer wieder. Auf das Scheitern der homosexuellen Beziehungen, das er sich nicht eingestehen durfte, reagierte er dann mit exzessiver Trunksucht.

So wie die Kontakte zu Frauen leer und beziehungslos blieben, scheiterten ebenso seine Versuche, die Symbiose mit seiner Mutter in einer homosexuellen Beziehung, in der er die Rolle der Mutter übernahm, wiederherzustellen, und endeten in chaotischer Destruktivität. Der Patient konnte weder eine tragfähige hetero- noch homosexuelle Identität aufbauen. Das Versagen seiner verzweifelten Bemühungen um eine perverse Ersatzidentität ließ ihn dann unter Verleugnung der frustrierenden Realität in einem exzessiven Alkoholabusus die ersehnte in der Perversion mißglückte symbiotische Beziehung aufsuchen, wobei in der Alkoholabhängigkeit das süchtige Verlangen nach der idealen Mutter sich ebenso ausdrückte, wie der bisher verleugnete Haß gegen die verinnerlichte Objektrepräsentanz der ihn verstoßenden Mutter, der er pathologisch die Treue hielt.

In der psychotherapeutischen Gruppe, in der der Patient anfangs völlig erstarrt dasaß und in der er in einer Mutterübertragung auf die Gruppe glaubte, die Neugierde der Mitpatienten befriedigen zu müssen, ließ sich der erste Kontakt über seine Angst vor dem Alter herstellen. Eine Traumanalyse arbeitete seine Vorstellung heraus, sich mit 49 Jahren umbringen zu müssen, um nicht mit 50 Jahren aus dem Traum einer ewigen Schönheit endgültig herausgestoßen zu werden.

Die zentrale Problematik enthüllt dann folgender Traum, den der Patient nach mehrmonatiger Therapie hatte: er befindet sich auf einem Friedhof und steht am offenen Grab seiner Mutter. Er nimmt eine Schaukel Erde, um sie in das Grab zu werfen, und bemerkt dabei, daß in dem Grab lediglich ein Sargdeckel ist. Es scheint ihm unwichtig, er reagiert gleichgültig. Da kommen einige Gruppenmitglieder auf ihn zu, reagieren entsetzt und bestürzt, nehmen ihn in ihre Mitte und zeigen ihm, daß das

wirkliche Grab seiner Mutter hinter seinem Rücken liegt und daß er sich umdrehen müsse, um es zu sehen.

Dieser Traum machte dem Patienten deutlich, daß er das ganze Leben an einem falschen Grab getrauert hat, um eine fassadenhafte Mutter ohne Inhalt und ohne Gefühl. Das Entsetzen, das er selbst bislang nicht darüber empfinden konnte, drückte im Traum für ihn die Gruppe aus, die ihm seine wirkliche tote Mutter zeigte und sich nun als eine hilfreiche lebendige Mutter-Gruppe um ihn schloß, um ihn wie in einen Uterus aufzunehmen und ihm das Verständnis und die Liebe zu geben, die er nie erfahren hatte.

Diese beiden Fallgeschichten exemplifizieren die bei Suchtkranken immer wieder auffallende starke Diskrepanz zwischen einer extrem idealisierten Mutterimago und der realen Mutter — ein Konflikt, der für die Patienten unannehmbar und unauflösbar ist und sie innerlich lähmt. Die Haßgefühle gegenüber der Mutter, die wegen der Schwäche des Ichs nicht verdrängt werden können, werden — oft gegen eine offenkundige Realität — abgespalten und verleugnet. Die Patienten sind unfähig zu einer konstruktiven aggressiven Aktion, die ihr Ich und ihre Objektbeziehungen strukturiert. Die Stärke des Ambivalenzkonfliktes erklärt sich aus der Arretierung der intrapsychischen Kommunikation zwischen guter und schlechter Mutter, die aus dem in der interpersonellen Situation der Familiengruppe der Kindheit gesetzten Verbot einer offenen Verständigung und Auseinandersetzung mit Realität und Phantasie resultiert.

Beide Patienten, deren Ich- und Identitätsentwicklung seit frühester Kindheit schwer behindert wurde, waren unfähig, eine tragfähige psychosomatische bzw. perverse Identität zu organisieren, deren Abwehrstruktur eine Eingrenzung ihrer Pathologie auf bestimmte Ich-Anteile bewirkt und ihnen außerhalb ihres Ich-Defizits genug strukturierte Ich-Anteile läßt, die ihnen eine partielle Aufrechterhaltung ihrer Funktionsfähigkeit und ihrer kreativen Lebensentfaltung ermöglicht. In der Sucht bricht diese Abwehrfront zusammen, das ganze Ich verliert im Rückzug aus der Realität seine innere und äußere Grenzstruktur und wird in den Strudel einer Regression von psychotischer Qualität gezogen. Die Sucht nach der Symbiose mit der idealisierten Mutter mißlingt und endet in einer das ganze Selbst zerstörenden Destruktion gegen die verinnerlichte Mutter.

Bei jüngeren alkoholabhängigen Patienten fand ich oft, daß sie nicht einmal in Ansätzen eine psychosomatische oder perverse Ersatzidentität aufbauen konnten, sie zeigten nur diffuse und flüchtige psychosomatische und perverse Symptome.

Ein solcher völlig passiver 25jähriger Patient, der chaotisch mit seinen Eltern zusammenlebte, war unfähig auszudrücken, wonach er auf dieser Welt suche, z. B. auch ob er sich sexuell mehr zu Frauen oder zu Männern hingezogen fühle. Auf alle Fragen der Gruppe, ob er sich einer Meinung anschließe, ob ihm etwas gefalle, ob er bei einem Spiel mitmache oder sich an einer Arbeit beteilige, antwortete er mit der stereotypen Gegenfrage: „Warum nicht?“ Er konnte nicht ja sagen und konnte nicht nein sagen. Der Tod war für ihn so unbegreiflich wie das Leben. Hier enthüllt sich in aller Deutlichkeit das ungelebte Leben des Suchtkranken als ein Aufgehen im Nirwana, in dem Leben und Sterben gleichermaßen verleugnet werden müssen.

*Psychosomatics and Perversion in Alcoholics — Syndromes of an Unlived Life*

Gerd Röhling

The author reports his experiences in psychoanalytic group therapy and milieu therapy with alcoholics on the ward. In patients suffering from addiction a remarkable discrepancy between an extremely idealized mother-*imago* and the real mother is found. This discrepancy is experienced by the patients as an unacceptable and insoluble conflict, which leads to an inner torpidity. Feelings of hatred towards the mother, which cannot be repressed on account of the weakness of the ego, are being splitted off and denied — often contrary to an obvious reality. These patients are not capable of constructive aggressive actions, which would structure their ego and their object relations. Only in the state of drunkenness, where, in denying reality, the longing for a symbiotic fusion with the idealized mother is expressed, their ego-alien aggression may break through destructively. The intensity of the ambivalence-conflict can be explained by the deficient intrapsychic communication between the good and the evil mother being arrested. This deficient communication results from an interpersonal situation within the family group in the patient's childhood, where sincere understanding and the facing of reality and fantasy had been prohibited. In alcoholics a variety of further symptoms can be noticed. The personality structure of these patients is determined by psychosomatic and perverse symptom-formations, moreover, family dynamics, which characterize these ego-illnesses are to be observed. Nevertheless these patients are not capable of organizing a psychosomatic or perverse identity, by the defense mechanisms of which their pathology would be limited to certain ego-components. Beyond their ego-deficit, there would remain sufficient ego-

functions to guarantee a partial maintenance of coping mechanisms and a partial creative development of life.

In addiction even this defense formation breaks down. The ego as a whole loses the structure of its inner and outer boundaries and is being drawn into a regression of psychotic quality. The addiction to the symbiosis with the idealized mother cannot lead to satisfaction and ends in destruction of the whole self, which is directed towards the internalized mother. The boundaries between fantasy and reality break down.

Upon the spectrum of the archaic ego-illnesses addiction represents a higher degree of psychic disintegration than the borderline-syndrome — psychosomatic disease and perversion. The author presents two case-studies in order to substantiate this thesis.

## Literatur

- Ammon, G.* (1969): Oralität, Identitätsdiffusion und weibliche Homosexualität. Eine psychoanalytische Studie. In: *Dyn. Psychiat.* (2) 63  
— (1973): Dynamische Psychiatrie — Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie. (Darmstadt: Luchterhand)  
— (1974): Psychoanalyse und Psychosomatik (München: Piper)
- Federn, P.* (1972): *Ego Psychology and the Psychoses* (New York: Basic Books). Dt. Ausg.: *Ich-Psychologie und die Psychosen* (Bern: Huber 1956)
- Götte, J.* (1972): Psychosomatisches Symptom und Sucht. In: *Dyn. Psychiat.* (5) 252
- Hartocollis, P.* (1969): A Dynamic View of Alcoholism: Drinking in the Service of Denial. In: *Dyn. Psychiat.* (2) 173
- Khan, M. M. R.* (1968): Reparation of the Self as an Idolised Internal Object. In: *Dyn. Psychiat.* (1) 92
- Menninger, K.* (1963): *The Vital Balance. The Life Process in Mental Health and Illness* (New York: Viking Press) Dt. Ausg.: *Das Leben als Balance* (München: Piper, 1968)
- Simmel, E.* (1930): Zum Problem von Zwang und Sucht. Bericht vom V. Allgemeinen ärztlichen Kongreß für Psychotherapie.
- Ringel, E.; Rotter, H.* (1957): Zum Problem des Selbstmordversuches im Rausch. In: *Wien K. Nervenheilk.* (13) 406

Adresse des Autors:  
Dr. med. Gerd Röhling  
1 Berlin 31  
Johann-Sigismund-Straße 16

## Buchbesprechungen / *Book Reviews*

Death and Dying and Terminal Care

*An annotated, critical Bibliography*

Copyright: Michael A. Simpson 2nd edition, 1975

- Rating System: \*\*\*\*\* Strongly recommended. Buy and read.  
 \*\*\*\* Useful general reference work, very good in parts.  
 \*\*\* Useful for special reference, or for those making a special study of this area.  
 \*\* I find it hard to get excited about this book, but it's relatively harmless.  
 \* Not recommended. Avoid it if you can.

PB = Paperback

*Children and Dying*

*(An Exploration and a Selective Professional Bibliography)*

S. S. Cook. New York, Health Sciences Publishing, 1973, 37 pp. \$ 1.95

Four short essays (also published elsewhere) on children's perceptions of death, teenagers and death, and helping children cope with death. A short bibliography. Rather nondescript. \*\*

*A Bibliography on Books on Death, Bereavement, Loss and Grief: 1935—1968*

Ed. A. H. Kutscher. New York, Health Sciences Publ., 1969. 84 pp. \$ 4.95

A moderately comprehensive, very uncritical, not always relevant, unannotated bibliography of books in this area. Too unselective to be very useful. \*\*

*Selected Bibliography on Death and Dying*

Ed. J. Vernick. NIH/U. S. Govt. Printing Office. 60 pp. 65 c

Handy for sporadic use, but a poor bibliography, with about one-third inappropriate references, either highly inaccessible papers in foreign languages, or references to large works on wholly other subjects! \*\*

*The Savage God*

A. Alvarez. Bantam PB \$ 1.95.

A study of attitudes towards suicide and death through history and literature, and the fascination this theme has had for writers at all times. Includes an account of his relationship with Sylvia Plath, and her suicide, and his own suicide attempt. \*\*\*\*\*

*The Discovery of Death in Childhood and After*

Sylvia Anthony. Harmondsworth and Baltimore, Penguin Books, 1973. 280 pp. \$ 3.95

A classic work, an observant and eclectic study of how children learn and form the concept of death and how they use this idea, in a broad cultural perspective. Very readable. \*\*\*\*

*Western Attitudes Toward Death  
(From the Middle Ages to the Present)*

Philippe Aries. Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1974. 111 pp. illus. \$ 6.50

A unique and highly accomplished historical perspective, looking at attitudes to death in the West as reflected in public and private ceremonies and customs, literature and art. Ingenious social history, spare but consistently interesting. \*\*\*\*

*Man and Life: A Sesquicentennial Symposium*

Ed. Charles D. Aring. University of Cincinnati Press, 1969. 92 pp.

If only reports of symposia and the like represented an organized synthesis of what was said, bravely omitting the minutiae of discussion! An able and well above average collection including Jacques Barzun on the Quality of Life; Rene Dubos on Biological Limitations of Freedom and ethical issues, David Bazelon on legal aspects, and Michael DeBakey on his own point of view. \*\*\*

*Scapegoat: The Impact of Death-Fear on an American Family*

E. Bermann. University of Michigan Press, 1973. 357 pp. \$ 10.00

Study in depth of a family faced with overwhelming death-fear in response to the father's precarious health, in which the young son became the scapegoat for the family's problems, and presented as unmanageably aggressive at school. Excellent detailed and imaginative study of considerable specialist interest. \*\*\*

*The Dying Patient*

Eds. Brim, Freeman, Levine and Scotch. New York Russel Sage Foundation, 1970. \$ 10.00

Excellent collection of important studies by the major writers in the field. Probably the best general anthology on the subject, from a clinical point of view. \*\*\*\*

*Care of the Child Facing Death*

Ed. Cindy Burton. London/Boston, Routledge & Kegan Paul, 1974, 225 pp. \$ 15.85

Very practical and sound, looking at the problems faced by the child and parents, the staff and sibs, from a broad interdisciplinary basis. Variable in quality but contains some excellent and unusual material. Relatively limited reference to the general literature, but records some original observations. \*\*\*

*Life Before Death*

Cartwright, Hockey and Anderson. London, Routledge and Kegan Paul, 1973. 280 pp. \$ 18.95

The best and most competent study yet made of the last year of life — who dies? Of what? Where? With what restrictions and symptoms? Needing and getting what help? Looks at the care provided by doctors, nurses, community services, relatives and friends, the extent of awareness of death, and sources of information. Methodologically sound; a very significant source. \*\*\*

*Death and Modern Man*

J. Choron. Collier, 1964. 228 pp. PB \$ 2.95

What is the purpose and meaning of life if death is total annihilation? An excellent multidisciplinary study on the problems of immortality, fear of death, and the meaning of death. \*\*\*\*

*Death and Western Thought*

J. Choron. Collier, 1969. 320 pp. PB \$ 2.95 \$ 7.50

Classic survey of what the great Western philosophers thought about death, from pre-Socratic to present day views. Readable and highly competent. \*\*\*\*

*Death — Here is Thy Sting*

Coriolis. Toronto, McClelland & Stewart, 1967. 150 pp. PB \$ 2.50

A Canadian, sub-mitford, expose of the Funeral Industry, by a disillusioned funeral director. \*\*\*

*Death and Attitudes Toward Death*  
(Symposium Proceedings)

Ed. S. B. Day. Minnesota, Bell Museum of Pathology, University of Minnesota Medical School, 1972. 94 pp. PB \$ 1.00

Far too precise a transcript of three colloquia looking at attitudes to death among patients, children, physicians, relatives, hospital personnel, and a discussion on "Death and the black". Contains some original and much unoriginal thought. Rambling, and bearing no sign of editing — every inconsequential remark faithfully recorded, to the detriment of the consequential. \*\*

*The Psychiatrist and the Dying Patient*

K. R. Eissler. New York, International Universities Press, 1955 (reprinted 1973). 388 pp. \$ 3.45

Some essays of variable interest on theoretical aspects of death from a Freudian point of view, and three case-histories of analyses unto death. Of philosophical and specialist-interest, of little practical use. \*\*\*

*The Meaning of Death*

Ed. H. Feifel. New York, McGraw-Hill, 1959/65. 350 pp. \$ 2.95

Good selection of classical articles on death — philosophical (Jung, Tillich, Marcuse); death and literature, art and religion, and clinical and experimental studies. Representative and useful, influential and significant. \*\*\*\*

*Body, Mind and Death*

Ed. Antony Plew. New York, MacMillan 1971. 305 pp. PB \$ 1.95

A useful anthology of philosophical speculations regarding death, the meaning of mind, relations between mind and body, and speculations about an after-life. Ranges from Plato and Aristotle to William James, Gilbert Ryle and A. J. Ayer, via Hume, Huxley and Descartes. Well recommended for readers with philosophical interests. \*\*\*

*Death and Identity*

Ed. R. Fulton. New York, Wiley and Sons, 1965.

An important collection of the major articles of the '50's and early '60's of significance in the development of interest in this subject. \*\*\*

*A Child's Parent Dies: Studies in Childhood Bereavement*

Erna Furman. New Haven and London, Yale University Press, 1974. 316 pp. \$ 15.00

An excellent wide-ranging and helpful study of grief, loss and mourning in childhood, based on some detailed studies of bereaved

children and a thorough review of the literature. Of theoretical and practical use. An uncritical bibliography. \*\*\*\*

*Awareness of Dying*

B. G. Glaser and A. L. Strauss. Aldine, 1965. 305 pp. \$ 7.50

A classical sociological study, in which the authors advance a reasonably useful model of contexts of awareness of death; the problems that arise when there's "nothing more to do", and how we handle them. Interesting and with many practical examples. Would have benefitted from some tighter editing. \*\*\*\*

*Time for Dying*

B. Glaser and A. Strauss. Aldine. 1968. 270 pp. \$ 7.50

Like the previous book, based on intensive field work in hospitals. This one advances the model of Dying Trajectories — the course and progress of a death. Looks at sudden death (expected and unexpected) and lingering trajectories; death in hospital and at home, and the ways in which we socially structure death and the events surrounding it, principally how the staff cope with it. Again, rather too long. Both books need to be read by anyone doing detailed study in this field. \*\*\*\*

*Psychopharmacologic Agents for the Terminally Ill and Bereaved*

Ed. Goldberg, Malitz and Kutscher. New York, Columbia University Press, 1973. 340 pp. \$ 12.50

Despite the catchy title, an effective but over-long study of the uses of drugs in the care of the dying and the bereaved. Apart from some quite irrelevant inclusions, there are some good reviews, e. g., of the uses of Chlorpromazine, Heroin, LSD, and some discussion of the nature of grief and of pain. Poorly edited. \*\*\*

*Overcoming the Fear of Death*

D. C. Gordon. Harmondsworth Pelican, 1972, 115 pp. PB \$ 1.25

Analyses a cluster of other fears composing fear of death — including fear of losing time, of decay, irreversibility and the unknown; fear of life, loss of self, cessation of thought, loss of pleasure. But he argues that human behaviour is aimed at attaining "peak experiences" in which man is unified with himself, others and the world — and death should be welcomed as the ultimate fulfilling experience \*\*

*Concerning Death: A Practical Guide for the Living*

Ed. Earl A. Grollman. Boston, Beacon Press, 1974. 365 pp. \$ 3.95

Variable in quality but thorough. The incessant question and answer

format gets monotonous but it's an unpretentious, highly competent and decidedly helpful work — unusually accessible to the average lay reader. Some excellent contributors, including Cassem, Krant, Jackson and Grollman himself. Looks at death from the point of view of Protestant, Catholic, and Jewish traditions, the law, insurance, the coroner, the funeral director, cemetery, memorial maker, cremation, and educator, and even considers the art of the condolence call or letter. \*\*\*\*

### *Talking About Death*

E. A. Grollmann. Boston, Beacon Press, 1970. PB \$ 1.95

Strongly recommended. A beautiful book, probably the best available for use in discussing death with children. Well-illustrated and constructed, simple, direct, practical, honest, outstanding. \*\*\*\*\*

### *The Threat of Impending Disaster*

Ed. Grosser, Wechsler and Greenblatt. Chicago, M. I. T. Press, 1964/71 335 pp. PB \$ 3.50

Basically dealing with the psychology of stress, includes major chapters on cultural variations in attitudes toward death and disease, reactions to imminence of death; and some of Lifton's work on the psychological effects of the atom bomb in Hiroshima. \*\*\*

### *The High Cost of Dying*

R. M. Harmer. New York, Collier 1963. 256 pp. PB 95 c

Another attack on the American funeral industry. Competent and well documented despite the cover's ("Rips Away the shroud cloaking rackets in the undertaking business") hyperbole. Less entertaining than Mitford. Emphasizes the non-profit burial society approach. \*\*\*

### *Death and Dying: Attitudes of Patient and Doctor*

New York; Group for the Advancement of Psychiatry, Symposium No. 11 1965/1972 3rd printing 78 pp. \$ 2.00

A useful gathering of five studies on attitudes to death, including Herman Feifel's classic consideration of the function of such attitudes. \*\*\*

### *Death as a Fact of Life*

D. Hendin. New York, W. W. Norton, 1973. 255 pp. \$ 7.50, also PB \$ 1.75

Slick, chatty, verbose, very tabloid journalist account of many aspects of the subject, including criteria of death, euthanasia, and deep-freeze cryonics (given far more prominence than it deserves). Compiled from many sources, not always authorized, and often bitty and superficial. \*\*

### *The Psychology of Death*

Robert Kastenbaum and Ruth Aisenberg. New York, Springer Publishing Company, 1972. 500 pp. \$ 11.95

Quite simply the very best book on the psychology of death, and one that is unlikely to be improved upon for some time. Very well organized and highly useful to any professional or scholar involved in work related to death. A truly critical review, stimulating, eclectic and honest. Looks at concepts of and attitudes towards death, developmentally and clinically, and the relevant cultural milieu; also thanatopsis, longevity, suicide, murder, accidents and illness. Stylish, yet straight-forward and not selfconscious. Strongly recommended. Probably the best buy for the serious scholar. \*\*\*\*

### *Adulthood and Aging*

D. C. Kimmel. New York, Wiley and Sons, 1974. 484 pp. \$ 11.95

A competent, interdisciplinary and developmental study of man — adulthood, maturity, aging, retirement, dying and bereavement. Draws together many important themes quite ably. Well illustrated, and includes case histories. \*\*\*

### *Dying and Dignity*

*(The Meaning and Control of a Personal Death)*

Melvin Krant. Springfield/Illinois, Charles C. Thomas 1974. 154 pp. \$ 5.95

An intelligently and thoughtfully written series of essays by a noted oncologist, exploring the concepts of meaningful and self-controlled dying, and the ways in which the family, the community and the hospital staff can support that search for meaning. \*\*\*

### *On Death and Dying*

Elizabeth Kubler-Ross. New York, Macmillan, \$ 7.95; and PB 250 p. \$ 2.25

Strongly recommended. A classic and highly influential work, in which Dr. Ross advanced her model of the "Five Stages" in the progress of the dying patient. Interesting and humane, with sound practical advice and transcripts of some interviews. If you read only one book on the subject, perhaps this should be the one. \*\*\*\*\*

### *Death: The Final Stage of Growth*

Ed. Elizabeth Kubler-Ross. Englewood Cliffs, N. J., Prentice-Hall/Spectrum, 1975. 175 pp. \$ 2.95

An able and personal book, dealing with death in the context of personal growth. Unusual perspectives include dying among Alaskan Indi-

ans, and Hindu and Buddhist attitudes. Pays a refreshing amount of attention to the accounts of the dying and their survivors. \*\*\*\*

*Questions and Answers on Death and Dying*

Elizabeth Kubler-Ross. New York, Collier/Macmillan, 1974. 177 pp. \$ 1.65

Elizabeth Kubler-Ross couldn't produce a book that was not warm, caring and unsightful. Alas, in this one, poor editing sometimes obscures these qualities as repetition numbs them. Worth persevering with for some of its comments. \*\*

*Religion and Bereavement*

Ed. A. and L. G. Kutscher. New York, Health Sciences Publishing Corporation, 1972. 224 pp. \$ 12.50

Dreadfully low in standard of contributions, very badly edited. Many quite awesomely unhelpful contributions. Banal, banal. \*

*Caring for the Dying Patient and his Family*

Ed. A. H. Kutscher and M. R. Goldberg. New York, Health Sciences Publications, 1973, 72 pp. \$ 2.15

Certainly not the "Model for Medical Education (&) Medical Centre Conferences" it claims to be. A relentlessly complete transcript of a very nondescript and dull conference that really did not deserve preservation, except perhaps in formaldehyde. \*

*Death is a Noun*

*(A View of the End of Life)*

John Langone. Boston, Little, Brown and Co., 1972. 228 pp. \$ 5.95

Much less accomplished than this author's more recent work, but a reasonably clear, basic more or less objective look at death, euthanasia, abortion, capital punishment, murder, suicide and concepts of the after-life. \*\*\*

*Vital Signs*

*(The Way We Die in America)*

John Langone. Boston, Little, Brown and Co., 1974 363 pp. \$ 8.95

An excellent and entertaining piece of expert journalism. With interviews and apt quotations from a variety of works; it looks directly at what happens to the dying and those who take care of them in contemporary America, with a minimum of theorizing and preaching. A valuable source of material for discussion or contemplation. \*\*\*\*\*

*Death and Its Mysteries*

Ignace Lepp. New York, Macmillan, 1969. 191 pp. PB \$ 1.95

Lepp was a French psychotherapist and priest. A windy, unexciting work. \*\*

*Death in American Experience*

Ed. A. Mack. New York, Schocken Books, 1973. 201 pp. PB \$ 3.25

A book of essays, on death in modern American culture, from social, clinical and religious points of view; attitudes to aging, and death in American poetry. Sometimes unnecessarily obscure. \*\*\*

*Perspectives on Death*

Ed. L. O. Mills. Nashville, Abingdon Press, 1969. 288 pp. \$ 6.50

Heavy and exceedingly dull. Covers important areas including death in the Hebrew bible and Apocalyptic literature, New Testament, the Early Church; death and transcendence in contemporary literature; psychiatric, social, pastoral and ethical perspectives. But very verbose and unnecessarily dull. \*\*

*The American Way of Death*

Jessica Mitford. Fawcett, 1963. 280 pp. PB \$ 1.25

Justly famous, witty, well-documented and merciless exposure of the multi-million dollar Death Industry and American funeral practices \*\*\*\*\*

*Proposals for Legislative Reform aiding the Consumer of Funeral Industry Products and Services*

W. A. Neilson and C. G. Watkins. Burnsville, N. C., The Celo Press, 1973. 150 pp. \$ 5.00.

Apart from the catchy title — a study commissioned by North American Funeral and Memorial Societies of the funeral industry., relevant existing legislation, and detailed proposals for law reform and an optimal Funeral Service Industry Act. Earnest, dry, deserves to be attended to, but hard to read. \*\*

*Pastoral Care of the Dying and Bereaved: Selected Readings*

Ed. R. B. Reeves, R. E. Neale; and A. H. Kutscher. New York, Health Sciences Publ., 1973. 1960 pp. \$ 3.95

A generally useful collection of 19 reprinted articles, mainly from Pastoral Psychology and the Journal of Religion and Health. Not always clearly or legibly printed \*\*\*

*Bereavement*

Colin Murray Parkes. Tavistock, 1972. 233 pp. and Penguin PB \$ 3.95; New York: Int. Univ. Press Hardcover \$ 10.00

A major study of grief in adult life, its phenomena and consequences, by a man who has conducted many of the major studies in this area. Includes discussion of the "broken heart" phenomenon, atypical grief reactions, and ways of helping the bereaved. A very important work. \*\*\*\*

*Death and Dying*

(Current Issues in the Treatment of the Dying Person)

Ed. L. Pearson. Cleveland, The Press of Case Western Reserve University, 1969. 235 pp. \$ 7.30

Five interesting essays. Bob Kastenbaum on psychological death; Larry Le Shan's perennial "Psychotherapy and the Dying Patient" yet again; Cicely Saunders' sound commonsense, Dick Kalish on death and the family, and Anselm Strauss summarizes his views on awareness of dying. In the hard cover edition, based on Kalish's work and Pearson's, a very useful annotated and selected bibliography on death and dying. \*\*\*\*

*Helping Children with the Mystery of Death*

E. L. Reed. Nashville, Abingdon Press, 1970. 143 pp. \$ 3.50

Sickly; "a book of religious substance", with verses and kiddie's stories and games, and also "Enriching materials for adults" (Sic.) Pious in the worst sense; pompous, unrealistic, and much less helpful than it wants to be. I wouldn't let my kids read it. \*

*How Could I Not Be Among You?*

Ted Rosenthal. New York, Braziller, 1973. 77 pp. PB \$ 2.95

At the age of 30, Ted found he was dying of acute leukemia. In his last months, he built a log cabin and wrote poetry, singing of death and of life. Some of his last months were filmed in a prize-winning study of the same title. The book contains stills, his poems and comments. \*\*\*\*

*Death: Interpretations*

Ed. H. M. Ruitenbeek. New York, Delta. 1969. 290 pp. PB \$ 2.95.

A collection of classical papers on death and mourning, including Eissler, Jones, Cappon, LeShan, Feifel and Klein. Some are rather dull, but it makes some excellent early studies more accessible. \*\*\*

*Anticipatory Grief*

Ed. Schoenberg, Carr, Kutscher, Peretz and Goldberg. New York, Columbia University Press, 1974. 380 pp. \$ 12.50.

Another of those tragically unselective Foundation of Thanatology books. Contains some excellent essays on anticipatory grief and its management, almost smothered by the weight of trivia. Well-edited, and a fraction of its present hypertrophied bulk, it could have been useful. \*\*

*Loss and Grief: Psychological Management in Medical Practice*

Eds. B. Schoenberg A. C. Carr, D. Peretz and A. H. Kutscher. New York, Columbia University Press 1970 PB \$ 4.95 400 pp.

Strongly recommended. Deals with the broader issues of reactions to loss of different kinds, including loss of limb, organ, sensory loss or sexual function; also with the reactions to death in the patient, the family and the health care team. A very high standard of contributions from a distinguished group of authors. A 45-item annotated bibliography. \*\*\*\*\*

*Psychosocial Aspects of Terminal Care*

Ed. Schoenberg, Carr, Peretz and Kutscher. New York, Columbia U. P. 1972 388 pp. \$ 17.50

Most useful of the long Columbia U.P. series, with some excellent wide-ranging review articles by Schoenberg and Carr, Kastenbaum, Weisman, Abrams, Krant, Rees, and Cicely Saunders. \*\*\*\*

*Confrontations of Death*

(A book of Readings and a Suggested Method of Instruction)

Ed. F. G. Scott and R. M. Brewer. Corvallis, Oregon, Continuing Education Publications, 1971. 184 pp. \$ 7.65

Individual selection of original and reprinted articles and poems, some of considerable interest, some a little obscure, based on a local course at the Oregon Center for Gerontology. Commendable, and useful an an introduction in some circumstances. \*\*\*

*Death: An Interdisciplinary Analysis*

Warren Shibles. Whitewater/Wisconsin, The Language Press, 1974. 588 pp. \$ 10.00 PB \$ 8.00.

A tour de force that almost makes it, but frustrates where it does not. Good in parts, annoyingly prejudiced in others. Often errs by putting forward personal opinions as established facts; due to its author vigorously over-extending himself into multi-disciplinary areas, sometimes beyond his competence, and at times just wrong. But sometimes challeng-

ing and often fun. Tends to be incestuous, with inappropriate dragging in of citations of the author's other works, even when wholly irrelevant. Interdisciplinary, maybe, but undisciplined and often very self-indulgent. Sometimes out of date or ill-informed, and often immodest. Often biased by the author's mildly eccentric philosophical viewpoint, and his tendency to erupt into squabbles with Sartre or Heidegger. But it's hard to resent such an over-ambitious, grandiloquent attempt, even if it's only intermittently successful. It's certainly broadly conceptualized, scampering breathlessly from Lucretius to Wittgenstein, Dylan Thomas to Mark Twain, psychic phenomena to unashamedly biased book review of Mitford or Kubler-Ross, voodoo death to tomb sculpture, the life span of the earthworm and the sea horse to a synopsis of theology. Unselective, uncritical bibliography. A book to buy and quarrel with. \*\*\*

### *Death and the College Student*

Ed. Ed Shneidman. New York, Behavioural Publications, 1972. 207 pp. \$ 9.95 PB \$ 4.95

A collection of essays by Harvard students on death and suicide. Wideranging; includes — combat death, ghetto death, hope and suicide in the concentration camp, the wake, the James Dean cult, personal reflections on suicide attempts, death in Sartre, Unamuno, Elvira Madigan, the Tibetan Book of the Dead, Hemingway and Agee. Sometimes pretentious. \*\*\*

### *Deaths of Man*

Edwin Shneidman. New York, Quadrangle/New York Times, 1973. 240 pp. \$ 8.95 Also new Penguin PB.

Characteristically well-expressed study of death by a man who has introduced many important concepts to the field, such as the survivor-victims, and their help by postvention; subintentioned death, equivocal and megadeath and its effects. Eloquent and consistently interesting. \*\*\*\*

### *Anguish*

A. Strauss and B. Glaser. Sociology Press, 1970. 193 pp. PB \$ 4.95.

Exemplifying their earlier work, explains the dying trajectory of one patient in great detail. Rather repetitious. \*\*

### *Passing On: The Social Organization of Dying*

David Sudnow. New York Prentice-Hall, 1967. 176 pp. PB \$ 4.20

Brilliant sociological study of death in a county hospital, and its management by the staff; including counting of deaths and their visibility, social death, preparing and moving bodies, how we announce death and

bad news; uses of a corpse, etc. Fascinating reading, introducing a new way of looking at what we do. Strongly recommended. \*\*\*\*\*

*The Patient, Death and the Family*

Eds. S. B. Troup and W. Greene. New York, Charles Scribner's Sons, 1974. 172 pp. \$ 9.25

A collection of essays emerging from a 1971 Rochester conference. Includes Robert Jay Lifton on Symbolic Immortality; George Engel on Signs of Giving Up; Avery Weisman succinctly practical on Care and Comfort for the Dying; Anselm Strauss summarizing his views on trajectories of dying, and the playwright Robert Anderson's Notes of a Survivor, telling of the pain of deception dealing with his dying wife. An unusually un-hackneyed book. Brief and stimulating, though without any major studies in depth. \*\*\*

*Sociology of Death*

An Analysis of Death — Related Behaviour. G. M. Vernon. New York, Ronald Press, 1970. 375 pp. \$ 8.95

Detailed summary of many different studies, often derivatively, not great sociology, but can be useful. \*\*\*

*Communication with the Fatally Ill*

Adriaan Verwoerd. Springfield/Illinois C. C. Thomas, 1966. 183 pp.

A sound, practical guide, with an especially good study of the process of informing the patient and the family, principles and techniques of continued communication, and of the nature and management of defence mechanisms and emotional reactions. Basically from the point of view of the psychiatrist. \*\*\*\*

*On Dying and Denying*

Avery Weisman. New York, Behavioral Publications, 1972. \$ 9.95

A very significant study of "terminality", concentrating on the central role of denial. Very competent and illustrated with many clinical examples. \*\*\*\*

*The Realization of Death*

Avery Weisman. New York, Jacob Aronson, 1974. \$ 10.00 207 pp

A detailed exploration of the origins, varieties and procedures of the Psychological Autopsy, a technique for systematically gathering information, reconstructing and synthesizing the events surrounding the terminal phase of life. Well-written, but more useful for the professional thanatologist than for the average health care worker. \*\*\*

*The Psychological Autopsy*

A. Weisman and R. Kastenbaum. New York, Behavioural Publication. (Community Health Journal Monography 4), 1968. 59 pp. \$ 3.30

A study of the terminal phase of life, describing and exemplifying the techniques of the psychological autopsy. \*\*\*

*Care of Patients with Fatal Illness*

Ed. L. P. White. Annals of the New York Academy of Sciences. 1969 (vol. 164, Art. 3, pp. 635—896)

Wide-ranging seminar, with some excellent and some mediocre material. \*\*\*

*To Live and to Die: When. Why and How*

Ed. P. Williams. New York, Springer, 1973. 346 pp. \$ 12.95

Odd, wide-ranging book; sometimes superficial, usually interesting. Topics include genetic engineering, contraception, abortion, euthanasia, transplant ethics, marriage, and covers some issues poorly dealt with elsewhere. \*\*\*

*The Phenomenon of Death*

(Faces of Mortality)

Ed. E. Wyschogrod. New York, Harper Colophon Books, 1973. 235 pp. \$ 3.45

Very valuable collection of papers. Some good (LeShan, Kubler-Ross, Lifton) some ordinary; and some pretentious and a little forced like Wyschogrod herself in "Sport, Death, and the Elemental, and Lamont on the Double Apprenticeship". \*\*\*

## Weiterführende Literatur

Ackermann, E. H. (1968): Der Tod in der Geschichte der Medizin. In: *Haeflinger und v. Elsässer* (Hrsg.): *Krankenhausprobleme der Gegenwart* (Bern/Stuttgart: Huber)

Ammon, G. (1971): Zur Psychodynamik des Todes. In: *Med. Welt* (XXII)

— (1972): Fetisch Jugend — Tabu Tod. Beitrag zum Katalog der gleichnamigen Ausstellung. In: *Esslinger Zeitung* 25. 11. 72

— (1975): Tod und Identität. In: *Human Context* (VII) No. 1, vgl. auch *Death and Identity*, aaO.

—; Hameister, H.-J. (1974): Tod und Sterben als Identitätsproblem — Ich-psychologische und gruppensdynamische Aspekte. In: *Dyn. Psychiat.* (8)

Caruso, I. A. (1968): *Trennung der Liebenden* (Bern/Stuttgart: Huber)

Eissler, K. R. (1955): *The Psychiatrist and the Dying Patient* (New York: Int. Univ. Press)

Evans, J. (1974): *Leben mit einem, der stirbt* (Stuttgart: Klett)

- Ferber, Ch. v.* (1970): Der Tod. Ein unbewußtes Problem für Mediziner und Soziologen. In: Köln. Z. Soziol. Sozialpsychol. (XX)
- Glaser, B. G.* (1970): Anguish (New York: Sociology Press)
- ; *Strauss, A.* (1974): Interaktion mit Sterbenden (Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht)
- Gorer, G.* (1965): Death, Grief and Mourning (New York: Doubleday)
- Kübler-Ross, E.* (1972): Interviews mit Sterbenden (Stuttgart: Kreuz)
- Landsberg, P. L.* (1935): Die Erfahrung des Todes (Frankfurt: Suhrkamp, 1974)
- Meyer, J. E.* (1973): Tod und Neurose (Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht)
- Piper, H.-Ch.; Zabel, H.; Grunow, P.-H.* (1973): Gespräche mit Sterbenden (Berliner Hefte für Evangelische Krankenseelsorge)
- Schmiedeck, R.* (1968): Zur Psychodynamik von Tod und Trauer. In: Dyn. Psychiat. (1)
- Stumpfe, D. D.* (1973): Der psychogene Tod (Stuttgart: Hippokrates)

*Stellungnahme zu den Aktivitäten der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPPT) e. V., Sitz Berlin*

Auf allgemeinen Wunsch entsprechen wir der Bitte, Stellung zu nehmen zu den Aktivitäten des oben genannten Vereins gegen die wissenschaftliche Arbeit, die Ausbildung und gegen die in den Instituten der Deutschen Akademie für Psychoanalyse in Berlin, München und Düsseldorf geleistete Psychotherapie und Prävention unserer Akademie, die den Boden einer sachlichen und fairen Auseinandersetzung bedauerlicherweise längst verlassen haben und sich einem Bereich nähern, der nur noch mit dem Wort Diffamierungskampagne beschrieben werden kann.

Die Deutsche Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPPT) e. V. wurde ursprünglich im Jahre 1950 — vorwiegend auf Betreiben von *Alexander Mitscherlich* und *Harald Schultz-Hencke* — gegründet, mit der Absicht, einen psychotherapeutischen Dachverband zu schaffen. Damals war *Alexander Mitscherlich*, der während des Krieges in der Schweiz eine psychotherapeutische Erfahrung genossen hatte, noch nicht Mitglied der orthodoxen freudianischen Psychoanalyse, während die durch *Harald Schultz-Hencke* geschaffene neofreudianische Richtung aus dem während des Nazi-Regimes florierenden sogenannten „Reichsinstitut“ (Leiter: Prof. Dr. Dr. *M. H. Göring*) hervorgegangen war. Wie bekannt, hatte *Schultz-Hencke* in diesem Institut eine maßgebliche Rolle gespielt. *Mitscherlich* wurde erst in den späten Fünfziger Jahren nach einer verhältnismäßig kurzfristigen psychoanalytischen Ausbildung bei *Paula Heimann* und *Michael Balint* in London in die Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV) e. V. aufgenommen und in Verbindung damit das vom Bundesland Hessen geschaffene Sigmund-Freud-Institut auch als Ausbildungsinstitut der DPV e. V. anerkannt.

Im Jahre 1956 hatte sich *Günter Ammon* gegenüber dem damaligen Präsidenten der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (DPV) e. V., Dr. *Carl Müller-Braunschweig*, warm für *Mitscherlich* eingesetzt, entgegen der damals bestehenden großen Bedenken gegen dessen Aufnahme in die DPV e. V.

*Mitscherlichs* unstreitbares Verdienst für die Sache der Psychoanalyse in der Bundesrepublik ist zweifellos, daß er in großem Ausmaß durch seine ausgedehnte feuilletonistische Tätigkeit der Psychoanalyse in Deutschland weitgehend staatliche und halbstaatliche Anerkennung erworben hat, und daß er auch die Psychoanalyse und Psychosomatik, zusammen mit anderen wie *Jores* und *v. Uexküll*, in die Universitäten ge-

bracht hat. Über den Versuch der Integration der Psychoanalyse in die Universitäten herrschen jedoch in Fachkreisen geteilte Meinungen. Auch herrschen seit Jahren geteilte Meinungen über die wiederholten politischen Entgleisungen *Mitscherlichs*, die wohl ihren Höhepunkt im „Spiegel“ bei seinem Freund *Augstein* in dem dort veröffentlichten Psychogramm *Rainer Barzels* gefunden haben mögen.

Bereits im Jahre 1952 kam es auf der damaligen Stuttgarter Tagung der DGPT e. V. zu schwersten wissenschaftlichen, teils persönlich gefärbten Auseinandersetzungen zwischen *Müller-Braunschweig* und *Schultz-Hencke*. Ein prominentes Mitglied der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft (DPG) e. V., *Franz Baumeyer*, hat erst vor nicht allzulanger Zeit auf die in der DGPPT e. V. bestehenden Spannungen und insbesondere auf die Hegemonieansprüche der DPV e. V. hingewiesen und darüber veröffentlicht (vgl. Z. Psychosom. Med. Psychoanal., 17, 203—240, 1971).

*Baumeyer* wertet es allerdings als einen ersten Erfolg der DGPPT e. V., daß sie im Jahre 1968 eine sogenannte Anerkennung durch die Übernahme von kassenärztlichen Leistungen der RVO-Kassen erreichte, der dann im Jahre 1970 ein ähnlich lautender Vertrag mit den Ersatzkassen folgte. Der Öffentlichkeit ist allerdings wenig bekannt, daß durch diese Verträge erhebliche Einschränkungen für die kassenärztlichen Leistungen für Psychotherapie gelten (vgl. Anlage 5 a zum Arzt/Ersatzkassenvertrag, § 2). Nach dem heutigen Stand der Wissenschaft kann man es nur als außerordentlich fragwürdig ansehen, wenn Kassenleistungen nur für sogenannte aktuelle Symptombeseitigungen gegeben werden sollen, wobei bekannt ist, daß jede psychische Erkrankung ihre Wurzeln in frühkindlichen psychischen Entwicklungsschädigungen hat, und daß andererseits die Aufhebung eines Symptoms zu Symptomverschiebungen oder aber zu einer Verschlechterung des psychischen Allgemeinzustandes des Patienten führen kann. Auch die Ablehnung von psychotherapeutischen Maßnahmen bei psychosenahen und psychotisch reagierenden Patienten schlägt dem Stand unserer Wissenschaft ins Gesicht, besonders aber die Forderung, daß ein Therapeut die Behandlung sofort abbrechen habe, falls er eine psychotische Reaktion während der Behandlung bemerkt (vgl. Anlage 5 a zum Arzt/Ersatzkassenvertrag, § 4). An diesem Punkt zeigt die DGPPT e. V., daß sie das grundsätzliche Verständnis der Psychoanalyse über den Verlauf eines emotionalen Übertragungsprozesses nicht anerkennt und sich darüber hinwegsetzt, zumal sie wissen müßte, daß durch ein derartiges plötzliches Verlassenwerden des Patienten mit einer hohen Suizidgefährdung zu rechnen ist.

*Wie stellt sich die DGPPT e. V. heute dar?*

In der DGPPT e. V. sind zusammengeschlossen die orthodoxe freudianische Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV) e. V., die neo-freudianische Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG) e. V. und die erst in letzter Zeit aktiv gewordene Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychologie (C. G. Jung-Gesellschaft) e. V., die jedoch am Berliner Institut für Psychotherapie in ihrer Arbeit mit der DPG e. V. weitgehend integriert ist, wie dies auch zeitgeschichtlich verständlich ist. Selbstverständlich sollte es wissenschaftlichen Schulrichtungen vorbehalten sein, sich zu Dachverbänden zusammenzuschließen, um berufspolitische Fragen mit staatlichen, halbstaatlichen und kassenärztlichen Instanzen abzuklären. Unredlich jedoch ist es zweifellos, wenn die DGPPT e. V. sich das Recht anmaßt, als Sprecherin für die Psychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland einschließlich West-Berlin aufzutreten und dabei rücksichtslos die in den letzten zwanzig Jahren errungene Machtposition einzusetzen vermag.

Tatsache ist, daß sich außer den in der DGPPT zusammengefaßten alt- und neuorthodoxen Psychoanalytiker und der relativ kleinen Gruppe der Jungianer inzwischen andere bedeutende psychotherapeutische Fachrichtungen und Gesellschaften im Zuge internationaler Entwicklungstendenzen in der BRD einschließlich West-Berlin etabliert haben.

In der neuen Wissenschaftsgeschichte wohl ohne Beispiel ist die Art und Weise, wie die DGPPT e. V. sich mit den wissenschaftlichen Positionen der neuen psychoanalytischen Schule auseinandersetzt, die auf dem Ich- und Gruppenkonzept *Günter Ammons* basiert, das eine Anwendung verschiedenster psychoanalytischer Behandlungsmethoden bei den verschiedenen Krankheitsbildern — über die Neurose hinaus auch bei Grenzfall-Patienten, psychosomatisch Kranken bis hin zu psychiatrischen Krankheitsbildern versucht. Die von der DGPPT e. V. herausgebrachte, von ihrem Justitiar Dr. *Vogel* unterzeichnete sogenannte Stellungnahme zu den Leistungen von *Günter Ammon* und seiner in der Deutschen Akademie für Psychoanalyse verankerten Schule wimmelt von Unwahrheiten, fahrlässigen Unterstellungen und erinnert in seiner verketzernden Art an im Mittelalter ausgetragene Streitigkeiten wissenschaftlicher Richtungen. Es ist ein Leichtes, die Originalität der von *Ammon* in Theorie und Praxis durchgeführten legitimen Weiterentwicklungen der Psychoanalyse nachzuweisen, besonders im Hinblick auf Ich-psychologische und damit verbundene Gruppenkonzepte und therapeutische Konzepte der Psychoanalyse und der Dynamischen Psychiatrie, was inzwischen auch vielfältig durch wissenschaftliche Publikationen im In- und Ausland geschehen ist. Und wenn man schließlich versucht, die klare Didaktik in *Ammons* Büchern und Veröffentlichungen als popu-

lärwissenschaftlich abzuqualifizieren, so müßte man demzufolge mit den gesamten Schriften von *Freud* ebenso verfahren.

Wenn die DGPPT e. V. glaubt, daß sie die großen Anstrengungen der Deutschen Akademie für Psychoanalyse auf dem Gebiet von Ausbildung und psychiatrischer Krankenversorgung als eine berufspolitische Irreführung diffamieren kann, so tut sie damit ihrem eigenen Renommé, aber besonders den psychisch Kranken, den allerschlechtesten Dienst.

Seit Beginn menschlicher Kulturgeschichte haben sich wissenschaftliche Schulen stets um Einzelpersonlichkeiten gebildet, bis hin zu verschiedenen Schulen medizinischer Fachdisziplinen an Universitäten. Jüngere Schüler haben dabei bereits Forschungs-, Ausbildungs- und therapeutische Funktionen übernommen, wie dies heute noch bei medizinischen Universitäts-Instituten durch Assistenten geschieht. Den DAP-Instituten den Vorwurf zu machen, daß ihr Ausbildungspersonal verhältnismäßig jung ist, ist eine der unlauteren Methoden, mit denen die DGPPT e. V. machtpolitisch die Deutsche Akademie für Psychoanalyse von einer kooperierenden Zusammenarbeit mit kassenärztlichen Vereinigungen, Ärztekammern und Universitäten abzublocken versucht. Erfahrungsgemäß kann dies jedoch nur ein vorübergehender Erfolg der DGPPT-Machtpolitik sein, der als grob schädigend für die Krankenversorgung und für die wissenschaftliche Kooperation angesehen werden muß.

Die DGPPT e. V. hat entgegen anderslautenden Mitteilungen ihre verleumderische Stellungnahme an alle möglichen Institutionen verschickt. Sie hat sie sogar in der Presse veröffentlicht — in üblicher Machart verketzernd und auf *Günter Ammon* personifizierend. Ganz im Sinne ihrer vormals gegen die Deutsche Akademie für Psychoanalyse und die mit ihr freundschaftlich kooperierenden Gesellschaften gerichteten Totschweigepolitik hat sie es vermieden, den Namen der Deutschen Akademie für Psychoanalyse auch nur zu erwähnen bzw. diese Gesellschaften damit abgetan, daß ihre Mitglieder angeblich viele Doppelmitgliedschaften hätten — was aber bekanntlich bei allen wissenschaftlichen Gesellschaften der Fall ist. Wir halten es aus diesen Gründen für notwendig, der vorliegenden Information weitgehende Öffentlichkeit zu geben.

gez. *Galina Rave*  
Exekutivsekretärin der DAP

gez. Dr. jur. *Uwe Lehmann-Brauns*  
für die Geschäftsführung der DAP

*Commentary on the Activities of the German Society for Psychotherapy, Psychosomatics and Depth Psychology (DGPPT), Berlin*

Due to general interest we wish to respond to the request that we comment on the activities and particularly on the defamatory campaign of the above mentioned organization directed against the scientific research and training of the German Academy for Psychoanalysis (DAP)

as well as against the psychotherapy and preventive measures conducted in our institutes in Berlin, Munich and Düsseldorf.

The German Society for Psychotherapy, Psychosomatics and Depth Psychology (DGPPPT) was brought into existence essentially under the driving force of *Alexander Mitscherlich* and *Harald Schultz-Hencke* in 1950. Their intention was to found a federation of psychotherapeutic societies. At that time Alexander Mitscherlich, who had the benefit of psychotherapeutic training in Switzerland during the war, was not yet a member of the orthodox Freudian psychoanalytical school. *Schultz-Hencke's* Neofreudian school has its roots in the Nazi regime's so-called "Reichsinstitut" (director: Prof. Dr. *M. H. Göring*). As is well known, *Schultz-Hencke* played a decisive part in this institute. *Mitscherlich* was first accepted in the German Psychoanalytical Association in the late 1950's after a relatively short psychoanalytical education with *Paula Heimann* and *Michael Balint* in London. In connection with this, the Hessian Sigmund-Freud-Institute was recognized as a training institute of the German Psychoanalytical Association (DPV).

In 1956 *Günter Ammon* warmly supported *Mitscherlich's* membership in the German Psychoanalytical Association (DPV), in opposition to serious reservations of Dr. *Carl Müller-Braunschweig*, then president of the DPV.

In the field of psychoanalysis in the Federal Republic of Germany, it is to *Alexander Mitscherlich's* uncontended merit that he, through his popular-scientific writings, succeeded in winning general wide spread acceptance for psychoanalysis in Germany. Together with *Jores, v. Uexküll* and others he was then able to introduce psychoanalysis and psychosomatics to German universities. Divided opinion in the field prevails, however, related to the attempt to integrate psychoanalysis into universities generally. For years now divided opinion prevails also regarding *Mitscherlich's* repeated political derailments, that may have reached their peak with „Spiegel“ and his friend *Augstein* due to the magazine's publication of *Rainer Barzel's* psychogram.

Already in 1952 at DGPT meeting in Stuttgart severe scientific as well as personal differences broke out between *Müller-Braunschweig* and *Schultz-Hencke*. *Franz Baumeyer*, a prominent member of the German Psychoanalytical Society (DPG), recently pointed out the existing tensions in the DGPPPT, resulting from the DPV's demands for hegemony (of. *Z. Psychosom. Med. Psychoanal.* 17, 203—240, 1971).

*Baumeyer* interpreted the so-called recognition of psychotherapy by the national health insurance in 1968 as one of the first successes of the DGPPPT. In 1971 followed a similar agreement with the "Ersatz" health insurance. In general, however, it is not publicly known that these agreements set time limits and therefore restrict the effectiveness of psycho-

therapeutic treatment considerably. In the present state of science one must consider it extremely questionable that health insurance only pays for the elimination of immediate symptoms. It is well known that mental illness has its roots in disturbances of early psychic development. It is also known that the elimination of one symptom may result in a shifting of symptoms or general worsening of the patient's psychic condition. The rejection of psychotherapeutic measures for borderline and psychotically reacting patients is also a slap in the face of science. It is particularly important to point out, that according to the provision of German health insurance a therapeutic treatment must be ended immediately should a psychotic reaction occur in the course of the treatment. On this point the DGPPT demonstrates clearly, that it ignores the fundamental insights of psychoanalysis regarding the course of emotional transference processes. The DGPPT should know that a sudden desertion of such a patient throws him into a high probability of suicide.

*What is the nature of the DGPPT at present?*

The DGPPT is a merger of the orthodox Freudian German Psychoanalytical Association (DPV e. V.), the neo-Freudian German Psychoanalytical Society (DPG e. V.), and the newly active German Society for Analytical Psychology (C. G. Jung Society). This last organization, though, is for the most part integrated into the DPG at the Berlin Institute for Psychotherapy, a development that is historically understandable. It is only natural that scientific schools reserve themselves the right to form associations in order to clarify professional questions with national and private health services. But it is unspeakable when the DGPPT presumes to represent the entire field of psychotherapy in the Federal Republic of Germany and West-Berlin. In doing so it ruthlessly attempts to install a power political structure it has been successfully building over the past twenty years.

The fact of the matter is, however, that in West Germany and West-Berlin other important psychotherapeutic schools and societies have established themselves along the guidelines of international development and outside the realm of the DGPPT with its old and new orthodox psychoanalysts and a relatively small group of Jungians.

The way in which the DGPPT analyzes the scientific positions of the new psychoanalytical school based on *Günter Ammon's* ego and group concepts is unequalled in the history of modern science. These concepts attempt the use of the widest variety of psychoanalytical treatment methods in relation to the wide spectrum of clinical pictures ranging from neurosis to borderline patients, psychosomatics and psychiatric clinical pictures. The so-called commentary by the DGPPT, carrying the

signature of its justiciary Dr. *Vogel*, on the work of *Günter Ammon* and his psychoanalytical school anchored in the German Academy for Psychoanalysis abounds with lies, careless insinuations and, due to its slanderous nature, reminds one of medieval disputes carried on between differing scientific schools. It is easy to prove the originality of *Ammon's* theory and practice in the legitimate further development of ego-psychology and related group concepts as well as therapeutic concepts of psychoanalysis and dynamic psychiatry. Thus it not astounding that such proof has been abundantly provided in domestic and foreign scientific publications. And should one ultimately attempt to dismiss the clear didactics in *Ammon's* books and articles as popular science, one must then do the same with all of *Freud's* writings.

When the DGPPT believes that it can discredit the many efforts of the German Academy for Psychoanalysis in the field of psychiatric training and treatment as a professional-political show, it can only damage its own reputation and most importantly endanger the welfare of the psychically ill patients.

Since the beginning of human cultural history scientific schools have built themselves around individual personalities. This was also the case regarding different schools of medical science at universities. In this process younger students assumed research, training and therapeutic functions. Today this still takes place in medical schools and institutes via assistants. The accusation that the DAP has relatively young training personnel is one of the self-serving methods which the DGPPT power-politically attempts to block cooperation between the German Academy for Psychoanalysis and the national health service, the medical association (*Ärzttekammer*) and the universities. From experience we know that the power politics of the DGPPT can only be temporarily successful. This success must, at the same time, be seen as gravely damaging for medical treatment and scientific cooperation.

Despite this the DGPPT has sent out its slanderous commentary to all possible institutions as well as to the press. This commentary has taken on the form of a personal attack against *Ammon* without mention of the German Academy for Psychoanalysis and is very much in keeping with the hush-up politics of the cordially cooperative organizations within the DGPPT directed against the DAP (it is alleged that these organizations have numerous double memberships, as is the case in all active scientific associations). Therefore, we find it necessary to make this information extensively public.

*Galina Rave*

Executive Secretary of the German Academy for Psychoanalysis (DAP)

Dr. jur. *Uwe Lehmann-Brauns* s. f.

General Secretary of the German Academy for Psychoanalysis (DAP)

