ISSN 0012-740X

1 Z 4365 F

Dynamische Psychiatrie *Dynamic Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse

Herausgegeben von Günter Ammon

DAS BORDERLINE-SYNDROM IN THEORIE UND PRAXIS VI

Hartwig Volbehr
Die Beziehung zwischen psychosomatischer Erkrankung und Borderline-Syndrom

Klaus Semmler
Die Bedeutung der Sexualisierung in der Familiendynamik für die Entstehung der Borderline-Hysterie

Gislinde Bass
Splitting und therapeutisches Setting in der Borderline-Schizophrenie

Heinrich Huebschmann
Der Herzinfarktkranke als Borderline-Patient — Nichterleben von Körper und Todesnähe

Winfried Schibalski
Zur Familiendynamik der Borderline-Hysterie sowie zu spezifischen Übertragungs- und Gegenübertragungsmanifestationen im therapeutischen Prozeß

Walter Bühling
Die Funktion des Agierens von Borderline-Patienten in der Milieutherapeutischen Gemeinschaft

10. Jahrgang 4. Heft 1977

45

PINEL-PUBLIKATIONEN BERLIN

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)
10. Jhg., 4. Heft 1977, Nr. 45

Herausgegeben von Günter Ammon
unter Mitarbeit von

F. Antonelli, Roma – S. A. Appelbaum, Topeka – C. Bahnson, Philadelphia – R. Barnes, Phoenix – L. Bellak, New York – G. R. Bloch, Los Angeles – E. 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 – D. G. Hertz, Jerusalem – G. Hidas, Budapest – H. Illing, Los Angeles – I. Jakab, Belmont – H. W. Janz, Hannover – U. Keller, Düsseldorf – M. Khan, London – E. Linnemann, Kobenhavn – G. Murphy, 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. Smirnoff, Paris – T. C. Sinha, Calcutta – J. Sutherland, Edinburgh – V. Tähkä, Helsinki – Y. Tokuda, Tokio – E. Weigert, Chevy Chase – W. Th. Winkler, Gütersloh – W. Z. Winnik, Jerusalem – E. D. Wittkower, Montreal.

Seite

Hartwig Volbehr (Berlin)
Die Beziehung zwischen psychosomatischer Erkrankung und Borderline-Syndrom 253
On the Relation between Psychosomatic Illness and Borderline-Syndrome 262

Klaus Semmler (Berlin)
Die Bedeutung der Sexualisierung in der Familiendynamik für die Entstehung der Borderline-Hysterie 264
Sexualization in the Family Dynamics and its Significance for the Etiology of Borderline-Hysteria 273

Gislinde Bass (München)
Splitting und therapeutisches Setting in der Borderline-Schizophrenie 275
Splitting and Therapeutic Setting in Borderline-Schizophrenia 283

Heinrich Huebschmann (Heidelberg)
Der Herzinfarktkranke als Borderline-Patient — Nichterleben von Körper und Todesnähe 285
Infarct Patients as Borderline-Patients — The Incapacity of Experiencing Death and Body 294

Winfried Schibalski (München)
Zur Familiendynamik der Borderline-Hysterie sowie zu spezifischen Übertragungs und Gegenübertragungsmanifestationen im therapeutischen Prozeß 297
On the Family Dynamics of Borderline-Hysteria and Specific Manifestations of Transference and Countertransference in the Therapeutic Process 304

Walter Bühling (Düsseldorf)
Die Funktion des Agierens von Borderline-Patienten in der Milieutherapeutischen Gemeinschaft 307
The Function of Acting-Out of Borderline-Patients in the Milieutherapeutic Community 314

Nachrichten 317

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

Die Beziehung zwischen psychosomatischer Erkrankung und Borderline-Syndrom**

Hartwig Volbehr *

Im Rahmen der Theorie der archaischen Ich-Krankheiten (Ammon) läßt sich das psychosomatische Geschehen als Folge einer unbewußt gewordenen pathologischen Erfahrung während der frühesten Kindheit und als Ausdruck eines Defizits in der Ich-Struktur verstehen. Diese Grundkonzeption, welche das gesamte Umfeld des leidenden Menschen und die psychische, somatische und soziologische Seite des Krankheitsgeschehens miteinbezieht, ermöglicht eine neue Ich- und gruppenbezogene psychoanalytische Psychosomatik.
Die aus der pathogenen Mutter-Kind-Beziehung resultierende Störung im Bereich der Ich-Struktur wird anhand der zentralen Ich-Funktionen der konstruktiven Aggression und des Körper-Ichs aufgezeigt und in Beziehung zur psychosomatischen Störung gesetzt. Durch das Symptom wird die verinnerlichte destruktive Aggression auf der Ebene des Körper-Ichs abgespalten. Der Körper übernimmt die Funktion eines dritten Objektes und wird zum Träger der Destruktion. Das Symptom dient damit sowohl der Abwehr archaischer Ängste und hat kompensierende Funktionen, als auch einer starken selbstzerstörerischen Tendenz.
Der Autor unterscheidet zwei Gruppen psychosomatischer Erkrankungen:
- Die Gruppen mit schweren psychosomatischen Erkrankungen im Sinne einer Organ-
- psychose (Meng, Ammon).
- Die Gruppe mit psychosomatischen Symptomen, die mehr funktionellen Charakter haben und in ihrer Ich-Struktur in enger Beziehung zum Borderline-Syndrom stehen.

Die Einführung einer psychosomatischen Betrachtungsweise sich organisch manifestierender, jedoch psychisch bedingter Krankheitsbilder war eine notwendige Reaktion auf den immer ausgeprägteren Dualismus von Psyche und Soma im naturwissenschaftlichen Denken und auf eine zunehmend rein somatisch orientierte Schulmedizin.

Die ersten wissenschaftlichen Ansätze für eine psychosomatische Medizin kamen von der Psychoanalyse. Im Rahmen der Libidotheorie und des Neurosenkonzeptes lieferte sie zwar eine befriedigende psychogenetische Theorie der psychosomatischen Erkrankung, scheiterte aber an der Umsetzung in effektive therapeutische Verfahren. Ähnliches gilt für andere Forschungsrichtungen, die von verschiedenen wissenschaftlichen Ansätzen her versuchen, ein psychogenetisch und psychodynamisch einheitliches Krankheitsbild der psychosomatischen Erkrankung herauszuarbeiten und ein entsprechendes therapeutisches Konzept zu erstellen.

Diese Ansätze konnten zwar die verhängnisvolle Spaltung von Psyche und Soma in der Schulmedizin deutlich machen und der psychosomatischen Medizin als Wissenschaft zu einer notwendigen Abgrenzung ver-

* Dr. med., Lehranalytiker am Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik (LFI) der DAP, Berlin
** Vortrag gehalten auf dem VIII. Internationalen Symposium der DAP, 1.—4. Oktober 1976, Universität Düsseldorf

helfen, sie gingen aber am Grundbedürfnis des psychosomatisch Kranken und seiner zentralen Problematik der deformierten konstruktiven Aggression und der gestörten Identitätsentwicklung vorbei. Hier setzt die auf einem Ich- und Gruppenkonzept beruhende Theorie *Günter Ammons* einer psychoanalytischen Psychosomatik, welche das gesamte Umfeld des leidenden Menschen und die psychische, somatische und soziologische Seite des Krankheitsgeschehens miteinbezieht, an. Im Rahmen dieser Theorie versteht *Ammon* das psychosomatische Symptom als Versuch, ein beim Aufbau der Ich-Grenzen entstandenes Ich-strukturelles Defizit, das sogenannte „Loch im Ich", auszufüllen bzw. für die gesamte Ich-Struktur kompensatorische Funktion zu übernehmen (*Ammon*, 1972).

Ich möchte in der vorliegenden Arbeit den Versuch unternehmen, die Vielzahl der psychosomatischen Störungen innerhalb der archaischen Ich-Krankheiten in zwei Gruppen zu differenzieren und die unterschiedliche Störung in der Ich-Struktur und die daraus resultierende Psychodynamik aufzuzeigen. Neben einer Gruppe schwerer psychosomatischer Erkrankungen im Sinne einer Organpsychose möchte ich eine Gruppe mehr funktioneller psychosomatischer Störungen den Borderline-Erkrankungen zuordnen und diese Gruppe vom neurotischen Konversionssymptom abgrenzen.

Nach *Ammon* entwickelt das Ich die primär gegebenen Ich-Kerne im Medium der Gruppe zu einer flexibel abgegrenzten Ich-Struktur mit zentralen und sekundären Ich-Funktionen. Die schrittweise Entwicklung von Ich-Identität innerhalb der Mutter-Kind-Symbiose beginnt auf der Ebene des Körper-Ichs. Das Körper-Ich differenziert sich aus einem primär angelegten Ich-Kern, wird zu einem wichtigen Teil der zentralen Ich-Struktur im Sinne von Körper-Ich-Identität und erhält funktionalen Charakter, wenn man von Körper-Ich-Wahrnehmung bzw. Körper-Ich-Regulation spricht. Die Körper-Ich-Regulation betrifft das Spektrum von normalem Berührungserleben über Schmerzempfindung bis hin zur Empfindungslosigkeit (anästhetische Reaktion). Diese Ich-Funktion stellt den Zusammenhang her zwischen Körper-Erleben, realer äußerer Umweltsituation und innerpsychischer Realität und integriert die drei Dimensionen im Sinne eines adäquaten Reagierens. Durch diese regulierende Funktion entstehen autonome und intakte flexible Körper-Ich-Grenzen als Voraussetzung für das von *Federn* (1952) beschriebene Körper-Ich-Gefühl, das er zur Unterscheidung von seelischem und körperlichem Ich-Gefühl verwendet. Die Bildung intakter Körper-Ich-Grenzen ist auch Voraussetzung für die Objekterfahrungsfähigkeit, d. h. das Erleben der Mutter als eigenständigem Objekt, und für die Möglichkeit zur libidinösen Besetzung.

Die Einstellung der Mutter und Primärgruppe zum Körper des Kindes und seinen Bedürfnissen wird verinnerlicht und zu einem wesentlichen Bestandteil des archaischen Über-Ichs und bildet hiermit die Grundlage

für die Qualität der Beziehung zum eigenen Körper. In der Beziehungsdynamik zwischen Mutter und Kind ist die Interaktion auf der Körperebene ein Teilaspekt der Ich-Identitäts-Entwicklung, d. h. ein narzißtisches Defizit der Körper-Ich-Grenzen im Sinne eines „Lochs im Körper-Ich" ist immer auch ein Defizit in der zentralen Ich-Struktur. Das psychosomatische Symptom, welches ein „Loch im Körper-Ich" kompensiert und die Körper-Ich-Grenzen wiederherstellt, dient letztlich der Wiederherstellung der Ich-Grenzen und kann hier z. B. eine Ich-Desintegration im Sinne einer psychotischen Reaktion verhindern. Im Gegensatz zum paranoischen Wahn z. B. wird beim psychosomatischen Symptom die destruktive Aggression nicht diffus auf die Umwelt projiziert, sondern bleibt auf der Körper-Ebene gebunden und somit innerhalb der Ich-Grenzen, d. h. die Angst ist vom Ich stärker unter Kontrolle gehalten und wird als weniger bedrohlich erlebt, wenn auch die Auswirkung oft destruktiver ist. *Ammon* (1976) spricht davon, daß die Destruktivität im Symptom eingekapselt ist.

Das psychosomatische Symptom ist der auf der Körper-Ebene sichtbar gewordene Ausdruck eines Identitätskonfliktes der Mutter und Ausdruck einer unbewußten destruktiven Dynamik in der Mutter-Kind-Beziehung. Die psychosomatische Erkrankung hat dabei doppelte Funktion. Ich zitiere *Ammon* (1974): „1. Sie ermöglicht der Mutter, dem eigenen Ambivalenzkonflikt dem Kinde gegenüber auszuweichen und erlaubt ihr eine Form der Zuwendung, die im Einklang steht mit ihren unbewußten Forderungen und Ängsten. Als Mutter eines kranken Kindes gewinnt sie eine Ersatzidentität, die ihr erlaubt, sich in dieser Rolle gegenüber dem Kind abzugrenzen und ihm dadurch eine Abgrenzung auf anderen Gebieten zu erlauben. 2. Sie ermöglicht dem Kind durch Anpassung an den unbewußten Ambivalenzkonflikt der Mutter in Form der Krankheit einen Spielraum für seine Ich-Entwicklung in anderen Bereichen." Die Anpassung an die identitätsverweigernden und verschlingenden Aspekte der Mutter dient damit der Abwehr archaischer Ängste und ist destruktiv, weil sie die Entwicklung einer eigenen Identität verhindert und weil die destruktive Aggression gegen das eigene Ich gerichtet ist. Durch das psychosomatische Symptom wird die verinnerlichte Destruktion auf der Ebene des Körper-Ichs abgespalten. Der Körper übernimmt die Funktion eines dritten Objektes, wird zum Träger der destruktiven Aggression und reagiert mit einem Krankheitssymptom. Durch die Abspaltung der verinnerlichten Destruktion sind die archaischen Ängste soweit gebunden, daß eine Objektbeziehung möglich wird. Das Symptom reguliert damit Nähe und Distanz in der Objektbeziehung, indem es die Mitteilung enthält: 1. Kümmere dich um mich (aber nur auf der Körperebene), 2. aber komme mir nicht zu nahe (auf der emotionalen Ebene). In dieser Dynamik zeigt sich im übrigen deutlich der paranoische Abwehrcharakter des psychosomatischen Symptoms.

Die defizitäre bzw. kompensatorische Entwicklung des Körper-Ichs im Zusammenhang mit der Störung der konstruktiven Aggression ist als Teilaspekt der defizitären Mutter-Kind-Beziehung anzusehen, d. h. die psychosomatische Reaktion ist durch die besondere Bedeutung der Rolle des Körper-Ichs gegeben. Als Teil der zentralen Ich-Struktur korrespondiert die Körper-Ich-Schädigung eng mit der übrigen Ich-strukturellen Schädigung. Die verinnerlichte defizitäre Primärgruppendynamik spiegelt sich somit sowohl im somatischen Symptomverhalten als auch in der Ich-Struktur wider, d. h. die Diagnose einer psychosomatischen Erkrankung ist einerseits durch das körperliche Symptom und andererseits durch die zugrundeliegende Ich-Struktur determiniert. Von hier ausgehend lassen sich m. E. die psychosomatischen Erkrankungen zunächst in zwei Gruppen aufteilen:

Auf der einen Seite findet sich die Gruppe der psychosomatischen Erkrankungen mit morphologisch erfaßbaren Organveränderungen, mit verselbständigter, starr abgespaltener Symptomatik und ohne direkt erkennbaren und erlebbaren psycho-physischen Zusammenhang. Die Verlaufsform dieser Gruppe, zu der auch die sogenannten „klassischen psychosomatischen Krankheitsbilder" gehören, ist in der Regel sehr schwer.

Auf der anderen Seite findet sich die Gruppe der mehr funktionellen psychosomatischen Störungen, die eher rezidivierend auftreten, bzw. durch andere körperliche oder psychische Symptome ersetzt werden können, und somit mehr Flexibilität und deutlicheren psycho-physischen Zusammenhang zeigen.

Für die erste der beiden Gruppen wurde von *Meng* der Begriff „Organpsychose" vorgeschlagen, da er, noch ganz der Libidotheorie verhaftet, bei diesen Patienten „einen völligen Rückzug der narzißtischen Libido" und „eine Verschmelzung des Ichs mit dem triebhaften Es", „ähnlich wie bei der Psychose", annahm. *Ammon* (1974) nahm den Begriff der Organpsychose wieder auf, weil er bei der klinischen Arbeit häufig den Wechsel zwischen psychosomatischem Symptom und psychotischer Desintegration beobachten konnte. Er bemerkt dazu, „daß in beiden Fällen die integrierende Funktion der Ich-Grenzen gestört ist" und „durch eine partielle Desintegration des Körper-Ichs die Intaktheit der übrigen Ich-Bereiche bewahrt wird." Ich möchte nochmals auf *Meng* zurückgreifen, der neben seiner unzureichenden psychogenetischen Erklärung jedoch eine gute Beschreibung dieses Krankheitsbildes gibt, die er in dem Satz zusammenfaßt: „Die Adynamie und Apathie des Organpsychotikers ist eine Wiederholung des libidolosen Seins, das nur nicht stirbt."

Die durch diesen Satz ausgedrückte tiefe Verlassenheit aufgrund des Fehlens verfügbarer und lebendiger innerer Objekte und der dadurch notwendigen ständigen konkreten Anwesenheit äußerer Objekte, trifft auch auf unsere klinische Erfahrung mit diesen Patienten zu. Ich möchte

jedoch zur Diskussion stellen, ob diese Dynamik nicht eher dem von *René Spitz* (1965) so bezeichneten Krankheitsbild einer „anaklitischen Depression" als dem einer Psychose entspricht. *Spitz* konnte dieses Krankeitsbild bei Säuglingen nach konkretem Entzug von affektiver Zufuhr durch die Mutter beobachten. Ich meine, daß es einem Entzug affektiver Zuwendung gleichkommt, wenn eine identitätsgestörte und erfahrungsunfähige Mutter bzw. Primärgruppe nach der normalen frühen Phase einer nahezu ausschließlichen Interaktion und Zuwendung auf der Körperebene nicht in der Lage ist, neue emotionale Ebenen der Interaktion mit dem Kinde zuzulassen, und wenn sie identitätsverweigernd mit verstärkter Sorge um den Körper des Kindes reagiert, wie dies bei psychosomatisch krankmachenden Müttern angenommen werden muß. Eine gelungene Mutter-Kind-Symbiose, die eine lebendige, d. h. veränderbare Interaktion voraussetzt, wird in dem Moment pathologisch, in dem eine neue Ebene der Interaktion und Auseinandersetzung verweigert wird. Bei der Betrachtung der Dynamik der Mutter-Kind-Beziehung dieser Patienten fällt immer wieder die schwere Identitätsstörung der Mutter auf. Eine drohende Desintegration des Ichs wurde von dieser mit Hilfe eines schweren Symptoms, am häufigsten konnten wir psychosomatische Symptome oder schwere Depressionen beobachten, verhindert oder durch eine „Heile Welt"-Fassade abgewehrt. Die Mutter hat die unbewußte Erwartung, daß ihr Defizit durch das Kind ausgefüllt wird. Das Kind selbst muß auf diese Weise zum Träger der verinnerlichten Destruktion der Mutter werden. Diese Konstellation, als Bedingung der Mutter-Kind-Beziehung, wird verinnerlicht und in der Ich-Struktur verankert, d. h. jede eigenständige Entwicklung ist nur mit der ständigen und starren Abspaltung der Destruktion, die zum Symptom wird, möglich. Das Symptom wiederum schafft entsprechend der oben aufgeführten Mechanismen einen gewissen Entwicklungsfreiraum.

Eine kurze Fallvignette soll die Destruktivität der Mutter-Kind-Beziehung und die daraus resultierende starre Abspaltung der archaischen Ängste und des Symptoms illustrieren: Ein 28jähriger Patient, der seit vielen Jahren an Colitis ulcerosa leidet, schilderte seine Mutter lange Zeit als fürsorglich und aufopfernd. Im Laufe der Therapie wird zunehmend deutlich, daß sie schwer depressiv war, und er berichtet schließlich, die Mutter habe sich, seine beiden Schwestern und ihn vergiften wollen, als er ca. vier Jahre alt war. Eine der Schwestern starb damals. Der Vater des Patienten war Alkoholiker. Um im wahrsten Sinne des Wortes zu überleben, mußte der Patient sehr früh eine perfekte und gut funktionierende Fassade entwickeln, und verblüfft immer wieder durch sein jugendliches und sportliches Aussehen. Durch starre Abspaltung des Symptoms und der in ihm kontrollierten destruktiven Aggression und durch die rein projektive und rationalisierende Abwehr seiner Ängste in der therapeutischen Gruppe ohne Fähigkeit der identifikatorischen Teilnahme am

Gruppenprozeß versucht er, seine fassadäre Selbstsicherheit aufrechtzuerhalten. Die Starrheit und Unflexibilität der zum Teil überkompensierten Ich-Funktionen und das körperliche Symptomverhalten sind der sichtbare Ausdruck der Ich-Struktur dieses Patienten. Sie sind eine Widerspiegelung der Dynamik der Primärgruppe und sind typisch für Patienten, die an einer Organpsychose leiden. Vereinfacht läßt sich sagen, daß das psychosomatische Symptom diesen Patienten eine Art Ersatzidentität ermöglicht.

Im Gegensatz dazu sind bei der oben erwähnten zweiten Gruppe, bei den mehr funktionellen psychosomatischen Störungen, die Symptome flexibler, können zeitweilig aufgegeben werden oder durch ein anderes körperliches oder auch psychisches Symptom ersetzt werden. In der Regel finden sich keine faßbaren Organveränderungen. Diese Gruppe der psychosomatischen Erkrankungen ist von besonderem Interesse, da sie ständig an Häufigkeit zunimmt und da sie die Problemfälle einer ärztlichen Praxis darstellt. Während meiner mehrjährigen Tätigkeit in der inneren Medizin hatte ich Gelegenheit, die Psychodynamik vieler derartiger Patienten kennenzulernen. Auch in den von mir in den vergangenen drei Jahren geleiteten Balint-Gruppen wurden in der Mehrzahl diese Patienten vorgestellt. Von den ca. 80 Patienten, die ich im Rahmen meiner psychotherapeutischen Tätigkeit überblicke, leiden rund 60 % an funktionellen psychosomatischen Störungen.

Die Ich-Struktur und die pathogene Dynamik der Mutter-Kind-Beziehung dieser Patienten unterscheiden sich von der Ich-Struktur und Dynamik der Patienten mit einer Organpsychose. Das Über-Ich ist weniger feindlich und destruktiv, es finden sich genügend konstruktive und integrierende Anteile in der Ich-Struktur, und die im Symptom gebundene Angst und Destruktivität muß nicht starr abgespalten werden. Die Mütter dieser Patienten sind in der Regel überangepaßt, hilflos und aggressionsgehemmt. Oft waren es, im Gegensatz zu den dominierenden Müttern bei anderen archaischen Ich-Krankheiten, schwache Mütter neben einem dominierenden Vater. Diese Mütter verbergen ihren Identitätskonflikt und ihre Schuldgefühle hinter der Fassade einer guten, alles umsorgenden, letztlich überprotektiven Idealmutter. *Gisela Ammon* (1973) beschreibt in ihrer Arbeit über „Vorstufen psychosomatischer Erkrankungen" im Rahmen ihrer Erfahrungen im Psychoanalytischen Kindergarten vorwiegend hilflose und ratlose Mütter, die im Leben nur schwer zurechtkommen, das Kind quasi als Stütze verwenden und von ihm abhängig sind und die nach außen angepaßt und aggressionsgehemmt wirken. Sie betont, daß diese Mütter sich von ihrer Rolle als Mutter in ihrer umgebenden Gruppe nicht anerkannt und sicher fühlen können und daß hieraus oft destruktive Rivalitäten um die Rolle der besseren Mutter entstehen, die zu Überprotektivität besonders in Bezug auf die Körperlichkeit des Kindes führt.

Es resultiert eine verstärkte Hinwendung zur Körperlichkeit des Kindes, als sichtbares Zeugnis einer „idealen" Mutter. Zugleich wird die Körperlichkeit des Kindes zum Kommunikationsmittel der Mutter mit der Umwelt, besonders dann, wenn das Kind krank ist. Wichtig ist die Tatsache, daß diese Mütter zur Aufrechterhaltung ihrer Identität das Kind benötigen und auf jeden Identitäts- und Selbständigkeitsschritt des Kindes feindselig reagieren und ihn damit unbewußt verbieten. Solange das Kind die Symbiose akzeptiert und keinen Versuch zur Selbständigkeit unternimmt, ist die Mutter beruhigt, die Ich-Grenzen sind stabilisiert, und auf dieser Grundlage kann die Mutter als Objekt libidinös besetzt werden. Eine psychosomatische Reaktion zur Abwehr von archaischen Trennungs- und Verschmelzungsängsten bzw. Verschmelzungswünschen ist daher meist auch mit einem Libido-Konflikt verbunden, der eine oberflächliche pseudoneurotische Abwehrformation bildet. Da durch jeden Identitätsschritt des Kindes das Gleichgewicht der Mutter-Kind-Beziehung ins Wanken gerät, ist die Beziehung wechselhaft, teils defizitär, teils überkompensiert, was sich im Symptomverhalten, in der Ich-Struktur und in der Qualität der therapeutischen Beziehung niederschlägt.

Ich möchte zur Illustration dieser verschiedenen Beziehungsaspekte eine kurze Fallvignette anführen:

Eine 32jährige Patientin litt an verschiedenen Symptomen, die z. T. in der Pubertät, z. T. erst einige Jahre vor Therapiebeginn auftraten. Die wichtigsten waren: Migräneanfälle, häufige Zustände von Übelkeit, hypotone Kreislaufstörungen, schmerzhafte Blasenentzündungen und ein sie sehr belästigender Schnupfen, ähnlich einem Heuschnupfen. Darüberhinaus litt sie besonders in den vergangenen Jahren an Schlafstörungen, an Angstträumen und an panikartigen Zuständen. Aufgrund ihrer Symptome fühlte sie sich eingeschränkt, minderwertig und war oft depressiv. Die erwähnten körperlichen Symptome traten im Laufe der Therapie meist völlig unerwartet auf und standen dabei im Gegensatz zu ihrem bewußten Erleben. So reagierte sie auf Phasen im therapeutischen Prozeß, die sie als positiv und für sich wichtig erlebt hatte, mehrmals mit Übelkeit, Migräne und Kreislaufbeschwerden. Manchmal traten diese Symptome während der Sitzung auf. Sie wollte den Therapeuten dazu zwingen, mit ihr ausschließlich über diese Symptome zu kommunizieren. Unbewußt suchte sie eine Intensivierung des therapeutischen Prozesses zu verhindern und durch das Symptom Distanz zu schaffen. Noch deutlicher wurde dies, als sie während der Therapieferien plötzlich erleben mußte, wie existentiell wichtig die Therapie für sie war und wie abhängig sie sich davon fühlte. Sie arbeitete im Anschluß daran sehr offen und konnte sich erstmals konstruktiv und aggressiv mit dem Therapeuten auseinandersetzen. Im Verlauf der weiteren Sitzungen bekam sie jedoch große Angst und äußerte wütend, daß sie den Therapeuten als Krake erlebe, die sie festhalte, ihr keinen Raum lasse und sie erdrücke. Sie er-

krankte anschließend an einer schmerzhaften Blasenentzündung und mußte einige Sitzungen der Therapie fernbleiben. In den anschließenden Sitzungen versuchte sie sehr destruktiv, das Erreichte zu relativieren und den entstandenen Kontakt zum Therapeuten und die Schritte, die sie in der Therapie gemacht hatte, im Sinne eines Verbots eines Identitätsschrittes abzuwehren.

Die Patientin spiegelte in ihrer Ich-Struktur und in ihrem Symptomverhalten die Dynamik ihrer Primärgruppe wieder. Die Mutter der Patientin, die in den Schilderungen farblos bleibt, war hilflos und vollständig vom Vater abhängig und versuchte dies hinter einer kühlen und distanzierten Fassade zu verbergen. In den Träumen hingegen wurde die Mutter als klammernd und einengend erlebt. Für die pseudoneurotische ödipale Ebene der Symptomatik ist es von Bedeutung, daß der Vater streng und tyrannisch war. Er war oft von zu Hause abwesend und nie richtig für die Kinder da. Die Patientin hatte dies erlebt, als wäre sie dem Vater lästig gewesen. Interessanterweise übernahm der Vater die Rolle des Krankheitsträgers in der Familiendynamik, nachdem die Kinder von zu Hause weggegangen waren. Die Konstellation der Primärgruppe erlaubte der Patientin einerseits keinen Schritt aus der symbiotischen Familiensituation heraus, andererseits war sie ständig zwischen den Eltern hin- und hergerissen und versuchte, diese abwechselnd für sich zu gewinnen. Dieses Hin und Her drückte sie auch durch ihr Äußeres aus: Manchmal wirkte sie auf den Therapeuten mürrisch und geradezu abstoßend, und manchmal wiederum war sie lustig, attraktiv und verführerisch.

Die Symptome dienten immer der Abwehr ihrer Identitätsangst auf Grund des mütterlichen Identitätsverbots. Neben dieser archaischen Ebene hatten die Symptome jedoch auch den Charakter einer pseudoneurotischen hysterischen Abwehr. So hatte sie vor Beginn der Therapie diese Blasenentzündungen immer sofort dann bekommen, wenn sie einen Mann kennengelernt und mit ihm geschlafen hatte, d. h. das Symptom diente neben der Abwehr der Nähe des Kontakts auch der Abwehr ihrer unbewußten, auf den Vater gerichteten sexuellen Wünsche. Bei der funktionellen psychosomatischen Störung ist, wie ich ausgeführt habe und wie es aus der Fallvignette deutlich wird, der Zusammenhang zwischen psychischem Geschehen im therapeutischen Prozeß und körperlichem Symptom vorhanden, d. h. der psychophysische Zusammenhang ist im Gegensatz zur Dynamik des Symptoms bei der Organpsychose erhalten.

Die aus der wechselhaften und ambivalenten Mutter-Kind-Beziehung resultierende defizitäre Ich-Struktur, die verinnerlichte destruktive Aggression, das verinnerlichte Identitätsverbot, der paranoische Abwehrcharakter und die pseudoneurotische Fassade sind kennzeichnend für die Psychodynamik und Psychogenese der funktionellen psychosomatischen

Störung. Sie sind aber auch typisch für die Psychodynamik und Psychogenese der Borderline-Erkrankung.

Bei Borderline-Patienten ist die Ich-Regulation defizitär und die Symptome dienen der Kompensation dieses strukturellen Defizits. Bei der funktionellen Störung findet sich diese defizitäre Ich-Regulation im Bereich der Körper-Ebene, d. h. es liegt eine defizitäre Körper-Ich-Regulation vor. Die funktionelle psychosomatische Störung läßt sich als die Borderline-Erkrankung unter den psychosomatischen Krankheiten bezeichnen. Das Ausmaß des Defizits korreliert mit der Schwere des psychosomatischen Symptoms, d. h. es gibt fließende Übergänge zur Organpsychose.

Natürlich erhebt sich hier die Frage, ob nicht die funktionelle psychosomatische Störung mit der Borderline-Psychosomatik, wie sie im Rahmen des Borderline-Syndroms von *Ammon* beschrieben wurde, identisch ist. Hier wäre zu klären, warum im Rahmen einer Borderline-Erkrankung bei diesen Patienten vorwiegend die Körperebene zur Abwehr archaischer Ängste verwendet wird. Es wäre zu prüfen, ob die oben erwähnte allgemeine Tendenz der Mütter dieser Patienten, die der körperlichen Entwicklung des Kindes mehr Bedeutung beimessen als der emotionalen, eine hinreichende Erklärung liefert.

Zum Schluß möchte ich noch kurz auf die Abgrenzung der funktionellen psychosomatischen Störung zum Konversionssymptom eingehen. Da sich die funktionelle psychosomatische Störung immer im Bereich des vegetativen Nervensystems abspielt, weshalb häufig auch von vegetativ funktionellen Störungen gesprochen wird, ergibt sich keine Schwierigkeit, wenn man das konversionshysterische Symptom in klassischer Weise auf den körperlichen Ausdruck im Bereich des neuro-muskulären oder des sensorisch-perzeptiven Nervensystems beschränkt. Das Konversionssymptom wird heute jedoch im Rahmen der orthodoxen Psychoanalyse in der Regel ganz allgemein als körperliche Abwehr eines Triebkonfliktes im Sinne eines neurotischen Konfliktes begriffen und ihm die Gruppe der funktionellen psychosomatischen Störungen untergeordnet, was sich in Begriffen wie vegetative Neurose, Herzneurose etc. ausdrückt. Ich meine, daß dies den tatsächlichen Sachverhalt nicht trifft und daß damit nur die fassadäre Dynamik der Symptome dieser Patienten erfaßt wird. Auch *Pohl* (1972) konnte nachweisen, daß jedem Konversionssymptom eine Ich-defizitäre Struktur zugrunde liegt, und spricht von einem gleitenden Übergang zur psychosomatischen Erkrankung als archaischer Ich-Krankheit.

Es handelt sich hier keineswegs um einen Streit um Definitionen von Begriffen, sondern es ergeben sich hieraus entscheidende therapeutische Konsequenzen. Denn bei Patienten mit psychosomatischen Störungen, die eine Ich-defizitäre Struktur zur Grundlage haben, geht es nicht um das Aufdecken und Bearbeiten von neurotischen Konflikten, die natürlich als

sekundäre Abwehrformationen vorhanden sein können, sondern die therapeutische Arbeit muß an der defizitären Ich-Struktur und an der abgespaltenen destruktiven Aggression ansetzen, um erfolgreich sein zu können.

On the Relation between Psychosomatic Illness and Borderline Syndrome

Hartwig Volbehr

Within the theory of the archaic ego illnesses *(Ammon)* the psychosomatic symptom must be seen as a reaction to now unconscious pathological experiences during earliest childhood and as an expression of a deficit of the ego structure.

This basic concept, which includes the dynamics of the illness with their psychic, somatic and sociologic elements and their interactions, gave rise to the ego-structural and group-related new approach to psychoanalytic psychosomatics.

The structural deficit resulting from a pathogenic mother-child-relationship will be demonstrated by means of the central ego functions of constructive aggression and the body-ego and will be brought in relation to the psychosomatic disturbance. By the symptom the internalized destructive aggression is splitted off on the level of the body-ego. The body gets the function of a third object and is the bearer of the destruction.

The symptom has on the one hand the purpose of defensing archaic anxiety and has compensating functions, on the other hand a strong self-destructive tendency. The symptoms splitting off may be differently rigid and fixed with a different psychophysical coherence. In general two groups of psychosomatic diseases can be distinguished:

- a group with severe psychosomatic illness in the sense of a so called "organpsychosis" (*Meng, Ammon*)
- a group with psychosomatic symptoms with a more functional characteristic and an ego structure closely related to the borderline syndrome.

The psychodynamical background will be demonstrated by means of the mother-child-relationship and by means of case studies. The group of psychosomatic disturbances related to the borderline syndrome will be differentiated from the neurotical conversion symptoms.

Literatur

Ammon, Gisela (1973): Vorstufen psychosomatischer Erkrankungen. In: Dyn. Psychiat. (6) 11–32

Ammon, Günter (1972): Zur Genese und Struktur psychosomatischer Syndrome unter Berücksichtigung psychoanalytischer Technik. In: Dyn. Psychiat. (5) 223–251

– (1974): Psychoanalyse und Psychosomatik (München: Piper)

– (1976): Das Borderline-Syndrom – ein neues Krankheitsbild. In: Dyn. Psychiat. (9) 317–348

Federn, P. (1952): Ego Psychology and the Psychoses (New York: Basic Books)

Meng, H. (1934): Das Problem der Organpsychose. In: Int. Z. Psychoanal. (20) 439–458

Pohl, J. (1972): Konversion und psychosomatische Symptombildung. In: Dyn. Psychiat. (5) 277–289

Spitz, R. (1965): The First Year of Life. A Psychoanalytic Study of Normal and Deviant Development of Object Relations (New York: Int. Univ. Press). Dt. Ausg.: Vom Säugling zum Kleinkind (Stuttgart: Klett, 2. Aufl. 1969)

Adresse des Autors:
Dr. med. Hartwig Volbehr
Clayallee 343
1000 Berlin 37

Die Bedeutung der Sexualisierung in der Familiendynamik für die Entstehung der Borderline-Hysterie**

Klaus Semmler *

Die Erfahrung in der psychotherapeutischen Praxis zeigt immer häufiger, daß Patienten mit anscheinend klassisch neurotischer Erkrankung im Verlauf der Therapie erkennen lassen, daß ihrem Leiden eine frühkindliche Ich-Störung zugrundeliegt, die durch das Symptomverhalten lediglich kompensiert wird. Der Autor ordnet dieses als Borderline-Hysterie bezeichnete Zustandsbild in das von Ammon (1976) erstellte Gesamtkonzept der archaischen Ich-Krankheiten ein. Die Borderline-Hysterie unterscheidet sich von der neurotischen Hysterie sowohl Ich-strukturell als auch phänomenologisch. Symbiosekomplex und inkohärente Verdrängung liegen den bewußten sexuellen Phantasieinhalten oder offen sexualisierendem Agieren zugrunde. Der Konfliktcharakter, aufgrund dessen der neurotische Patient sexuelle Inhalte verdrängt, fehlt weitgehend. Sexualisierung und Sexualität haben eine primär kommunikative Funktion im Sinne des Herstellens und Erhaltens eines lebenswichtigen Kontaktes.
Die Pathogenese dieser Erkrankung ist relativ einheitlich. Beide Eltern leben in einer offenen, konflikthaften Partnerbeziehung. Aufgrund eines eigenen narzißtischen Defizits ist die Mutter nicht imstande, ihrem Kind die entwicklungsnotwendige Wärme und Geborgenheit einer gelingenden Symbiose bereitzustellen. Der Vater übernimmt die Rolle des fürsorglichen mütterlichen Objekts. Dieses verführende und werbende Verhalten wird vom Kind als narzißtische und sexuelle Bestätigung immer wieder benötigt, um das Verlassenwerden und die Feindseligkeit des frühen Mutterobjektes abzuwehren. Dies führt zur Verinnerlichung von zwei Mutterobjekten mit gegensätzlicher Gefühlsqualität. Der spätere Patient ist stets bemüht, diese beiden Objekte durch Flucht in eine sexualisierte Beziehung auseinanderzuhalten.
An einigen Beispielen wird die Abwehr depressiver und paranoischer Ängste durch Sexualisierung und sexuelles Agieren belegt, um abschließend die Bedeutung scheinbar reifer Sexualität bzw. ihrer Repräsentanz in bewußten Phantasien als Träger narzißtischer Bedürfnise zu diskutieren.

In der therapeutischen Arbeit treffen wir immer häufiger auf Störungen, die von ihrer Symptomatik her anfänglich das Bild einer klassischen Neurose bieten, im Verlauf der Therapie aber bald auf eine frühe Störung der Ich-Entwicklung als Kernproblem des Krankheitsgeschehens verweisen.

Zu ihnen gehört auch jene Erkrankung, die *Ammon* (1976) im Rahmen seines Gesamtkonzeptes archaischer Ich-Krankheiten als Borderline-Hysterie bezeichnete.

Die vorliegende Arbeit versucht, nach einer Abgrenzung zum Begriff der hysterischen Psychopathie sowie der hysterischen Neurose die typische Familiendynamik zu beschreiben, die der Entstehung der Borderline-Hysterie zugrundeliegt, und innerhalb dieser Dynamik die Rolle der

* Dipl.-Psych., Psychoanalytiker, Mitarbeiter am Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik der DAP, Berlin

** Vortrag gehalten auf dem VIII. Internationalen Symposium der DAP, 1.—4. Oktober 1976, Universität Düsseldorf

Sexualisierung sowie ihre Auswirkungen auf die Bildung der Ich-Struktur des späteren Patienten zu diskutieren.

Die Wortgeschichte des Begriffs der Hysterie zeigt, daß bestimmte Verhaltensauffälligkeiten und Symptome bereits im Altertum eindeutig in einen Zusammenhang mit der Sexualität gestellt wurden und soziales wie ärztliches Interesse fanden.

Jene Gruppe unter ihnen, die nicht in erster Linie durch ihre Symptome, sondern durch ihre soziale Auffälligkeit gekennzeichnet ist, ohne jedoch an einer psychotischen Erkrankung zu leiden, bezeichnet *Kurt Schneider* (1923) mit einem allgemeinen Begriff als Psychopathen. Seine Auffassung, die die deutsche Psychiatrie bis in die Gegenwart bestimmt und u. a. zu ihrem therapeutischen Nihilismus beiträgt, besteht aus einer deskriptiv bleibenden Sammlung sozialer Deklassierungen, die entweder in ihrem Begriff bereits die Annahme konstitutioneller Verursachung zugrundelegt oder aber unter gänzlichem Verzicht auf genetisches und persönlichkeitsstrukturelles Denken mehr kriminologischen als psychiatrischen Charakter trägt.

Noch heute treffen wir in Lehrbüchern den sog. „hysterischen Psychopathen" neben dem „hyperthymen" und „fanatischen".

E. Bleuler (1969) meint: „Das Gemeinsame . . . liegt darin, daß sie (die Psychopathien, Anm. d. Verf.) sich teilweise als die Folge von vererbten Persönlichkeitsvarianten verstehen lassen". *Spoerri* (1969) spricht umstandslos vom „Kreis dieser vererbten Dauerzustände."

Die Verwendung des Psychopathiebegriffs ist wissenschaftlich illegitim, da er ähnlich wie der Begriff der sog. endogenen Psychosen in seiner Formulierung bereits die Annahme einer nicht beweisbaren, angeborenen Ursache macht und von daher eher Gegenstand wissenschaftgeschichtlicher Betrachtung sein sollte, als ihn immer noch zu diagnostischen Zwecken zu benutzen.

Mit der Erforschung ursächlicher Zusammenhänge bei der Entstehung sowie im Krankheitsgeschehen der hysterischen Neurose beginnt die Geschichte der Psychoanalyse. 1894 definiert *Freud* mit der Bezeichnung „Abwehr-Neuropsychose" die Funktion hysterischen Symptomverhaltens und weist in der weiteren Entwicklung ihre lebensgeschichtliche Bedingtheit wie auch ihre Reversibilität durch psychoanalytische Behandlung nach.

Ausgehend von der Hysterie entwickelte die Psychoanalyse in den folgenden Jahrzehnten eine Nosologie, die sowohl die deskriptive Seite der Symptomatik als auch die Psychodynamik des Kranken umfaßt. Dennoch ist diese Nosologie bis auf den heutigen Tag vieldeutig und widersprüchlich. Unter der Bezeichnung „hysterische Neurose" sind in der klinischen Literatur unterschiedlichste Zustandsbilder beschrieben. Zahlreiche klassische Arbeiten *Freuds*, so etwa die „Studien über Hysterie" (1895), wurden inzwischen reinterpretiert. So kam beispielsweise *Reichard*

(1956) zu dem Schluß, daß es sich bei der Erkrankung der Anna O. keineswegs um eine Neurose, sondern um eine schizophrene Psychose gehandelt habe.

Seit den zwanziger Jahren bemüht sich die Psychoanalyse über die Erforschung der Symptomneurosen hinausgehend um einen Zugang zum Problem sogenannter Charakterstörungen. *Reich* führt 1928 den Begriff der Charakterneurose ein, der heute teilweise mit der Psychopathie gleichgesetzt wird, so etwa in dem im Auftrage der Weltgesundheitsorganisation erarbeiteten „Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten". Dieser Begriff hat seither sehr unterschiedliche Interpretationen erfahren, deren gemeinsamer Nenner lediglich in der Einigkeit darüber besteht, daß sog. Charakterneurotiker ihre Umwelt in die Konfliktlösung miteinbeziehen und daß Charakterstörungen im Gegensatz zu Symptomen offenbar Ich-synton sind.

Ansonsten werden unter dem Begriff Charakterneurose Krankheitszustände von der leichten, nicht vollständig gelungenen Verdrängung, die unter Belastung jederzeit in eine Symptomneurose umschlagen können, (*Alexander*, 1928) bis hin zur Ich-Spaltung, die als Lösungsversuch eines Triebkonflikts gefaßt wird (*Nunberg*, 1956), zusammengefaßt. Will der Begriff Neurose weiterhin einen nosologischen Wert behalten, so sollte man ihn auf jene Erkrankungen beschränken, bei denen ödipal-konfliktuöse Ängste im Auftrage des Über-Ichs mittels regressiver Operationen abgewehrt werden.

Weder der unwissenschaftliche Psychopathiebegriff noch der rein triebdynamisch konzipierte Begriff von Symptom- und Charakterneurose werden aber jenen Krankheitsbildern gerecht, denen eine früh entstandene Ich-strukturelle Schädigung zugrundeliegt. Das Vorhandensein einer Ich-Störung schließt keineswegs triebdynamische Manifestationen aus, und in jeder Ich-Erkrankung bis hin zu den psychotischen Reaktionen spielt die Sexualität eine bedeutsame Rolle. Ihr kommt jedoch ein anderer Stellenwert zu als bei den Neurosen.

Die Gruppe von Kranken, mit denen sich die vorliegende Arbeit beschäftigt, zeigt überwiegend ohne die sekundäre Symptomatik von Konversionserscheinungen offen jene Triebäußerungen in bewußten Phantasien und Handlungen, die vom Neurotiker wegen ihrer Konflikthaftigkeit verdrängt werden: ödipal anmutende Konfigurationen von sexuellen und Rachephantasien, wie sie beim Neurotiker erst im Laufe der Behandlung aus der Verdrängung auftauchen, okkupieren hier einen großen Teil des bewußten Denkens oder werden, sofern hierdurch nicht zu große Angst entsteht, ausgelebt.

Ich-strukturell zeigt sich hier bereits ein bedeutsamer Unterschied zu neurotisch-hysterisch Erkrankten: Die Ich-Funkion der Verdrängung ist, entsprechend der Zersplitterung der Ich-Identität beim Borderline-Syndrom, inkohärent (*Ammon*, 1976).

Neben offen sexuellen Phantasieinhalten und Handlungen, jedoch mit ihnen unverbunden, findet sich eine starke phobische Abwehr. Die Koexistenz von Triebrealisierung und Abwehr, das offene Nebeneinanderbestehen von Widersprüchen verweist auf die für alle Borderline-Kranken so charakteristische Identitätszersplitterung. Zusätzlich zu der offenliegenden pseudohysterischen Problematik findet sich eine Mannigfaltigkeit weiterer Symptombildungen, wie etwa Alkoholabhängigkeit, suizidale Depressionen und im Laufe des therapeutischen Prozesses auch passagere Konversionszustände.

Der borderline-hysterische Patient zeigt in Teilbereichen also durchaus eine Symptomatik, die wir als neurotisch zu bezeichnen gewöhnt sind. Dennoch unterscheidet sich der Umgang mit dem Symptom bei verschiedenen Patienten beträchtlich und gibt erst im Zusammenhang mit dem Gesamtbild Aufschluß über Ich-Struktur und Art der Erkrankung. Eine Gegenüberstellung soll dies verdeutlichen: Beim neurotischen Patienten dient die Phobie dazu, Angst zu binden. Nicht jedoch beim Psychotiker. Während der Neurotiker fürchtet, umgebracht zu werden, gleichzeitig jedoch noch Einsicht in die Irrealität dieser Angst besitzt, ist der Psychotiker von der Realität seiner Befürchtung überzeugt. Der Unterschied liegt in der antizipatorischen Furcht einerseits, im wahnhaften Charakter andererseits. Ähnliche Überlegungen gelten natürlich auch für andere sog. neurotische Symptome, so beispielsweise für den Übergang vom Zwangsdenken zum Wahnsystem.

Eine Symptomklassifikation, wie sie heute noch ihren festen Platz in der Psychiatrie hat, sagt uns also unter Auslassung gleichzeitiger Ichstruktureller Diagnostik nichts wirklich Bedeutsames über eine Erkrankung.

Im folgenden wollen wir uns auf die Bedeutung der Sexualisierung bei der Borderline-Hysterie, ihre kommunikative Funktion und ihre Entstehungsgeschichte beschränken. Die Entstehung der archaischen Ich-Krankheiten aus dem ungelösten Symbiosekomplex wurde von *Ammon* (1973) ausführlich beschrieben. Er zeigte, daß neben dem manifesten elterlichen Verhalten und bewußten Absichten die unbewußten Phantasien der Eltern entscheidende Bedeutung für die Ich-Entwicklung des Kindes besitzen. Im Stadium der Symbiose reagiert das Kind direkt auf die unbewußten Phantasien seiner Eltern. Zahlreiche Beispiele hierfür wurden durch *Gisela Ammon* (1973) aus ihrer Arbeit im Psychoanalytischen Kindergarten beschrieben. Geschichtlich bedingt, konzipierte die Psychoanalyse die Rolle der Eltern für das Kind als Objekte, die durch ihr bloßes Vorhandensein Bedeutung auf den verschiedenen Stufen der psychosexuellen Entwicklung des Kindes erlangen. Als sich verhaltende Personen wurden sie bestenfalls als gewährend oder triebfrustrierend, Entwicklung gestattend oder Fixierung bewirkend wahrgenommen, blieben schattenhaft im Sinne von Dingen.

In der von *Ammon* entwickelten Konzeption des Symbiosekomplexes erscheinen die Eltern in ihrer Bedeutung für das Kind durch ihre realen psychischen Strukturen sowie durch ihre realen Gruppenbezüge. Damit ist zugleich auch die Bedeutung erfaßt, die dem Kind für den psychischen Haushalt der Eltern zukommt. Eine Symbiose ist immer zweiseitig, und Probleme einer verinnerlichten, ungelösten Symbiose sind für den Patienten immer durch ungelöste narzißtische Probleme der Eltern entstanden. Weil der spätere Patient als Kind eine wichtige Funktion für seine Eltern hatte, wurde ihm die identitätsnotwendige Abgrenzung nicht gestattet.

Die spezifische Dynamik, die der Borderline-Hysterie zugrundeliegt, soll nun näher beleuchtet werden. Die vorgetragenen Schlußfolgerungen ergaben sich aus dem gründlichen Studium der Lebensgeschichte der Patienten, aus der klinischen Beobachtung der Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse in einzel- und gruppenanalytischen Behandlungen, aus Mitteilungen, welche die Patienten im Verlauf ihrer Therapie durch direkt problemorientierte Befragung ihrer Eltern erhielten, sowie in verschiedenen Fällen aus Familieninterviews und der Direktbeobachtung der Beziehungsdynamik in der Gesprächssituation. Alle Beobachtungen deuten auf ein relativ gleichförmiges Beziehungsmuster in der frühen Primärgruppe der später borderline-hysterischen Patienten.

Anders als in der psychotisch machenden Familie, deren Dynamik durch gemeinsame Konfliktverleugnung und die Scheinharmonie in einer Pseudogemeinschaft (*Wynne*, 1958) geprägt ist, bestimmen ständige mehr oder minder offene Konflikte zwischen den Eltern und damit eine Aufspaltung der Familie das Klima in der borderline-krankmachenden Familie. Die Ehe der Eltern beruht auf einer pathologischen Partnerwahl. Aufgrund der Befangenheit in eigenen Lebensproblemen ist die Mutter nicht in der Lage, dem Kind die unterstützende und freundlich gewährende Umgebung zu schaffen, in der es geschützt experimentierend seinen eigenen Lebensraum erobern und damit zugleich sich Schritt um Schritt aus der noch notwendigen Symbiose abgrenzen kann. In der Lebensgeschichte borderline-hysterischer Patienten finden wir regelmäßig Mütter, die sich dem Kind gegenüber entweder gleichgültig und hilflos oder aber feindselig und ablehnend verhalten. Die Rolle des freundlichen mütterlichen Objektes übernimmt nun allzu bereitwillig der Vater, der dem kleinen Kind die Funktion eines nach seinen Wünschen geschaffenen Ersatzpartners zuschreibt. Regelmäßig finden wir in der Lebensgeschichte dieser Patienten die Idolisierung durch den Vater, die untrennbar mit einer Sexualisierung der Beziehung verbunden ist. Zwei Fallbeispiele sollen dies verdeutlichen:

Eine Patientin, Frau Z., die die Therapie wegen Entfremdungsgefühlen, Depressionen, Alkoholabusus und einer Agoraphobie aufsuchte, berichtete aus der ihr von der Mutter erzählten Familiengeschichte, daß ihr

Vater, ein Trinker, vor ihrer Geburt regelmäßig die Nächte außer Hauses in Lokalen zubrachte. Seit der Geburt der Tochter habe er keinen Abend mehr das Haus verlassen. In den ersten Lebensjahren habe seine ganze Zuwendung der kleinen Tochter gegolten. Der Vater, vor der Geburt der Tochter stets in aggressive Auseinandersetzungen mit seiner Ehefrau verwickelt und deutlich psychisch gestört, ging nun eine enge Beziehung zu seiner Tochter ein. Entsprechend erinnerte die Patientin in einer freundlich-regressiven Übertragungsphase während ihrer Therapie die Kindheitsphantasie, von ihrem Vater geboren worden zu sein.

Die Sexualisierung der Vater-Tochter-Beziehung, die in Frau Z.'s Kindheit mehr atmosphärisch bestimmend war, wurde, als das Mädchen heranwuchs, in den Ansprüchen des Vaters deutlich: er machte für Frau Z. phantastische Berufspläne, Ausdruck eigener narzißtischer Wünsche, die weit über seine eigene soziale Stellung hinausgingen. Wie einer Maitresse bot er ihr an, für sie eine Luxuswohnung zu mieten und ihr einen Sportwagen zu kaufen. Im späteren Leben fühlte sich Frau Z. nur sicher, wenn wie in ihrer Beziehung zum Vater in ihren Partnerschaften wie auch in der therapeutischen Gruppe eine deutlich erotisierte Atmosphäre herrschte. Andererseits hatte sie aber ständig das Gefühl einer Einengung: zwar könne sie sich real und existent erleben, aber dieses Empfinden sei zu ausschließlich an die Freundlichkeit anderer Menschen gebunden. Zudem seien die sexualisierten Beziehungen ohne Tiefe und verdeckten nur ihre Unfähigkeit, allein leben zu können. In Familienauseinandersetzungen reagierte die Mutter früher häufiger psychotisch und bedrohte dann sich selbst wie auch die Patientin mit einem Messer.

Die Familiendynamik bietet hier das real gelebte Bild der unbewußten Wünsche und Ängste neurotisch-hysterischer Patienten. Die phobische Angst, auf der Straße von einem Manne umgebracht zu werden, ein in hysterischen Neurosen so häufig auftretendes Symptom, erwies sich hier als eine Verdichtung der Mutter- und Vaterimagines und trat beim Eintritt einer Co-Therapeutin in die Gruppe in der Übertragung auf diese dramatisch und konzentriert wieder auf.

Eine andere Patientin, Frau P., weiß aus Berichten ihrer Eltern, daß ihre Mutter stets Ekelgefühle überwinden mußte, wenn sie sich ihrem Kind körperlich zuwandte. Bis zum Alter von zwei Jahren hatte das Kind, von der Mutter zu Bett gebracht, abends regelmäßig panische Angstzustände. Es schrie und warf sich so hin und her, daß das Kinderbett im Zimmer seinen Standort änderte. Nur der Vater konnte das Kind dann beruhigen, indem er sich zu ihm setzte und ihm gestattete, bis zum Einschlafen als Versicherung seiner Anwesenheit seinen Daumen festzuhalten. Bereits in der frühen Kindheit war Frau P. häufig Zeuge heftiger Auseinandersetzungen der Eltern. Die stets im Hintergrund stehende Drohung des Vaters, sich scheiden zu lassen und die Familie zu verlassen, erlebte sie als andauerndes Trauma. Später, im Schulalter,

wurde sie häufig als Vertraute in die Konflikte der Eltern einbezogen, und beide versuchten jeweils einzeln, ihre Partei für sich zu gewinnen. Im therapeutischen Prozeß erlebte sie das Hin- und Hergerissensein und die gleichzeitige Verlustangst in der Übertragung auf die beiden gegengeschlechtlichen Gruppentherapeuten wieder. Stets war sie auf oberflächliche Weise bemüht, beiden gegenüber freundlich zu sein, bis sie sich anläßlich eines Ortswechsels der Therapeutin mit einem wahren Haßausbruch gegen diese wandte. Im folgenden erinnerte sie ihre angstvolle Anhänglichkeit dem Vater gegenüber, der seinerseits Frau P. benötigte, um Trost für die destruktive Situation seiner Ehe zu finden. Um diese Stütze nicht zu verlieren, verbot er Frau P. in der Pubertät jeglichen Kontakt zu gleichaltrigen Jungen, und als sie sich dennoch zu einem Kinobesuch mit einem Klassenkameraden verabredete, reagierte er mit wütender Eifersucht und beschimpfte sie als Hure. Die Rolle des Kindes in der Gruppendynamik der Familie ist auch hier deutlich. Ähnlich der Situation von Frau Z. finden wir auch hier eine Mutter, die mitunter offen depressiv-psychotische Kontrollverluste erlitt und wegen drohender Suizidalität in der Kindheit der Patientin einige Wochen einen Anstaltsaufenthalt auf sich nehmen mußte. Frau P.'s tiefe Ambivalenz, Ausdruck der verinnerlichten Aspekte beider Eltern, erschwerte häufig die Therapie, die sie wegen extremer Entfremdungs- und Sinnlosigkeitsgefühle sowie wegen Erziehungsschwierigkeiten mit ihrem Sohn aufsuchte. Wie sie später berichtete, phantasierte sie im ersten Jahr ihrer Therapie abends zu Haus oft zärtliche und sexuelle Szenen mit dem männlichen Therapeuten. Aus Angst vor der durch die Mutter erlebten körperlichen Ablehnung (Körper = Schmutz) wagte sie es nach Fortsetzung ihrer Therapie in der Standardsituation bei dem männlichen Therapeuten lange nicht, über derartige Vorstellungen zu sprechen. Erst nach der Bearbeitung der frühen Ängste, die sich auf ein diffuses mütterliches Objekt bezogen, das nie konkret erlebt worden war, konnte die ödipale Facette der Erkrankung bei gleichzeitigem Auftauchen konversionshysterischer Symptome, wie Kopfschmerzen und leichten Krampfanfälle während der Behandlungsstunden bearbeitet werden. Auch hier waren die Ängste der Patientin nicht Ausdruck eines verdrängten Triebkonfliktes. Sie waren vielmehr einst Realängste gewesen. Ihre frühen Bedürfnisse waren durch die Eltern in eine offen zutageliegende pseudo-ödipale Familienszenerie eingeformt worden. Die Inadäquatheit des sexualisierenden Eingehens des Vaters führte die Patientin im späteren Leben immer wieder dazu, sich in Partnerschaften wie auch in der therapeutischen Situation ausschließlich auf diese Weise ihrer selbst und des anderen zu vergewissern.

Das ursprüngliche Objekt der kindlich-symbiotischen Wünsche ist die Mutter. Die Tatsache, daß symbiotische Bedürfnisse – wenn auch verzerrt – in der Entstehung der Borderline-Hysterie durch den Vater be-

friedigt werden, bedeutet keineswegs, daß nicht auch starke Abhängigkeitswünsche gegenüber dem ursprünglichen Objekt vorhanden sind. Gerade die eigennützige Inadäquatheit des väterlichen Verhaltens gibt dem Kind keine wirkliche Sicherheit. In der gruppentherapeutischen Arbeit mit zwei Therapeuten läßt sich besonders deutlich demonstrieren, daß bei dieser Patientengruppe in der Beziehung zum Vater eigentlich die Mutter gesucht wird, genauer gesagt, mütterliche Geborgenheit. Über mehrere Sitzungen gelang es einigen borderline-hysterischen Patienten in einer Gruppentherapie die Therapeutin und den Therapeuten derart gegeneinander auszuspielen, daß diese regelmäßig nach den Sitzungen in heftige Auseinandersetzungen gerieten. Interessanterweise waren ihre Vorwürfe aneinander dieselben: Der jeweils andere ließe den Patienten keinen Raum, er nehme ihre Gefühle nicht an und interpretiere bereits, bevor irgendwelche Übertragungsmanifestationen deutlich seien. Offenbar rivalisierten die Therapeuten um die Patienten. Der Streit der Eltern um die Kinder und das Bemühen um ihre Gunst war durch das Verhalten der Patienten hergestellt. Diese Patientengruppe teilt mit anderen Borderline-Kranken die Eigenart, den oder die Therapeuten in die Irre zu führen, in diesem Falle durch Verführung. Auch hier gilt als wichtiges diagnostisches Merkmal, daß die Stärke der Gegenübertragung ein Gradmesser der Schwere der Erkrankung ist.

Die Bindung des Kindes an den Vater hat bei der Borderline-Hysterie eine besondere Qualität. Durch Verführung und Idolisierung übernimmt der Vater die Rolle des „guten" mütterlichen Objektes. Die Beziehung des Vaters zum Kind ist narzißtisch und verleiht der Bindung auf seiten des Kindes einen stark identifikatorischen Charakter. Durch die Qualität der frühen Vater-Kind-Beziehung, die sich in Bewunderung des Kindes und Umwerbung äußert, sind Phantasien und Träume der späteren borderline-hysterischen Patienten geprägt. Sie haben häufig sexuellen Inhalt, obwohl es eigentlich um das symbiotische Beisammensein mit dem Vater geht. Die bei der neurotischen Hysterika verdrängte Phantasie, einen Penis zu besitzen, existiert bei der borderline-hysterischen Patientin als Wunsch häufig bewußt. Zeitweilig tauchen in den Analysen Träume auf, die im manifesten Trauminhalt verschiedene sexuelle Kontakte mit dem realen Vater darstellen, vorwiegend jedoch oralen Verkehr. Der Wunsch, einen Penis zu besitzen, ist zweifellos überdeterminiert. Zum einen präsentiert er sicherlich die neurotische Problematik des erhaltengebliebenen Penisneides sowie der Rache am Vater, zum anderen repräsentiert er als Introjekt wie auch als Wunschobjekt symbolisch die Beziehungsebene, die der Vater anbot. Hier gilt die bekannte Gleichung: Penis gleich Brust. Manche Patientinnen entfliehen ihrer Depression durch hektisch-promiskuitives Agieren und phantasieren dabei den Penis ganz einzusaugen, um die innere Leere zu füllen. Das Aufsuchen der gewünschten Symbiose mit dem Mutter-Vater ist hier plastisch deutlich.

Ich möchte nun abschließend die angestellten Beobachtungen zusammenfassen. Während der prädominante Mechanismus der neurotischen Hysterieformen die Regression auf eine frühere Stufe der psychosexuellen Entwicklung ist, das Ausweichen vor einem ödipalen Konflikt bei einem relativ entwickelten Ich, finden wir bei der Borderline-Hysterie gewissermaßen das Gegenteil: Der defizitäre Charakter des Ichs wird durch eine partiell entwickelte genitale Sexualität sowie durch ständige Sexualisierung von Beziehungen wie von einer Fassade überdeckt. Die häufig demonstrativ signalisierte Sexualität hat jedoch keinen reifen Charakter, mit ihr wird vielmehr kompensatorisch und im Wiederholungszwang die Befriedigung der Bedürfnisse einer frühen Phase der Ich-Entwicklung eingefordert. Weil sie damit ihrem eigentlichen Ziel entfremdet ist, wirkt sie auf uns häufig so unintegriert und verselbständigt. Wir wissen inzwischen aus verschiedenen Bereichen psychologischer Forschung, daß manifest sexuelles Verhalten nicht zwangsläufig auch psychisch den Charakter sexueller Reife trägt. Als Beispiel seien hier die Perversionen genannt, in denen sexuelles Handeln durchaus und trotz aller Verzerrungen zum Träger früher, nämlich symbiotischer Bedürfnisse wird. Wir kennen die kindliche Zwangsonanie gestörter Kinder als Symptom der Kontaktlosigkeit und des Rückzuges auf den eigenen Körper. Diese und viele andere Beobachtungen stehen in Übereinstimmung mit der Theorie *Ammons*, die besagt, daß eine frühe Ich-Schädigung, das Loch im Ich, alle späteren Stufen der Ich- und Triebentwicklung durchzieht und kompensatorisch durch jene Reaktionen gestopft wird, die lebensgeschichtlich im Zusammenhang einer pathologischen Primärgruppendynamik einmal adäquat waren.

Ist die Behauptung einer realen Verursachung der Borderline-Hysterie nicht ein Rückfall in *Freuds* frühe Traumatheorie, die er mit den „Drei Abhandlungen" endgültig überwand? Vielleicht mag manches ähnlich klingen, aber bei der Borderline-Hysterie fanden wir in der frühen Lebensgeschichte keine klar umrissenen traumatischen Ereignisse noch reale sexuelle Verführung, sondern eine permanent verkrüppelte Kommunikationsstruktur innerhalb der Familie, die einerseits durch Vernachlässigung und Ablehnung, andererseits durch Sexualisierung gekennzeichnet war. Die übermäßig intensive Bindung an einen Elternteil und die Ablehnung des anderen erinnert in vielem an die Gefühle neurotisch-hysterischer Patienten, die das Ergebnis nicht gelungener ödipaler Konfliktbewältigung sind. Die durch borderline-hysterische Patienten in der Übertragung wie im Leben hergestellten sexualisierten und konfliktuösen Beziehungen sind jedoch das Ergebnis real erlittener narzißtischer Beschädigung. Der eigentliche Konflikt dieser Patienten ist archaisch, und die Symptomwahl sagt uns hier ebensowenig wie bei anderen psychischen Erkrankungen direkt etwas über ihre Verursachung.

Die Sexualisierung stellt die frühe Beziehungsebene dar, die dem Kind in der Phase symbiotischer Abhängigkeit vom Vater angeboten wurde, ihm narzißtische Gratifikation einerseits sowie Schutz gegenüber einer verlassenden oder feindseligen Mutter gab. Das emotionale Angebot der Sexualisierung ermöglicht jedoch keine autonome Ich-Entwicklung. Bei den späteren Patienten findet es seinen Niederschlag in einer tiefen Ambivalenz, die bei zunehmender Nähe auch das pseudomütterliche Objekt einbezieht. Immer wieder wird diese Ambivalenz durch verzweifeltes Festhalten an der Sexualisierung als einziger Beziehungsmöglichkeit überspielt. Das Sexualisieren läßt sich als Symptomverhalten begreifen, das von seiner Funktionalität gesehen durchaus den Charakter einer verbildeten Ich-Funktion besitzt. Es dient dem borderline-kranken Hysteriker, als Anpassungszwang lebensgeschichtlich notwendig geworden, zur ständigen Abwehr depressiver und paranoischer Ängste und bewahrt ihn so in einer sexuellen Scheinidentität vor der drohenden Gefahr psychischer Desintegration.

Sexualization in the Family Dynamics and its Significance for the Etiology of Borderline-Hysteria

Klaus Semmler

Many patients in the office of the psychoanalyst at the first glance seem to be neurotic in the sense of *Freud*'s classical formulations. But in the course of therapy it soon becomes apparent that they suffer from an early ego-defect which is only compensated by neurotic symptoms.

As one sub-group of these borderline-patients *Ammon* (1976) in his concept of archaic ego-diseases mentioned those patients who suffer from a borderline-hysteria.

Borderline-hysteria must be distinguished from neurotic hysteria from the point of view of ego-structure as well as from its symptomatics. Symbiosis-complex and a partial inability of repression are found on the ground of open sexual fantasies and sexual acting-out. But sexualization and sexual acting-out are not the result of an unconscious conflict, they have an intense communicative function on an archaic level. The etiological background of this disease is constituted by relatively uniform family dynamics. The parents of the later patient are divided by severe conflicts. Because of her own narcissistic problems the mother is not able to behave in a warm and maternal way. Her role is taken by the father who in the frame of reference of his own infantile needs treats his child as an idealized partner-substitute.

Later this kind of narcissistic gratification will steadily be needed by the patient to escape from his inner hostile mother-object.

Literatur:

Alexander, F. (1928): Der neurotische Charakter. In: Int. Z. Psychoanal. (14) 26—44
Ammon, Gisela, Hrsg. (1973): Psychoanalytische Pädagogik (Hamburg: Hoffmann und Campe)
Ammon, Günter (1973): Dynamische Psychiatrie (Darmstadt und Neuwied: Luchterhand)
— (1976): Das Borderline-Syndrom — ein neues Krankheitsbild. In: Dyn. Psychiat. (9) 317—348
Bleuler, E. (1969): Lehrbuch der Psychiatrie (Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag, 11. Aufl.)
Brill, H. et. al. (1972): Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten (Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 3. Aufl.)
Freud, S. (1894): Die Abwehr-Neuropsychosen. Ges. W. Bd. I (London: Imago)
— (1895): Studien über Hysterie. Ges. W. Bd. I, a. a. O.
— (1896): Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychosen. Ges. W. Bd. I, a. a. O.
— (1905): Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Ges. W. Bd. V, a. a. O.
Nunberg, H. (1956): Character and Neurosis. In: Int. J. Psychoanal. (37) 283—289
Reich, W. (1928): Über Charakteranalyse. In: Int. Z. Psychoanal. (14) 180—196
Reichard, S. (1956): A Re-examination of "Studies in Hysteria". In: Psychoanal. Quart. (25) 155—177
Schneider, K. (1923): Psychopathische Persönlichkeiten. In: Aschaffenburgs Handbuch der Geisteskrankheiten (Wien: Franz Deuticke)
Spoerri, Th. (1969): Kompendium der Psychiatrie (Basel, New York: S. Karger)
Wynne, L. C. et al. (1958): Pseudo-Gemeinschaft in Familienbeziehungen von Schizophrenen. In: Schizophrenie und Familie (Frankfurt/M.: Suhrkamp, 1972)

Adresse des Autors:
Dipl.-Psych. Klaus Semmler
Güntzelstraße 60
1000 Berlin 31

Splitting und therapeutisches Setting in der Borderline-Schizophrenie**

Gislinde Bass *

Der Vortrag diskutiert den archaischen Abwehrmechanismus des Splitting in der Borderline-Schizophrenie. Nach Meinung der Autorin beruht er nicht darauf, daß es dem Patienten nicht gelungen ist, Selbst- und Objektrepräsentanzen über die Unterscheidung in „gut" und „böse" hinaus weiter zu differenzieren, sondern auf der Unvereinbarkeit verschiedener frühkindlicher Identifikationssysteme, die als Ich-Zustände abgespalten voneinander erlebt werden. Zur Bewußtwerdung dieser Abspaltungsvorgänge muß das therapeutische Setting so gestaltet sein, daß es ein Ausagieren des Bedürfnisses nach einem Splitting im Rahmen der therapeutischen Situation zuläßt. Dazu stehen verschiedene Möglichkeiten bereit: die Arbeit mehrerer Therapeuten, kombinierte Therapien von Einzel- und Gruppentherapie oder Milieutherapie. Die Autorin diskutiert am Beispiel einer Borderline-Schizophrenie die verschiedenen Manifestationen des Splitting während des therapeutischen Prozesses.

Der Splitting-Mechanismus, über dessen Bedeutung und Handhabung im therapeutischen Prozeß ich sprechen werde, gehört mit den frühen Formen von Introjektion und Projektion, von Verleugnung und archaischer Idealisierung zu den Abwehrformen der Borderline-Persönlichkeit. Er resultiert aus einer Störung der Ich-Regulation und dient dazu, ein strukturelles Ich-Defizit abzuwehren. Als Borderline-Syndrom verstehe ich mit *Ammon* (1973) eine spezifische und relativ abgegrenzte Form einer archaischen Ich-Krankheit, „die aus einer pathologisch arretierten Symbiose resultiert und als Ausdruck einer frühen Schädigung der Ich-Entwicklung verstanden und behandelt werden kann."

Diese Arretierung ist zeitlich auf das Ende der natürlichen symbiotischen Abhängigkeit des Kindes von der Mutter fixiert bzw. steht zu Beginn der Trennung von der Mutter, oder wie *Margaret Mahler* (1972) diesen Abschnitt in der Entwicklung des Kindes nennt, zu Beginn der Separations-Individuationsphase. Anders als der schizophren reagierende Patient hat die Borderline-Persönlichkeit weniger schwere Störungen in der frühen Symbiose erlebt. Im Gegensatz zum neurotisch reagierenden Patienten ist es ihr jedoch nicht gelungen, innere und äußere Objekte voneinander zu differenzieren, verschiedene Ich-Zustände zu assimilieren oder verschiedene Identifikationen, die das Kind mit den Personen seiner Primärgruppe eingeht, zu einer Identität zu vereinen.

Ich möchte zu Beginn betonen, daß der Splitting-Mechanismus im Gegensatz zur Meinung der kleinianisch ausgerichteten Literatur nicht

* Psychoanalytikerin, München
** Vortrag gehalten auf dem VIII. Internationalen Symposium der DAP, 1.–4. Oktober 1976, Universität Düsseldorf

darauf beruht, daß es den Borderline-Patienten nicht gelungen ist, die Selbst- und Objektrepräsentanzen über die Unterscheidung in „gut" und „böse" hinaus weiter zu differenzieren und eine Objektkonstanz unabhängig von den emotionalen Zuständen ihrer selbst oder der anderen aufrechtzuerhalten. Ihm zugrunde liegt ein strukturelles Ich-Defizit, das aufgrund einer pathologischen Kommunikation mit der Mutter bzw. der Primärgruppe ausgebildet wurde.

Die Borderline-Symptomatik ist eine Reaktionsform des Kindes auf eine Mutter, die sich selbst nicht aus ihrer eigenen Mutterbindung gelöst hat und auch nur über ein fragmentiertes, ein split-ego verfügt. Sie hat keine eigene Identität entwickeln können und wehrt ihre Rolle als Mutter ab. Sie benutzt die Abhängigkeit ihres Kindes zur Aufrechterhaltung ihres eigenen emotionalen Gleichgewichts und fürchtet die Identitätsentwicklung ihres Kindes. Sie entmutigt jeden Versuch des Kindes, sich selbst zu entwickeln, indem sie ihm ihre Unterstützung entzieht. Nach *Wolberg* (1973) ist die Borderline-Symptomatik ein Versuch des schwachen Ichs des Kindes, pathologische Objektbeziehungen zu bewältigen.

Das Kind erlebt gerade in dem Augenblick, in dem es im Zuge seiner Ich-Entwicklung beginnt, sich von seiner Mutter zu lösen, eine starke Verlassenheitsangst, da die Mutter keinen seiner Schritte in Richtung auf Autonomie unterstützt. Das Kind befindet sich in einer ausweglosen Situation, auf die es nur mit Identitätsdiffusion und Abwehr reagieren kann. Es erlebt, wie *Ammon* (1973) ausführte, zum einen „die Angst, daß die Abgrenzung von der Mutter ein monströses Verbrechen sei, und gleichzeitig die Angst vor dem Verlust der eigenen Identität und des eigenen Selbstes in der Unterwerfung unter die Mutter." Durch den Abwehrmechanismus des Splitting behält das Kind oberflächlich einen Teil seiner bis dahin erworbenen Identität bei, nämlich das „gute" Kind seiner Mutter zu sein, während es andererseits seinen eigenen Identitätsanspruch und das Identitätsverbot der Mutter abzuwehren versucht. Von nun an wird das Kind jeden weiteren Schritt zu einer Autonomie verleugnen, jede Ich-Leistung herabsetzen, notwendige Identifikationen nur oberflächlich und mit unterdrückter Wut eingehen.

Den Abwehr-Mechanismus des Splitting, der in seiner Stärke nicht unterschätzt werden darf, verstehe ich daher nicht wie in der Neurosenlehre als Abwehr eines Triebanspruches, aber auch nicht als bloßes Ausschalten von Ich-Funktionen, obwohl beim Borderline-Patienten bestimmte Ich-Funktionen besonders schwach ausgebildet sind, z. B. die Funktion der konstruktiven Aggression, der Kreativität, der Realitätsprüfung, der Ich-Regulation und der synthetischen Fähigkeiten des Ichs. Ich begreife ihn mit *Rosner* als einen Mechanismus, der in der Dissoziierung oder dem aktiven Auseinanderhalten von Identifikationssystemen mit einander entgegengesetzten Valenzen besteht, das heißt als Ausdruck miteinander in Konflikt stehender Identifikationssysteme (*Rosner*, 1969),

ohne daß der Zugang zur Bewußtwerdung oder zur Wahrnehmungs- und motorischen Kontrolle in Betracht gezogen wird.

Das so Abgespaltene enthält seiner Struktur nach die wesentlichen Komponenten eines Ich-Zustandes, worauf *Kernberg* (1966) verwiesen hat: neben der Objektkomponente eine Komponente des Selbst und zusammen aus beiden eine Affektkomponente. In seiner weiteren Entwicklung wird das Kind das so Abgespaltene als ein „Loch im Ich", als ein strukturelles Ich-Defizit empfinden *(Ammon,* 1973, 1976), ohne von sich aus den Zugang dazu wiederzufinden. Jede Ich-Erweiterung wird letztlich als nutzlos empfunden, da es dem Kind vor allem darum geht, die Ich-Fragmentierung aufzugeben, das eine Partial-Ich mit dem anderen Partial-Ich wieder zu vereinigen.

Im therapeutischen Prozeß, der dem Aufbau des Ichs dient, werden beim Patienten verschiedene Gefühle hervorgerufen, die das therapeutische Bündnis ernstlich gefährden können:

1) Jedes Erleben des abgespaltenen Ich-Zustandes, jeder Wunsch nach Autonomie, nach Veränderung seines psychischen Zustandes ruft im Patienten die archaische Angst hervor, die Mutter zu zerstören oder von ihr zerstört zu werden, d. h. die therapeutische Situation zu vernichten.

2) Der Patient wird daher diese Wünsche und Gefühle negieren. Unter dem Druck seiner starken Angst flieht er notfalls in ein autistisch-paranoisches Wahnsystem. Zumeist jedoch verharrt er in einer starren, archaischen Idolisierung dem Therapeuten gegenüber und verleugnet die Realität. Diese Haltung nicht zu interpretieren, eine vermeintlich positive Übertragung auszunützen, um im Hinterland das Ich zu stärken, muß fehlschlagen, da der Patient auf jede Stärkung seines Teil-Ichs mit starker Verlassenheitsangst reagiert. Oft zeigt er auch in sehr konkretistischer Art, daß der Therapeut ihm nicht helfen kann.

3) Eine andere Möglichkeit für den Patienten ist eine masochistische Reaktion. Der Patient gibt nach und engagiert sich in einer Als-ob-Therapie. Entweder sucht er dann masochistisch bei sich selbst die Schuld an der Arretierung des therapeutischen Prozesses, oder aber er schiebt die Schuld dem Therapeuten zu, den er damit die Rolle eines schuldigen Elternteiles spielen lassen kann. In einer unkontrollierten Gegenübertragungsmanifestation kann es dabei zu einem Abbruch der Therapie durch den Therapeuten kommen.

Einige Autoren, darunter *Searles* (1965) und *Spotnitz* (1969) sind der Ansicht, daß die feindliche Übertragung des Patienten oder, wie ich es nennen möchte, der ängstlich und mit destruktiver Aggression abgewehrte Ich-Zustand, den der Patient am liebsten ganz aus der Therapie heraushalten möchte, möglichst früh im therapeutischen Prozeß analysiert werden sollte. *Rosner* (1969) wie auch *Wolberg* (1973) hingegen empfehlen einen völligen Respekt für die Abwehr des Patienten. Meines Erachtens geht es darum, überhaupt erst mit Geduld und oft sehr langwierig einen

tragfähigen Kontakt mit dem Patienten herzustellen, um dann anschließend im Sinne einer nachholenden Ich-Entwicklung die Problematik des fragmentierten Ichs zu bearbeiten.

Rosner wie auch *Wolberg* versuchen, das split-object, wie sie es in ihrer Terminologie nennen, ich möchte lieber vom split-ego sprechen, durch die Technik der projektiven Identifikation in die therapeutische Situation, es handelt sich immer um die Dyade von Patient und Therapeut, einzubeziehen. Sie lassen ihre Patienten über dritte Objekte, über ihre Beziehungen zu anderen Personen und deren mögliche Einstellungen und Verhaltensweisen phantasieren, um den Patienten zu helfen, das introjizierte Objekt zu externalisieren. Dabei geht *Wolberg* davon aus, daß die forcierte Phantasie von der gleichen Struktur und Organisation ist, wie die Phantasie, die der Patient erinnern könnte, wenn er sie nicht so sehr unterdrückte.

Wie ich bereits ausführte, wehrt der Borderline-Patient ein strukturelles Ich-Defizit ab, dessen Anerkennen mit starken Wut-, Angst- und Schuldgefühlen verbunden ist. Ich möchte bezweifeln, daß stärker gestörte Patienten mit Borderline-Symptomatik, insbesondere diejenigen, die an einer Borderline-Schizophrenie leiden, den Weg über die forcierte Phantasie überhaupt beschreiten können.

Meines Erachtens geht es darum, den Abwehr-Mechanismus des Splitting auf Ebenen zu bringen, die möglichst nahe an der Realität sind und eine nachholende Ich-Entwicklung ermöglichen.

Die Berliner Schule hat mit der Entwicklung verschiedener therapeutischer Möglichkeiten und Techniken, vor allem der analytischen Milieu- und Gruppentherapie, so wie einer Ich-strukturell orientierten psychoanalytischen Therapie für archaische Ich-Krankheiten auch Möglichkeiten bereitgestellt, mit dem Mechanismus des Splitting in der therapeutischen Situation umzugehen. Therapeutische Möglichkeiten liegen zunächst darin, mehrere Übertragungsobjekte für das Splitting bereitzustellen, wobei die gesamte therapeutische Situation die synthetische Einheit darstellt bzw. für den Patienten die Ich-Funktion der Synthese übernimmt. Dies kann im Rahmen einer Gruppentherapie geschehen, deren Mitglieder füreinander verschiedene Übertragungsobjekte sind, durch die Aufspaltung der Übertragung auf ein Leiterpaar, durch eine Kombination von Einzel- und Gruppentherapie beim selben oder bei verschiedenen Therapeuten, ja auch durch ein therapeutisches Team von zwei oder mehr Therapeuten für einen Patienten. Jedes ambulante Setting hat jedoch den Nachteil, daß es dem Patienten weiterhin ein Splitting erlaubt, das sich jeder therapeutischen Anstrengung entziehen kann. Ich meine hier die Aufteilung in die „gute", ungefährliche Welt der therapeutischen Situation und die „böse", angstmachenden Umwelt oder auch umgekehrt. Erst ein therapeutisches Setting, das die gesamte Lebenssituation des Patienten umfaßt und ihm für seine identifikatorischen Prozesse ver-

schiedene Übertragungsfiguren anbietet, leistet sowohl ein konkretes Bewußtwerden der Splittingvorgänge wie auch eine Beschränkung des Ausagierens dieser Abwehr auf die therapeutische Situation. Ideal ist in dieser Hinsicht eine milieutherapeutische Klinik.

Ich möchte nun im zweiten Teil meiner Arbeit am Beispiel der Therapie einer Patientin mit einer Borderline-Schizophrenie die Handhabung des Splittings innerhalb einer Institution mit beruhigenden Hintergrundfiguren und im Rahmen einer privaten Praxis mit ihren problematischen Aspekten darstellen.

Frau A. gehörte nicht zu den Borderline-Patienten, die eine vordergründige, lärmende Fassade zeigen, sie war in sich gekehrt und verschlossen. Sie suchte die therapeutische Praxis auf, weil sie sich von den Leuten verfolgt, ausgelacht und bedrängt fühlte. Sechs Jahre zuvor war sie einige Wochen lang in einer psychiatrischen Klinik gewesen, wo die Ärzte sie als „schizophren" klassifiziert hatten. Da keine *Bleuler*sche Kategorie auf sie zutraf, und auch der Bezug zur Realität nur in ganz geringem Maße wahnhaft entstellt war, rechnete ich sie der großen Gruppe der Borderline-Schizophrenien zu.

Frau A. war 28 Jahre alt. Aufgrund ihrer Intelligenz hatte sie sich einen Beruf erarbeitet, der sonst nur Abiturienten vorbehalten bleibt. Sie lebte relativ isoliert, hatte jedoch einige Freunde und Freundinnen, die sie ab und zu besuchte. Ihre Eßstörungen bewältigte sie, indem sie mit ihren Bekannten essen ging. Allein war sie nicht nur hier hilflos. Sie brauchte an sich immer eine Gruppe, um funktionieren zu können. Dann konnte sie in öffentlichen Versammlungen taktisch klug diskutieren oder auch Examensarbeiten für ihre Freunde schreiben.

Es schien so, als sei sie vor allem ihrer inneren Welt gegenüber angepaßt. Sie sagte, sie liege am liebsten im Bett, weil sie dann schöne Sachen träumen könne. Manchmal erfinde sie auch Märchen und Geschichten. Es schien, als ziehe sie die Isolation dem Kontakt mit Menschen vor. Schwer gestört waren die Ich-Funktion der konstruktiven Aggression, ihr Selbstwertgefühl und ihr Vertrauen in sich selbst und andere Menschen.

Ihre Kindheit hatte sie mit stets wechselnden Identifikationspersonen verbracht. Ihre Mutter war zeitweise gesund und kam immer wieder für mehrere Monate wegen Schizophrenie in eine psychiatrische Klinik. Die Tochter erlebte so nicht nur den ständigen Zustandswechsel ihrer Mutter, der ihr große Angst bereitete; sie kam dann, wenn die Mutter in der Klinik war, in die nächste Stadt zu ihrer Tante und besuchte dort auch eine andere Schule.

Frau A. sagte mir gleich im ersten Gespräch, daß sie ein uneheliches Kind sei. Ihre Mutter habe zwar nach ihrer Geburt geheiratet, aber nicht ihren Vater, der schon verheiratet gewesen sei. Fünf Jahre später habe die Mutter wieder von diesem Mann ein Kind bekommen, worauf die Ehe mit dem Stiefvater geschieden worden sei. Die Mutter habe dann

nur noch auf den Stiefvater geschimpft, wie sie meistens geschimpft habe. Frau A. mochte ihren Stiefvater sehr, sie kämmte ihm sein Haar und saß oft lange auf seinem Schoß. Wenn sie diesen Stiefvater beschrieb, konnte man meinen, sie beschrieb sich selbst. Er war für sie eine positive Identifikationsfigur, während der natürliche Vater die Autorität und das Bürgertum, die Realität schlechthin verkörperte, die sie in ihrer Entwicklung mehr und mehr ablehnte. Sie wollte wie der Stiefvater werden, große Reisen unternehmen und ein Leben als Außenseiter führen.

Die jüngere Schwester war im Alter von sechs bis zwölf Jahren nicht zu Hause, da sie wegen eines schweren Sprachfehlers in einem Heim lebte. Wichtige Personen in der Kindheit der Patientin waren einige Freundinnen, ein Vetter und Verwandte der Mutter. Mit 14 Jahren sei es mit ihr bergab gegangen. Damals bekam sie Angst, sie könne wie die Mutter schizophren werden. Sie habe sich weder zu Hause wohlgefühlt, noch habe sie sich auf die Straße gewagt. Ihre Isolation habe ihr jedoch die Welt der Bücher und des Reisens geöffnet. In dieser Zeit vermied sie sorgfältig alle Identifikationen mit der Mutter. Da die Mutter, die sonst sehr puritanisch war, sich bei Ausbruch der Krankheit immer völlig nackt gewaschen habe, habe sie, die Tochter, lange Zeit überhaupt auf das Waschen verzichtet. Die Mutter hätte dann auch sehr obszöne Reden geführt und laut über ihre sexuellen Bedürfnisse gesprochen. Sie selbst habe sich immer sehr elend gefühlt, wenn sie sexuelle Gedanken hatte. Sie seien aber wie ein Zwang gewesen. Auf die peinliche Ordnungsliebe der Mutter, die der Abwehr des inneren Chaos diente, habe sie mit dem absoluten Chaos reagiert.

Frau A. unternahm mit 18 Jahren einen ersten Ausbruchsversuch. Die Mutter holte sie jedoch wieder aus dem Ausland zurück. Mit 18½ Jahren verließ Frau A. ihre Tätigkeit in einem Büro und begann in autodidaktischer Weise mit dem Aufbau einer eigenen Berufsidentität.

Therapeutischer Verlauf

Frau A. war aufgrund ihrer großen Menschenscheu nicht zu bewegen, an einer Gruppentherapie teilzunehmen. Sie kam daher zweimal in der Woche zu mir in eine Einzeltherapie. Der Therapie gegenüber war sie nihilistisch eingestellt. Sie erwartete sehr wenig von mir und wäre auch nur da, weil eine Nervenärztin, die großen Eindruck auf sie gemacht hatte, sie geschickt hätte. Mit dieser Ärztin hatte sie auch einige therapeutische Gespräche geführt. Jedoch sei sie einmal zu ihr frech gewesen. Da habe sie nicht mehr hingehen können, weil sie die Ärztin so sehr gemocht habe. Während diese Ärztin weiterhin idolisiert eine gute und große Persönlichkeit blieb, stellte ich für sie jemand dar, der sie nicht ernst nahm, der sie nicht verstehen wollte, der höchstens ein distanziertes Interesse an ihr hatte. Sie war sich ihrer Aggressivität mir gegen-

über völlig bewußt und genoß es, mir immer wieder meine Unfähigkeit zu zeigen. Sie beschimpfte mich häufig mit obszönen Worten. Im Grunde drehte sich das Gespräch jedoch um das Problem des Ernstgenommen- und des Akzeptiertwerdens, d. h. um die Frage, ob ein therapeutisches Bündnis mit mir möglich war. Da die Ärztin sich aber mehr und mehr zurückzog, mußte sich Frau A. nach einem neuen positiven Identifikationsobjekt umsehen, da sie mich nur als Träger ihrer destruktiven Aggression ansehen konnte. Sie nahm plötzlich ein großes Interesse an den Therapeuten, die in dem Institut arbeiteten, in dem die Sitzungen stattfanden. Besonders der Leiter des Institutes hatte ihr großen Eindruck gemacht. Sie war sehr beruhigt, als sie hörte, daß er im Zimmer nebenan arbeitete, und phantasierte von nun an mehr über ihn als über die Ärztin. Eine Therapie bei ihm sei aber gar nicht von ihr erwünscht. Sie bekomme dann nur Angst, außerdem sei sie ja niemand, sie habe nur mich verdient und wolle mich auch behalten. Eine zeitlang konnten wir recht gut miteinander arbeiten, und eines Tages konnte sie mir dann auch über ein Tonband einen Traum vermitteln, den sie mir nicht direkt erzählen wollte. In diesem Traum hatte sie mir etwas erzählt, und ich hatte vor Freude laut gelacht. Daraufhin habe sie gesagt, jetzt müssen wir ein Schnäpschen trinken. Dann seien sehr viele Leute gekommen, die auch alle ein Schnäpschen getrunken hätten.

Obwohl sie es verleugnete, fühlte sie sich in den Sommerferien sehr verlassen. Ich hatte einen festen Termin mit ihr ausgemacht. Sie rief einige Tage vorher an und erfuhr, daß ich schon wieder aus den Ferien zurück war. Sie wertete das als große Unzuverlässigkeit und als lügnerisches Verhalten. Sie kam einige Sitzungen nicht, schrieb mir jedoch einige Briefe, in denen sie über ihren Zustand sehr klagte.

Als sie wieder kam, überschüttete sie mich mit Vorwürfen und Aggressionen. Dann teilte sie mit, daß sie nicht mehr kommen könnte. Sie hatte gehört, daß im Institut Kontrollsitzungen stattfinden und daß dort vor den anderen über die Patienten gesprochen werde. Sie bekam große Angst, daß sie ihr Splitting nicht weiter aufrechterhalten konnte. Sie trug sich einige Zeit mit dem Gedanken, an einer Gruppe teilzunehmen. Schließlich fand sie eine Lösung, indem sie zu Hause Tonbänder besprach, mit denen sie sich sehr viel Mühe gab. Sie sprach ihre ganze Lebensgeschichte darauf, die sie mit starken Vorwürfen mir gegenüber begann, danach konnte sie es sich gestatten, sich mir in einer lieben Weise auf diesen Bändern mitzuteilen. In den Sitzungen blieb sie weiterhin sehr aggressiv.

Sie war nun über ein Jahr regelmäßig zu mir gekommen, als ich ihr mitteilte, daß ich demnächst in meiner eigenen Praxis außerhalb des Instituts mit ihr arbeiten werde. Zuerst ignorierte sie meine Mitteilung. Einige Sitzungen darauf meinte sie, es wäre sicher gut, wenn ich das Institut verlasse. Sie leugnete jede positive Beziehung zum Institut, fand

alle kleinkariert und behauptete wieder, man spreche über sie im Institut, es sei kein sicherer Rahmen mehr für sie. Außerdem habe sie jetzt völlig eingesehen, daß sie aggressiv sei, einfach ein unausstehlicher Mensch. Ihr sei nicht zu helfen.

Da ich große Bedenken hatte, ob sie mir in meine Privatpraxis folgen würde, besprach ich mit ihr die Möglichkeit, einen anderen Therapeuten im Institut aufzusuchen. Sie lehnte es ab und schaffte es auch tatsächlich nicht, mich in meiner Praxis aufzusuchen. Ein vorläufiges Abschiedsgespräch fand daher noch im Institut statt. Sie teilte mir mit, sie habe jetzt einen Therapeuten, aber keinen psychoanalytisch ausgerichteten mehr. Dieser Therapeut schränke sie gar nicht ein, ihm dürfe sie alles sagen. Sie frage sich allerdings schon, ob sie wirklich bei ihm bleiben könne.

Eine lange Zeit hörte ich nichts von ihr. Dann erreichten mich zwei Briefe. Sie empfinde erstaunlicherweise gar keine Wut auf mich und habe die neue Therapie auch wieder abgebrochen. Sie schickte mir auch einen Traum, der von einem leeren Haus handelte, das von anderen leeren Häusern umgeben ist. Ein junger blondgelockter Mann lag am Boden. An der Stelle des Kopfes lag ein Häufchen verglühter Asche, aus dem noch etwas Rauch aufstieg. Ich sah in dem Traum ein wenig den Wunsch, der junge Mann möchte doch leben, d. h. sie möchte die Therapie doch fortführen. Wieder einige Wochen später rief sie mich an und versicherte, daß sie mich aufsuchen werde, falls es ihr sehr schlecht gehen werde. Der letzte Anruf erreichte mich ein halbes Jahr später. Gleichzeitig rief sie auch im Institut an. Es erscheint mir jedoch generell fraglich, ob eine Therapie, in die zunächst vor allem ein derart negatives Teil-Ich zur Darstellung gebracht wird, ohne den Schutz von starken Hintergrundsfiguren oder ein Setting, das ein echtes Splitting erlaubt, durchgeführt werden kann.

Der negative Ausgang dieser Behandlung bedeutet natürlich nicht, daß ich Behandlungen von Borderline-Patienten in einer privaten Praxis, in der der Therapeut allein arbeitet, generell für undurchführbar halte. Zumindest wäre immer eine Splitting-Situation durch eine kombinierte Einzel- und Gruppentherapie herzustellen, in der der Therapeut je nach dem therapeutischen Setting verschieden erfahren wird.

Wichtig erscheint mir aber vor allem zu sein, daß der Patient zwar nach verschiedenen Trägern für sein Bedürfnis nach einem Splitting sucht, daß aber diese Träger nicht beliebig austauschbar sind, sondern eine rudimentäre Objektbeziehung symbolisieren müssen. Diese Beziehung betrifft nicht nur einzelne Aspekte eines Objektes, sondern frühkindliche Identifikationssysteme, die der Primärgruppe des Kindes entstammen und stets personal gebunden bleiben.

Splitting and Therapeutic Setting in Borderline-Schizophrenia

Gislinde Bass

Splitting is a primitive defense mechanism of the infantile still fragmented ego. It plays a prominent role in the borderline personality, besides other defense mechanisms as projection and denial and feelings of grandeur. While a healthy ego-development is marked by alternation of synthesis and splitting, splitting in the borderline-patient has become the only mode to cope with reality.

According to the author the splitting mechanism in the borderline-patient is not just based on the fact, that he did not succeed in differentiating the representations of self and objects further than into the difference of "good" and "bad", but that he was not able to reconcile contradictory identification systems with each other. He was compelled by his mother and the primary group to renounce either the one or the other. He was forced to hold them apart and to repress their coexistence. All further endeavours to form his ego and his own identity seemed futile, since they could not counteract his basic ego-fragmentation.

Concerning the therapeutic procedure the author recommends a therapeutic setting which allows for the acting out of the splitting mechanism. She is doubtful whether the technique of forced phantasy will help severely disturbed patients. According to her splitting must be acted out near to reality thus enabling a retrieval of ego-development and it should be bound to persons. There are several possibilities, more than one therapist, individual therapy combined with group- or milieutherapy or a milieutherapeutic clinic. The therapeutic setting as a whole has to take over the ego-function of synthesis.

The second part of the article deals with the therapeutic process of a patient with borderline-schizophrenia. The different manifestations of the need for splitting are discussed. First the therapist was opposed to her "good" predecessor, whom the patient could no longer see, since he was "too good".The patient felt relieved being now with a less good person with whom she could identify for a while. In the second phase the splitting was manifested in an opposition of the still "aggressive" therapist and the "good" colleagues, to whom she had no contact, but who worked in the other rooms of the institute and were always present as reassuring persons in the background. By and by she became more confident in her therapist and the colleagues and the institute lost importance in her value system. At home she spoke a lot of messages on tapes which she brought into the session, not allowing the therapist to hear them with her. The first tape contained a lot of insults but the next tapes were all spoken in a gentle voice giving many informations of her child-

hood and her present feelings towards the therapist. In the sessions she still remained aggressive.

The therapy finally was given up, when the therapist left the institute to work in her private practice. Being dependent from the therapist she feared to have no further outlet for her aggressions and she decided to leave her as a punishment for both.

Literatur:

Ammon, G. (1973): Dynamische Psychiatrie (Darmstadt und Neuwied: Luchterhand)
– (1974): Psychoanalyse und Psychosomatik (München: Piper)
–, Hrsg. (1975): Psychotherapie der Psychosen (München: Kindler)
– (1976): Das Borderline-Syndrom – ein neues Krankheitsbild. In: Dyn. Psychiat. (9) 317–348
Kernberg, O. (1966): Structural Derivatives of Object Relationships. In: Int. J.Psychoanal. (47) 236–253
– (1967): Borderline Personality Organization. In: J. Am. Psychoanal. Ass. (15) 641–685
Mahler, M. (1972): Rapprochement Subphase of the Separation-Individuation Process. In: Psychoanal. Quart. (41) 487–506
Masterson, J. F. (1972): Treatment of the Borderline Adolescent: A Developmental Approach (New York, London: John Wiley & Sons)
Rosner, L. (1969): Problems of Working Through with Borderline Patients. Theory, Research and Practice. 6. No. 1
Searles, H. F. (1965): Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects (London: The Hogarth Press)
– (1973): Über die therapeutische Symbiose. In: Dyn. Psychiat. (6) 373–390
Spotnitz, H. (1969): Modern Psychoanalysis of the Schizophrenic Patient. Theory of the Technique (New York: Grune & Stratton)
Wolberg, A. R. (1973): The Borderline Patient (New York: Int. Medical Book Corp.)

Adresse der Autorin:
Gislinde Bass
Nikolaistraße 2
8000 München 40

Der Herzinfarktkranke als Borderline-Patient – Nichterleben von Körper und Todesnähe**

Heinrich Huebschmann *

Der Autor stellt die Frage, ob ein nur körperlich Kranker ein Borderline-Patient sein kann. Am Beispiel der Gruppe der an Herzinfarkt erkrankten Patienten wird gezeigt, daß die psychische Unauffälligkeit, die Verleugnung aller Gefühle bis hin zur gestörten Körperwahrnehmung im Fehlen von Schmerz und Todesängsten gerade Ausdruck einer spezifischen Borderline-Problematik sein kann.
Beschwerden zuzugeben, zu klagen, heißt Bedürfnisse anmelden, ein Stück Selbst zu offenbaren. Herzinfarktkranke verleugnen ihr gesamtes Innenleben bis hin zu einer Selbstlosigkeit im Sinne einer Verkehrung. Die Psychodynamik stellt sich so dar, daß diese Patienten aufgrund ihrer Lebensgeschichte und ihrer sozialen Situation nicht in der Lage sind, Widerstand zu leisten, Konflikte durchzustehen. Dieser Einbuße an innerer Freiheit setzt dann der Körper Widerstand entgegen anstelle des psychischen Sich-Wehrens. Bis zur Selbstzerstörung dient die organische Erkrankung als Ersatz für fehlende psychische Struktur.
Auf dieser Grundlage der Einheit von Körperlichem und Seelischem ist es Aufgabe des Arztes – auch bei anscheinend nur organisch Kranken – zunächst ein Interesse am Ich des Kranken zu wecken. Dieses Verständnis der Psychopathogenese körperlicher Erkrankungen läßt den Autor eine Sozialtherapie für den organisch-klinischen Bereich ärztlicher Versorgung vorschlagen. Darüberhinaus zeigt diese Arbeit Wege für eine integrative und interdisziplinäre Forschung von Medizin und Dynamischer Psychiatrie.

Der körperlich Kranke erscheint in seinem Stand als Kranker anerkannt, er läßt sich diagnostisch fassen, er findet gesicherte Therapiepläne vor, er ist der Aufmerksamkeit und der Fürsorge durch die Gesellschaft gewiß. Er ist gleichsam in seiner Krankheit etabliert, und ebenso hat der Körperarzt in der Gesellschaft seinen festen Platz. Der körperlich Kranke – ein Randsiedler, ein Grenzgänger? Einer, der nicht in unsere geordnete Welt paßt, der unsere exakte Diagnostik in Frage stellt, der uns ratlos macht? Der körperlich Kranke – ein Borderline-Patient?

Betrachtet und behandelt man den körperlich Kranken in psychosozialer Hinsicht, dann entdeckt man, daß auch dieser sich in Grenzsituationen bewegt. Es liegt nahe, an die Grenze des Todes zu denken. Ich meine aber auch die Grenze des gesellschaftlich Erlaubten.

Diese ist jedoch, anders als beim psychisch Kranken, zunächst nicht erkennbar. Typisch für den körperlich Kranken ist die Verborgenheit der Grenzproblematik. Die Verborgenheit besteht für den Kranken selbst und für seine Umgebung. Wir finden eine Selbst- und eine Fremdverborgenheit. „Psyche unauffällig" steht in den Krankenblättern der inneren Klinik. Das liegt gewiß an einer einseitigen Ausbildung des Klinikers,

* Dr. med., Facharzt für Innere Medizin, Psychotherapie, Lehrbeauftragter am Diakoniewissenschaftlichen Institut der Universität Heidelberg
** Vortrag gehalten auf dem VIII. Internationalen Symposium der DAP, 1.–4. Oktober 1976, Universität Düsseldorf

die blind und taub macht für alles, was nicht materiell faßbar ist. Aber auch der körperlich Kranke selbst neigt viel weniger als der psychisch Kranke von sich aus dazu, Seelisches zu offenbaren. *Kütemeyer* (1953), unter dem Eindruck einer geradezu gespenstischen seelischen Verschlossenheit bei Patienten mit bösartigen Erkrankungen wie Lymphogranulom oder Sarkom, kam zu Formulierungen wie „Verdrängung der Verdrängung", „doppelt Unbewußtes", „Latenz der Latenz". *Alexander Mitscherlich* (1954), von der Neurosentherapie herkommend und sich den organisch Kranken zuwendend, sprach von „zweiphasiger Verdrängung", von „zweiphasiger Abwehr".

Man kann die Verschlossenheit des Kranken daran erkennen, wie er seinen Körper erlebt. *Günter Ammon* (1974) schreibt in „Psychoanalyse und Psychosomatik", mit der Frage nach dem Zusammenhang von Körpererleben und psychischer Störung sei das Zentralproblem der psychosomatischen Forschung bezeichnet. Ich würde sagen, die Frage nach dem Körpererleben—oder, wie *v. Weizsäcker* (1954) sagte, nach der Selbstwahrnehmung, d. h. der Wahrnehmung des körperlichen Selbst – bildet einen ersten und wichtigen Zugang zur psychischen Organisation des körperlich Kranken.

Körperlich Kranke haben im Gegensatz zu Neurotikern oft wenig Klagen. *A. Jores* (1964) hat in der Hamburger medizinischen Poliklinik 400 Kranken, während sie auf die Untersuchung warteten, Fragebögen mit einem Verzeichnis von 65 Arten von Beschwerden ausgehändigt, auf denen sie ein Ja oder Nein anzukreuzen hatten. Auffallend war die Reichhaltigkeit der Beschwerdeliste bei Kranken mit fehlenden oder geringfügigen Organschädigungen im Gegensatz zu der Spärlichkeit der Angaben bei schwer organisch Kranken, vor allem bei Krebskranken. Es besteht ein Mißverständnis zwischen dem subjektiven Beschwerdebild und dem objektiven Organbefund. Schwerkranke und Sterbende nehmen von ihrem körperlichen Zustand oft wenig Notiz. Die tuberkulöse Lunge ist ganz durchlöchert, ständig wird Auswurf entleert, aber der Kranke liegt mit heiterem Gesicht im Bett und macht die unsinnigsten Zukunftspläne. Bei einer Untersuchung wird eine verhärtete Leber festgestellt und vom Arzt auf die Möglichkeit eines fortschreitenden Lebersiechtums hingewiesen, aber trotz starker Ermüdbarkeit, Verdauungsstörungen und Spannungen im Bauch sieht der Kranke keinen Grund, sein Tagewerk zu ändern. Das Herz mit einem Klappenfehler zischt, faucht und drückt bei jedem Schlag an die Brustwand, daß man es von außen sieht, aber der Kranke muß von Angehörigen genötigt werden, überhaupt einen Arzt aufzusuchen.

Ein Beispiel, das ich als Klinikabteilungsarzt erlebte, mag das besonders plastisch werden lassen. Im Schwimmbad treffe ich einen jungen Mann, der mir bekannt vorkommt, den ich aber nicht gleich identifizieren kann. Plötzlich erkenne ich ihn: Es ist der Patient mit dem schweren

kombinierten Mitralvitium von meiner Station. Ich bin entsetzt. Denn vor meinen Augen stehen folgende Bilder: Die Symptome bei der Erstuntersuchung: Blaue Lippen und Wangen, bläulich hervortretende verdickte Halsvenen, handbreit vergrößerte und verhärtete Leber, Oedeme an beiden Schienbeinen als Zeichen einer schweren Rechtsherzinsuffizienz. Die Herzaktion, beschleunigt und unregelmäßig, ist schon äußerlich an der Brustwand sichtbar, perkutorisch ist das Herz rechts über das Brustbein hinaus und links bis zur Axillarlinie vergrößert, auskultatorisch besteht ein die ganze Systole ausfüllendes lautes Geräusch. Das Röntgenbild: Der Herzschatten ragt rechts über die Wirbelsäule hinaus, links reicht er bis zur Brustwand und hinten bis zur Wirbelsäule – ein sogenanntes Cor bovinum, zu deutsch: Rinderherz –, deutlich sichtbare Lungengefäße als Zeichen einer Linksinsuffizienz. Das Elektrokardiogramm: Absolute Arrhythmie bei Vorhofflimmern. Das Phonokardiogramm: Hochamplitudige Ausschläge in Spindelform als Zeichen des systolischen Geräusches. Das Ergebnis der Oesophagoatriographie: Dreifach erhöhter Druck im linken Herzvorhof.

Der junge Mann ist der Schwerstkranke auf meiner Abteilung, ich habe Angst um sein Leben. Ich hatte als selbstverständlich angenommen, daß auch er ein Bewußtsein davon habe und wegen der Vielzahl seiner Symptome wenn auch nicht immer strenge Bettruhe einhalten, so doch wenigstens das Haus nicht verlassen werde. In größter Sorge um ihn will ich ihn sofort in die Klinik zurückschicken, frage ihn dann aber doch nach seinem Befinden. Und dann bin ich wirklich verblüfft: Der Kranke nennt als einzige Beschwerde, daß er beim Schwimmen etwas gefroren habe. Er hat also trotz seiner schweren Herzerkrankung weder das wegen kühlen Wetters recht frische Wasser noch sogar das Schwimmen gescheut.

Vergleichen wir damit einen funktionell Herzkranken, einen Herzneurotiker. Er würde wahrscheinlich vor Angst vergehen, wenn er ins Wasser sollte. Er lebt ständig in der Angst, sein Herz könnte plötzlich still stehen. Angst und Beschwerden – Herzklopfen, Schwindel, Hitzegefühl, Schweißausbrüche, Schlaflosigkeit – können so groß sein, daß Arbeitsunfähigkeit besteht. Der junge Mann mit dem schweren Herzklappenfehler, 21 Jahre alt, ein strebsamer, ehrgeiziger Versicherungskaufmann und von seinem Vater, einem Polizeibeamten, von Jugend auf zu eiserner Pflichterfüllung erzogen, hatte bis zur Aufnahme in die Klinik – wenn auch mit Einschaltung von Pausen – täglich seine Büroarbeit ausgeführt. Beschwerden? Bei der Erstuntersuchung hatte er nur eine leichte Atemnot und ein Druckgefühl im Bauch angegeben.

Mit Absicht wurden bisher Beispiele aus der gesamten inneren Medizin angeführt. Denn die Phänomene sind nicht spezifisch für Infarktkranke. Sie haben aber bei diesen besondere Aufmerksamkeit gefunden. Bei Sektionen findet man zuweilen schwere Veränderungen der Kranzarterien und des Herzmuskels, ohne daß aus der Vorgeschichte eine Herzerkran-

kung oder auch nur nennenswerte Herzbeschwerden bekannt sind. Beobachtungen dieser Art werden besonders in der Gerichtsmedizin gemacht, da diese solche Fälle zu Gesicht bekommt, bei denen der Tod nicht im Anschluß an eine Krankheit, sondern ohne Vorboten und – scheinbar – aus voller Gesundheit eingetreten ist. Im Institut für gerichtliche und soziale Medizin der Universität Berlin wurden in den Jahren 1931 bis 1938 1256 Fälle wegen eines plötzlich eingetretenen, sogenannten natürlichen Todes seziert. Körperliche Todesursache war in allen Fällen eine Erkrankung der Herzkranzgefäße. In einem großen Prozentsatz der Fälle fanden sich nicht nur frische Veränderungen – nicht selten sogar überhaupt keine –, sondern ältere Verschlüsse großer Kranzaderäste und teilweise ausgedehnte vernarbte Herzmuskelnekrosen. Der Berichterstatter *Hallermann* (1939) bemerkt dazu: „Bei diesen Fällen ist erwähnenswert nicht so sehr, daß diese Personen durch plötzliches Herzversagen zugrunde gingen, sondern der Umstand, daß sie trotz ihrer schweren Herzveränderungen, trotz Herzwandaneurysmen (-erweiterungen), Kranzaderverschlüssen und Herzmuskelschwielen (Narben) so lange ohne erhebliche Beschwerden gelebt haben ... In der Klinik sehen wir den unter vernichtenden Schmerzen und schwersten Angstgefühl leidenden Patienten, dem nur mit Opiaten Linderung verschafft werden kann. Der morphologische Herzbefund, den er darbietet, unterscheidet sich jedoch in nichts von den Veränderungen, mit denen ein anderer Mensch seiner häufig anstrengenden Berufsarbeit nachgeht ... Es scheint uns aus unseren Befunden der Schluß gerechtfertigt, daß wohl viel häufiger als man bisher annahm Coronarveränderungen und ihre Folgezustände ohne Beschwerden verlaufen können."

Man weiß seit langem, daß der Infarktkranke dazu neigt, seine „prämonitorischen", seine „mahnenden" Beschwerden – Beklemmungsgefühle in der Brust, Druck hinter dem Brustbein, Stiche in der Herzgegend – zu verharmlosen, zu verleugnen, zu verdrängen, zu vergessen. 1931 wies *Fahrenkamp* (1931) darauf hin. Der Wiener Kliniker *Wenckebach* (1934) zog daraus die Folgerung für die Diagnostik, geringfügige oder fehlende Beschwerdeangaben geradezu als Indiz einer schweren Erkrankung anzusehen. Die Amerikanerin *Flanders Dunbar* (1947) hat das verschiedene Beschwerdeverhalten in zahlreichen Krankengeschichten beschrieben. Sie verglich einen Herzneurotiker mit einem Kranken, der einen Herzinfarkt hinter sich hatte. Der Herzneurotiker lief von Arzt zu Arzt, weil er davon überzeugt war, ein organisches Herzleiden zu haben. Der Infarktkranke war sicher, daß bei ihm ein Mißverständnis vorliege. Nach Entlassung aus dem Krankenhaus verlangte er eine Überprüfung der Diagnose. Denn er glaubte nicht daran. *White* (1955) und Mitarbeiter von der Universität North Carolina fanden bei Patienten mit organischer Coronarerkrankung auffallend regelmäßig Bagatellisierung und Verleugnung von Beschwerden im Gegensatz zu dem Befund bei Patienten

mit „angina innocens". *Weiß* (1957) und Mitarbeiter aus Philadelphia halten die Verleugnung der Krankheit für ein typisches Merkmal bei Patienten mit ernsten, bösartigen Krankheiten überhaupt. Diese Verleugnung führe zu selbstzerstörerischem Verhalten und zum Nichtbefolgen ärztlicher Ratschläge.

Von entsprechenden Berichten weiterer deutscher Kliniker seien die von *Kulenkampff* (1962), *Seemann* (1964) sowie von *Strauß* (1967) und *Hertle* (1967) genannt. Die letzteren sprechen von einer Art Indolenz, gleich als ob die Infarktkranken keine Schmerzen hätten. Vom logischen Standpunkt aus wird man unterscheiden wollen, ob jemand Beschwerden hat, deren Vorhandensein aber abstreitet, oder ob er wirklich keine Beschwerden hat. Praktisch kann man hier aber nicht trennen, denn der Arzt kann sich ja nur an das halten, was der Kranke äußert. Als objektives Maß für das Ernstnehmen von körperlichen Beschwerden kann die Inanspruchnahme des Arztes gelten. In der amerikanischen Stadt Framingham (Mass.) wurden seit 1950 über 5000 anfänglich herzgesunde Einwohner im Alter von 30 bis 50 Jahren regelmäßig ärztlich untersucht. Von 214 Probanden, die im Laufe von 10 Jahren eine „Herzattacke" erlitten hatten, suchten 42 % überhaupt keinen Arzt auf. Scheinbar gesund, wurde bei ihnen erst durch eine Reihenuntersuchung ein körperlicher Befund aufgedeckt. Oder sie starben plötzlich (*Kannel* u. a., 1965). Man hat in solchen Fällen von „mors sine morte" gesprochen.

Im allgemeinen Bewußtsein ist die Körperkrankheit im Gegensatz zur Neurose durch ihren, wie wir sagen, größeren Ernst gekennzeichnet. Das Bestreben der Medizin, nichts „Ernstliches", und das heißt, nichts Organisches zu übersehen, ist in der Befürchtung begründet, schon geringfügige körperliche Befunde könnten den Beginn eines schweren, lebensbedrohlichen Leidens darstellen. Wir wissen zwar, daß auch viele organische Krankheiten harmlos verlaufen können. Aber es gibt Krankheiten, die sogleich an den Tod denken lassen. Der Herzinfarkt steht hier an erster Stelle, weil er nicht nur vorzeitig, sondern auch plötzlich tödlich sein kann. Man sollte meinen, daß bei Kranken, die einen Herzinfarkt erlitten haben, der Gedanke an ein vorzeitiges Lebensende im Bewußtsein stärker lebendig sein müsse als bei Gesunden. Ich habe eine große Zahl von Patienten — 144 in einer Klinik in Bad Nauheim —, die ihren Infarkt überstanden hatten und sich wieder relativ wohl fühlten, danach befragt, ob sie während des akuten Anfallgeschehens an Sterben gedacht hätten und ob der Gedanke an den Tod auch jetzt noch in ihrem Leben eine Rolle spiele. Ich konnte drei Gruppen unterscheiden.

Eine kleine Gruppe von Patienten hatte die Tatsache der Lebensbedrohung voll realisiert. Sie hatten die Erkrankung als eine metaphysische Erschütterung erfahren und daraus einschneidende, lebensverändernde Konsequenzen gezogen. Zu dieser Gruppe möchte ich auch diejenigen Fälle rechnen, die nach ihrem Infarkt in eine Depression verfielen.

Eine zweite Gruppe bekannte sich zu Todesgedanken, aber die Art, wie davon gesprochen wurde, ließ Zweifel aufkommen, ob die Kranken wirklich die Nähe des eigenen Todes voll erfahren hatten. Ich zitiere einige Äußerungen verschiedener Patienten. „Ich dachte, es wäre Schluß." „Ich wußte, daß ich am Grabe vorbeimarschiert war." „Ich denke seitdem daran, daß mein letztes Stündlein schlagen könnte." „Man kann die Heimreise antreten. Man ist da ganz klein und häßlich. Geld, Vermögen nützt alles nichts." „Jetzt bist du dran. Jetzt hast du dir die neue Werkstatt eingerichtet, und nun mußt du den anderen Platz machen." Ein Rechnungsprüfer, 56 Jahre alt, Berliner, hatte die Lage mit Galgenhumor genommen: „Ich sagte zu meiner Frau: Wenn ich sterbe, dann bist du eine propere Witwe. Meine Frau antwortete: Du machst nur leere Versprechungen." Ein 64jähriger Finanzamtsinspektor war am ersten Tage nach seiner Aufnahme im Krankenhaus zur Toilette gegangen, weil er Hemmungen hatte, seine Notdurft in Gegenwart von Bettnachbarn zu verrichten. Der Arzt hatte ihm erklärt, wenn er dies noch einmal täte, wäre er ein toter Mann. Der Patient fuhr in seinem Bericht fort: „Ich bin katholisch. Ich ließ mich gleich versehen. Ich war auf alles gefaßt. Was hat man schon alles mitgemacht. Die beiden Kriege. Was kann schon noch passieren, wenn die Frau versorgt ist. Höchstens, daß die Russen kommen."

Eine dritte Gruppe, zahlenmäßig die größte, hatte sich durch die Erkrankung wenig beeindrucken lassen. „Mir war alles gleichgültig – es war wie ein Zerfließen." „Ich dachte zunächst an gar nichts." „Wird's gut, dann wird's gut. Wird's nicht gut, dann hat man eben Pech gehabt." „So ist's, wenn man alt wird." „Sterben? Das kann vorkommen." – Hätte mir nichts ausgemacht." – „Wäre mir wurst gewesen." „Entweder man ist tot, oder man lebt noch. Man denkt an nichts Schlimmes, weil man noch lebt." Ein 56jähriger Bauingenieur, gefragt, ob er an Sterben gedacht hätte, bricht in ein schallendes Gelächter aus. Keine Idee hätte ihm ferner gelegen als diese. Als man im Krankenhaus die Rede darauf gebracht hätte, habe er dem Klinikleiter hohnlachend erklärt – und dies berichtet er, indem er sich jetzt noch vor Lachen schüttelt: „In den Blechkasten da gehe ich nicht hinein." Mit Blechkasten meinte er den Sarg, in welchem die Kliniktoten in das pathologische Institut transportiert werden.

Dem Mangel an Todesgedanken entspricht, daß auch wenig über Todesangst geäußert wurde. Man wird sagen, daß bei den befragten Patienten kein Anlaß mehr dazu bestand und daß sie Grund hatten, froh zu sein, daß der Infarkt schon einige Wochen und Monate hinter ihnen lag. Ich konnte aber feststellen, daß Kranke auch unmittelbar nach dem Anfall, ja auch während er noch andauerte, keine Todesangst äußerten. Wenn in den Lehrbüchern die Todesangst immer als typisches Merkmal des Infarkts beschrieben wird, wäre zu fragen, inwieweit es sich da-

bei um Projektionen des Beobachters handelt. Wenn eine Angst vorherrscht, so ist es die vor dem Schmerz. Ich habe auch danach gefragt und ließ mir die Schmerzwahrnehmung beschreiben. Dabei ergab sich, daß auch hier eine besondere Art von Körpererleben vorliegt. Die Kranken hatten im Anfall das Gefühl, als wenn eine Feile hinter dem Brustbein hin- und hergeschoben würde, als ob man mit einem Dolch durchbohrt würde. Das Brennen des Schmerzes wurde mit Bildern wiedergegeben wie: Jemand hält ein brennendes Streichholz unter die Brust, jemand sticht mit einer glühenden Stange, jemand schießt mit einer Lötlampe einen Feuerstrahl in die Brust. Die Erkrankung wird als eine gräßliche Fremdeinwirkung erfahren. Der Körper verliert dabei jegliche Ich-Qualität und wird zum grimmigen Feind. Das Bewußtsein wird vom Schmerz überwältigt. Das Fehlen von Todesgedanken würde sich dann so erklären, daß im Bewußtsein außer der Schmerzempfindung kein Raum mehr ist. Einige Kranke sprechen von einem Todeswunsch, um von der Schmerzfolter befreit zu werden.

Aber gerade weil die Kranken Erfahrungen gemacht haben, die sie selbst wie Höllenqualen beschreiben, ist es auffällig, daß, wenn wieder relatives Wohlbefinden herrscht, diese Erfahrungen so wenig Spuren im Bewußtsein zu hinterlassen scheinen. Es stellt sich die Frage, was dem zugrunde liegt. Was den Mangel an Beschwerdeäußerungen betrifft, so hat die psychosomatische Forschung entdeckt, daß hier der Teilaspekt einer allgemeineren Erscheinung vorliegt. Beschwerden angeben heißt: Wünsche, Ansprüche, Bedürfnisse, Erwartungen, Hoffnungen, Befürchtungen, Ängste, Ärger, Zorn, Wut laut werden lassen, heißt: ein Stück Selbst offenbaren. Körperlich Kranke sind dazu weniger in der Lage als Neurotiker, und dies nicht nur im Hinblick auf ihren Körper. Stärker als die Neurotiker verdrängen sie ihr gesamtes Innenleben. Ihr Bewußtsein ist der Außenwelt zugewandt. Sie berichten über objektive Fakten in ihrer Umgebung oft in einem Maße, daß sie überhaupt kein Selbst zu haben scheinen. Wir können auch von einer zur Schau getragenen, verkehrten Selbstlosigkeit sprechen. Damit aber eröffnet sich uns ein Weg zum Verständnis der Psychopathogenese körperlicher Erkrankungen.

Ich habe die Infarktkranken systematisch nach äußeren und inneren Erkrankungsbedingungen gefragt. Die Kranken berichteten von Zumutungen durch die Umgebung, denen gegenüber sie hätten Stellung nehmen, sich wehren, Widerstand leisten und sich behaupten müssen. Lebensgeschichtlich und gesellschaftlich bedingte Einbuße an innerer Freiheit, Ich-Schwächung und Angst hatten sie daran gehindert. Sie hatten entstehende Konflikte abgebrochen oder es überhaupt nicht zu Konflikten kommen lassen. Indem sie sich anpaßten und aus falscher Selbstlosigkeit einem Zwang zur Identifizierung mit dem Angreifer unterlagen, verhielten sie sich passiv, wichen sie zurück, regredierten sie. Und dann wurden sie krank, oft aus banalsten Anlässen. Man muß dann den

Erkrankungsvorgang so beschreiben: Anstelle des notwendigen Widerstandes durch das Bewußtsein leistet der Körper Widerstand, dies aber auf eine vital gefährliche, selbstzerstörerische Weise. Es ist dies die Vorstellung der Erkrankung als Ersatz, als Stellvertretung. Die Frage, wofür die Erkrankung Ersatz ist und an wessen Stelle sie tritt, ist verschieden beantwortet worden.

Freud (1916) spricht in den Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse von einem seelischen Vorgang. Dieser „wurde nicht in normaler Weise zu Ende geführt, so daß er bewußt werden konnte. Das Symptom ist ein Ersatz für das, was da unterblieben ist." Für *V. v. Weizsäcker* (1935) ist die Erkrankung das Äquivalent einer moralisch-geistigen Entscheidung. *Groen* (1964) sieht in ihr das Substitut für ein Verhalten, *v. Uexküll* (1963) den Ersatz für eine Handlung. Die Erkrankung als Ersatz für eine Aggression findet sich bei *Alexander* (1951). Die Folge davon, die Autoaggression, wurde von *Lewin* (1948) so beschrieben: „In körperlichen Erkrankungen findet man häufig den depressiven Mechanismus am Werk; der erkrankte Teil wird häufig so behandelt, als wenn er das verlorene Objekt wäre, so daß das psychologische Bild, das man durch psychoanalytisches Studium bekommt, die Aggression, die ursprünglich nach außen gerichtet war, schließlich gegen das Selbst zurückgewendet war, zeigt: in der Läsion." Hier ist die narzißtisch-destruktive Komponente der organischen Erkrankungen anvisiert.

Der Hinweis auf die Depression ist wichtig. Die lebensbedrohliche, „endogene" Depression tritt bekanntlich „ohne ersichtlichen Grund" auf. Auch körperlich Kranke geben nur zum geringen Teil soziale Beschwerden und Konflikte an. Charakteristisch ist die schweigsame Mehrheit. Gibt es doch keine Emotionen, keine Konflikte an sich, sondern Emotionen, Erregungen über etwas oder jemanden, Konflikte mit einem, Aggressionen gegen einen Feind. Aufregungen, Konflikte angeben, heißt: Personen „angeben", mit denen man verbunden ist und an deren Wohlwollen und Mitarbeit man interessiert ist: Arbeitgeber, aber auch Arbeitnehmer, Eltern, aber auch Kinder, Ehepartner, Kollegen. Die Leere der mitgeteilten Anamnese ist deshalb kein Beweis dafür, daß nichts vorliegt. Es kann sich um bewußtes Verschweigen handeln. Häufiger ist das Verschweigen vor sich selbst, das Vor-sich-selbst-Verbergen, die Verdrängung, aus Angst und falschem Schuldgefühl. Erhellend sind da die wenigen „positiven" Fälle. Ich fand, daß es nur ganz selten unmittelbar nach einem angegebenen traumatischen Ereignis zum Infarkt kam, sondern erst nach einer Latenzzeit, nachdem man sich wieder beruhigt hatte. Es war aber keine wirkliche Beruhigung eingetreten, sondern nur eine Selbstbeschwichtigung.

Wichtigste Aufgabe, um zu einer fundierten psychosomatischen Theorie des Herzinfarkts und überhaupt der Organkrankheit zu gelangen, scheint mir zu sein, daß wir die nichtmechanische Vorstellung vom Kör-

per weiter entwickeln. Ich knüpfe an die Selbsterfahrung des Infarktkranken im Anfall an. Der Kranke erfährt die Erkrankung als Fremdeinwirkung. Wir können das allgemeiner formulieren. Erkrankung überhaupt wird vom gewohnten Dasein her als fremdbestimmt erlebt, und dies nicht nur vom Kranken selbst, sondern auch von der Umgebung. Die Erkrankung unterbricht den gewohnten Lebensablauf. Sie stellt immer etwas Neues, Unerwartetes dar. Sie durchbricht den Wiederholungszwang. Sie „bricht" aus, allmählich, oder plötzlich. Der Körper bekommt dabei für das Bewußtsein eine fremde Wirklichkeit. Mein Ich steht einer Sache gegenüber, die ich nicht bin, sondern die ich habe. *V. v. Weizsäcker* (1954) hat dies beschrieben als Es-Bildung. Er bezeichnete damit gleichzeitig den wirklichen Erkrankungsvorgang und den Bewußtseinsakt der Verdinglichung des Körpers. Dieses Es, dieser mir fremde Körper, dieses Ding ist nun zweifellos ein Stück Natur, und die Erfolge der Somatomedizin zeigen, daß man es als ein Stück Natur behandeln kann. Psychosomatik steht und fällt mit der Anerkennung der Tatsache, daß dieser mir fremd gebliebene Körper, dieses plötzlich lästige, ungehorsame, aufsässige Ding auch zu meinem Ich gehört, freilich auf eine mir selbst und den anderen verborgene Weise: Wenn die körperliche Erkrankung einen seelischen Vorgang, eine Entscheidung, ein Verhalten, eine Handlung, eine Aggression – als Autoaggression – ersetzen kann, dann heißt das: Der Körper selbst ist beseelt, er selbst kann entscheiden, sich verhalten, (sich) angreifen. Der Körper ist dann keine Maschine oder träge Masse, die vom Bewußtsein wie ein Auto gesteuert wird, sondern ein Partner, der, sonst stiller Teilhaber am Unternehmen des Lebens, eines Tages, wenn er erkrankt, umgekehrt das Bewußtsein bestimmt, gleichsam das Wort ergreift und die Führung übernimmt. Der Körper wird zum Agenten des verborgenen Ich, zum Zeugen unterdrückter Wahrheit. In meinem Buch „Krankheit – ein Körperstreik" habe ich dies in vielen Krankengeschichten vor allem von Infarktpatienten dargestellt (*Huebschmann*, 1974).

Die Wirksamkeit einer Psychosozial-Therapie beruht darauf, daß das Interesse am eigenen Ich des Kranken erwacht. Bedingung dafür ist, daß der Arzt seinerseits nicht – in mißverstandener Beachtung der analytischen Abstinenzregel – mit seinem Ich zurückhält, sondern Stellung nimmt. Im therapeutischen Umgang mit dem Kranken erfährt der Arzt, daß auch er Zwängen der Anpassung an überwältigende Mehrheiten ausgesetzt ist, z. B. nicht zuletzt der Anpassung an die herrschende Lehre, an die objektivierende, verdinglichende Wissenschaft. Das zeigt sich verräterisch in der Sprache: Der Arzt sagt „Objekt", „Liebesobjekt", wenn er Menschen, er sagt „Mechanismen", wenn er unbewußt motivierende Verhaltensweisen meint. Auch der Freiheitsraum des Arztes ist begrenzt. Für den Aufbau einer tragfähigen Arzt-Patient-Beziehung ist entscheidend, daß er mit diesen Erfahrungen vor dem Patienten nicht zurückhält. Eine Bedingung muß er freilich erfüllen: Er muß dem Kranken in

der Bewältigung von Anpassungsängsten um ein Stück voraus sein. Er muß etwas Ich-stärker sein als der Patient.

Ich-stärker ist er aber nur dann, wenn er selbst realisiert hat, daß ein eigenes Ich – und das soziale Ich der therapeutischen Gruppe – ebenso wie das des Kranken und seiner Bezugspersonen nicht isoliert sind. Denn jedes Ich lebt, erfährt sich, entsteht in einem geschichtlich bestimmten, gesellschaftlichen und politisch-geistigen Raum, in dem es sich zu bewähren hat.

Infarct Patients as Borderline-Patients — The Incapacity of Experiencing Death and Body

Heinrich Huebschmann

People with physical illness, contrary to neurotics, complain little. Patients with cardiac infarction are known to disregard the symptoms preceding the infarction. Many die suddenly without having been aware of an illness at all. After the heart attack they often are euphoric, too, and neglect their body. They don't draw consequences from the danger of death they have overcome. They suppress the mortal dread they felt, they deny having been close to death at all.

This is the practical aspect of a more general phenomenon: Complaining means uttering emotions, sentiments, perceptions, means giving voice to demands, needs, expectations, hopes, fears, anxieties, means revealing part of one's self. Physically ill people tend to suppress, more than neurotics, the whole of their inner life. They tend to give objective descriptions of their environment, and when they talk about themselves they often act as if they themselves were not involved at all. Psychodynamically, this means: More than neurotics they adapt themselves to the environment, their self-assertion is underdeveloped.

This can be discovered by asking the patient about the psychosocial causes of the onset of the infarction. My own results are: Patients told of excessive demands by the environment which they had to resist, to hold their own. Lack of internal freedom, weakening of their self caused by their life-history and social conditions, made them unable to do so. They had broken off emerging conflicts or had not allowed conflicts to arise. Under the compulsion to identify with the aggressor they behaved passively, they receded and regressed. And then they fell ill, usually because of the most banal events.

The way the illness came about is then to be described as follows: Instead of the conscious self it is the body that resists, but in a dangerous, self-destructive manner. The pathological physical process proves

to be equivalent to a depression. And the body proves to be no machine or inert mass controlled by the mind like a motor car, but a partner, an otherwise silent participant in the enterprise of life, that some day, when it falls ill, in turn determines the process of the mind.

I suggested to resort to a comparison with a sociological event, a strike (disease = the body on strike). The termination of a strike merely by means of material measures such as pay rises does not penetrate to the real complaint, for it is not causes by economic factors but, in the last analysis, just as in the case of a person that has fallen ill, by legal-moral-mental factors.

Psycho-social therapy means strengthening the conscious self of the patient. The doctor, then, cannot be neutral, uninterested, "abstinent", but must get involved. Doing this he realizes that he and the patient, like "borderliners", are not individuals, but involved in a historical, social and political situation which they — both — have to master.

Literatur:

Alexander, F. (1951): Psychosomatische Medizin (Berlin: de Gruyter)
Ammon, G. (1974): Psychoanalyse und Psychosomatik (München: Piper)
Dunbar, F. (1947): Mind and Body: Psychosomatic Medicine (New York: Random House)
Fahrenkamp, K. (1931): Der Herzkranke (Stuttgart: Hippokrates)
Freud, S. (1916/17): Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Ges. W. Bd. XI (London: Imago)
Groen, J. J. u. a. (1964): Psychosomatic Research (Oxford, London, Edinburgh, New York, Paris, Frankfurt: Pergamon Press)
Hallermann, W. (1939): Der plötzliche Herztod bei Kranzgefäßerkrankungen (Stuttgart: Enke)
Huebschmann, H. (1952): Psyche und Tuberkulose (Stuttgart: Enke)
– (1974): Krankheit – ein Körperstreik (Freiburg: Herder)
Jores, A. (1964): Symptom und Organbefund. In: Befinden und Symptom (Stuttgart: Schattauer)
Kannel, W. u. a. (1965): Gefährdung durch coronare Herzkrankheit. In: Schweiz. Med. Wschr. (95) 18
Kulenkampff, C. (1962): Herzphobie und Herzinfarkt. In: Nervenarzt (33) 289
Kütemeyer, W. (1951): Der moderne Arzt vor den Dogmen der Kirche. In: Die Krankheit Europas (Frankfurt: Suhrkamp)
– (1953): Körpergeschehen und Psychose (Stuttgart: Enke)
— (1956): Anthropologische Medizin in der inneren Klinik. In: *v. Weizsäcker, V.*, Hrsg.: Arzt im Irrsal der Zeit (Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht)
– (1963): Die Krankheit in ihrer Menschlichkeit (Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht)
Lewin, B. (1948): zit. aus: *F. Dunbar*, ed.: Synopsis of Psychosomatic Diagnosis and Treatment (St. Louis)
Mitscherlich, A. (1954): Zur psychoanalytischen Auffassung psychosomatischer Krankheitsentstehung. In: Psyche (7) 561
Rosenstock-Huessy, E. (1956): Soziologie (Stuttgart: Kohlhammer)
Seemann, W. (1964): Verhaltensmerkmale von Kranken vor und nach einem Herzinfarkt. In: Westf. Ärzteblatt (5)
Siebeck, R. (1949): Medizin in Bewegung (Stuttgart: Thieme)

Strauß, W.; Hertle, H. (1967): Konflikthäufigkeit und Persönlichkeitsmerkmale bei Infarktpatienten (München: Bergmann)
Uexküll, Th. v. (1963): Grundfragen der psychosomatischen Medizin (Reinbek: Rowohlt)
Weiss, E. u. a. (1957): Emotional Factors in Coronary Occlusion. In: Arch. Intern. Med. (99) 628
Weizsäcker, V. v. (1935): Studien zur Pathogenese (Stuttgart: Thieme)
– (1940): Der Gestaltkreis (Stuttgart: Thieme)
– (1954): Natur und Geist (Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht)
Wenckebach, K. F. (1934): Herzkranke, die es nicht sind. In: Wiener Med. Wschr. (84) 128

Adresse des Autors:
Dr. med. Heinrich Huebschmann
Biethsstraße 48
6900 Heidelberg 1

Zur Familiendynamik der Borderline-Hysterie sowie zu spezifischen Übertragungs- und Gegenübertragungsmanifestationen im therapeutischen Prozeß**

Winfried Schibalski *

In der vorliegenden Arbeit versucht der Autor, fußend auf der Konzeption Ammons, die Borderline-Hysterie als ein spezifisches Krankheitsgeschehen abzugrenzen. In der Auseinandersetzung mit der herkömmlichen Literatur hebt er sich dabei ab von einem Verständnis hysterischer Charakterstrukturen aufgrund ihrer Symptomatologie zugunsten einer vor allem an Übertragungs- und Gegenübertragungsmanifestationen sowie einer genauen Analyse der Familiendynamik orientierten Diagnostik und therapeutischen Strategie. Die ödipale Ebene wird dabei als Abwehrformation tiefer Verlassenheitsängste aufgewiesen und zu einer therapeutischen Strategie in Beziehung gesetzt. Hierbei geht es im Gegensatz zur klassischen Analyse nicht um die kontrollierte Entwicklung und Bearbeitung einer Übertragungsneurose, sondern um einen aktiven Einstieg des Therapeuten in die Dynamik der in die Umwelt projizierten primären Objekte. So wird im therapeutischen Prozeß in der Auseinandersetzung mit der konkreten Person des Therapeuten eine emotionale Neuerfahrung und Abgrenzung primärer Objekte möglich.

Eine 39jährige Soziologiestudentin mit einer typischen hysterischen Symptomatik von Frigidität, partiellen kurzfristigen Lähmungen, die bei einem eher unscheinbaren Äußeren eine verführerische und faszinierende intellektuelle Brillanz zeigte, erzählte in einer der ersten Sitzungen folgenden Traum:

Sie ging in ein Glashaus, in dem ein Architekt saß, über den sie sich ärgerte. Beim Verlassen des Hauses fiel sie aus dem obersten Stockwerk in den tiefen Treppenschacht. Im letzten Augenblick konnte sie sich vor dem Fallen retten, indem sie eine armdicke Zaunlatte im Geländer verkeilte und sich daran festhielt.

Ich meine, daß dieser Traum das zentrale Problem der Borderline-Hysterie szenisch darstellt: Die Rettung vor dem archaischen Abgrund durch eine phallische Fassade. Eben dieser phallische Überbau war bisher vorwiegend Gegenstand der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der Hysterie als ödipalem Geschehen, obwohl sich in der Literatur immer wieder Ansätze eines anderen Verständnisses darstellen.

Beginnend mit den Studien zur Hysterie (*Freud, Breuer,* 1895) standen entsprechend einer vorwiegend naturwissenschaftlichen Tradition der

* Facharzt für Psychiatrie, Psychoanalytiker, Mitarbeiter am Münchener Lehr- und forschungsinstitut der DAP

** Vortrag gehalten auf dem VIII. Internationalen Symposium der DAP, 1.–4. Oktober 1976, Universität Düsseldorf

Medizin die Symptome im Vordergrund psychoanalytischer Forschung. Zwar finden sich in den Fallbeispielen von *Freud* vielfach Anhaltspunkte pathogener Familiendynamik und Hinweise schwerer archaischer Störungen, ihre Bedeutung für das Krankheitsgeschehen wird jedoch zugunsten einer detaillierten Erforschung der Symptomgeschichte nicht untersucht. Die von *Freud* und *Breuer* klinisch beobachteten hypnoiden Zustände, die er als bestimmend für jede hysterische Erkrankung ansah, wurden als Voraussetzung hysterischer Symptombildung überhaupt beschrieben. In ihnen sei sich der Patient selbst entfremdet. Er vergleicht sie in ihrem Überwiegen primärprozeßhafter Phänomene mit der Traumpsychose, nur daß sie im Gegensatz zum Traum in den Wachzustand hineinreichen. Er stellt dazu fest: „Die Hysterie ist eine Psychose" und hebt die dazu im Widerspruch stehende klinische Erfahrung hervor, daß gerade diese Kranken sich durch hochdifferenzierte Persönlichkeitsmerkmale auszeichnen. Diesen Widerspruch versucht er durch die Annahme einer condition seconde, nämlich dem hypnoiden Zustand, zu erklären, den er konstitutionell bedingt und damit psychoanalytisch nicht mehr auflösbar ansah. Folgerichtig bezeichnet er seine Therapie als symptomatisch.

Die zentrale Bedeutung des Ödipuskomplexes und der dadurch entstehenden Sexualängste wurden von späteren Autoren auch für den hysterischen Charakter dargestellt. Der aus dem Ödipuskomplex stammende Kastrationskomplex in Form des Rache- oder Wunscherfüllungstypes (*Abraham*, 1927) wurde dabei als bestimmend für die zwischenmenschlichen Beziehungen der Hysteriker angesehen (*Kuiper*, 1969; *Fenichel*, 1945). *Kuiper* unterscheidet einen autoplastischen neurotischen von einem alloplastischen psychopathischen Typ, wobei letzterer in seiner Genese nicht näher beschrieben wird. Die alloplastische Reaktionsweise weist jedoch unter Ich-psychologischen Gesichtspunkten bei einem Versagen der Abwehr durch Verdrängung auf eine höhergradige Ich-Schwäche hin, deren Genese, wie vielfach dargestellt, in der frühen Mutter-Kind-Symbiose zu suchen ist. Die Konversionsneigung, von *Freud* als somatisches Entgegenkommen geschildert, wird von *Ferenczi* (1919) als Ich-Regression in tiefe Bereiche einer somatopsychischen Undifferenziertheit aufgefaßt. Er prägte zwar den Ausdruck „Ich-Hysterie", blieb aber in seiner Betrachtungsweise ebenso wie *Freud* (1904) symptomorientiert. *Pohl* (1972) stellte die Konversion in Analogie zu der von *Ammon* (1972, 1974) entwickelten Konzeption der psychosomatischen Reaktion als den Restitutionsversuch eines in der frühen Mutter-Kind-Symbiose erworbenen Körper-Ich-Defizits dar, wobei der im Konversionssymptom ausgedrückte Triebkonflikt als pseudoneurotischer Überbau eines narzißtischen Defizits verstanden wird.

Die Konversionshysterie entspräche demnach einer umschriebenen primären Ich-Schädigung bei sonst hochgradiger Entwicklung sekundärer Ich-Funktionen, wobei das Konversionssymptom neben einem regressi-

ven Charakter im Dienste der Verdrängung ödipaler Problematik eine archaische Abwehrformation des Ichs im Sinne eines Schutzes gegen psychotische Desintegration darstellt. Die von *Freud* als konstitutionell angesehenen hypnoiden Zustände erscheinen unter diesem Aspekt als Ich-Zustandswechsel und temporäre Regression des Ichs in frühe präödipale Bereiche mit einer Entdifferenzierung der Ich- und Umweltwahrnehmung.

Die hysterischen Charakterzüge, als Geltungssucht, Egozentrik, Infantilität und Unechtheit (*Kuiper*) geschildert, lassen sich, wie oben dargestellt, losgelöst von ihrer interpersonellen Bedeutung innerhalb eines triebpsychologischen Konzepts als Ausdruck eines spezifischen Kastrationskomplexes schildern. Hebt man jedoch die interpersonelle Bedeutung hervor, so stellt sich ein undifferenziertes Beziehungsmuster im Sinne einer Kontaktabwehr durch Konkretisierung primärer Objektbeziehungen dar. Sie haben in ihrer Undifferenziertheit Übergangsobjektcharakter. Dieses wird besonders in der von *Willi* (1970) phänomenologisch dargestellten hysterischen Defektehe deutlich, in der die Partnerschaftsbeziehung im Sinne einer Schlüssel-Schlüsselloch-Dynamik zu einer kommunikationslosen Versorgungsgemeinschaft degeneriert.

Ich meine, daß diese in ihrer spezifischen Ausprägung an eine wechselseitige destruktive Mutter-Kind-Symbiose erinnert und die zerstörerische Dominanz des hysterischen Ehepartners, triebpsychologisch als Kastration verstanden, der Wiederherstellung eines undifferenzierten mütterlichen Objektes dient, das die Abwehr der Angst vor dem Verlassenwerden wie auch den Wunsch nach unmittelbarer Nähe beeinhaltet. Die Malignität und Richtung dieser Dynamik sowie der erhebliche alloplastische Anteil weisen an sich schon auf ein Borderline-Geschehen hin, wobei die sozial gratifizierte Intimität der Ehe dem Borderline-Hysteriker die Möglichkeit der Aufrechterhaltung einer Als-ob-Fassade, wie *Ammon* (1976) sie als typisch für den Borderline-Kranken schildert, und der Abwehr regelhaft vorhandener paranoider Tendenzen bietet.

Ziel dieser Arbeit ist es, anhand eines Fallbeispiels in der Familiendynamik sowie in den spezifischen Übertragungs- und Gegenübertragungsmanifestationen aufzuzeigen, daß die hysterische Symptomatik der Borderline-Hysterie nicht einem Ödipuskonflikt entstammt, sondern auf der Internalisierung eines undifferenzierten Mutter-Vater-Objektes, was ich jedoch nicht im Sinne *M. Kleins* (1928) verstehe, beruht, das eine Ausformung des Ödipuskomplexes gar nicht ermöglichte. Aufgrund eines Splittingmechanismus, der die konkrete Familiensituation widerspiegelt, wird dabei die Mutter zum bösen und der idolisierte Vater zum guten mütterlichen Objekt. Die Identifikation mit dem mütterlichen Vater stellt sich hierbei als lebensnotwendige Abwehrformation gegen psychotische Desintegration dar und dient der Abwehr einer früh gestörten destruktiven Symbiose. Unter diesem Aspekt sind die hervorstechendsten

Merkmale des hysterischen Charakters Geltungssucht, Infantilität, Egozentrik und Unechtheit, die man vielleicht weniger moralisierend als Fassade des grandiosen Babys charakterisieren sollte, eine szenische Darstellung der Einheit mit einem idolisierten Muttervater, wobei das Borderline-Geschehen sich durch eine projektive Übertragungsdynamik und in paranoiden Tendenzen manifestiert.

Das Material der Fallgeschichte stammt aus vier anamnestisch orientierten Vorgesprächen mit zwei Analytikern, einem Fragebogen, einem Lebenslauf, zahlreichen von der Patientin verfaßten Kurzgeschichten, Briefen und für den Therapeuten niedergeschriebenen Träumen, sowie aus ca. 80 psychoanalytischen Einzelsitzungen zweimal wöchentlich im Sitzen.

Frau A., 39 Jahre alt, suchte die Therapie wegen Partnerschaftsproblemen und Frigidität auf. Eine Analyse bei einem anderen Therapeuten war zwei Jahre vorher gescheitert. Der Therapeut sei mit seiner Gegenübertragung nicht mehr fertig geworden, habe sich real in sie verliebt und die Therapie mit dem Hinweis, sie sei paranoid, abgebrochen. Beim Eintritt in die Therapie war die Patientin seit acht Jahren mit einem Diplom-Physiker verheiratet, der auch mit 26 Jahren ihr erster Sexualpartner war. Sie habe ihn ohne eigentliche Verliebtheit, weil ein Kind unterwegs war, geheiratet. Vorher hatte sie nur schwärmerische idolisierende Männerbeziehungen und durch gegenseitige Abhängigkeit geprägte, ambivalente Beziehungen zu Kommilitoninnen. Ihre Frigidität, wegen der sie in Behandlung kam, kontrastierte mit ausufernden sexuellen Phantasien, die zwischen Vergewaltigtwerden und passivem Sich-streicheln-und-versorgen-Lassen schwankten, was in Partnerschaft und sozialem Umfeld in einer Macht-Ohnmachtsdynamik eine Parallele fand. Eine tiefe Ängstlichkeit und Verletzlichkeit stand gegen ausufernde kreative Phantasie und intellektuelles Brillieren. Entweder war sie Mittelpunkt oder nicht vorhanden, von ihrem Ehemann verlangte sie gleichzeitig aggressive Auseinandersetzung und zärtliches Verständnis. Trotz starker sexueller Bedürfnisse konnte sie nicht mehr mit ihm schlafen. Im Freundeskreis wurde er neben ihrer intellektuellen Brillanz zur nicht beachteten Randfigur, was einerseits ihr Selbstwertgefühl erhöhte, sie andererseits kränkte. Ihr Ehemann hatte sich mit diesem Zustand abgefunden. Sie selbst fand ihre Selbstbestätigung im Studium und einem großen Freundeskreis, gelegentlich auch in sexuellen Abenteuern außerhalb der Ehe, ohne sich jedoch trotz mehrmaliger ernster Versuche trennen zu können. Die Familiendynamik war der Patientin weitgehend bekannt und auch verbal mitteilbar. Sie war geprägt durch Infantilität und reales Verlassen von beiden Eltern. Die Patientin war ein ungewolltes Kind und kam mit um den Hals geschlungener Nabelschnur halberstickt zur Welt. Schon während der Schwangerschaft war sie der infantilen Mutter eine Last. Als sie zwei Jahre alt war, führte die Mutter mit

ihr eine Abmagerungskur durch. Das mütterliche Kontaktangebot war beschränkt auf eine rigide Reinlichkeitsdressur und materielle Versorgung. Schon in der frühen Kindheit benützte die Mutter sie als Beichtmutter. Sie lehnte ihr kindliches Spiel und ihre Phantasie ab. Aus dieser bedrükkenden Atmosphäre floh sie in autistische Spiele und eine Märchenwelt von Tieren und Feen.

Aus der bereits perinatal schwer defizitären Mutter-Kind-Symbiose heraus konnte die Patientin nur durch eine Phantasiebeziehung zu dem Vater überleben, als dessen Liebling sie galt, der sie jedoch ebenfalls grundsätzlich verließ. In ihren ersten acht Lebensjahren war er im Krieg und bot ihr bei sehr seltenen Besuchen in Phantasie und Spiel kindgerechten Kontakt, reagierte jedoch auf ihre Traurigkeit und Probleme mit Jähzorn, Rückzug und offenem Spott.

Die Ehe der Eltern war auf beiden Seiten durch schwere Identitätsängste bestimmt. Der realitätsuntüchtige Vater heiratete als Abwehr seiner Angst vor seiner verschlingenden, präpsychotischen Mutter eine ihm sozial und intellektuell unterlegene unscheinbare Frau, die in der elterlichen Fabrik als Arbeiterin tätig war. Aus dieser unbefriedigenden Ehe floh er in Alkoholismus und eine phantasiegeprägte Beziehung zu der Tochter, deren sexuelle inzestuöse Komponente er in einer Beziehung zu einer als Mignon stilisierten wesentlich jüngeren Griechin auslebte. Die aus einem kleinbürgerlichen zwangsneurotischen Familienmilieu stammende Mutter heiratete in Abwehr ihres zwangsneurotischen Vaterimagos ihren sozial höherstehenden, brillierenden Ehemann unter dem Druck des kommenden Kindes. Als sich im Verlauf der Ehe dieses Bild des Ehemannes zerschlug, band sie den jüngeren Bruder der Patientin symbiotisch an sich, wobei sie die inzestuöse Komponente abwehrte, indem sie ihn in Mädchenkleider steckte. In Kompensation ihrer Verlassenheit nach dem Tod des Vaters schlief sie noch, als der Sohn 18 Jahre alt war, mit ihm im Ehebett.

Aus dem oben Dargelegten ergibt sich eine oberflächlich ödipal strukturierte Familie, die als Ausdruck des Kommunikationsverbotes beider Eltern untereinander in eine Vater-Tochter- und Mutter-Sohn-Beziehung gespalten war. Beide Eltern benutzten ihre Kinder auf einer pseudoödipalen Ebene als Abwehr der destruktiven symbiotischen Beziehung untereinander, deren mörderische Aggressionen über die Kinder ausgetragen wurden. Ein weiteres Indiz für das archaische Defizit beider Eltern ist die Abwehr der ödipal-inzestuösen Ebene durch Splitting und Verleugnung. Sie waren für den Zusammenhalt der Familie als ganzes notwendig, wie für die Patientin die Identifikation mit dem als gutes mütterliches Objekt gewünschten Vater. Die Als-ob-Fassade der Patientin mit ihren hochstrukturierten Ich-Anteilen spiegelt dabei das fassadär-theaterhafte der familiären Interaktion. Diese wurde vielfach auch als typisch für den hysterischen Charakter geschildert und dient gleichzeitig der Ab-

wehr einer destruktiven Symbiose und der Aufrechterhaltung einer Restidentität.

Anhand des therapeutischen Prozesses möchte ich nun aufzeigen, inwieweit Übertragung und Gegenübertragung die Familiendynamik widerspiegeln und welche besondere Bedeutung ihre Kenntnis bei dem für diese Kranken typischen abrupten Wechsel der Beziehungsebenen für die therapeutische Strategie einer Ich-Strukturierung hat. Das therapeutische Bündnis folgt dabei zunächst der für die Patientin einzig möglichen Beziehungsebene des Kontaktes über die Fassade und Annahme der projektiven Übertragung von Teilaspekten der Eltern. Dabei ermöglicht der Therapeut weniger durch Deutung als durch sein konkretes Anderssein und Sich-anders-Verhalten sowie durch schrittweise Bearbeitung von Aggression eine Abgrenzung und Neuorientierung.

Ich will dies nun anhand einiger markanter Punkte des Behandlungsverlaufes darstellen, in denen einmal das archaische narzißtische Defizit, aber auch die projektive Konkretisierung der primären Objekte in Übertragung und Gegenübertragung sowie der sukzessive Strukturgewinn im therapeutischen Prozeß besonders deutlich werden.

Schon in dem zweiten Vorgespräch regredierte die Patientin aus Angst vor Ablehnung auf dem Hintergrund ihrer gescheiterten ersten Analyse in tiefste präödipale Bereiche. Sie berichtete, daß sie am Vortage nach der Lektüre von *Castaneda* im Dunkeln zusammengekauert auf dem Küchenstuhl sitzend das Gefühl hatte, daß die Umwelt um sie herum verschwimmt, dumpf und unwirklich wird, sie dann aber mit Veränderungen im Körper-Ich-Erleben Angst verspürte, sich aufzulösen, und das Gefühl hatte, sich vor Selbstverlust durch Festhalten an dem Ticken der Küchenuhr retten zu müssen. Genau diese Situation reproduzierte sie in der Sitzung. Dabei wirkte die Patientin gelöst und angstfrei, während sie in mir Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit provozierte, und ich den Eindruck hatte, durch ein viel zu großes Baby erdrückt oder erstickt zu werden. Anschließend konnte sie berichten, daß sie als Zangengeburt zur Welt gekommen war und daß ihre Mutter mit ihr im zweiten Lebensjahr eine Abmagerungskur durchgeführt hatte. Dann schwärmte sie von *Castaneda* und der Drogenerfahrung zur Erschließung der vierten Dimension, wobei ich wie zum Anfang der Sitzung das Gefühl eines zunehmenden Kontaktabbruchs und Angst verspürte. Am Ende der Sitzung fiel es ihr sehr schwer, sich von mir zu trennen. Der Anfangsteil, szenisch eine intrauterine Situation mit den entsprechenden Gefühlen darstellend, entsprach klinisch einem hypnoiden Zustand. Auffällig war dabei, daß die sekundärprozeßhafte Schilderung transzendentaler Erfahrung mit den gleichen Gefühlsqualitäten verbunden war und eine so tiefe Regression schon im zweiten, mehr explorativ orientierten Vorgespräch auftrat. Dieses zusammen mit den sehr plötzlichen Ich-Zustandswechseln und den in der Gegenübertragung erlebten Gefühlen sprachen dafür, daß

das Problem der Patientin nicht auf einer ödipalen Ebene zu suchen war. Die Sitzung als Ganzes stellte sich dabei als Ausdruck einer symbiotischen Wippe dar, in der ein nur kurzer Realkontakt zwei symbiotische Ebenen verband, die im ersten Teil mehr den Anteilen der realen Mutter, im zweiten denen des realen Vaters entsprach. Letzterer enthielt deutlich strukturierte Anteile. Es ging im therapeutischen Prozeß nicht darum, diese Wippe aufzuzeigen, sondern direkt in diese Dynamik einzusteigen und so eine Abgrenzung und einen zunehmend realen Kontakt zu ermöglichen.

In der ersten Phase stand eine Fassade von kokettierender Fröhlichkeit mit Schwelgen in Träumen sowie ausufernden Phantasien, die sie jedesmal mit „ach, ist das phantastisch, ach, ist das interessant" kommentierte, im Vordergrund. In der Gegenübertragung erlebte ich Gefühle, durch das ausufernde Traummaterial überschwemmt und gelähmt zu werden im Wechsel mit Stolz und Faszination. Die Träume, die einen unmittelbaren Mitteilungscharakter hatten, wie die Patientin später selbst sagte, dienten ihr im Sinne eines dritten Objekts zur Regulierung von Nähe und Distanz. Durch selbstverfaßte symbolreiche Kurzgeschichten teilte sie mir ihre Befindlichkeiten und Wünsche in der Analyse mit. Im Rahmen des therapeutischen Bündnisses erlebte sie einen Schutz vor ihren starken Verlassenheitsängsten, der ihr auf der Ebene der Phantasie einen symbiotischen Kontakt erlaubte. Dabei ging es umgekehrt wie bei der Neurosentherapie darum, daß der Therapeut sich sukzessive und aktiv als konkrete Person präsent machte. Diese Dynamik wird durch folgenden Therapieabschnitt besonders verdeutlicht: Anläßlich einer bevorstehenden Prüfung in Physiologie phantasierte die Patientin primärprozeßhaft über die Anatomie des Ohres. Ich spürte große Angst und bemerkte ihren chaotischen Lernstil, was mir ein Gefühl der Aussichtslosigkeit und Hoffnungslosigkeit vermittelte und befürchten ließ, daß sie die Prüfung nicht bestünde. Der Vater hatte sie in solchen Situationen immer verlassen. Aus der Kenntnis der Familiendynamik und meiner Gegenübertragung versuchte ich ihr empathisch zur Seite zu stehen und ein Lernprogramm mit ihr aufzustellen. Die Patientin reagierte darauf mit panischer Angst. Sie rief mich mehrere Male an, berichtete von paranoiden Ängsten und kam offen psychotisch in die nächste Sitzung.

Ich meine, daß diese Reaktion einen Wendepunkt in der Therapie der Patientin darstellte. Sie konnte zum ersten Mal ihr Splitting zwischen den beiden oben beschriebenen Ebenen aufgeben und als Vertrauensbeweis ihr hinter der aufgegebenen Fassade liegendes Ich-Defizit offen in der Sitzung zeigen. Dadurch, daß ich sie empathisch annahm, konnte sie in der nächsten Sitzung erstmals mit mir einen direkten Kontakt aufnehmen und von ihren starken Prüfungsängsten berichten. Sie erinnerte dann affektiv bewegt den Tod ihres Vaters, wie dieser sich ihr und der

Familie bei Problemen immer entzogen habe, und sprach von ihrer Spiel und Phantasien verbietenden Mutter.

Ihre Angst vor dem Verlassenwerden durch den idealisierten Vater bewältigte sie durch ein verändertes Splitting, indem sie auch in der Folgezeit durch schwärmerische Briefe den Kontakt der Anfangsphase aufrecht hielt und parallel dazu eine immer konkreter werdende Auseinandersetzung mit mir führte.

Ihre Beziehung zu mir definierte sie in dieser Zeit unmittelbar: „Meine Beziehung zu Ihnen, das ist die Wärme Ihrer Haut unter Ihrem Hemd." Sie drückte dabei die positive Ebene der Symbiose direkt aus. Sie war in der Folgezeit der Boden, auf dem sie sich direkt aggressiv mit mir auseinandersetzen konnte. Interessant dabei ist, daß parallel dazu auch die körperliche Ebene in den Sitzungen unmittelbar eine Rolle spielte. Entsprechend den beiden symbiotischen Ebenen, die ich in der Anfangssituation schilderte, schwankten jetzt auch Gesichtsausdruck und Haltung zwischen weinerlich, depressiv, aufgeschwemmt und verführerisch weiblich, was ihren konkreteren Kontakt zu mir widerspiegelte.

On the Family Dynamics of Borderline-Hysteria and Specific Manifestations of Transference and Countertransference in the Therapeutic Process

Winfried Schibalski

In the case study of a female patient who had come to psychoanalytic treatment of a neurotic symptom (frigidity) the author tries to prove underlying problems of serious preœdipal conflicts. These become apparent in transference manifestations and must be correlated to the family dynamics. The patient's family had come to a neurotic arrangement relatively free of symptoms but with highly developed intellectual and social capacities. Under these circumstances this represents a defense formation of archaic fears of abandonment resulting from the early mother-child-symbiosis and pre- or perinatal areas. The author demonstrates that the patient's being without serious symptoms and her socially adapted behaviour reflect the repressive family dynamics with its permanent threat of abandonment at the expense of an identity development. The author then questions the classical concepts of symptom with regards to diagnosis and therapeutic strategy. He points out the importance of understanding family dynamics from the point of view of an identity concept. The patient's mother had been a rigid and limiting woman who warded off her fear of taking over the functions of a mother by refusing contacts and by being dominating. The patient's

father had been alien to reality, but at least he had offered the patient a warm though fantastically distorted relationship. Both parents warded off their symbiotic wishes by rejecting the child of equal sex and by acting them out with the child of the opposite sex. At least at the surface this led to imposing oedipal problems.

In a previous analysis drive psychological aspects had predominated, whereas the problem of identity had been ignored. This led to a psychotic transference with the patient triumphantly believing to have seduced her analyst, who then broke off the therapy. The patient thus repeated the conflict with a maternal father who at least since her eighth year had been the only to offer her emotional contact, but who had abandoned her during her puberty.

According to the author's concept of borderline-hysteria therapeutic strategy and technique should not concentrate on the oedipal conflict with the means of free association and porking through resistance and transference; it is rather necessary for the therapist to enter the dynamics and the demarcation of the patient's primary objects. He answers the patient's projections and transference dynamics with the reality of his own person, accepting on the one hand the transference level as an offer of contact, on the other hand presenting himself step by step as a real person. In contrast with the clinical therapy of neuroses this does not imply a controlled development and working through of transference neurosis, with the patient being so much inclined to projection and transference that in any case reality as a whole is being involved and distorted. The point is rather to lead the patient to new levels of experience in therapy.

The author stresses that especially in cases of borderline-hysteria a diagnosis cannot be based on the patient's symptoms alone. Above all phenomena like transference and countertransference and a detailed knowledge of the family dynamics must be taken into consideration in order to provide an adequate therapeutic strategy.

Literatur:

Abraham, K. (1927): Manifestations of the Female Castration Komplex. In: Selected Papers (London: Hogarth Press)

Ammon, G. (1972): Zur Genese und Struktur psychosomatischer Syndrome unter Berücksichtigung psychoanalytischer Technik. In: Dyn. Psychiat. (5) 223—251

– (1974): Psychoanalyse und Psychosomatik (München: Piper)

– (1976): Das Borderline-Syndrom – ein neues Krankheitsbild. In: Dyn. Psychiat. (9) 317–348

Fenichel, O. (1945): Psychoanalytic Theory of Neurosis (New York: Norton)

Ferenczi, S. (1919): Hysterische Materialisationsphänomene. In: Schriften zur Psychoanalyse, Bd. II, Hrsg. *M. Balint* (Frankfurt: S. Fischer, 1972)

Freud, S. (1895): Studien über Hysterie, Ges. W. Bd. I (London: Imago)

— (1904): Bruchstücke einer Hysterieanalyse, Ges. W. Bd. V, a. a. O.

Klein, M. (1928): Early Stages of Oedipus Conflict. In: Intern. J. Psychoanal. (9)
Kuiper, P. C. (1969): Die seelischen Krankheiten des Menschen. Psychoanalytische Neurosenlehre (Bern – Stuttgart: Huber und Klett)
Pohl, J. (1972): Konversion und psychosomatische Symptombildung. In: Dyn. Psychiat. (5) 277–289
Willi, J. (1970): Zur Psychopathologie der hysterischen Ehe. In: Nervenarzt (41) 157–165

Adresse des Autors:
Winfried Schibalski
Schleißheimer Straße 276
8000 München 40

Die Funktion des Agierens von Borderline-Patienten in der Milieutherapeutischen Gemeinschaft**

Walter Bühling *

Ausgehend vom Begriff des Agierens wird der Versuch unternommen, qualitative Unterschiede im Agieren des neurotischen und Borderline-Patienten und seine Bedeutung für die therapeutische Technik herauszuarbeiten.
Die neueren Konzepte der psychoanalytischen Ich- und Gruppenforschung, wie sie Ammon weiterentwickelt hat, haben gezeigt, daß die schwer Ich-kranken Borderline-Patienten durch die nichtgelungene Trennung aus der frühen Symbiose und der Familiengruppe nur über eine zersplitterte Ich-Struktur und desintegrierte Ich-Funktionen verfügen. Diese Patienten sind nicht in der Lage, ihre Krankheit als Ich-fremd zu erleben und in reflektierender Beobachtung analytisch zu bearbeiten. Stattdessen sind sie gezwungen, ihre Pathologie sprachlos auf der Ebene der Realität auszuagieren.
Den schwer Ich-gestörten Patienten muß daher eine therapeutische Situation zur Verfügung gestellt werden, in deren Rahmen sie gefahrlos sowohl die verinnerlichte Pathologie ihrer Primärgruppe ausagieren als auch neue Erfahrungen in einem unterstützenden gesunden Milieu im Sinne einer nachholenden Ich-Entwicklung erfahren können.
Die psychoanalytische Milieutherapie, in der die Lebenssituation und die therapeutische Situation zusammenfallen, bietet dem Borderline-Patienten die einzigartige Möglichkeit, im direkten Umgang mit seinen Mitpatienten und seinen Therapeuten, seine gesunden Ich-Anteile neu zu entdecken und zu stabilisieren.
Anhand eines Fallbeispiels soll exemplarisch belegt werden, daß innerhalb der Milieutherapie die doppelte Funktion des Agierens von Borderline-Patienten – das Wiederholen und Wiedererleben seiner unbewußt gewordenen pathologischen Familiengruppe und die Erfahrung neuer Verwirklichungsmöglichkeiten – therapeutisch genutzt werden kann.

Freud führte 1905 in seiner Schrift „Bruchstück einer Hysterie-Analyse" den therapeutischen Begriff des Agierens ein. Insbesondere in seiner technischen Schrift „Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten" (1914) erläutert *Freud* den Begriff des Agierens. *Freud* bezieht hier das Agieren strikt auf die Behandlungssituation.

„... so dürfen wir sagen, der Analysierte erinnere überhaupt nichts von dem Vergessenen und Verdrängten, sondern agiere es. Er reproduziert es nicht als Erinnerung, sondern als Tat, er wiederholt es, ohne natürlich zu wissen, daß er es wiederholt."

Das Agieren wird von *Freud* in Beziehung zu Übertragung und Widerstand begriffen. Übertragung ist nach *Freud* stets „ein Stück Wiederholung". Übertragung und Agieren fallen zusammen, wenn der Patient die Vergangenheit auf eine Weise wiederholt, daß die Person des

* Dipl.-Psych., Psychoanalytiker, Mitarbeiter am Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstitut der DAP

** Vortrag gehalten auf dem VIII. Internationalen Symposium der DAP, 1.–4. Oktober 1976, Universität Düsseldorf

Arztes mit einbezogen wird. *Freud* stellt außerdem eine Beziehung des Agierens mit dem Widerstand her. „... Je größer der Widerstand ist, desto ausgiebiger wird das Erinnern durch das Agieren ersetzt sein ... wird im weiteren Verlaufe diese Übertragung feindselig oder überstark und darum verdrängungsbedürftig, so tritt sofort das Erinnern dem Agieren den Platz ab."

Agieren wird in dieser Konzeption als Störfaktor im Dienste der Abwehr begriffen. Das Agieren ist demnach ein Ersatz für das Erinnern. *Greenson* (1967) betont daher, daß das Agieren ein Wiederholen im Handeln ist, anstatt in Worten, Erinnerungen und Affekten. Dieses Verständnis des Agierens geht von *Freuds* triebtheoretischem Neurosenmodell aus. Die aus dem ödipalen Konflikt entstandenen und verdrängten Triebimpulse sollen mit Hilfe der freien Assoziation und der Traumdeutung bewußt gemacht werden.

Sandler u. a. (1973) weisen darauf hin, daß der Begriff des acting-out, als Übersetzung des Begriffs Agieren, zur Folge gehabt hat, daß einige Autoren den Begriff auf ein Agieren außerhalb der analytischen Behandlungssituation einschränkten. Zur Unterscheidung wurde deshalb der Begriff des „acting-in" eingeführt. Hiermit sind jene Aspekte des Agierens gemeint, die *Freud* in seinen Schriften abgehandelt hat. *Laplanche* u. a. (1972) schlagen daher vor, von acting-out outside of psychoanalysis und acting-out inside of psychoanalysis zu sprechen. In der Folge von *Freud* haben viele Autoren deutlich gemacht, daß das Agieren des Patienten außerhalb der analytischen Situation unerwünscht sei und, wie *Greenacre* (1971) zitiert, viele Analytiker ihren Patienten das Agieren verbieten, wenn das Agieren zu einer gewohnheitsmäßigen Form sich zu entwickeln droht. Der agierende Patient wird als schwieriger Patient begriffen. Hierzu *Freud:* „Es ist uns unerwünscht, wenn der Patient außerhalb der Übertragung agiert, anstatt zu erinnern; das für unsere Zwecke ideale Verhalten wäre, wenn er sich außerhalb der Behandlung möglichst normal benähme und seine abnormen Reaktionen nur in der Übertragung äußerte." (1938).

Anna Freud (1968) hat auf dem 25. Internationalen Psychoanalytischen Kongreß in Kopenhagen, der sich mit dem Thema des acting-out beschäftigte, auf die Weiterentwicklung der psychoanalytischen Theorienbildung und ihrer Konsequenzen für den Bedeutungswandel des Begriffs des acting-out hingewiesen. Insbesondere lenkte sie die Aufmerksamkeit auf die Schwerpunktverschiebung des analytischen Interesses von der phallischen ödipalen Phase als Ursache des neurotischen Konflikts auf die präödipalen Erfahrungen und die damit verbundenen frühen Mutter-Kind-Interaktionen mit ihren oralen Implikationen für die rudimentäre Persönlichkeitsentwicklung. Die „vergessene Vergangenheit", insbesondere soweit sie die präverbale Zeit betrifft, hat nie den Zeitpunkt der Ich-Organisation erreicht. Bereits das Strukturmodell *Freuds* nahm die

Interessenverlagerung vom Es auf das Ich voraus. Nach *Anna Freud* ist die therapeutische Effektivität des Erinnerns immer mehr bezweifelt worden. Das bisherige Interesse an der freien Assoziation und der Traumdeutung nahm daher ab. Stattdessen wurde nunmehr das Wiedererleben emotionaler Erfahrungen und Wiederholen in der Übertragung durch das Agieren stärker beachtet. Die Realität der äußeren Lebenssituation des Patienten wurde stärker in die Analyse einbezogen. Erst sekundär versuchte man sie in die Übertragungssituation zurückzuholen.

Bereits *Anna Freud* machte darauf aufmerksam, daß die Behandlung von Neurotikern voraussetzt, daß diese Patienten über eine genügende Ich-Stärke, ein sekundär-prozeßhaftes Denken, eine intakte synthetische Ich-Funktion und über die Kontrolle des Ichs über die Motilität verfügen. Die Fähigkeit, Handlungen durch Gedanken und Worte unter der Herrschaft des Ichs zu ersetzen, macht diese Patienten analysierbar im klassischen Sinne. *Anna Freud* kritisiert in diesem Zusammenhang, daß sich zwar das Anwendungsgebiet der Psychoanalyse von den Übertragungsneurosen zu anderen diagnostischen Kategorien erweitert hat, ohne daß sich jedoch das Konzept des acting-out mit verändert hätte. Zu den nun für die Psychoanalyse behandelbaren Krankheitsbildern rechnet sie die delinquenten Charakterneurosen, präpsychotische Psychotiker, paranoide Zustände und Suchtkrankheiten. Diese Patienten wurden bereits von einigen Analytikern als Acting-out-Patienten klassifiziert. Sie agieren gewohnheitsmäßig im Gegensatz zu den Neurotikern. *Anna Freud* erkannte bereits, daß diese, wie sie es ausdrückte, unter der Herrschaft des Es agierenden Patienten nicht wie Neurotiker zu behandeln seien.

Obwohl *Anna Freud* das Problem des Ausagierens bei veränderten Krankheitsbildern sieht, hatte sie noch kein umfassendes Konzept, um diesen schwerkranken Patienten eine adäquate Behandlungssituation bereitzustellen.

Ammon (1974) hat die veränderten Krankheitsbilder unter dem Begriff der archaischen Ich-Krankheit zusammengefaßt. Hierunter versteht er ein Spektrum psychopathologischer Syndrome, die neben den psychotischen Reaktionen des schizophrenen und des manisch-depressiven Formenkreises das sogenannte Borderline-Syndrom, die sexuellen Perversionen und die psychosomatischen Erkrankungen umfaßt. „Das gemeinsame Kennzeichen dieser Krankheitsbilder ist nach meiner Erfahrung die in der frühen Kindheit im Rahmen der präödipalen Symbiose von Mutter und Kind erfolgte Arretierung und Verstümmelung der Ich- und Identitätsentwicklung, die dazu führte, daß das Kind im Aufbau seiner Ich-Grenzen und in der Entfaltung seiner primär gegebenen Ich-Funktionen, hier insbesondere der konstruktiven Aggression, nicht adäquat unterstützt wurde und aufgrund früher traumatischer Trennungs- und Vernichtungsängste an der Ausbildung einer kohärenten und flexiblen Ich-Struktur gehindert wurde.“ (1974)

Dazu im Gegensatz verfügt der neurotische Patient über eine relativ stabile Ich-Struktur mit kohärenter Ich-Grenze. Das Syndrom des Borderline-Patienten dient als Ersatz für die fehlende psychische Struktur oder wie *Ammon* es formuliert: „Es dient der Kompensation einer strukturellen Schädigung im Sinne eines narzißtischen Defizits oder ‚Loch im Ich'". Den schwer Ich-kranken Patienten gelingt es aufgrund ihrer zersplitterten Ich-Struktur und den integrierten Ich-Funktionen nicht, ihre Krankheit als Ich-fremd zu erleben und in reflektierender Beobachtung analytisch zu bearbeiten. Stattdessen leben sie „ihren unbewußten Konflikt vielmehr traumhaft in die Realität hinein aus, die dadurch zur Bühne ihrer infantilen Symbiose wird ... Der infantile Konflikt wird erneut dargestellt und ausagiert." (*Ammon*, 1973)

Diesen schwer Ich-gestörten Patienten muß daher eine therapeutische Situation zur Verfügung gestellt werden, in deren Rahmen sie gefahrlos sowohl die verinnerlichte Pathologie ihrer Primärgruppe ausagieren als auch neue Erfahrungen in einem unterstützenden und gesunden Milieu machen können im Sinne einer nachholenden Ich-Entwicklung. Hierfür ist die psychoanalytische Milieutherapie die Therapieform der Wahl. „Indiziert ist die psychoanalytische Milieutherapie für alle die Patienten, welche aufgrund schwerster Störungen nicht in der Lage sind, ihre Konflikte auf der zugleich realen und symbiotischen Ebene der Interaktionen in der therapeutischen Gruppe darzustellen und zu bearbeiten, und die daher auch unfähig sind, von den Möglichkeiten der Einsicht Gebrauch zu machen ..." (*Ammon*, 1973)

Das Agieren wird in einer kontrollierten therapeutischen Situation, in der Lebenssituation und therapeutische Situation zusammenfallen, zu einem zentralen Agens für die Therapie von Borderline-Patienten. Die Berliner Schule hat für diese Patienten milieutherapeutische Zentren wie die in Stelzerreut/Bayerischer Wald und in Paestum/Italien entwickelt. Diese Zentren sind räumlich und zeitlich von den ambulanten Praxen getrennt. Unsere Patienten, die in ihrem therapeutischen Prozeß stagnieren und zur Milieutherapie geeignet sind, werden aus laufenden therapeutischen Situationen – wie der psychoanalytischen Einzeltherapie und der Gruppentherapie – für die Dauer eines vierwöchigen milieutherapeutischen Aufenthalts herausgenommen. In vorher stattfindenden gruppendynamischen Sitzungen, die an der Realität des bevorstehenden Aufenthalts orientiert sind, strukturiert sich die Gruppe. Im milieutherapeutischen Feld arbeitet die Gruppe an einem zentralen Arbeitsprojekt, wie z. B. Ausbau eines alten Bauernhofes, gestaltet ihre Freizeit selbständig und organisiert unter der Leitung zweier Therapeuten ihr Gruppenleben. In täglich stattfindenden Gruppensitzungen werden die gemeinsamen Erfahrungen reflektiert und in sekundärprozeßhaftes Denken übersetzt. Das therapeutische Milieu mit ihren vielfältigen Angeboten, das Verhalten der Therapeuten und der Gruppe, stellen somit ein facilitating en-

vironment dar, in dessen Rahmen die Patienten ihre verschütteten gesunden Ich-Anteile und kreativen Potentiale neu entdecken lernen. Den Patienten wird in einer solchen Situation die Möglichkeit gegeben, ihre pathologische Symptomatik im therapeutisch kontrollierten Milieu auszuagieren. Hierbei stellen die Patienten ihre unbewußte pathogene Familiendynamik wieder her.

„Es handelt sich nicht um eine bloße Wiederholung, sondern auch um eine Wiedergutmachung der frühen Erfahrungen. Diese doppelte Dynamik von Wiederholung und Wiedergutmachung ist sozusagen das psychodynamische Grundgesetz der Therapie der schweren Ich-Störungen." (*Ammon*, 1973)

Das sprachlose Ausagieren der Symptomatik der Patienten stößt hierbei jedoch auf ein gesundes Milieu. Die Therapeuten sind aktive Partner, die mit Verständnis und Unterstützung meist averbal auf die Aktionen der Patienten reagieren. Das setzt allerdings voraus, daß sich die Therapeuten in den verschiedensten Situationen real einbringen und nicht die Rolle der frühen krankmachenden Objekte übernehmen. Die therapeutische Technik in der Milieutherapie besteht in einer aktiven Direkttherapie. Das Agieren der Patienten wird nicht analytisch interpretiert, sondern im Hier und Jetzt durch das Verhalten des Therapeuten averbal beantwortet (*Ammon*, 1959, 1973). Der Therapeut steigt somit in die symbiotischen Bedürfnisse mit ein, er agiert mit unter der Kontrolle seiner Gegenübertragung. Somit kann der Therapeut als reale Person wahrgenommen werden. Der Therapeut muß zeitweise die an ihn delegierten Ich-Funktionen übernehmen, insbesondere die der Abgrenzung. Im Verlaufe des therapeutischen Prozesses muß er die von dem Patienten an ihn delegierte Ich-Funktion der Abgrenzung seines Ichs unter Kontrolle des Verhaltens schrittweise an den Patienten zurückgeben. Nur so kann der Patient ein Gefühl für sich selbst entwickeln und gelungene neue Erfahrungen machen im Sinne einer Wiedergutmachung.

Eine entscheidende Bedeutung kommt hierbei der milieutherapeutischen Gruppe zu. Gerade die Gruppe als Ganzes und die einzelnen Gruppenmitglieder ersetzen in ihren vielfältigen Funktionen mosaikgleich das nicht entwickelte Ich des schwer-kranken Patienten. Die Gruppe übernimmt das reflektierende Ich und die Ich-Funktion der Synthese, über die der einzelne Patient nicht verfügt. Im Rahmen der Milieutherapie kann der Patient seine Konflikte, die aufgrund seiner offenen Ich-Grenze nach innen und außen nicht verdrängt sind, nach außen projizieren. Das Agieren innerhalb der psychoanalytischen Situation wird damit direkt beobachtbar und ist im Sinne einer emotionalen Korrektur veränderbar. In der Milieutherapie ist das Agieren nicht als Störfaktor wie in der Neurosentherapie zu begreifen, sondern im Gegenteil erfährt der Borderline-Patient die Möglichkeit, im direkten Umgang mit seinen Mitpatienten und seinen Therapeuten seine Ich-Funktionen zu erproben und all-

mählich eine flexible Ich-Grenze nach innen und nach außen aufzubauen. Diese doppelte Funktion des Agierens, das Wiederholen und Wiedererleben seiner unbewußt gewordenen pathogenen Familiengruppe und die Erfahrungen neuer kreativer Entwicklungsmöglichkeiten kann nur im Rahmen einer die ganze Lebenssituation umfassenden therapeutischen Situationen gehandhabt werden und damit die Voraussetzungen zur Analysierbarkeit des Patienten schaffen.

Das Krankheitsbild der schwer Ich-gestörten und zum Agieren neigenden Patienten ist mit dem vorgetragenen Konzept zu begreifen und mit der adäquaten Therapieform der Milieutherapie zu behandeln. Die Funktion des Agierens und ihre technische Handhabung soll anhand eines Fallbeispieles praktisch belegt werden.

Die Patienten dieser milieutherapeutischen Gruppe litten unter schweren diffusen Angstzuständen, Arbeitsstörungen, Kontaktängsten, psychosomatischen Reaktionen und zum Teil unter sekundären zwangsneurotischen Symptomen. Die meisten von ihnen klagten über Gefühle der inneren Leere, der Einsamkeit und der eigenen Nutzlosigkeit im weiteren Sinne einer großen Ich-Schwäche und Identitätsstörung.

Die hier vorgestellte milieutherapeutische Gruppe hatte sich als zentrales Arbeitsprojekt den Bau einer Blockhütte zur Aufgabe gesetzt. Frau M., eine 18jährige Schülerin, war zu uns in die Praxis gekommen, weil sie unter starken Depressionen, Kontaktstörungen und hypochondrischen Ängsten litt. Insbesondere bildete sie sich ein, unter Krebs und wechselnden anderen Krankheiten zu leiden. Frau M. hat einen zierlichen zerbrechlichen Körperbau. Ihr Blick ist mißtrauisch, ihre Augen sind stets depressiv verhangen. Sie hatte bisher in einer engen Symbiose mit der Mutter gelebt. Bis zu ihrem 13. Lebensjahr schlief sie in einem Bett mit ihrer Mutter. Ihre Mutter hatte ihr bisher alle Schwierigkeiten abgenommen und sie total infantilisiert, so daß sie nicht mehr in der Lage war, irgendeine Aktivität selbst zu erledigen. So lag sie tagelang im Bett und war in ihre Tagträumereien vertieft. Ihr Vater nahm an dem Familienleben keinen Anteil, meist war er abwesend. Er hatte sie nie ernstgenommen, und in verniedlichenden Ausdrücken behandelte er sie wie ein sechsjähriges Kind. Die Patientin hatte in der bisherigen Gruppentherapie nur wenig profitieren können.

Auch in der milieutherapeutischen Gruppe zeichnete sie sich zunächst als lust- und interessenlos aus. Sie konnte sich kaum an der Planung und den beginnenden Arbeiten an der Blockhütte beteiligen. Sie irrte ziellos über das Gelände, war kaum ansprechbar. Ihr Gesichtsausdruck war ständig leidend, und man sah ihr an, daß sie mit ihren Gedanken und Gefühlen in narzißtischen Tagträumen abgetreten war. Schon am ersten Tag zog sie sich von der Gruppe zurück, legte sich auf eine Matratze und hörte depressiv gestimmte Musik aus der Drogenszene. Ich konfrontierte sie auf der Realitätsebene, indem ich die Matratze wegschaffen ließ.

Daraufhin schnitt sie sich derart in den Finger, daß sie genäht werden mußte. Es war offensichtlich, daß sie sich arbeitsunfähig machen wollte. In den abendlich stattfindenden Gruppensitzungen klagte sie und jammerte, daß sie doch zu nichts fähig sei. Die Gruppe reagierte zunächst vorsichtig und nachsichtig, denn niemand traute ihr etwas zu. Die Gruppe übernahm somit in der Anfangsphase genau die Rolle ihrer überbeschützenden und sie infantilisierenden Mutter. Ich konfrontierte sie auf der Verhaltensebene, indem ich ihr einen selbständigen Verantwortungsbereich übertrug. Gemeinsam mit einem anderen Patienten war sie für die Beschaffung des Bauholzes verantwortlich. Ihr theatralisches und terroristisches Verhalten wurde sowohl von mir als auch später von den Mitpatienten nicht mehr toleriert. Niemand ging mehr auf ihre hypochondrischen Phantasien ein. Offensichtlich hatte die Patientin versucht, ihre ursprüngliche Familiensituation wiederherzustellen, indem sie die passive symbiotische Beziehung zu ihrer Mutter und zu dem schwachen sie nie fordernden gleichgültigen Vater wiederholte und auf die Gruppe und den Therapeuten übertrug.

Ein entscheidender Durchbruch bedeutete für sie, daß sie mich bei der Bedienung einer Betonmischmaschine beobachtete. Nach und nach begann sie, sich mit mir zu identifizieren. Wir arbeiteten später stets an der Mischmaschine zusammen. Allmählich regulierte sie Distanz und Nähe zu mir. Hierbei wurde sie durch die Gruppe zunehmend unterstützt, indem man ihr praktisch bei der Bewältigung der anliegenden Aufgaben half. So konnte sie nach und nach den von mir zugewiesenen Verantwortungsbereich übernehmen. Sie bestand schließlich darauf, allein mit einer Baufirma zu verhandeln und den Holztransport zu organisieren. Durch Identifizierung mit anderen Gruppenmitgliedern nahm sie schließlich mit Interesse und Freude an sportlichen Aktivitäten, wie z. B. Volleyball, teil, machte Ausflüge mit und konnte sich schließlich an schönen Dingen in ihrer Umgebung begeistern, wie z. B. über Gläser bei der Besichtigung einer Glasfabrik.

Später stellte sie in einer Gruppensitzung fest, ich sei ja nicht nur Therapeut, sondern ich könnte ja auch arbeiten. Sie habe das erste Mal das Gefühl, eine Beziehung zu mir entwickeln zu können. Rückwirkend spürte sie die Beziehungs- und Uferlosigkeit ihres Verhaltens. Sie äußerte die Möglichkeit zur aggressiven Auseinandersetzung, Interesse an anderen Menschen und Dingen aussprechen zu dürfen, das Gefühl von anderen Menschen akzeptiert und trotz ihrer Schwäche ernstgenommen zu werden, seien Wünsche, die sie seit ihrer frühesten Kindheit in sich getragen habe. Insbesondere habe ihr mein konsequentes und echtes Verhalten ohne „Therapeutengehabe" geholfen. Für sie sei es von entscheidender Bedeutung gewesen, sich von ihrem bisherigen diffusen Krankheitsgefühl zu distanzieren und ihre wirklichen Probleme spüren und benennen zu können. Von besonderer Bedeutung war für sie der schützende

Rahmen der Gruppe. Es erleichterte sie, daß ihr die Gruppe vorwarf, daß sie die Gruppe ausnutze und wie selbstverständlich ausbeutete. Das konstruktive aggressive Zugehen der anderen Gruppenmitglieder löste diese Patientin aus ihrer Depression. Es ermöglichte ihr, mich später wegen meiner fordernden Haltung anzugreifen. Als sie begann, von sich aus auf die Gruppe zuzugehen und Verantwortung für die ganze Gruppe z. B. beim Kochen zu übernehmen, wurde ihr verändertes Verhalten von allen Gruppenmitgliedern mit Zuspruch und echter Anteilnahme aufgenommen. Zum ersten Mal in ihrem Leben fühlte sie sich in ihren Bedürfnissen ernstgenommen und nicht mehr infantilisiert. Mit Hilfe und Unterstützung der ganzen Gruppe sammelte sie neue Erfahrungen und holte damit ein Stück Kindheit nach.

Gerade an diesem Beispiel wird deutlich, wie sehr die averbale Kommunikation über das Medium des Arbeitsprojektes, der Freizeitaktivitäten und sportlichen Betätigungen dieser Patientin geholfen hat. Die milieutherapeutische Gruppe mit ihrem Therapeuten übernahm gemeinsam für sie die Ich-Funktion der Abgrenzung und der reflektierenden Beobachtung. Wärme, Anteilnahme, Echtheit sowie Klarheit und Konsequenz auf der realen Ebene des Verhaltens zwischen Patient, Gruppe und Therapeut spielten eine zentrale Rolle für das Erleben der Patientin. Sowohl die unbewußte pathogene Familiendynamik konnte im schützenden Rahmen eines von krankheitsverursachenden Faktoren freien Milieus relativ angstfrei agiert werden, als auch wiedergutzumachendes Agieren im Umgang mit der Gruppe und den Therapeuten im Hier und Jetzt half der Patientin, sich aus ihrer symbiotischen Abhängigkeitsbeziehung zu lösen.

Von zentraler Bedeutung für diese Patienten ist es, ihre Therapeuten als echte, spontan reagierende Menschen, jenseits einer falsch verstandenen und therapeutisch rationalisierten Distanz, zu erleben. Diese Handhabung des Agierens in der Milieutherapie, die die gesamte Lebenssituation umfaßt, schafft erst die Voraussetzung zur Analysierbarkeit von Borderline-Patienten.

The Function of Acting-Out of Borderline-Patients in the Milieutherapeutic Community

Walter Bühling

The author discusses the literature in view to the concept of acting-out. All publications mostly follow the tradition of *Freud* and are oriented on the neurosis model. Acting-out is understood as a disturbing factor in the sense of defense. The intention of analysis, therefore, is to

eliminate acting-out. This means that acting-out has to happen within the transference of a therapeutic situation.

Today, however, the psychic diseases of borderline-patients are characterized by a shattered ego-structure with a tendency of acting-out outside the therapeutic situation. Caused by the unsuccessful separation from the early symbiosis and the family-group these patients are characterized by disintegrated ego-functions, i. e. they are not able to feel and reflect their disease as ego-dystone (*Ammon*). On the background of the changed picture of psychic illness *Ammon* has drawn consequences for the technique of psychotherapy.

Within the psychoanalytic milieutherapy in which life situation and therapeutic situation are the same the patient has the possibility to act-out his inner pathology and to make new experience in the sense of retrieval of ego-development. This, however, demands a completely changed behaviour of the therapist. He is not the interpretor of the patient's symptoms but an active partner. The therapist must present himself on a reality level in different situations. He also is acting-out under the control of his countertransference.

In this process it is the task of the therapist to take over the ego-functions the patient has delegated to him, especially the ego-function of demarcation. In the course of the therapeutic process the therapist will give back this function to the patient step by step in the sense of ego-strengthening. In milieutherapy the acting-out is not understood as a disturbing factor as in the therapy of neuroses. On the contrary, the borderline-patient experiences the possibility to prove his ego-functions in contact with the therapist and his co-patients and to build up flexible ego-boundaries to the inner and outer world.

In a case-study the author shows that due to changed therapeutic techniques in milieutherapy presuppositions for analysing the severe ego-diseases of borderline-patients can be build up.

Literatur:

Ammon, G. (1959): Theoretical Aspects of Milieu Therapy (Revision of a paper written at The Menninger Foundation, Topeka. Neuaufl. Pinel-Publikationen Berlin, 1977)
— (1973): Dynamische Psychiatrie: Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie (Darmstadt und Neuwied: Luchterhand)
– (1974): Das narzißtische Defizit als Problem der psychoanalytischen Behandlungstechnik – Ein Beitrag zur Theorie und Praxis der nachholenden Ich-Entwicklung. In: Dyn. Psychiat. (7) 201–213
Freud, A. (1968): Acting Out. In: Int. J. Psychoanal. (49) 165—170
Freud, S. (1905): Bruchstück einer Hysterie-Analyse. Ges. W. Bd. V (London: Imago)
— (1914): Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten. Ges. W. Bd. X, a. a. O.
— (1938): Abriß der Psychoanalyse. Ges. W. Bd. XVII, a. a. O.
Greenacre, Ph. (1971): Emotional Growth, Vol. 2 (New York: Int. Univ. Press)

Greenson, R. (1973): Technik und Praxis der Psychoanalyse (Stuttgart: Klett)
Laplanche, J. u. a. (1972): Das Vokabular der Psychoanalyse (Frankfurt a. Main: Suhrkamp)
Sandler, J.; C. Dare; A. Holder (1973): Die Grundbegriffe der psychoanalytischen Therapie (Stuttgart: Klett)

Adresse des Autors:
Dipl.-Psych. Walter Bühling
Belsenstraße 19
4000 Düsseldorf

Nachrichten

„Dynamische Psychiatrie tut not!"

Bericht über das IX. Internationale Symposium der DAP: „Dynamische Psychiatrie in Theorie und Praxis" im Deutschen Museum, München, vom 10. bis 14. Juni 1977

Während die vorangegangenen Symposia der DAP sich einzelnen Aspekten der Theoriebildung, Behandlungstechnik und Ausbildungspraxis der Berliner Psychoanalytischen Schule widmeten, wurde auf dem diesjährigen Kongreß erstmalig ihr ganzheitliches dynamisch-psychiatrisches Konzept vorgestellt.

Die Dynamische Psychiatrie versteht sich als eine Psychiatrie, in der die Psychoanalyse als Grundlagenwissenschaft unter Einbeziehung der modernen Ich- und Gruppenforschung zur Anwendung kommt, wie *Günter Ammon* es bereits 1968 im ersten Heft dieser Zeitschrift definiert hat. Dieser Ansatz umgreift das gegenwärtige, vergangene und in Zukunft mögliche Feld des leidenden Menschen in seinen unbewußten und bewußten Dimensionen und bezieht die gesamte Dynamik des Krankheitsgeschehens sowohl von der psychischen, somatischen als auch soziologischen Seite in ihrem Wechselspiel mit ein.

Die Erwartung, diesem neuen Verständnis, entstanden aus der praktischen Arbeit mit schwerst psychisch kranken Menschen, zum Durchbruch zu verhelfen, und der Wille, dem seelisch Kranken sein Lebensrecht zurückzugeben, vereinte in München 600 Wissenschaftler aus 13 Ländern.

Die Räume des Deutschen Museums mit den umliegenden Parkanlagen an der Isar gaben dem Kongreß seinen Rahmen für die intensive Arbeit und kreative Auseinandersetzung. Dadurch — insbesondere auch durch die gelungene Organisation unter der Leitung von *Jan Pohl* — wurde eine freundliche Atmosphäre für vielfältige wissenschaftliche und menschliche Begegnungen geschaffen.

In seiner Eröffnungsansprache gab *Günter Ammon* als wissenschaftlicher Leiter dem Kongreß das Motto: „Dynamische Psychiatrie tut not!" *Ammon*, der in Deutschland eine Realität der Dynamischen Psychiatrie geschaffen hat, stellte in den Mittelpunkt seines die Dynamische Psychiatrie tragenden Konzeptes die Verstehbarkeit auch schwerster psychischer Störungen. Er setzte dem traditionellen Dogma der Uneinfühlbarkeit, wie sie die Schulpsychiatrie geradezu als diagnostisches Kriterium verwendet, eine empathisch und wissenschaftlich verstehende Therapieauffassung entgegen. Psychische Erkrankungen wie anaklitische Depression, schizophrene Reaktionen, manisch depressive Psychosen, sexuell perverse Reaktionen, psychosomatische und Suchtkrankheiten, Borderline-Syndrom und neuro-

tische Reaktionen werden auf einem gleitenden Spektrum als in der frühesten Kindheit erworbene gestörte Ich-Entwicklung verstanden. *Ammon* grenzte sich damit scharf von Theorie und Praxis der Anstaltspsychiatrie, aber auch von Konzepten der Sozial- und Antipsychiatrie ab.

Die dringende Notwendigkeit einer Alternative in der psychiatrischen Versorgung war auch Gegenstand der Begrüßungsansprache des Staatssekretärs Dr. *Wilhelm Vorndran,* der als Vertreter des Ministerpräsidenten des Freistaates Bayern, Dr. *Goppel,* erschienen war. Bundespräsident *Scheel* hatte ebenfalls Grüße und Wünsche zu einem guten Gelingen des Kongresses übermitteln lassen.

Dr. *Vorndran* überbrachte die Grüße der Bayerischen Staatsregierung und betonte die Notwendigkeit einer Entideologisierung der Diskussion zur Lage der psychisch Kranken zugunsten eines Verständnisses und einer wissenschaftlichen Abklärung der Bedürfnisse nach notwendiger therapeutischer Hilfe für den Kranken in seiner Umwelt. Mit dieser berufspolitischen Zielsetzung übte er deutliche Kritik an der Antipsychiatrie und gewissen Richtungen der Sozialpsychiatrie.

Die Vertreter der teilnehmenden Länder übergaben dem Symposium ihre Grußadressen:

Prof. Dr. *Igor A. Caruso* (Salzburg), Dr. *Bèla Buda* (Budapest), Prof. Dr. *Nicholas Destounis* (Ann Arbor/Michigan und Athen), Dr. *Gustav Hans Graber* (Bern), Prof. Dr. *Herman Musaph* (Amsterdam), Prof. Dr. *Lucio Pinkus* (Rom), Prof. Dr. *Erwin Ringel* (Wien), Dr. *Walter Schindler* (London), Prof. Dr. *Dan G. Hertz* (Jerusalem), Dr. *Zdzislaw Mieniewski* (Krakow), Dr. *Ana Rojnik* (Ljubljana). Mit diesen Grußbotschaften verbanden die Sprecher ihre wissenschaftliche Kooperation mit der Arbeit der DAP und dem Werk von *Günter Ammon* und seiner Schule.

Das umfangreiche wissenschaftliche Programm des Kongresses fand seinen Ausdruck in 30 Haupt- und 14 Kurzreferaten sowie 26 Arbeits- und Diskussionsgruppen.

Im grundlegenden Referat wurden von *Günter Ammon* unter dem Titel „Das Verständnis eines Entwicklungsdefizits von Ich-Strukturen in Persönlichkeit und umgebender Gruppe als Grundlage einer Dynamischen Psychiatrie" die Leitgedanken des Kongresses vorgestellt: Kernpunkt seiner Überlegungen ist die These, daß „Dynamische Psychiatrie davon ausgeht, psychische Krankheiten als Ich-defizitäre Krankheiten zu verstehen, die im eigentlichen Sinne Identitätskrankheiten sind. Das Ich-identitätsdefizitäre Krankheitsbild ist psychogenetisch, strukturell und gruppendynamisch verstehbar und behandelbar. Es ist in der Gruppe entstanden und dadurch am besten durch die Gruppe im Sinne nachholender Ich- und Identitätsentwicklung zu behandeln." Die doppelbödige Irrlehre ausschließlicher Organizität psychischer Erkrankung widerlegte er, indem er die Unwissenschaftlichkeit der erbbiologischen Zwillingsforschung nachwies, bei aller Anerkennung der Möglichkeit von somatischen Faktoren im

Sinne einer multifaktoriellen Genese. Demgegenüber berücksichtigt das Strukturmodell *Ammons* fünf verschiedene Dimensionen: die psychobiologische, die psychogenetische, die psychodynamische, die strukturelle und die gruppendynamische. Diesem Konzept entspricht in der therapeutischen Praxis das „Ich-strukturelle Arbeiten". Dabei stellt sich der Therapeut im Hier und Jetzt der therapeutischen Situation als konkrete Person dem Patienten zur Verfügung und ermöglicht damit ein direktes Arbeiten an den pathologischen Ich-Strukturen in einer realen interpersonellen Beziehung, wobei Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand miteinbezogen werden. Entsprechend den verschiedenen Krankheitsbildern steht der Dynamischen Psychiatrie dabei ein Spektrum differenzierter Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung, das von der analytischen Einzeltherapie über die analytische Gruppenpsychotherapie bis hin zur stationären und ambulanten Milieutherapie reicht.

Im Laufe der Tagung erwies sich *Ammons* Arbeit als tragend für die wissenschaftliche Auseinandersetzung und die Ergebnisse des Kongresses.

Die Arbeitsgruppe *Brigitte Marsen* (Berlin), *Walter Mentzel* (Düsseldorf), *Hartwig Volbehr* (Berlin) und *Marion Winnewisser* (München) stellte in diesem Zusammenhang heraus, daß neuro-physiologische Befunde in keinem gesetzmäßigen Kausalzusammenhang zu psychischen Erkrankungen stehen. Selbst *Friedrich S. Rothschild* (Jerusalem), der einen neuro-biologischen Ansatz der Ich-Bildung vertritt, postuliert aufgrund seiner Forschungen die unabdingbare Notwendigkeit einer interpersonellen Kommunikation zur Reifung und Entwicklung eines gesunden Ichs.

Das triebtheoretisch orientierte Denken der orthodoxen Psychoanalyse wurde von *Ammon* deutlich zugunsten einer weitgehend monistischen Auffassung vom Ich verlassen, bei der z. B. konstruktive Aggression (wie schon seit 1968), Angst und Sexualität als zentrale Ich-Funktionen begriffen werden. Dabei wird davon ausgegangen, daß — ähnlich den Vorstellungen *Gustav Hans Grabers* (Bern) — die Ich-Entwicklung schon pränatal als kommunikatives Geschehen von unbewußten Ich-Kernen ausgehend erfolgt. *Walter Schindler* (London) berichtete in diesem Zusammenhang in seiner Arbeitsgruppe über „Gruppenanalyse und Ich-Funktionen", ohne sich dabei aber von dem Triebkonzept zu lösen und einen eindeutigen theoretischen und methodischen Standort zu beziehen.

Die zentrale Ich-Funktion der Sexualität in den Mittelpunkt ihres Interesses stellend, entwickelte *Ursula Keller* (Düsseldorf) ihre Auffassung der sexuell perversen Reaktion, die nicht als Ausdruck einer besonders starken sexuellen Triebhaftigkeit zu sehen ist, sondern als ein Kompensationsversuch narzißtischer Defizite weitester Ich-Bereiche mittels Sexualisierung. Die Sexualität stellt hier eine in anonymer Weise erstarrte Äußerung einer Pseudo-Objektbeziehung dar.

Ein weiterer entscheidender Gesichtspunkt der wissenschaftlichen Auseinandersetzung auf dem Kongreß war die bei allen klinischen Krank-

heitsbildern zu beobachtende destruktive Aggression, die nicht mehr als ein Phänomen der Triebentwicklung, sondern als defizitäre Entwicklung der zentralen Ich-Funktion der konstruktiven Aggression verstanden wurde im Sinne des von *Günter Ammon* konzipierten Ich-strukturellen und gruppendynamischen Konzeptes.

Wichtige Beiträge zur Verifikation dieses Konzeptes erbrachten *Berthold Beck* (Düsseldorf), *Christine Bott* (München) und *Agnes Wiehl* (Berlin) durch Item-, Faktoren- und Diskriminanzanalyse eines neu entwikkelten Fragebogens zur Ich-Funktion der Aggression mit dem Nachweis von drei hochsignifikant unterscheidbaren Destruktionsformen: Konstruktive und destruktive Aggression wurden anhand eines umfangreichen Patientengutes klar diskriminiert, wobei destruktive Aggression sich aufteilte in eine defizitäre bei psychosomatisch Kranken, deren Korrelat die gegen den eigenen Körper gerichtete Aggression darstellt, eine destruktiv nach außen gerichtete bei Delinquenten und eine verdeckte Form der Destruktion, kompensiert durch eine Fassade der Anpassung.

Der Zusammenhang zwischen destruktiver Aggression und Körper-Ich-Funktionsstörungen wurde mittels einer inhaltsanalytischen Untersuchung von Gruppenprozessen mit psychosomatisch Kranken von *Karin Ammon* (München) aufgezeigt, in dem Sinne, daß bei psychosomatisch reagierenden Patienten signifikant vermehrt Äußerungen gefunden werden konnten, die Ausdruck einer vorwiegend nach innen gerichteten Destruktivität sind.

Die weiteren Referate zu diesem Thema von *Christine Bott* (München), *Hartwig Volbehr* (Berlin) und *Ana Rojnik* (Ljubljana) — letztere durch ihren eindrucksvollen experimentellen Nachweis des psycho-physischen Zusammenhangs von Fettstoffwechselstörungen und gestörter Ich-Struktur — ließen eine scharfe Abgrenzung vom herkömmlichen Neurosenmodell der psychosomatischen Medizin sichtbar werden. Eine ähnlich eindeutige Absage erteilte *Gerd Röhling* (Berlin) dem Neurosenmodell der Sucht, indem er eine anaklitische Sucht von einer symbiotischen differenzierte und hervorhob, daß sich die Therapie der Sucht nicht am Symptomverhalten orientieren dürfe, sondern an den dahinterliegenden defizitären Strukturen.

Mit der Konzeptualisierung des Krankheitsbildes der Borderline-Kriminalität wandte sich *Karl-Georg Nickel* (Berlin) den Quantitäten und Schicksalen ausagierter destruktiver Aggression zu, die leitmotivisch das Wesen kriminellen Verhaltens bis zu einem „kriminellen Lebensstil" bestimmen. Damit leistete er einen Beitrag zur Reform von Strafrecht und Strafvollzug mit einem Ansatz einer forensischen Dynamischen Psychiatrie.

Demgegenüber vertrat *Wolfgang de Boor* (Köln) ein noch weitestgehend im konstitutions-pathologischen und phänomenologisch-deskriptiven Denken verhaftetes Verständnis von Gewalt bei den von ihm sogenannten Monoperceptosen, das einen echten therapeutischen Ansatz nicht

beinhaltet und letztlich nur zu Maßnahmen der Sicherungsverwahrung führt. *De Boor* ersetzte ein fehlendes psychogenetisches Konzept durch einen pauschalen Gesellschaftsbezug (wie „Vater Staat" und „Mutter Gesellschaft"), ein Ansatz, der, wie *Ammon* in der Diskussion bemerkte, von der Dynamischen Psychiatrie bereits seit 1970 als sowohl in theoretischer als auch therapeutischer Hinsicht unbrauchbar aufgegeben wurde.

Die damit aufgeworfene Frage nach der Identität des Psychiaters in unserer Gesellschaft, die letztlich die Frage nach der Identität des Menschen überhaupt ist, beantwortete *Ammon* in seinem Referat, indem er die zentrale Ich-Funktion der Identität in den Mittelpunkt seines dynamisch-psychiatrischen Denkens und Handelns stellte:

- „Identität ist der entwicklungsgeschichtlich gewachsene funktionale Kern der Persönlichkeit.
- Identität vollzieht sich als interpersonelles und gruppendynamisches Geschehen an den Grenzen von Ich und Gruppe.
- Identität ist mehr als die Summe der lebensgeschichtlich erfahrenen Identifikationen.
- Die zentrale Ich-Funktion der Identität erfährt sich in sich selbst und in der Zeit als beständige Einheit."

Ulrike Harlander (Berlin) grenzte in ihrem Beitrag das Identitätskonzept *Ammon*s von anderen Auffassungen von Identität ab, wie sie beispielsweise *Erikson, Habermas* und *Krappmann* vertreten.

In ähnlicher Weise äußerte sich auch *Nicholas Destounis* (Ann Arbor/Michigan und Athen), wobei er die Identitätskrise innerhalb der analytischen Ausbildung des Psychiaters als ein notwendiges und kreatives Geschehen hervorhob.

Das hier gemeinte Sich-in-Frage-Stellen-Können ist auch für *Dan G. Hertz* (Jerusalem) grundlegend für eine arbeitsfähige Arzt-Patienten-Beziehung und sollte schon während der Ausbildung den Kandidaten vermittelt werden. Wie seit vielen Jahren in der Berliner Schule der Deutschen Akademie für Psychoanalyse praktiziert, vollzieht sich daher die Ausbildung im Kontext einer lebendigen, d. h. erfahrungsfähigen Gruppe.

In seinem Referat „Die Klinik als interpersonelles Feld dynamisch-psychiatrischer Behandlungswissenschaft" erläuterte *Jan Pohl* (München) Aufbau und Struktur der im Sinne der *Ammon*schen Theorie konzipierten Modellklinik für Dynamische Psychiatrie in München. Die Klinikgruppe als ganze und die Gruppe der Mitarbeiter stellen hier in ihrer Auseinandersetzungsfähigkeit ein zwischenmenschliches Milieu dar, in das der therapeutische Prozeß des einzelnen Patienten integriert wird. Hingegen wird in den großen traditionellen Landesnervenkliniken der Patient als Symptomträger verwahrt und verwaltet und somit das Identitätsverbot der verinnerlichten pathogenen Gruppenerfahrungen wiederholt.

Die Besonderheit der Konzeption der Münchener Dynamisch-psychiatrischen Klinik wurde in einem eindrucksvollen Film dargestellt und von

Pohl in einer Podiumsdiskussion mit seinen Mitarbeitern *Rolf Schmidts, Winfried Schibalski* und *Andreas v. Wallenberg-Pachaly* erläutert. *Ammon* betonte in dieser Diskussion den wachsenden Einfluß der Dynamischen Psychiatrie. In den mit den Instituten der DAP verbundenen Praxen werden ca. 1000 Patienten behandelt, weitere 2000 von den bei der DAP ausgebildeten Psychiatern in öffentlichen Kliniken und Heimen. *Ammon* wies in diesem Zusammenhang besonders auf die Balint-Gruppen-Arbeit hin. Im Sinne der Dynamischen Psychiatrie können durch die Arbeit einer Balint-Gruppe mit 10 Ärzten im Durchschnitt bis zu 20000 Patienten, d. h. bei 10 Balint-Gruppen an den Instituten der DAP 200000 Patienten indirekt erreicht werden.

In einer detaillierten gruppendynamischen Analyse konnte *Mathias Hirsch* (Düsseldorf) in der Struktur der sozialpsychiatrischen Gemeinschaft keinerlei therapeutisches oder Gruppenkonzept finden. Demgegenüber beschrieb er ein integriertes Ich-strukturelles und gruppendynamisches Konzept als Basis der milieutherapeutischen Gemeinschaft der Berliner Schule.

Einige Referenten, wie *Burkhard Gülsdorff* (Berlin), *Kurt Husemann* (Düsseldorf), *Walter Bühling* (Düsseldorf) und *Everhard Jungeblodt* (Düsseldorf) berichteten von ihren praktischen Erfahrungen in der Auseinandersetzung mit den starren und kranken Strukturen der psychiatrischen Kliniken, die der Abwehr von Identitätsforderungen dienen. Als wesentlicher Beitrag wurde die trotz der Schwierigkeiten teilweise sehr erfolgreiche Einführung der Dynamischen Psychiatrie in die großen Landesnervenkliniken von den Autoren dargestellt.

Über die Situation der Psychiatrie in Italien referierte *Lucio Pinkus* (Rom), dem es mit seinen Mitarbeitern zunehmend gelingt, dynamisch-psychiatrische Gruppenstrukturen entsprechend dem Konzept *Ammons* aufzubauen. Inzwischen hat sich die Dynamische Psychiatrie dadurch zu einer echten Alternative zur Antipsychiatrie *Basaglia*scher Prägung in Italien entwickelt, wie auch die italienischen Ausgaben der Bücher *Ammons* an den Universitäten verbreitet sind. Ähnliche Versuche der Einführung einer Dynamischen Psychiatrie werden seit längerem von *Zdzislaw Mieniewski* (Krakau) in Polen unternommen, der sich besonders mit der Problematik von Suchtkrankheiten beschäftigt.

Durch seine Person und Darstellungskraft stellte *Erwin Ringel* (Wien) seine dynamisch-psychiatrische Haltung in Abgrenzung zur Anti- und Schulpsychiatrie überzeugend dar, wie überhaupt das gesamte Symposium mit seinen differenzierten Beiträgen eine rege Diskussion mit Vertretern der Anti- und Sozialpsychiatrie führte.

Trotz der gemeinsamen Stoßrichtung gegen den therapeutischen Nihilismus der Anstalts- und Schulpsychiatrie unterscheiden sich diese psychiatrischen Richtungen in ihrem Krankheitsverständnis und therapeutischen Konzept wesentlich von der Dynamischen Psychitarie, wie in der Arbeits-

gruppe von *Burkhard Gülsdorff, Thomas Culemann, Elke Jansen, Ingeborg Urspruch* und *Gerd Röhling* (alle Berlin) herausgearbeitet wurde.

Die stationäre und ambulante milieutherapeutische Gemeinschaft ist das zentrale Instrument dynamisch-psychiatrischen Arbeitens, weil sich in ihr alle Bereiche der Ich-Struktur für den Therapeuten vermittelt manifestieren. Dadurch werden sie gleichermaßen für den Patienten wie für den Therapeuten erlebbar und können in ihrer spezifischen Psychodynamik auf unbewußte Prozesse zurückgeführt und verändert werden. Diesem Themenkreis widmeten sich die Beiträge von *Winfried Schibalski* (München), *Walter Bühling* (Düsseldorf) und *Friedrich Battenberg* (München).

Spezielle Probleme der Behandlungstechnik innerhalb der Dynamischen Psychiatrie wurden aufgegriffen von *Dieta Biebel* (München), die einen psychosentherapeutischen Behandlungsverlauf eines kataton-schizophren reagierenden Patienten, der vor Behandlungsbeginn mehrfach in großen Anstalten diagnostiziert und verwaltet worden war, vorstellte, von *Friedrich Diergarten* (Düsseldorf), der über die Bedeutung der Sprache für die Identitätsentwicklung im therapeutischen Prozeß, und von *Igor Caruso* (Salzburg), der über Probleme der psychoanalytischen Technik bei „latenten" Borderline-Fällen referierte. *Béla Buda* (Budapest) als langjähriger Schüler *Ammons*, legte den Schwerpunkt innerhalb des dynamisch-psychiatrischen Behandlungsrahmens der Berliner Schule auf die verstärkte Einbeziehung familien- und partnertherapeutischer Methoden. *Herman Musaph* (Amsterdam) stellte eine interessante Untersuchung des Syndroms des „Nicht-krank-werden-Könnens" und seine Bedeutung innerhalb der Familiendynamik vor. *Claus B. Bahnson* (Philadelphia) beschrieb dagegen ausführlich, wie körperliche Krankheiten nicht nur in Familien entstehen sondern auch aufrechterhalten werden zur Stabilisierung des Familiensystems.

Diese familiendynamische Dimension in der Genese psychischer Erkrankung wurde besonders eindringlich und anschaulich in dem Referat von *Gisela Ammon* (Berlin) zum Thema „Die Rolle der Prävention im kindlichen Spiel — Psychoanalytische Kindergärten innerhalb der Dynamischen Psychiatrie" dargestellt. Hier kam die Besonderheit des Kongresses, nämlich die Darstellung eines neuen psychoanalytischen Modells, das sich an der Struktur und nicht am Symptom orientiert, in der Arbeit mit gesunden Kindern aus dem von ihr begründeten Berliner Psychoanalytischen Kindergarten zum Ausdruck. *Gisela Ammon* stellte Frühformen struktureller Schädigungen klinisch in ihrem familiendynamischen wie auch gruppendynamischen Zusammenhang innerhalb der Eltern- und Kindergruppe dar. Weiter beschrieb sie die im Spiel zum Ausdruck kommende Entwicklung verschiedener Ich-Funktionen wie der konstruktiven Aggression, der Kreativität, der Abgrenzung nach innen und außen und der Sexualität in ihrer Gruppenfunktion und verdeutlichte am Beispiel eines von der Kindergruppe isoliert spielenden Kindes, dessen Spielverhalten

innerhalb eines Triebmodells als gelungene Sublimation interpretiert würde, die klinische Notwendigkeit der Einbeziehung des Gruppenkonzepts. Den traditionellen Spieltheorien stellte sie damit eine neue psychoanalytische Ich-strukturelle Spieltheorie gegenüber.

Das Referat von *Regine Schneider* (Düsseldorf) widmete sich der therapeutischen Arbeit mit Kindern und zeigte ein erweitertes Verständnis des Deutens als einem Verstehen des kindlichen Handelns und Erlebens auf, was zu einem jeweils angemessenen Ich-strukturell-handelnden Eingreifen entsprechend der Ich-strukturellen Entwicklungsstufe des kindlichen Ichs führt. Sie setzt hier das von *Günter Ammon* entwickelte Ich-strukturelle Arbeiten als eine neue psychoanalytische Behandlungsmethodik für eine dynamische Kinderpsychiatrie ein.

Die Beiträge von *Erda Siebert* (Düsseldorf), *Wolfgang Rock* (Düsseldorf) und *Emil Wieczorek* (Düsseldorf) beschäftigten sich mit der Strukturierung eines die Ich-Entwicklung fördernden Milieus in Kinder- und Jugendheimen. Hierbei ging es um eine allgemeine Prophylaxe von psychischen Erkrankungen, indem dem destruktiven Mitagieren seitens des Personals eine Struktur für die gesamte Institution angeboten wird, die die zersplitterte Ich-Identität der Kinder und Jugendlichen für eine gelingende Resozialisation synthetisiert.

Die in das Symposium integrierte Tagung des wissenschaftlichen Beirats der DAP während des Kongresses machte nochmals die Bedeutung des IX. Internationalen Symposiums deutlich. Der Beirat bearbeitete die zur Zeit laufendenden Forschungsprojekte und die Strukturierung der Ausbildungsprogramme der drei Lehr- und Forschungsinstitute der DAP. Besonders berücksichtigt wurde dabei die Forschungsmethodik, wie die Entwicklung des *Ammon*schen Persönlichkeitsprofils durch Itemanalyse der Ich-Struktur und der Ich- Funktionen unter Anwendung der Computer-Auswertung, die Anwendung spezieller Begleitfragebögen für den gesamten Therapieverlauf und spezifischer Beschwerdefragebögen unter Verwendung von Lochkarten, die den Abruf von Informationen und Variablen einer großen Gruppe von Patienten ermöglichen. Weiterhin wurde der Einsatz von Video-tape-Aufnahmen für Forschung, Diagnostik und Ausbildung, die Intensivierung der Effizienzforschung und die Forschung in den Familien- und Elterngruppen der psychoanalytischen Kindergärten diskutiert.

Die jährlich stattfindende Sitzung des Beirats mit seinen ausländischen Mitgliedern dient so besonders der Vertiefung der internationalen wissenschaftlichen Zusammenarbeit.

Gesellschaftlicher Höhepunkt des Kongresses war ein festlicher Empfang im „Bayerischen Hof". Wie *Ursula Keller* als Vizepräsidentin der DAP hier in ihrer Ansprache ausführte, war das Symposium nicht nur ein wissenschaftlicher Fachkongreß, sondern zugleich auch eine Stätte menschlicher Begegnung.

Rückblickend sehen wir in diesem IX. Internationalen Symposium der DAP in München einen weiteren entscheidenden Meilenstein in der Bewegung der Dynamischen Psychiatrie.

Mathias Hirsch, Friedrich Diergarten (Düsseldorf),
Karl-Georg Nickel, Hartwig Volbehr, Emil Wieczorek (Berlin),
Karin Ammon, Winfried Schibalski (München)

Zum 59. Geburtstag von Günter Ammon

Zur Feier von *Ammons* 59. Geburtstag am 9. Mai trafen sich in der Casa Ammon in Paestum/Italien über 40 seiner engeren Schüler und Mitarbeiter. Im Mittelpunkt des dreitägigen Festes stand die feierliche Übergabe der Marmorkopie des Apoll von Tenea, einer lebensgroßen archaischen Statue des ephebenhaft dargestellten griechischen Gottes. Als gemeinsames Geburtstagsgeschenk der drei DAP-Institute fand das Standbild seinen angemessenen Platz in der Mitte des Gartens der Casa. *Jan Pohl* würdigte als Sprecher der DAP-Gruppe die mehr als zehnjährige Arbeit *Ammons* in Lehre und Forschung, insbesondere des Aufbaus einer Dynamischen Psychiatrie in Deutschland. Er dankte *Ammon* für die Menschlichkeit, die er in die Psychiatrie getragen hat und die alle seine Schüler durch ihn erfahren haben.

Im Verlauf der drei Tage machte jede Institutsgruppe darüberhinaus mit einer szenischen Darstellung *Ammon* ein persönliches Geschenk. Am Abend vor der Errichtung des Apoll stellte die Münchener Gruppe Szenen aus dem Leben des Staufers Friedrich II. dar. Eindrucksvoll waren die Bilder, die den Weg des großen Menschen und Wissenschaftlers aus der Einsamkeit zur Identität kennzeichneten, unbeirrt von Feinden und Dogmen. Den Abend schloß ein Fackelzug beim Klange von Flöte und Trommeln, der alle Anwesenden vereinte.

Spielerische Kreativität fand ihren Ausdruck in der Darstellung der Düsseldorfer Gruppe. Bei strahlender Sonne zeigte sie am nächsten Tag mit Szenen aus dem Leben der olympischen Götter die heitere Seite dieses Festes und schloß alle zum griechischen Tanz zusammen.

Die Geschichte der Wiederentdeckung Paestums war das Thema der Berliner Gruppe. Die Darstellung der Entdeckung der verborgenen Säulen der griechischen Tempel war wie ein Symbol für den Weg der Psychoanalyse *Freuds* — einem Bewunderer Paestums — zur Psychoanalyse der Gruppe. Wie die Säulen des Tempels die Cella umschließen, stehen die Säulen der Gruppe um die zentrale Figur, die sie trägt wie sie von ihr getragen wird.

Alle erlebten dieses Fest als Ausdruck menschlicher Verbundenheit in einer lebendigen Gruppe um *Günter Ammon.*

Mathias Hirsch, Gerhard Siebert, Heide-Maria Wangemann (Düsseldorf)

19. Mitgliederversammlung der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG)

Die 19. Mitgliederversammlung der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft fand am 23. 4. 1977 im Münchener Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) statt.

Im Mittelpunkt der Mitgliederversammlung stand die Neuwahl des Vorstandes und der damit verbundene Wechsel des Präsidenten der DGG. Dr. med. *Jan Pohl* (München), der bisherige Präsident, gab einen Bericht über die Arbeit der Gesellschaft unter seiner Leitung.

Struktur und Arbeitsweise der DGG, von einer Gruppe getragen, entspricht der von *Günter Ammon* entwickelten behandlungswissenschaftlichen Konzeption der Berliner Schule, wobei die Darstellung der verschiedenen Aufgabenbereiche und die in ihnen geleistete Arbeit in eindringlicher Weise deutlich machte, wie diese Konzeption sich nicht auf therapeutische Zielsetzungen beschränkt, sondern darüber hinausgeht in einen humanitären Entwurf der Identität des Menschen in Gruppen, in denen er sich entwickelt, lebt und arbeitet.

Weiter führte *Pohl* aus, daß ein Markstein in der Entwicklung der DGG die 17. Klausurtagung in Paestum vom 30. 3. bis 8. 4. 1977 war. Über zweihundert Teilnehmern eine gruppendynamische Erfahrung solcher Intensität — die gesamte Großgruppe, terminierende und neu beginnende Gruppen sowie zwei Kindergruppen einschließend — zu vermitteln, war nur möglich aufgrund der integrativen Kraft der von *Günter Ammon* geleiteten Leitergruppe, die in ihrer Arbeit das Konzept der DGG verwirklichte.

Nach der Entlastung des alten Vorstandes wurde der neue Vorstand gewählt. Er umfaßt folgende Mitglieder:

Präsidentin und überregionale Leiterin der Psychoanalytischen Kindergärten der DGG: *Gisela Ammon* (Berlin).
Vizepräsidentin und Vorsitzende des überregionalen Unterrichtsausschusses der DGG: Dr. med. *Regine Schneider* (Düsseldorf).
2. Vizepräsident und Exekutivsekretär: *Burkhard Gülsdorff*, Arzt (Berlin).
Überregionaler Fachbereichsleiter des Fachbereichs Gruppendynamik StR *Gerhard Siebert* (Düsseldorf).
Überregionaler Fachbereichsleiter des Fachbereichs Milieutherapie: Dr. med. *Bernd Vigener* (München).
Schatzmeisterin: *Regine Pohl* (München).
Beisitzer im Vorstand:
Koordination der Forschungsaufgaben: Dipl.-Psych.*Klaus Semmler* (Berlin).
Regionale Fachbereichsleiter des Fachbereichs Gruppendynamik:
Burkhard Gülsdorff, Arzt: Berlin
Dipl.-Psych. *Friedrich W. Battenberg:* München
StR *Gerhard Siebert:* Düsseldorf
Regionale Fachbereichsleiter des Fachbereichs Milieutherapie:
StR *Ulrike Harlander:* Berlin
Dr. med. *Bernd Vigener:* München
Dr. med. *Klaus Heuschen:* Düsseldorf

In ihrer Einführungsrede würdigte die neue Präsidentin *Gisela Ammon* die Verdienste ihres Vorgängers und umriß die Geschichte der DGG, die mit dem Namen ihres Gründers und ersten Präsidenten Dr. *Günter Ammon* und seiner wegweisenden Initiative aufs Engste verbunden ist:

„Meine Damen und Herren, liebe Mitglieder, die heutige Mitgliederversammlung der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft stellt einen Höhepunkt unserer gruppendynamischen und gruppenpsychotherapeutischen Arbeit dar. Sie folgt unmittelbar auf die große gruppendynamische Klausurtagung unserer Fachgesellschaft in Paestum, die durch ihre gruppendynamischen Ereignisse und Ergebnisse von historischem Ausmaß war, so daß mein Vorgänger im Amt, *Jan Pohl*, zu Recht sagte, daß seit den Ostertagen dieses Jahres in Paestum sich die Szene unserer Bewegung verändert hat.

Ich danke der Mitgliederversammlung für das Vertrauen, mich gewählt zu haben und dadurch nicht nur meiner Arbeit als Gruppenpsychotherapeutin und Psychoanalytikerin Anerkennung gegeben zu haben, sondern auch meiner Arbeit auf dem Gebiet der von mir konzipierten Psychoanalytischen Kindergärten.

Offen spreche ich aus, daß wir uns für drei Dinge einsetzen werden: Erstens für die Zusammenarbeit unserer drei großen Fachgesellschaften und ihrer Institutionen; zweitens für unsere Unabhängigkeit von Staat, Universitäten und Krankenkassen, d. h. wir bekennen uns zum Prinzip

der Eigenständigkeit menschlichen Denkens und Handelns. Unsere Gegner haben eine wissenschaftliche Anerkennung ängstlich vermieden. Stattdessen greifen sie unverhohlen in den letzten zwei Jahren zum Plagiat, so daß nunmehr die groteske Situation innerhalb der orthodoxen DPV eingetreten ist, daß ein Gruppenpsychotherapeut wie Prof. *Fürstenau*, der *Ammons* Ich-strukturelle Gruppenpositionen ohne dessen Namensnennung übernommen hat, nunmehr in der „Psyche" in eine Diskussion darüber mit orthodoxen Vertretern wie *Loch* und *Argelander* eingetreten ist. Die Geschichte der Wissenschaft war seit ältesten Zeiten von Plagiaten gekennzeichnet, und wir sollten daher nicht so empfindlich sein, sondern uns vielmehr darüber freuen, welchen wachsenden Einfluß unsere Arbeit gewinnt zum Wohle unzähliger leidender Menschen, zum Wohle der Entwicklung menschlicherer Formen des Zusammenlebens. Dieses Denken hat nicht nur im westeuropäischen Raum, sondern darüberhinaus in vielen anderen Ländern wie den sozialistischen Ländern und in Japan, Israel und den USA Einfluß genommen.

Lassen Sie mich zum dritten Punkt kommen: Auch hier weigern wir uns, uns von unseren Gegnern mit einem Linsengericht dazu verführen zu lassen, den Namen *Ammon* zu verstecken. Deswegen nehme ich als seine Frau und seine älteste Mitarbeiterin und Schülerin dieses Amt einer Präsidentin der DGG mit Freude und Stolz an.

Ich bin nunmehr die vierte Präsidentin der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft und möchte meinem Vorgänger, Dr. med. *Jan Pohl,* aufs Allerherzlichste danken für das, was er während seiner Amtszeit für unsere Fachgesellschaft getan hat. Folgende wichtige Entwicklungen der DGG fanden in seiner Amtsperiode statt:

1. der Ausbau der gruppendynamischen Arbeit, ganz besonders der Klausurtagungen, der Langzeitgruppen und der Ausbildung zum Gruppendynamiker,
2. ein enormer Auf- und Ausbau der Balintgruppen-Arbeit für Ärzte, Medizinstudenten, Erzieher, Journalisten, Lehrer und Theologen,
3. die Gründung der Psychoanalytischen Kindergärten in München und Düsseldorf,
4. die Entwicklung der Mitgliederzahl auf ihren höchsten Stand,
5. die Entwicklung und Realisierung von Ausbildungskonzepten zum psychoanalytischen Erzieher, zum psychoanalytischen Supervisor und für psychiatrisches Pflegepersonal,
6. die Anschaffung von Video-tape-Geräten an allen drei Lehr- und Forschungsinstituten in München, Berlin und Düsseldorf,
7. insbesondere der Auf- und Ausbau der ersten Klinik der *Ammon*schen Schule für Dynamische Psychiatrie in München, verbunden mit der Intensivierung der milieutherapeutischen Arbeit in der Tagesklinik Stelzerreut und den zeitweilig in Paestum stattfindenden milieutherapeutischen Gemeinschaften.

Dies alles ist, glaube ich, eine reiche Saat und Ernte in der Amtsperiode eines Präsidenten unserer Fachgesellschaft. Gestatten Sie mir nun, im letzten Teil meiner Darlegungen die Höhepunkte der Geschichte der DGG zu skizzieren:

1965 Einführung von *Ammons* gruppenpsychotherapeutischem Konzept in Berlin mit der Entwicklung des Lehr- und Forschungsinstituts für psychodynamische Psychiatrie und Gruppendynamik in Verbindung mit seiner gruppentherapeutischen Arbeit und der Tätigkeit für die psychotherapeutische Beratungsstelle des AStA der Freien Universität Berlin, an der ich seinerzeit aktiven Anteil hatte.

1968 Gründung unserer Zeitschrift „Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry".

1968 trägt *Ammon* zum ersten Mal seine Aggressionslehre in Düsseldorf auf der Jahrestagung „Arzt und Seelsorger" vor zum Thema „Die Psychodynamik und Gruppendynamik der Aggression".

1969 Gründung der DGG.

1969 Vorträge von *Ammon* und *Martin Grotjahn* (Los Angeles) vor dem überfüllten Auditorium Maximum der Freien Universität in Berlin.

1969 Erscheinen der Kleinen Schriftenreihe der Pinel-Publikationen.

1969 I. Internationales Symposium der DGG zum Thema „Analytische Gruppenpsychotherapie".

Eine ganze Reihe in- und ausländischer Teilnehmer treten zu diesem Zeitpunkt unserer Fachgesellschaft bei. Die enge Zusammenarbeit mit der Budapester Schule hat hier ihren Anfang. Zahlreiche Berichte erscheinen in der Fachpresse, auch in Ungarn. Es kommt auf diesem Kongreß zu ersten Auseinandersetzungen von *Ammon* mit orthodoxen Psychoanalytikern über die Indikation für Gruppenpsychotherapie und zu einem wissenschaftlichen Disput über die Aggressionslehre. Ich selber trug auf dieser, von *Raoul Schindler* (Wien) als Casa-Kongreß wegen seiner idealen Begrenztheit an Teilnehmern und seiner begleitenden gruppendynamischen Durchleuchtung der Veranstaltung bezeichneten Tagung, die damaligen ersten Ergebnisse meiner psychoanalytischen Kindergartenarbeit vor.

1970 erscheint *Ammons* Buch „Gruppendynamik der Aggression" im neu gegründeten Pinel-Verlag, der dann 1971 auch die Zeitschrift „Dynamische Psychiatrie" übernimmt.

1970 trennt sich *Ammon* von der DPV und gründet die DAP, mit der sich unsere DGG affiliiert.

1970 findet in der Casa Ammon der zweite Casa-Kongreß zum Thema „Gruppe und Aggression" statt.

1973 Aufnahme der DGG in Oslo in die Internationale Gesellschaft für ärztliche Psychotherapie,

1973 Aufnahme in die Internationale Gesellschaft für Sozialpsychiatrie,

1974 Aufnahme der DGG als korporatives Mitglied in die Internationale Gesellschaft für Gruppenpsychotherapie (Zürich),

1974 Aufnahme in die World Federation for Mental Health (WFMH).

Es erfolgte der Aufbau von Psychoanalytischen Kindergärten, beginnend 1968 mit dem Psychoanalytischen Kindergarten in Berlin und seinen 53 Kindergartenplätzen, dem die Psychoanalytischen Kindergärten in München und in Düsseldorf 1976 folgten.

Weitere Höhepunkte waren die mit der DAP veranstalteten Tagungen über Kreativität (1971), Psychosomatik (1972), Theorie und Technik der Gruppenpsychotherapie der Psychosen (1973), psychoanalytische Behandlungstechnik (1974), psychoanalytische Ausbildung (1975), das Borderline-Syndrom in Theorie und Praxis (1976) und Klausurtagungen, die ich hier nicht alle aufzählen kann, Veranstaltungen im Ausland mit Kongreßteilnahme und eine wachsende Weiterarbeit und ständige Entwicklung und Veröffentlichungen von *Ammons* Schülern in unserer Zeitschrift.

Dies ist nur eine kurze Zusammenfassung, die ich Ihnen heute gebe, und ich möchte nunmehr skizzieren, was ich als das Programm des neugewählten Präsidiums ansehe:

1. den weiteren Ausbau unserer gruppendynamischen Klausurtagungen,
2. vermehrte Forschung im Sinne einer Intensivierung der Selbsterfahrung und Ausbildung, vor allem unter Einsatz von Video-tape-Geräten,
3. den weiteren Ausbau der berufsspezifischen Balintarbeit,
4. den weiteren Ausbau der Psychoanalytischen Kindergärten und Schülerhorte,
5. weitere Differenzierung und Ausbau unserer fachspezifischen Ausbildung: psychoanalytische Erzieher, psychoanalytische Supervisoren, psychiatrisches Pflegepersonal, Gruppendynamiker,
6. Intensivierung und Stärkung unserer internationalen Zusammenarbeit,
7. Vertiefung und Erweiterung unserer gruppendynamischen und gruppentherapeutischen Konzepte durch Bearbeitung von Erfahrungen im Lichte der *Ammon*schen Schule und einer ständigen Weiterentwicklung seiner Lehre in Theorie und Praxis,
8. Ausbau unserer Zeitschrift „Dynamische Psychiatrie".

Ich glaube, dies ist ein großes und ehrgeiziges Programm. Wir versprechen mit allen hier sitzenden Präsidiumsmitgliedern und ihren Abteilungen Gruppendynamik, Psychoanalytische Kindergärten, Milieutherapie, nach Kräften an der Verwirklichung zu arbeiten. Ich verbinde damit die Hoffnung, daß Sie uns allen durch Ihre Mitarbeit die notwendige Hilfe des von mir aufgestellten Programms gewähren, ohne die dieses weitreichende Programm nicht denkbar wäre."

Der Eindruck dieser Rede der neuen Präsidentin der DGG drückte sich in lang anhaltendem Beifall aus. Im Anschluß an die Wahl der Beisitzer

des Präsidiums wurden 14 neue Mitglieder aufgenommen, damit hat die DGG 165 Mitglieder.

In Abänderung des Beschlusses der letzten Mitgliederversammlung wurde eine Satzungsänderung beschlossen, in der als Sitz der Gesellschaft und Gerichtsstand Berlin festgelegt wurde.

Der Bericht der regionalen Fachbereichsleiter Gruppendynamik enthielt detaillierte Angaben über die Arbeit in den einzelnen Institutionen, insbesondere über die Ausbildungssituation, Kontroll- und Seminararbeit, über gruppendynamische Studien- und Balint-Gruppen sowie der Ausbildungseffizienz gruppenpsychotherapeutischer Ausbildung innerhalb von der DGG anerkannter sogenannter Lehrpraxen, worin sich die Erweiterung der fachspezifischen Gruppenarbeit deutlich manifestiert.

Im Bericht der bisherigen überregionalen Fachbereichsleiterin für Milieutherapie, Dr. med. *Elke Jansen* (Berlin), wurde die Erweiterung der ambulanten Milieutherapie im vergangenen Jahr deutlich.

Die einzelnen Leiter der Kindergärten berichteten über die fortgeschrittene Integration der Kindergärten auch in wissenschaftlicher Hinsicht in die Arbeit der Lehr- und Forschungsinstitute.

Über die Arbeit der nunmehr seit zwei Jahren bestehenden Dynamisch-Psychiatrischen Klinik in München informierte Dr. med. *Jan Pohl* die Mitgliederversammlung. Eine weitere Klinik mit ca. 50 Betten ist in Berlin geplant. Inzwischen erfolgte die Gründung eines überregionalen Trägerverbandes zur Förderung Dynamisch-Psychiatrischer Kliniken.

Die Zeitschrift „Dynamische Psychiatrie", die jetzt im zehnten Jahr erscheint, hat inzwischen 1400 Abonnenten. Die Verlagsleiterin *Galina Rave* berichtete über das Verlagsprogramm; für die nächste Zeit ist vorgesehen ein Gesamtindex für die Zeitschrift „Dynamische Psychiatrie/ Dynamic Psychiatry" über die ersten zehn Jahrgänge. Außerdem ist ein Buch über das Vokabular der Dynamischen Psychiatrie in Vorbereitung. Der Nachdruck der ersten beiden Bände der Zeitschrift ist soeben erschienen, weitere folgen.

Im abschließenden Bericht hob der bisherige Schatzmeister, Dipl.-Psych. *Klaus Semmler*, die finanzielle Unabhängigkeit der DGG hervor.

Insgesamt vermittelte die 19. Mitgliederversammlung, wie die DGG einen lebendigen Rahmen für die verschiedenen Dimensionen wissenschaftlichen, therapeutischen und ausbildungsbezogenen Arbeitens zur Verfügung stellt, wobei sie integrativ einen humanitären Entwurf vom menschlichen Leben in Gruppen in Theorie und Praxis unmittelbar verbindet.

NEUAUFLAGE WIEDER LIEFERBAR

Theoretical Aspects of Milieu Therapy

Günter K. Ammon

1959, in englischer Sprache mit deutschem Vorwort

1977, DM 5,–

PINEL-PUBLIKATIONEN BERLIN

Anschrift des Herausgebers/editor's address:
Dr. med. Günter Ammon, Wielandstr. 27/28, 1 Berlin 15

Manuskripte nehmen entgegen/manuscripts should be sent to:
Hauptschriftleitung Dr. med. Günter Ammon und Gisela Ammon, Wielandstr. 27/28, 1 Berlin 15

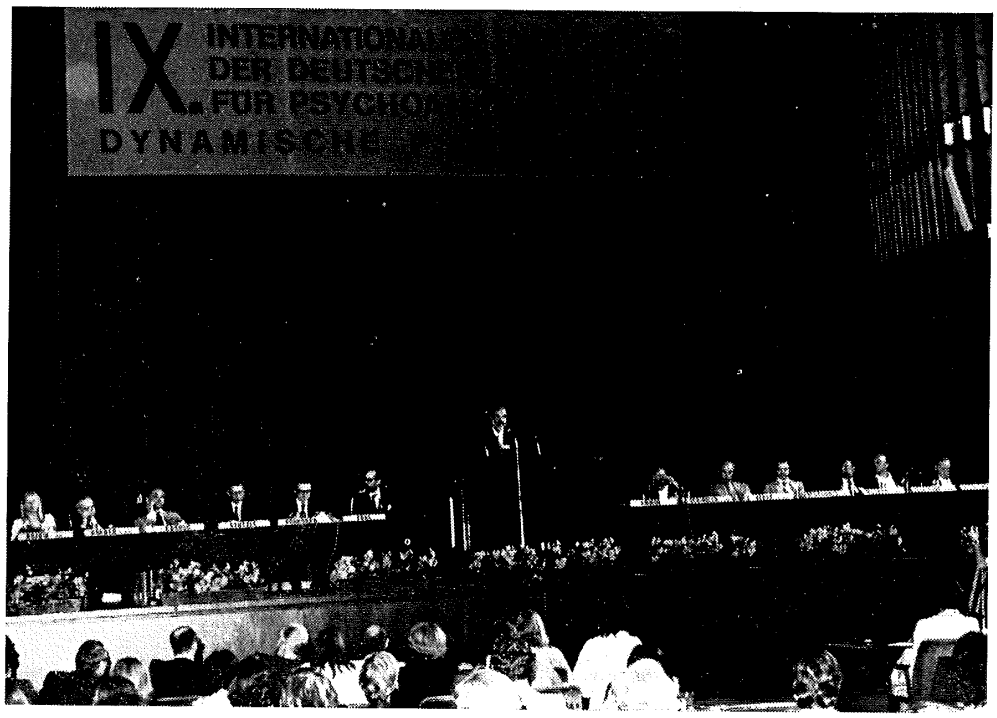
Weitere Mitglieder der Redaktion/members of the editorial staff:
Dipl.-Psych. Thomas Culemann, Ulrike Harlander (Rezensionen), Dietrich Hullmeine, Dr. med. Elke Jansen, Galina Rave (Nachrichten), Dr. med. Gerd Röhling, Helmut Volger (Anzeigen), Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik (LFI) der DAP, Wielandstr. 27/28, 1 Berlin 15

Dr. med. Karin Ammon, Dr. med. Dieta Biebel, Dipl.-Psych. Christine Bott, Dr. med. Rolf Schmidts, Winfried Schibalski (Rezensionen)
Münchener Lehr- und Forschungsinstitut der DAP, Leopoldstr. 87, 8 München 40

Dr. Friedrich Diergarten, Dr. med. Mathias Hirsch (Rezensionen), Dipl.-Psych. Dr. Kurt Husemann (Nachrichten), Dipl.-Psych. Wolfgang Rock, Dr. med. Regine Schneider, Dipl.Psych. Erda Siebert, Heide-Maria Wangemann
Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstitut der DAP, Schadowstr. 86/88, 4 Düsseldorf

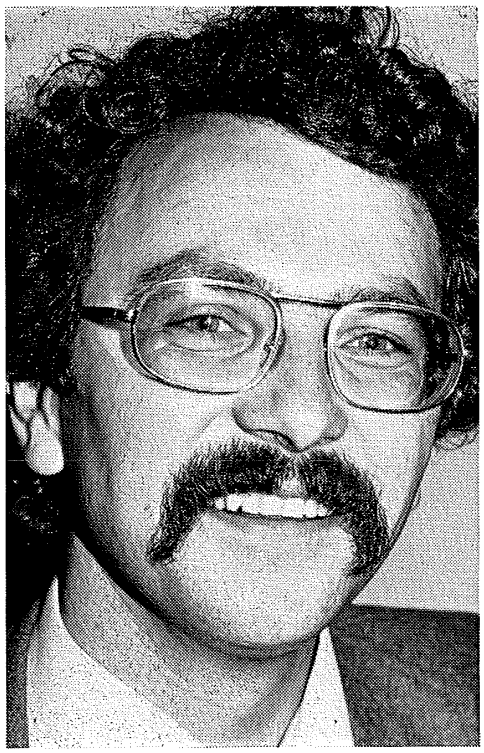
Um Unterbrechungen der Belieferung zu vermeiden, bitten wir, unserer Auslieferung Adressenänderungen rechtzeitig mitzuteilen.

IX. Internationales Symposium der DAP



Eröffnungsveranstaltung v. l. n. r.: Dr. med. Ana Rojnik (Ljubljana), Dr. phil. Gustav Hans Graber (Bern), Prof. Dr. Igor A. Caruso (Salzburg), Stadtrat Hans Stützle (München), Staatssekretär Dr. Wilhelm Vorndran (München), Dr. med. Jan Pohl (München), Dr. med. Günter Ammon (Berlin) am Rednerpult, Dr. med. Walter Schindler (London), Dr. med. Dan G. Hertz (Jerusalem), Prof. Dr. Nicholas Destounis (Ann Arbor/Michigan, Athen), Prof. Dr. Hermann Musaph (Amsterdam), Dr. med. Bèla Buda (Budapest), Dr. med. Zdzislaw Mieniewski (Krakau)

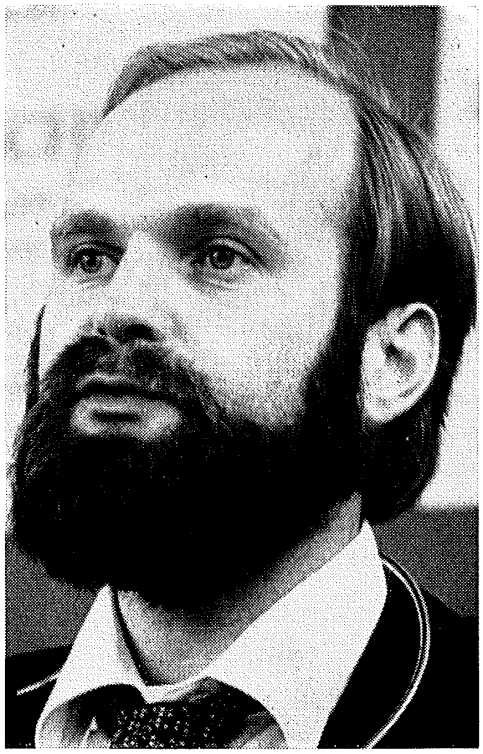
Blick in das Auditorium Maximum des Deutschen Museum, München, während der Eröffnung des IX. Internationalen Symposiums



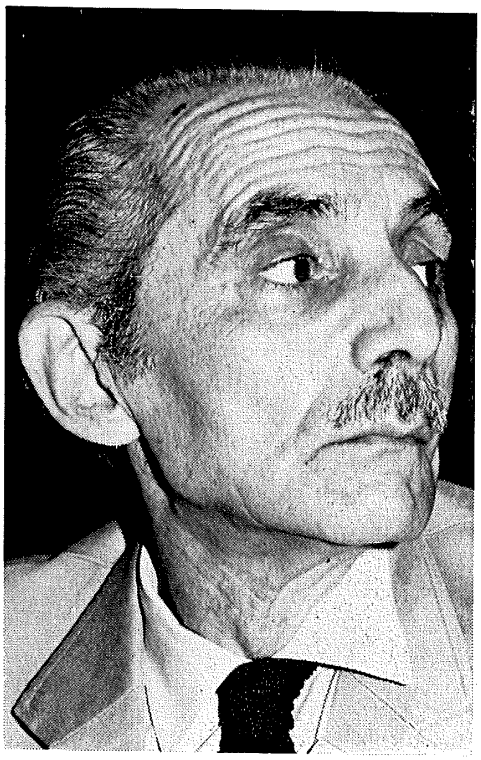
Dipl.-Psych. Emil Wieczorek (Düsseldorf/ Berlin)

Ulrike Harlander (Berlin), Psychotherapeutin

Winfried Schibalski (München), Psychiater

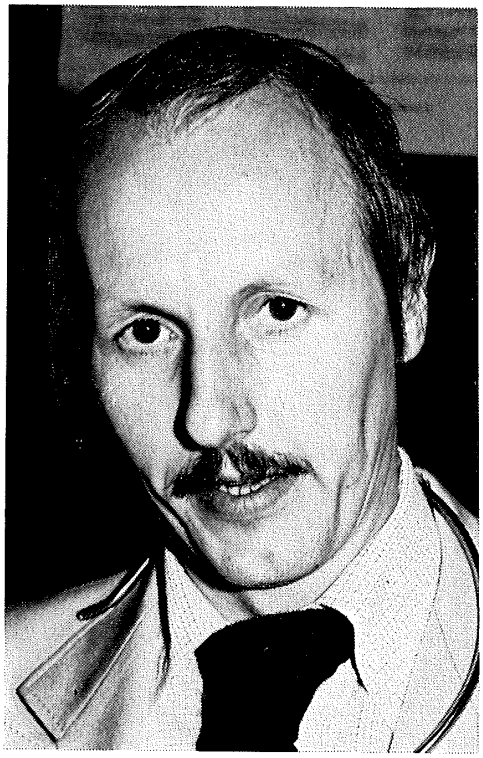


Dr. med. Hartwig Volbehr (Berlin)

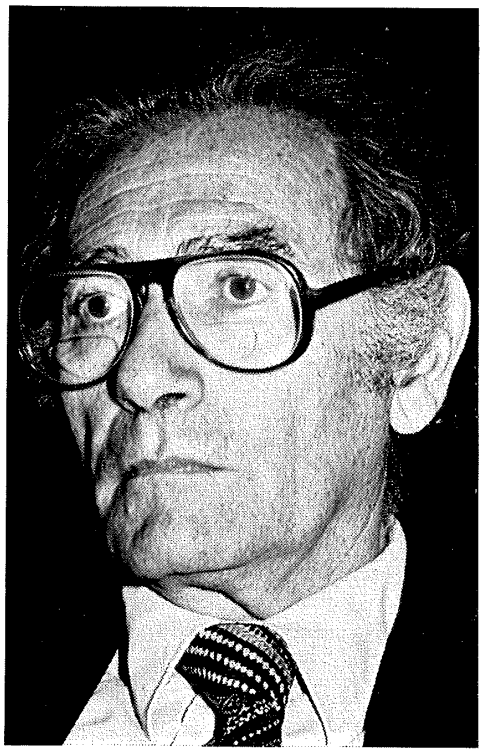


Prof. Dr. Igor A. Caruso (Salzburg)

Staatssekretär Dr. Wilhelm Vorndran (München)



Dipl.-Psych. Walter Bühling (Düsseldorf)



Prof. Dr. Hermann Musaph (Amsterdam)

Sitzung des Internationalen Wissenschaftlichen Beirats der DAP im Münchner Lehr- und Forschungsinstitut

Während einer Vortragspause im Kongreßgebäude des Deutschen Museums