

Dynamische *Dynamic* Psychiatrie *Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse
Herausgegeben von Günter Ammon

M. Masud R. Khan

Aktualisierung der Selbsterfahrung durch die analytische Situation

Günter Ammon und Karin Schibalski-Ammon

Die Beziehung zwischen Frühgeburt und psychosomatischer Erkrankung

André Haynal

Men Facing Reproduction

Dieta Biebel

Das defizitäre Ich und die Schwangerschaft

Nicholas Destounis

Psychosomatic Aspects in Pregnancy and Neurological Disorders- a Psychotherapeutic Approach

L. Miller de Paiva

Phases of Psychosexual Evolution in a Group
Attempt to Dismantle the Combined Figure

10. Jahrgang

5. Heft 1977

PINEL - PUBLIKATIONEN BERLIN

46

PROBEHEFT

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., 5. Heft 1977, Nr. 46

Herausgegeben von Günter Ammon
unter Mitarbeit von

F. Antonelli, Roma – 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 – G. Hidas, Budapest – H. Illing, Los Angeles – L. Jakab, Belmont – H. W. Janz, Hannover – U. Keller, Düsseldorf – M. Khan, London – E. Linnemann, København – G. Murphy, Washington – S. Nacht, Paris, K. Okonogi, Tokio – J. Pohl, München – 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

<i>M. Masud R. Khan</i> (London)	
Aktualisierung der Selbsterfahrung durch die analytische Situation	333
Actualisations of Self-Experience through the Analytic Situation	344
<i>Günter Ammon und Karin Schibalski-Ammon</i> (Berlin/München)	
Die Beziehung zwischen Frühgeburt und psychosomatischer Erkrankung	346
On the Psychodynamics of Premature Birth and Psychosomatic Illness	358
<i>André Haynal</i> (Geneva)	
Men Facing Reproduction	360
Die emotionale Bedeutung der Schwangerschaft für den Mann	366
<i>Dieta Biebel</i> (München)	
Das defizitäre Ich und die Schwangerschaft	369
The Deficitary Ego and Pregnancy	378
<i>Nicholas Destounis</i> (Ann Arbor, Michigan/Athen)	
Psychosomatic Aspects in Pregnancy and Neurological Disorders- a Psychotherapeutic Approach	380
Psychosomatische Aspekte bei Schwangerschaft und neurologischen Krankheiten	384
<i>L. Miller de Paiva</i> (São Paulo)	
Phases of Psychosexual Evolution in a Group	
Attempt to Dismantle the Combined Figure	387
Phasen psychosexueller Entwicklung in der Gruppe	
Therapeutische Auseinandersetzung mit der "Combined figure"	403
Bücher- und Zeitschriftenspiegel/ <i>Book and Journal Reviews</i>	406
Nachrichten/ <i>News</i>	420

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

Aktualisierung der Selbsterfahrung durch die analytische Situation

M. Masud R. Khan*

In dem vorliegenden Referat eröffnet Khan eine Diskussion der Selbsterfahrung und der Konzeption des Selbst, wie er sie aus der Behandlungssituation heraus sieht. Dabei zeigt er die Schwierigkeiten auf, über das Selbst zu kommunizieren und versucht, symbolische Äquivalente einzuführen, um das zu verdeutlichen, was er als Selbst bzw. als Selbsterfahrung ansieht. Mit Recht beschreibt Khan den Begriff des Selbsts als archaisch-diffuses Erleben und gibt einen geschichtlichen Überblick in Philosophie und Literatur (Descartes, Montaigne u. a.) über die Vorstellung des Selbsts. Aus diesen Gründen hat Ammon dem Begriff des Selbsts den Ich-strukturellen Begriff der Ich-Identität vorgezogen, der auch auf den von Khan und Winnicott zu Recht herausgearbeiteten Aspekt der Fähigkeit bzw. Unfähigkeit zum Alleinsein anwendbar ist. Das gleiche gilt für die phänomenologisch von Khan erwähnte Fähigkeit zur Aggression.

Khan reflektiert kritisch seine Beziehungen zu seinen Patienten in der Behandlungssituation und unterscheidet in der Folge zwischen

- einem psychoanalytischen Verständnis, das aus der klassisch-analytischen Auffassung resultiert und Übertragungsbeziehungen analysiert und
- einer klinischen Erfahrung, die er in Anlehnung an Balint und Winnicott als eine Atmosphäre des "holding" beschreibt, d. h. als Bereitstellung eines affektiven Klimas, eines Milieus, in dem der Patient sich angenommen fühlen kann und eine Selbsterfahrung überhaupt erst ermöglicht wird, wobei jene Erfahrungen aber kaum kommunizierbar sind.

Zur Verdeutlichung stellt er zwei Fallbeispiele vor und beleuchtet anschließend den 2. Typus klinischer Erfahrung unter Bezugnahme auf die genannten Beispiele. Abschließend diskutiert er kritisch Auffassungen vom wahren und falschen Selbst, wie sie Winnicott, Laing u. a. vertreten.

"By an epiphany he meant a sudden spiritual manifestation, whether in the vulgarity of speech or of gesture or in a memorable phase of the mind itself. He believed that it was for the man of letters to record these epiphanies with extreme care, seeing that they themselves are the most delicate and evanescent of moments."

James Joyce: Stephen Hero

Das Konzept des Selbst hat in den letzten zehn Jahren immer mehr Raum bei den analytisch orientierten Wissenschaftlern eingenommen, besonders in der angelsächsischen Welt (s. *Jacobson*, 1964). Dabei kann man die Existenzphilosophen und Schriftsteller, besonders in Frankreich und Deutschland, als Vorläufer für die analytischen Forscher ansehen, selbst wenn diesen die Literatur häufig unbekannt war. (*Laing*, 1960, stellt hier die einzige Ausnahme dar). Die Auseinandersetzung begann im französischen Kulturkreis, wenn man *Paul Ricoeur* (1965) folgt, mit *Descartes*, obgleich ich geneigt bin, *Montaigne* für den ersten Erkenntnistheoretiker der Selbsterfahrung zu halten. Das "moy-mesmes" von *Montaigne* geht dem "Je" *Descartes'* voran und ist weniger vergeistigt (mentated).

* Psychoanalytiker, London. Herausgeber der International Psycho-Analytical Library und Mitherausgeber des International Journal of Psycho-Analysis

Wie eifrig oder kritisch man diese verschiedenartige und verwirrende Literatur auch studiert, es kristallisiert sich keine klare Definition des Selbst als ein Konzept heraus. Obgleich jeder sich sicher darüber ist, was er meint, wenn er das Konzept des Selbst benutzt, ist es schwierig, dieses Konzept dem anderen zu vermitteln.

Und dieses stellt für mich das Hauptparadox der Erfahrung des Selbst dar: Niemand kann direkt von seinem Selbst sprechen, noch ist es möglich, sich direkt auf das Selbst zu beziehen. Deshalb ist es nötig, symbolische Formen zu entwickeln, wie *Cassirer* betont hat. Das Selbst ist im gleichen Maße durch seine Symbole geschaffen, wie es durch sie dargestellt und ausgedrückt wird. Das sog. „wahre Selbst“ aus der Terminologie *Winnicotts* ist ein begriffliches Ideal, das meist durch sein Nichtvorhandensein bekannt ist. Ich werde mich auf die symbolischen Formen beziehen, durch welche ein Patient sein Selbst als „Darstellungen vom Selbst“ („notations of the Self“) kennt.

Das, was die Selbsterfahrung des Patienten im klinischen Sinne charakterisiert, ist ein sehr archaischer und einfacher Zustand der Erregung, der oft durch Motilität ausgedrückt wird. Dazu ist eine gegenseitige Beziehung, d.h. gegenseitiges Vertrauen erforderlich. Der dabei typischerweise auftretende Angsteffekt, die Vernichtungsangst und der mit dieser Angst tief verbundene Abwehrmechanismus bleibt abgespalten und verborgen, wird nicht verdrängt. Die Voraussetzung der Selbsterfahrung ist die Vertrautheit. Die Entstehung der Störung des Selbst, wie *Winnicott* es aufzeigt, beginnt immer durch unzureichende Zuwendung der Umwelt. In der Behandlung erfahren wir das Selbst des Patienten nur in den Augenblicken echter Regression auf die Stufe der Abhängigkeit und des Gehalten-Werdens. Häufig ergeben sich solche Momente der Selbsterfahrung außerhalb der analytischen Situation und es ist unsere Aufgabe, den Patienten in die Lage zu versetzen, daß er über Ich-Deckung (ego-coverage) verfügen kann. Die Interpretation als solche führt nicht zur Selbsterfahrung beim Patienten; wenn jedoch diese Erfahrungen aktualisiert werden, befähigen die Interpretationen das Ich des Patienten, symbolische Entsprechungen herauszufinden und herauszuarbeiten, durch die diese Erfahrungen zum Eigentum der innerpsychischen Realität des Patienten werden können – bewußt und unbewußt. Es ist offensichtlich, daß ein Mensch Identität und komplexe innerpsychische Strukturen haben kann, ohne sein Selbst zu kennen, und er bleibt so diesem für immer entfremdet.

Erst seit sechs oder sieben Jahren ist mir bewußt geworden, daß ich dazu neige, das gesamte Material und Verhalten meiner Patienten in der Behandlungssituation auf zwei verschiedene Weisen zu behandeln und zu handhaben. In diesem Zusammenhang haben mich vor allem die Forschungen *Winnicotts* und *Michael Balints* stark beeinflusst. Was ich als Selbsterfahrung bezeichne und was *Balint* als „the new beginning“ beschreibt, ist sehr ähnlich.

Die beiden unterschiedlichen Arten von Beziehungen zu meinen Patienten kann ich wie folgt differenzieren:

- a) dem zuhören, was der Patient verbal kommuniziert – in der klassischen Situation, wie sie sich entwickelt hat, und seine Bedeutung im Sinne struktureller Konflikte (Ich, Es und Über-Ich) und durch den Ausdruck interpersoneller Übertragungsbeziehungen im Hier und Jetzt der analytischen Situation herausfinden;
- b) durch psychisches, affektives und umgebendes Gehalten-Werden der Person des Patienten in der Behandlungssituation ermögliche ich bestimmte Erfahrungen, die ich, ebensowenig wie der Patient, vorwegnehmen oder programmieren kann. Wenn diese auftauchen, sind sie sowohl für den Patienten als auch für mich überraschend und setzen völlig unerwartet neue Prozesse beim Patienten in Gang.

Es ist nicht einfach, über diesen zweiten Typus klinischer Erfahrung zu berichten, denn selbst wenn es Jahre sorgfältiger Unterstützung bedarf, ehe diese Prozesse in Gang kommen, ist man selbst und die Kollegen, denen man darüber berichtet, überrascht, erlebt man den Bericht doch als banal und nicht überraschend. Im Gegensatz dazu sind die klinischen Berichte struktureller Konflikte, wie sie *Freud* u. a. beschreiben, unerhört reich und komplex in ihrer Natur und ihrem Inhalt. Außerdem können wir alle nur zu gut die Logik struktureller Konflikte und Daten nachvollziehen, selbst wenn wir mit den daraus von irgendeinem Analytiker abgeleiteten Theorien nicht übereinstimmen, während wir oft nicht bereit sind, dem zweiten Typus klinischer Erfahrung Aufmerksamkeit und Glauben zu schenken. Letztere sind so persönlich, was den Lebensstil des Patienten und den Arbeitsstil des Analytikers betrifft, daß es uns nicht leicht fällt, anzuwenden, was *Coleridge* als "essential" jeder kreativen und kritischen Würdigung der Literatur verlangt: „Die Bereitschaft, Zweifel zurückzustellen“. Aus diesem Grunde hat, wie ich glaube, die Arbeit von *Martin James* (1960) mit Kindern und Jugendlichen nicht die Aufmerksamkeit gefunden, die ihr gebührt. Die Aktualisierung der Selbsterfahrung beim Patienten in der analytischen Situation gleicht sehr dem, was *James Joyce* seinen Epiphanien mitgab.

Lassen Sie mich zunächst zwei Beispiele meiner Mentoren zitieren, um diesen Punkt zu verdeutlichen. *Balint* (1968) berichtet über ein junges Mädchen in den „späten Zwanzigern“ aus seiner Praxiserfahrung in den Zwanziger Jahren. Die Hauptschwierigkeit der Patientin war ihre Unfähigkeit, irgendetwas zu leisten. Nach etwa zwei Jahren mühsamer Analyse gab *Balint* folgende Interpretation, daß „anscheinend das Wichtigste für sie sei, ihren Kopf sicher oben zu halten und beide Füße fest auf dem Boden zu haben“. Als Antwort sagte sie, daß sie niemals seit ihrer frühesten Kindheit einen Purzelbaum schlagen konnte, obwohl sie zu verschiedenen Zeitpunkten verzweifelt versucht hatte, es zu tun. Ich sagte dann: „Und wie ist es jetzt?“ Worauf sie von der Couch aufstand und zu

ihrer großen Überraschung einen perfekten Purzelbaum ohne jede Schwierigkeit schlug. Dies erwies sich als ein realer Durchbruch. Viele Veränderungen folgten in ihrem emotionalen, sozialen und beruflichen Leben in Richtung größerer Freiheit und Beweglichkeit. Darüberhinaus schaffte sie es, die Zulassung für ein außerordentlich schwieriges post-graduierten Examen zu bekommen, welches sie bestand. Sie verlobte sich und heiratete.“

Nun, viele Analytiker würden dies als ziemlich sinnloses Happening auffassen und keinesfalls als Analyse, sondern als Ausagieren in der analytischen Situation mit dem Analytiker als Zeugen und Komplizen. Für mich scheint beides authentisch und sehr bedeutsam, weil ich daraus zu akzeptieren gelernt habe, daß Selbsterfahrung in der analytischen Situation weder symbolisch noch konkret erfahrbar wird, wenn Motilität rigide tabuisiert wird. Selbsterfahrung ist eng mit dem Körper-Ich verbunden.

Ein zweites Beispiel entnehme ich *Winnicott* (1963), weil hier die wahre Selbsterfahrung imaginativ in einem Traum auftaucht.

„Eine junge Patientin mußte einige Monate warten, bevor ich mit der Analyse beginnen konnte, und dann konnte ich sie nur einmal in der Woche sehen. Wir hatten dann tägliche Sitzungen, kurz bevor ich für einen Monat verreiste. Die Reaktion auf die Analyse war positiv und die Entwicklungen erfolgten rasch, und ich fand in ihren Träumen, daß diese junge Frau extrem abhängig wurde. In einem Traum besaß sie eine Schildkröte, aber deren Panzer war weich, so daß das Tier ungeschützt war und daher sicherlich leiden würde. Deshalb tötete sie im Traum die Schildkröte, um ihr die unerträgliche Qual, die auf sie zukommen würde, zu ersparen. Dies aber war sie selbst und zeigte damit suizidale Tendenzen. Um diese Tendenzen zu heilen, war sie zur Behandlung gekommen.“

Winnicott verstand und akzeptierte die Bedrohung, vernichtet zu werden, die sich auf die wahre Selbsterfahrung dieser Patientin bezog, als eine Tatsache und als Realität, abgeleitet aus ihrer Entwicklungsgeschichte, und respektierte dies als solches, nämlich als ein Bedürfnis in der analytischen Situation und nicht als einen Ausdruck von Verfolgungs- oder paranoiden Phantasien, die aus Triebkonflikten stammen.

Klinisches Material

Ich will nun über zwei meiner Fälle berichten. Der erste ist der eines jungen Mannes, der drei Jahre lang in Analyse war. Er kam zu mir, weil er während des Medizinexamens einen Zusammenbruch hatte. Er war danach völlig unfähig, depressiv und zurückgezogen. Ich berichte über eine Sitzung im dritten Jahr der Analyse. Mittlerweile hat er seine Prüfungen bestanden

und ist gut in der Lage, seinen Beruf auszuüben. Es gibt jedoch einen Bereich seiner psycho-sexuellen Selbsterfahrung, in dem wir beide von Anfang an stecken blieben. Er hat zu tun mit seinen Phantasien während der Masturbation. Diese Phantasien sind von einer gleichmäßigen, sich wiederholenden Art. Er sieht eine Szene, in der eine blonde, dralle, männliche weiße Frau ihren farbigen Diener quält und aufreizt. Sie läßt ihn nie mit sich Geschlechtsverkehr haben. In dem Augenblick, wo sie und der Sklave äußerst erregt sind, ejakuliert er und das Drama ist zu Ende. Diese Phantasie hat verhindert, daß er sich affektiv seinen weiblichen Zeitgenossen zuwandte, da keine von ihnen diese Rolle einnehmen konnte. Über einen längeren Zeitraum hatten wir jeden Aspekt dieser Phantasie als prägenitale Triebkomponenten und sado-masochistische Objektbeziehungen interpretiert. Seit kurzem aber überfällt uns bei diesen Daten die Langeweile, und die Hilflosigkeit, etwas zu unternehmen, bestürzt uns beide gleichermaßen.

Dann, vor einigen Monaten, traf dieser junge Mann ein Mädchen, das genau zu seinen Masturbationsphantasien paßte. Sie war mit jemand anderem verlobt und behandelte ihn mit einer Mischung von Anreiz und Verachtung. Dies erregte ihn stark und leidenschaftlich, und sie wurde zur Besessenheit seines Lebens. In einer Nacht dann, nach einer Party, war sie einverstanden, in seiner Wohnung "a drink for the road", wie die Engländer sagen, zu nehmen, und sie hatten sexuellen Verkehr ("made sex together"). Ich vermeide absichtlich den Ausdruck „sie liebten sich“ ("made love together"), weil das eine Objektbeziehung einschließen würde. Nach einem relativ befriedigenden Beischlaf fühlte der junge Mann tiefe Verzweiflung und Leere, aber es gelang ihm, dies vor ihr zu verbergen. In der Sitzung jedoch berichtete er darüber mit starker Bitterkeit und desillusioniertem Bedauern.

Ich gab ihm die Interpretation, daß ich in ihm bis jetzt in diesem Lebensbereich nur selbstmitleidiges, intellektuelles Leiden gespürt habe, jetzt aber ein neues Gefühl bemerkt hätte: das Gefühl psychischer Qual. Ich kann fühlen, daß er schwer enttäuscht worden ist, und zwar durch die Befriedigung. Also, was fehlte? Ich benannte das fehlende Element „Erkenntnis“ ("recognition") (unter Bezugnahme auf das Konzept *Balints*).

Und ich fragte: Was war von beiden, ihm und dem Mädchen im sinnlichen Verkehr und in der Befriedigung nicht erkannt worden? Etwas sehr Spezifisches und Besonderes in seiner Selbsterfahrung, das er selbst nicht ausdrücken kann. Ich bezog mich nun auf seine Masturbationsphantasien und arbeitete heraus, daß er eine vertragsmäßige Distanz braucht, um sein Selbst zu erfahren. Dabei bin ich stark beeinflusst durch die Forschungen von *Deleuze* (1967) und *Smirnoff* (1971) im Bereich des Masochismus. Nämlich, daß alle unsere Gespräche über voyeuristische Impulse, Projektion, Verschiebung und Ausbreitung prägenitaler sado-masochistischer Impulse richtig und berechtigt, aber trotzdem für ihn

irrelevant waren. Seine Wahrheit ist, daß er diese vertragsmäßige Distanz brauchte, um sein Selbst zu erfahren. Wenn den Wünschen des Es Befriedigung verschafft wird, ist das Ergebnis lediglich Entladung und Leere. Wenn die Ich-Manipulation des Objekts gelingt, ist das Ergebnis ein sadistischer und sinnloser Triumph über das Objekt. Bei allem, was die Masturbation betrifft, brachte ihm seine masochistische Rolle als Voyeur keine Reifung, sondern eine aufgeschobene Erwartung von etwas, das geschehen könnte, aber niemals geschah. Erst jetzt begann ich zu verstehen, warum er die Analyse in allen anderen Gebieten seines Reifens und seiner Selbsterfüllung so erfolgreich nutzen konnte: Sie lieferte das Ideal „vertragsmäßiger Distanz“, die seine Erwartung und sein dringendes Bedürfnis waren. Aber im Bereich seiner Selbsterfahrung als Mann brauchte er eine Frau, um seinen Penis anzuerkennen, dessen Bedürfnis nach ihr, ihr Bedürfnis nach ihm, und diesen dennoch abzulehnen. So wie es eine Mutter in der ödipalen Phase des Kindes macht. In seiner Kindheit war dieser Prozeß verworren und durch eine zu enge und intime Beziehung mit der Mutter und das Fehlen eines potenten Vaters, der die Mutter haben will, sabotiert. Hierin fand er einen enormen und überraschenden Sinn, und er beendigte die Sitzung, indem er sagte, er fühle, daß wir zum ersten Mal miteinander und zueinander über ihn als einen Menschen gesprochen hätten. Dies ist für mich ein typisches Beispiel einer Aktualisierung der Selbsterfahrung durch die analytische Situation.

Der zweite Patient, von dem ich berichten werde, ist allerdings von völlig anderem Charakter. Er war nahezu 20 Jahre in meiner analytischen Behandlung. Ich habe bereits bestimmte Aspekte seiner Analyse in meiner Arbeit "Ego Ideal, Excitement and the Threat of Annihilation" (1963) besprochen. In meinem damaligen Bericht hatte ich absichtlich die Ernsthaftigkeit seiner Krankheit untertrieben und seine berufliche Identität entstellt, um ihn vor einer Aufdeckung zu bewahren. Heute, unter Ihnen, kann ich etwas freimütiger über ihn berichten. Es handelt sich um einen Arzt, der mich zur Behandlung aufsuchte nach etwa vier Jahren Psychotherapie bei einem berühmten Psychiater. Seine drei vorgezeigten Symptome waren: Alkoholismus, Impotenz und lähmendes, zwanghaftes religiöses Grübeln.

Als er das erste Mal zu mir gekommen war, war er gewohnt, jede Nacht vor einer äußerst anstrengenden Entscheidung zu stehen. Er wußte nicht, ob er zu einem Priester gehen sollte, um sich zur „religiösen Bekehrung“ anzubieten und als Missionsarzt zu dienen oder ob er, wie ein guter Ire, stockbetrunken werden oder eine Hure auflesen sollte. Sein Therapeut schickte ihn zu einem Callgirl in der Hoffnung, seine Impotenzängste durch korrigierende Realitätserfahrungen kurieren zu können. Der Patient war mit einer Bibel und einer Flasche irischen Whiskys ausgerüstet dort angekommen. Letztere schluckte er in schnellen Zügen und verlangte von dieser jungen Dame, niederzuknien, mit ihm zu beten und die Bibel zu

lesen. Eine Aufforderung, die sie, nicht unverständlich, fürchten ließ, den Verstand zu verlieren. Es geschah nach diesem therapeutischen Mißgeschick, daß er die analytische Behandlung aufsuchte.

Ich werde von einer Sitzung, die etwa 20 Jahre später stattfand, berichten. Dem Patienten war es nach Maßstäben der Umwelt, nicht aber nach seinen eigenen Maßstäben, gutgegangen. Unglücklicherweise brachte ich ihn allzu leicht von der Flasche ab, und seine sexuellen Zwänge und Ängste verschwanden genauso schnell. An den religiösen Zwängen hielt er sich mit einem militanten Eifer fest, wie auch an seiner unfehlbaren Technik, sein Selbst versteckt zu halten.

Während der vergangenen zwei Jahre sah ich ihn einmal wöchentlich. Er brauchte mich, um sich seine Ich-Fitness zu erhalten. Er arbeitete wirklich sehr gut und ich respektierte das. Ich lernte ebenfalls von *Winnicott*, daß, wenn wir an unseren Patienten versagen, diese nicht als Menschen verlassen dürfen. Dies wird auch durch die Art meiner Erziehung bestärkt.

Er kam in einer sehr schlimmen, quälenden Verfassung und beschimpfte mich, seine Jugend zu vergeuden und darin zu versagen, irgend etwas gegen seine religiösen Zwänge zu tun – die häufig wahnhaft und sehr bizarr waren. Daß er von einem pastoralen Psychiater gehört habe und ob er zu ihm gehen könne? Ich stimmte mit merklicher Erleichterung zu. Dann sagte er, er habe ebenfalls von einer Gruppentherapie bei einem Analytiker gehört und ob er dort hingehen könne. Ich stimmte dem auch zu. Dann fragte er, ob ich diesen Personen schreiben könne und herausfinden könne, ob sie freie Plätze hätten. Als mir klar wurde, daß er mich brauchte, um an mein Versagen zu glauben, stimmte ich dem auch zu. Als er gerade im Begriff war zu gehen, wurde er ängstlich und unterwürfig, wie es seine Gewohnheit war, und er bat mich, nichts zu unternehmen, bis er mir Bescheid gäbe, aber er wolle bei mir die Analyse beenden. Ich akzeptierte dies auch. Ich gab keinerlei Interpretationen. Ich kann Ihnen versichern: Es gibt nur wenig in der analytisch interpretierenden Hermeneutik, mit dem ich den Patienten nicht gefüttert hätte – und das zu meinem Bedauern.

Drei Tage danach informierte mich meine Sekretärin, daß Dr. X angerufen habe und verlangt habe, ihn dringend zurückzurufen. Ich tat es. Dr. X fragte mich am Telefon – er ist normalerweise ein sehr höflicher und freundlicher Mensch – ob er kommen könne, da er seinen ersten guten Traum gehabt habe und sich sehr hoffnungsvoll fühle, um den Traum mit mir zu teilen. Er sagte nicht erzählen, sondern teilen. Ich war einverstanden und gab ihm die erste freie Stunde, die ich zur Verfügung hatte. Als er ankam, scheu und beschämt, legte er sich nieder (er wählte die Haltung in der Analyse – aufrecht sitzend oder liegend –, die nach seinem Gefühl zu seiner Stimmung paßte) und erzählte den Traum:

„Ich komme hierher zu einer Sitzung und lege mich hin. Ich schweige eine lange Zeit. Sie legen Ihre Füße an den Rand der Couch, von hinten an

die Kissen. Ich bin schüchtern, aber nach einer Weile schnappe ich sie mit beiden Händen. Dann wird der Traum vage. Ich erinnere mich, daß wir anfangen, miteinander zu balgen. Ich wachte sehr hoffnungsvoll und optimistisch am Morgen auf.“

Das war tatsächlich ein außergewöhnlicher Traum und ziemlich untypisch für ihn. Meistens hatten seine Träume, wenn erotisch, fetischistischen Inhalt – und wenn sexuell, dann waren es Alpträume, wo sein Leben in einigen traumatischen Situationen bedroht wurde. Das neue Element war das des Spielens (playing). Es ist bedeutsam, daß er diesen Traum träumen konnte nach Beendigung der Analyse bei mir – aus seiner eigenen Wahl und Entscheidung heraus. Er fragte mich, ob ich mit ihm übereinstimme, daß dies ein guter und hoffnungsvoller Traum war, und ich sagte: Ja! sehr empathisch. Er wollte dann wissen, was ich aus dem Traum machen würde, und ich erklärte ihm ihm ausführlich. Ich werde nur eine Zusammenfassung davon geben, was ich zu ihm sagte. Ich erinnerte ihn, daß er der zweite von zwei Söhnen war und daß sein Vater mit einer akuten Melancholie zusammengebrochen war, als er fünf Jahre alt war. Sein Vater hatte dann seinen Beruf aufgegeben und wurde zu Hause „hospitalisiert“, versorgt von seiner Mutter. Die Eltern waren in der Tat gute und ergebene Eltern, und der Zusammenbruch seines Vaters war eine unerwartete und reale Tragödie. Es geschah nach dem Zusammenbruch seines Vaters, daß alle seine Phobien und Ängste vor Geräuschen begonnen hatten, und er hatte sich zurückgezogen in eine zwanghafte Welt, z.B. Radios herstellen zu müssen usw. Er war ein frühreifes, intelligentes und übersensibles Kind, das sich bis dahin gut entwickelt hatte. Einige Zeit danach begannen die religiösen Zwänge. Im Alter von neun Jahren schickte die Mutter beide Brüder als Internatsschüler in die Schule, und jetzt war ich sicher, daß dies geschehen war, um sie vor den morbiden Stimmungen ihres Vaters zu verschonen, der bereits in seiner Krankheit fest verankert war. Der Patient wurde nun auch noch asthmatisch!

Er hatte mich an dieser Stelle unterbrochen und mir ein merkwürdiges Ereignis vom ersten Tag in seiner neuen Schule erzählt. Alle Schüler hatten sich in der Klasse versammelt, um auf den Lehrer zu warten. Als der Lehrer angekommen war, fand er ihn unter dem Pult versteckt, und natürlich hatte er ihn aufgefordert, sich selbst sichtbar (seine Redewendung) zu machen, zur großen Belustigung der Klasse.

Diese Erinnerung war ihm nicht neu, aber er war nicht in der Lage gewesen, sie in dem Maße mit mir zu teilen. Ich fühlte jetzt nach dem Traum, daß er mir genug trauen konnte, um dies mit mir zu teilen. Ich wies darauf hin, daß der Zusammenbruch seines Vaters eine Last für seine Mutter und ihn bedeutet hatte, die über ihre Kräfte ging, und er hatte darauf seinerseits mit Invalidität reagiert, die einzige Art und Weise, wie er eine Wiedergutmachung der schwierigen Lage seines Vaters dadurch erreichen konnte, daß er sie in seinem eigenen Leben herstellte. Dies hatte

ihn ebenfalls der spielerischen Vielgestaltigkeit phasenspezifischer aggressiver Antriebe und wechselseitiger Beziehungen mit seinem Vater beraubt, so daß er niemals riskieren konnte, aggressiv und spontan lebendig zu werden als Person im eigenen Recht. Im Traum wagt er dieses Risiko und findet: Es ist möglich.

Dieser Traum und seine klinischen Folgen stellen eine wahre Selbsterfahrung im Behandlungssetting dar und laufen auf „einen neuen Anfang“ hinaus. Das mag Ihnen absurd und bedauerlich mager für eine 20 Jahre währende Analyse erscheinen, und ich meinerseits teile dieses Gefühl, aber ich gestehe ein, wie begrenzt wir in unserer Fähigkeit sind, diese Selbsterfahrung einem Menschen zu erleichtern, wenn sie einmal so gestört, verborgen und reaktiv während der Kindheit zurückgedrängt wurde. Was ich zugeben kann ist, daß, wenn dieser Mensch heute noch einmal, nach allem was ich jetzt weiß, bei mir neu anfinge, ich ihn ganz anders behandeln würde. Wir brauchen niemals beschämt wegen unserer Unwissenheit zu sein: Sie begleitet uns vom Anbeginn der Menschheit und wird uns bis zum Ende begleiten. Was wir am meisten fürchten müssen, ist die Verleugnung unseres Nichtwissens.

Diskussion

Eine der überraschendsten Arbeiten *Winnicotts* ist die über „The Capacity to be Alone“ (1958). Eine Bemerkung daraus veränderte mein ganzes Verständnis darüber, was die Gesamtheit der analytischen Beziehungen zwischen dem Patienten als Mensch und dem Analytiker als Mensch darstellt. Ich zitiere:

„Obgleich viele Arten von Erfahrungen auf den Aufbau der Fähigkeit zielen, allein zu sein, gibt es eine, die grundlegend ist; und ohne ein ausreichendes Maß davon kommt die Fähigkeit, allein zu sein, nicht zustande. Diese Erfahrung ist die, allein zu sein als ein Säugling und kleines Kind in der Gegenwart der Mutter. Deshalb ist die Basis der Fähigkeit, allein zu sein, ein Paradoxon: Es ist die Erfahrung, allein zu sein, während jemand anders da ist.“

Wir haben eine ungeheure Menge über die Wege, wie uns die Patienten durch Übertragungen in ihre intrapsychischen Konflikte verwickeln, gelernt. *Winnicott* aber hat eine andere Seite in dieser totalen Beziehung herausgehoben; eine, in welcher der Patient weiß, versteht und erfährt, daß wir da sind, präsent und real, daß er uns ignorieren kann, damit seine wahre Selbsterfahrung reifen kann. *Balint* (1968) strebte auf dasselbe Ziel hin, als er von dem Analytiker als einem „Hersteller von Zeit und Milieu“ sprach; und er forderte von ihm, „unaufdringlich und normal“ zu sein und so „eine Umgebung, ein Klima zu schaffen, in dem er und sein Patient die Regression in einer wechselseitigen Erfahrung tolerieren können.“

Diese beiden Patienten, über die ich berichtet habe, sind beinahe extreme Beispiele von in der Kindheit erfahrener versagender Umgebung,

was zur Bildung eines falschen Selbst nach *Winnicott* führt. In einem anderen Zusammenhang sagt *Winnicott* (1963):

„Es gibt ein intermediäres Stadium in der gesunden Entwicklung, in welchem die wichtigste Erfahrung des Patienten in bezug auf das gute oder potentiell zufriedenstellende Objekt die Zurückweisung dieses Objektes ist. Diese Zurückweisung ist ein Teil des Prozesses, es zu erschaffen.“

Es ist bedeutsam, daß Dr. X die Fähigkeit entwickelt hatte, seinen Traum zu träumen, als er mich zurückgewiesen hatte und ich in der Lage war, dies auszuhalten. Ähnlich, in etwas unterschiedlicher Weise, war der junge Mann in der Lage, in dem Maße, wie er von mir unabhängig wurde dadurch, daß er durch seinen Beruf ein Geld verdienender Mensch wurde, die Distanz zuzulassen, in der seine Selbsterfahrung möglich wurde.

Das ganze Problem der Rolle der Aggression in der Selbsterfahrung ist zu komplex und bedeutsam, um hier diskutiert zu werden. Aber ich möchte Ihre Aufmerksamkeit auf ein Statement von *Harry Guntrip* (1971) lenken, das ich in diesem Zusammenhang äußerst hilfreich finde:

„Sexualität ist primär biologisch und wird dann persönlich, Aggression ist erst persönlich und wird dann biologisch.“

Eine der Schwierigkeiten, die mir bei der Erkenntnis und Handhabung der Selbsterfahrung des Patienten in der analytischen Situation begegnet, besteht darin, daß Aggression in konkreten und verschlungenen Formen auftritt, und oft ist es der Analytiker, der in seinem Verhalten aggressiv sein muß, bevor der Patient die Fähigkeit erlangen kann, seine eigenen Aggressionen in Gang zu bringen. Einige Aspekte hiervon habe ich in meiner Arbeit „On Symbiotic Omnipotence“ (1969) diskutiert.

Zusammenfassung

Ich bin mir wohl bewußt, daß es mir nicht gelungen ist zu definieren, was ich mit Selbsterfahrung meine. Meines Erachtens hat dies auch noch niemand geschafft. Es gibt gewisse Vorbehalte, das Selbst im klinischen Zusammenhang zu benutzen, die ich mit Ihnen teilen möchte. Häufig, wenn man die Literatur liest, bekommt man den Eindruck, daß diejenigen, die das Konzept des Selbst verwenden, dazu neigen, es als idyllischen, konfliktlosen, reinen Zustand zu behandeln. Nicht einmal *Winnicott* ist frei von dieser Neigung. Per definitionem enthält sein Konzept des wahren Selbst im Gegensatz zum falschen Selbst die Implikation, daß der Gebrauch des Adjektivs „wahr“ irgendwie einen reinen, unverfälschten Zustand der Persönlichkeit bedeutet, der unter idealen Umständen erreicht werden könnte. *Winnicott* (1960) hat ein falsches Selbst postuliert, das sich in Reaktion auf Einwirkungen aus einer Umgebung bildet, die keinen ausreichenden Halt gibt. Hiermit impliziert *Winnicott* eine Ausbeute der biologischen Ausstattung, die auf das Überleben abzielt, die aber den Menschen von seinem wahren Selbst trennt. Hier stimme ich zu,

aber ich habe tiefe Zweifel bezüglich der Existenz eines hypothetischen wahren Selbstes. Meine klinische Erfahrung veranlaßt mich zu glauben, daß sich manchmal „Vorstellungen vom Selbst“ und zwar ziemlich illusionär und wahnhaft, in einem Menschen bilden können, die relativ unwahr sind, was den Funktionsstil des Ich, Es und Über-Ich betrifft. Diese Menschen sind dann krank in ihrem Selbst-System und verneinen ihre Ich-Autonomie – um *Hartmann's* (1939) Aussage zu gebrauchen –, um diese Erfahrungen sich und anderen aufzuzwingen. *Rousseaus's* „Confessions“ geben eine sehr quälende und dramatische Rechenschaft hiervon (vgl. *Guéhenno*, 1962; *Starobinski*, 1971). Selbstmord ist in einigen Fällen ein extremes Beispiel dafür, daß ein Mensch wegen der Vorstellung davon, was er für sein wahres Selbst hält, sein Ich und sein Es zerstört. Demzufolge kann das Selbst-System soviel Pathologie enthalten wie die Systeme des Ich, Es und Über-Ich.

Den anschaulichsten Bericht von der Erkrankung des Selbst-Systems hat vielleicht *Antonin Artaud* in seinem Brief vom 30. November 1927 an Doktor *Allendy* gegeben. Ich zitiere eine seiner Erklärungen:

„Or il y a en moi quelque chose de pourri, il y a dans mon psychisme une sorte de vice fondamental qui m'empêche de jouir de ce que la destinée m'offre.“

Es besteht eine deutliche Gefahr darin, das wahre Selbst-System zu romantizieren, und *Guntrip* beschwört diese Tendenz in seinem Buch „Psychoanalytic Theorie, Therapy and the Self“ (1971) sehr klar, wenn er davon spricht, daß es das Ziel der Psychotherapie sei, „eine originäre, einzigartige Persönlichkeit mit kreativen Fähigkeiten, das Unerwartete hervorzubringen, zu fördern“, und später sagt er:

„Wenn ein Baby geboren wird, hat es einen Kern von Einzigartigkeit, der nie zuvor bestanden hat. Die Verantwortung der Eltern ist nicht, zu modellieren, zu formen, zusammensetzen oder zu konditionieren, sondern ihm so zu helfen, daß die kostbare verborgene Einzigartigkeit hervortreten und seine ganze Entwicklung leiten kann.“

Wir haben alle gesehen, zu welchem nihilistischen sowie auch idealistischen Extremen *Laing* (1967) und *Cooper* (1971) die mythische Verfolgung eines wahren und einzigartigen Selbstes getrieben haben. Ich möchte nur sagen, daß ich diese utopischen Erfahrungen des Selbst nicht teile, aber ich glaube, daß jedes menschliche Individuum ein Verständnis von der Ganzheit seines Selbst hat, und dies ist mehr, als durch unsere strukturellen Hypothesen erklärt werden kann, und daß diese Selbsterfahrung gestört, verborgen sein kann oder sich gar nicht personifiziert, wenn die frühe Fürsorge durch die Umgebung zu unzureichend ist. Meine Arbeit läßt mich darauf schließen, daß die meisten zurückgezogenen Zustände im Leben und regressiven Zustände in der Analyse in sich die Möglichkeit bergen, nach der Selbsterfahrung zu greifen, die in dem Menschen abgespalten wurde. Wenn wir in der Behandlung angemessenen

Halt bieten können, dann kann solch eine Selbsterfahrung entstehen und dem Patienten helfen, zum Menschen zu werden, und sein abgespaltenes Selbst wieder aufzubauen, und zwar zur vollen Teilnahme am täglichen Leben.

Actualisations of Self-Experience through the Analytic Situation

M. Masud R. Khan

In his paper *Khan* discusses the concept of Self and Self-experience in its actualization in his clinical work. He points out the difficulties to define the Self as a concept and to communicate about Self and Self-experience. Therefore, it is necessary to find symbolic forms. What characterizes the Self-experience of the patient is an archaic and simple state of excitement which is often expressed by motility and related to the body-ego. In order to experience the Self shared trust in the clinical situation is necessary because the typical anxiety affect is threat of annihilation. The Self of the patient can only be encountered in moments of true regression to dependence and holding.

The author differentiates two styles of relating to the patient

- the classical way in analysing structural conflicts and transference phenomena
- the psychic and affective holding in the clinical situation to facilitate experiences which cannot be anticipated.

The author finds it very difficult to recount the second type of clinical experience because when Self-experience actualizes it is hard to explain to others how it happened, even if it took many years, and the narrative sounds often banal and unsurprising. *Khan* refers to *Balint* and *Winnicott* whose researches on the second type of clinical experience and relationship to the patient influenced him considerably. He quotes two examples from both to illustrate what Self-experience may be and how it can actualize.

He then reports about two patients of his who are almost extreme examples of compliance in childhood to a failing environment that leads to a false-self organisation. In both cases it was the unorthodox behaviour of the analyst and his emotional empathy which made an experience of the Self possible. In the end *Khan* stresses that he failed to define what he means by Self-experience. He has doubts about the existence of a hypothetical True Self as *Winnicott* and others use it. On the other hand he agrees with the concept of the False Self which gets organized in reaction to impingements from a not good enough holding environment in the early childhood. If it is possible, however, to provide holding in the clinical situation self-experience can materialise and help the patient to restore his dissociated self to full participation in life.

Literatur

- Artaud, A.* (1970): Oeuvres Complètes, Supplément au Tome I. (Paris: Gallimard)
Balint, M. (1968): The Basic Fault (London: Tavistock)
Cooper, D. (1971): The Death of the Family (New York: Pantheon)
Deleuze, C. (1967): Présentation de Sacher-Masoch: Le froid et le cruel (Paris: Minuit)
Guéhenno, J. (1962): Histoire d'une conscience (Paris: Gallimard)
Guntrip, H. (1971): Psychoanalytic Theory, Therapy and the Self (New York: Basic Books)
Hartmann, H. (1939): Ego Psychology and the Problem of Adaptation (London: Imago)
Jacobson, E. (1964): The Self and the Object World (London: Hogarth Press)
James, M. (1960): Interpretation and Management in the Treatment of Pre-adolescents. In: Int. J. Psychoanal. (45)
Joyce, J. (1944): Stephen Hero (London: Jonathan Cape)
Kahn, M. M. R. (1963): Ego Ideal, Excitement and the Threat of Annihilation. In: J. Hillside Hosp. (12)
 – (1969): On the Symbiotic Omnipotence. In: The Psychoanalytic Forum, Vol. 3 (New York: Science House)
Laing, R. D. (1960): The Divided Self (London: Tavistock)
 – (1967): The Politics of Experience and the Bird of Paradise (London: Penguin Books)
Ricoeur, P. (1965): De l'interprétation: Essai sur Freud (Paris: du Seuil)
Rousseau, J.-J. (1782): Les Confessions (Paris: Garnier)
Smirnoff, V. (1971): The Masochistic Contract. In: Int. J. Psychoanal. (50)
Starobinski, J. (1971): Jean-Jacques Rousseau. La transparence et l'obstacle (Paris: Gallimard)
Winnicott, D. W. (1958): The Capacity to be Alone. In: The Maturation Processes and the Facilitating Environment (London: Hogarth Press)
 – (1960): Ego Distortion in Terms of True and False Self. In: *ibid.*
 – (1963): Communicating and Not Communicating Leading to a Study of Certain Opposites. In: *ibid.*
 – (1963): Dependence in Infant-Care, in Child Care, and in the Psycho-Analytic Setting. In: *ibid.*

Adresse des Autors:
 Mr. M. Masud R. Khan
 Flat 7
 24, Palace Court
 London W 2 4 HU

Die Beziehung zwischen Frühgeburt und psychosomatischer Erkrankung***

Günter Ammon* und Karin Schibalski-Ammon**

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem Zusammenhang von Frühgeburt und Psychosomatik, welcher in der Literatur bisher nur wenig Beachtung gefunden hat. Basierend auf einer vorläufigen systematischen Untersuchung von 380 Patienten, bei der sich eine erhebliche Koinzidenz von Frühgeburt und Psychosomatik ergab, kommen die Autoren zu folgenden Überlegungen, die allerdings noch auf einer breiteren Basis statistisch belegt werden müssen:

Die Frühgeburt bedeutet zumindestens mitbedingt das Ergebnis einer bereits pränatal vorhandenen Kommunikationsstörung in der Mutter-Kind-Beziehung. Dieser frühe Ich-Defekt äußert sich in Schwangerschaftsbeschwerden und Frühgeburt, wobei dieses als eine psychosomatische Erkrankung einer Mutter zu verstehen ist, die dem Identitätsanspruch einer Schwangerschaft und Geburt nicht gewachsen ist. Zugleich ist die Frühgeburt eine exemplarische psychosomatische Situation für das Kind, das bereits pränatal abgelehnt auf einen wechselseitigen Austausch von Bedürfnissen und Gefühlen verzichten mußte. Die Folge ist eine gestörte Körper-Ich-Entwicklung, die ihren Ausdruck darin findet, daß das Kind bereits mit einem nicht geburtsadäquaten Körper-Selbst zur Welt kommt. In beispielhafter Weise für die Psychodynamik der psychosomatischen Erkrankung muß das frühgeborene Kind auch im späteren Leben den frühen Ich-Defekt in der Mutter-Kind-Beziehung durch psychosomatische Erscheinungen beantworten.

Erstaunlicherweise ist der Zusammenhang zwischen Frühgeburt und psychosomatischer Erkrankung bisher in der Literatur fast noch gar nicht untersucht worden. Dies ist umso bemerkenswerter, als ja gerade die pränatale Forschung in den letzten Jahrzehnten erheblich an Bedeutung gewonnen hat. Die Fragestellung eines möglichen Zusammenhangs zwischen abnormen Geburtsverläufen, psychischen Schäden der Mutter und damit verbundenen psychischen und psychosomatischen Erkrankungen des Kindes bietet sich vor allem auch im gynäkologischen Forschungs- und Beobachtungsbereich geradezu an. Mit *G. H. Graber* (1954), *W. C. Simon* (1973), *G. Clauser* (1971), *A. Rascovsky* (1960), *G. Ammon* (1974) u. a. hat die Pränatale Psychologie postuliert, daß das ungeborene Kind ein unbewußtes Selbst besitzt, das mit der Mutter in der Lage ist, wahrzunehmen und zu kommunizieren. Wahrnehmung aber ist Ausdruck eines psychischen Prozesses, und so wird das nachgeburtlich Psychische bereits vorgeburtlich antizipiert. Diese Befunde lassen sich in der psychoanalyti-

* Dr. med., Präsident der Deutschen Akademie für Psychoanalyse

** Dr. med., Lehranalytikerin am Münchner Lehr- und Forschungsinstitut der DAP

*** Vortrag gehalten auf dem 3. Kongreß der Internationalen Studiengemeinschaft für Pränatale Psychologie (ISPP), 25.-28. September 1975, Schloß Weidenkam/Starnberger See

schen Arbeit bestätigen. *G. H. Graber* (1954, 1971, 1974) hat in diesem Sinn von einer „dualen Erlebniseinheit“ gesprochen und meinte damit die tiefste Regressionsebene in der psychoanalytischen Situation, deren Vorbild er in der pränatalen Einheit von Mutter und Kind erkennt.

In einer Reihe von Arbeiten haben wir bereits dargelegt, daß sich gerade die psychotherapeutische Gruppe für Regressionen auf früheste Stufen der Ich-Entwicklung anbietet. Hiermit verbindet sich eine vorübergehende Auflösung der individuellen Ich-Grenzen, wie sie für das kindliche Erleben in der Zeit der frühen Symbiose charakteristisch ist. Im Rahmen der Erforschung der frühesten symbiotischen Interaktion zwischen Mutter und Kind beschrieb *R. Spitz* (1955) die frühkindliche Entwicklungssituation als „Welt der Urhöhle“. In der Welt der Urhöhle lernt das Kind in seinem präverbalen Dialog das Lebendige vom Unlebendigen dadurch zu unterscheiden, ob seine libidinösen und aggressiven Initiativen akzeptiert werden oder nicht, ob also eine Interaktion zustande kommt oder nicht. Erstaunlicherweise hat jedoch *R. Spitz* das pränatale, intrauterine Milieu nicht in diese Betrachtung mit einbezogen. Während *G. H. Graber* (1954) das Ich als Schutzpanzer für das unbewußte pränatale Selbst beschrieb, das im wesentlichen Abwehrfunktionen zu erfüllen hat, sind wir der Meinung, daß dem Ich nicht allein die Funktion einer abwehrenden Abgrenzung zukommt. Vielmehr dient das Ich in seinem unbewußten Ich-Kern auch der kreativen Kommunikation mit der inneren und der äußeren Welt. Dieser unbewußte Ich-Kern, der sich bereits im Zuge der intrauterinen Entwicklung ausbildet, ist daher letzten Endes die Basis jeder Ich-Identität, die später in der interpersonellen Realität zwischen Mutter und Kind erprobt wird. Dementsprechend muß auch die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, daß die Entwicklung dieser primär gegebenen Ich-Anlagen von dem erlebnisbedingtem intrauterinen Milieu abhängen und selbst schon das Ergebnis einer vorgeburtlichen Interaktion zwischen Mutter und Kind auf der Ebene von vegetativen Prozessen und Reaktionen darstellen. Bereits *Carl Müller-Braunschweig* und *Werner Kemper* vertraten die Auffassung, daß die Einstellung der Schwangeren in der Lage ist, die intrauterine Entwicklung des Fötus zu beeinflussen. *N. Prill* (1973) erinnert an die engen Zusammenhänge zwischen psychischem Trauma, Angst, fehlendem Geborgenheitsgefühl einerseits und Schwangerschaftsstörungen andererseits. Aufgrund von pathologischen psychosozialen Einflüssen kommt es bereits vorgeburtlich zu Schädigungen des Fötus, wobei aufgrund von sympathikotonen Reizen Frühgeburten ausgelöst werden können. Vor allem eine durch vegetative Prozesse gedrosselte maternale Placentadurchblutung kann in diesem Zusammenhang eine Frühgeburt bewirken. *S. Ferenczi* sprach in diesem Zusammenhang bereits 1921 von einem Ich-Kern als einer undifferenzierten psychosomatischen Stufe der archaischen Wahrnehmungsmobilität. Obwohl *S. Ferenczi* den Identitätsaspekt im Sinne einer ursprünglich gegebenen Ich-Autonomie, wie es

von späteren Ich-Psychologen herausgestellt wird, noch nicht berücksichtigt, sind diese Vorstellungen doch als Vorstufen dieser theoretischen Entwicklung anzusehen.

Wie es bereits in der Arbeit „Vorgeburtliche Phantasien und Träume“ (Günter Ammon, 1974) herausgestellt wurde, sind wir der Meinung, daß möglicherweise die Entwicklung der bei Geburt gegebenen primären Ich-Funktionen von einem erlebnisbedingtem intrauterinen Milieu abhängt. Demnach sind die primären Ich-Anlagen selbst schon das Ergebnis einer Interaktion zwischen Mutter und Kind auf der Ebene der vegetativen Reaktionen. Der dadurch entstandene unbewußte Ich-Kern, der sich bereits im Zuge der intrauterinen Entwicklung ausbildet, ist damit letzten Endes die Basis jeder Ich-Identität.

Wir können von dieser Auffassung ausgehend vermuten, daß eine unbewußte mütterliche Ablehnung des Fötus zu intrauterinen Entwicklungsstörungen führt, die eine Schädigung primärer Ich-Anlagen zur Folge haben.

Während einige Autoren eine mögliche Beziehung zwischen gestörter Emotionalität der Mutter und Früh-, Totgeburt oder Übertragung als bloße Spekulation ablehnen, haben E. R. Grimm (1962) und seine Mitarbeiter gezeigt, daß Mütter mit pathologischem Ausgang der Schwangerschaft sehr häufig selber an psychischen und psychosomatischen Störungen litten.

Eindrucksvoll sind in diesem Zusammenhang vor allem die Ergebnisse von G. Rottmann (1974), der empirisch die emotionale Einstellung der Mutter zur Schwangerschaft und die damit verbundenen Auswirkungen auf das Neugeborene untersuchte. Die psychodynamische Untersuchung von 144 Müttern hatte ergeben, daß nur ca. 33% der Mütter in der Lage waren, sich mit ihrer biologischen Rolle als Mutter positiv zu identifizieren. Diese Gruppe von Frauen wies ein Minimum an Schwangerschaftsbeschwerden und pathologischen Schwangerschafts- und Geburtsprozessen auf. Ca. 67% der Mütter war jedoch in verschiedener Weise psychisch krank und dementsprechend der Schwangerschaft und dem werdenden Kind gegenüber feindlich eingestellt. G. Rottmann konnte hier zu ungefähr gleichen Anteilen 3 Gruppen von Müttern unterscheiden: Zur einen Gruppe gehört die kühle Mutter, die die Schwangerschaft mehr oder weniger bewußt ablehnt, oft mitbedingt durch eine evidente soziale Not. Bei dieser Gruppe ließen sich die schwersten Fälle von Übertragung feststellen.

Bei der zweiten Gruppe von sogenannten katastrophalen Müttern, die bewußt der Schwangerschaft feindlich gegenüberstehen und unbewußt massiv ihre Weiblichkeit und Mütterlichkeit ablehnen, erstaunt es nicht, wenn hier die massivsten Schwangerschaftsbeschwerden und der größte Anteil an Früh- und Totgeburten zu finden war. Die dritte Gruppe von sogenannten ambivalenten Müttern hieß die Schwangerschaft bewußt willkommen, war aber in Wirklichkeit nicht in der Lage, sich ihre Gefühle von Angst und Ablehnung gegenüber dem werdenden Kind einzuge-

stehen. In überzeugender Weise konnte *G. Rottmann* bei dieser Gruppe als Ausdruck einer Konfliktsituation einen hohen Anteil an Frühgeburten nachweisen.

Aus den oben geschilderten Ergebnissen läßt sich der Schluß ziehen, daß das Kind bereits im Mutterleib nicht zwangsläufig eine uneingeschränkte Geborgenheit genießt, sondern daß schon pränatal ein ununterbrochener Kommunikationszusammenhang zwischen Mutter und Kind besteht, dessen Störungen sich krankheitsverursachend auf den Fötus auswirken. Das bereits pränatal abgelehnte Kind ist sozusagen ein ungebetener Gast im mütterlichen Leib und erfährt dadurch in einem unfreundlichen Milieu bereits sehr früh eine psychophysische Schädigung, die, wie *E. Glover* (1955) es beschrieb, eine Schädigung der neurophysiologischen Ich-Kerne bedeutet.

Wie oben schon darauf hingewiesen wurde, hatten bemerkenswerter Weise *G. Rottmann*, *E. R. Grimm* und Mitarbeiter feststellen können, daß die Mütter von frühgeborenen Kindern zu einem hohen Prozentsatz unter Ambivalenzkonflikten und psychosomatischen Krankheiten litten. Daß die frühgeburtliche Situation Ausdruck einer im pränatalen Bereich gestörten Mutter-Kind-Beziehung ist, ließe sich dann auch durch den Nachweis belegen, daß solche Kinder später wiederum psychisch oder psychosomatisch erkranken.

Erstaunlicherweise ließ sich bei einer systematischen Untersuchung von 380 Patienten des Berliner DAP-Institutes und der Praxen von Psychoanalytikern innerhalb der DAP eine erhebliche Koinzidenz von Frühgeburt und Psychosomatik feststellen. Von 80 Patienten, die Angaben über den Geburtsverlauf machen konnten, waren 33 als Frühgeburt unterschiedlichen Grades zur Welt gekommen, wobei sämtliche dieser Patienten an mehr oder weniger ausgeprägten psychosomatischen Störungen litten. Dieser Befund ist allerdings dadurch zu relativieren, daß insgesamt der Prozentsatz an psychosomatischen Erkrankungen bei unseren Patienten sehr hoch ist. 80 % litten an psychosomatischen Reaktionen verschiedenen Grades, wobei 40 % somatisch fixierte psychosomatische Krankheitsbilder aufwiesen. Es kann sich deshalb bei unserer Untersuchung lediglich um eine vorläufige Mitteilung handeln, wobei der Zusammenhang zwischen Frühgeburt und psychosomatischer Erkrankung noch auf einer breiteren Basis, die eine statistische Auswertung zuläßt, untersucht werden muß. Diese Erhebung mag dennoch unter dieser Einschränkung durchaus den Schluß rechtfertigen, daß die Frühgeburt zumindestens mitbedingt eine bereits pränatal vorhandene Kommunikationsstörung in der Mutter-Kind-Beziehung zum Ausdruck bringt. Der unbewußten Kommunikation der Mutter gegenüber dem Kind „ich will dich nicht“, begegnet die Mutter nicht bewußt, indem sie z.B. eine Schwangerschaftsunterbrechung veranlaßt, sondern unbewußt, indem sie das Kind vorzeitig abstößt. Dieser frühe Defekt in der Mutter-Kind-Beziehung

findet im postnatalen Leben seinen Ausdruck in psychosomatischen Erscheinungen, die zudem sekundär durch biologische Schädigungen infolge des abnormen Geburtsverlaufes geprägt sind.

Das Anliegen dieser Arbeit besteht darin, anhand des vorliegenden Fallmaterials Erklärungsmöglichkeiten für die augenfällige Beziehung zwischen Frühgeburt und Psychosomatik aufzuzeigen, und darüberhinaus soll der Versuch gemacht werden, herauszustellen, wieweit die Frühgeborenenensituation das Verständnis für das psychosomatische Problem erhellen kann, da offensichtlich in diesem Zusammenhang bestimmte Aspekte der psychosomatischen Erkrankung betont und gehäuft auftreten.

Bereits 1923 wies *S. Freud* daraufhin, das erste Ich des Kindes sei ein Körper-Ich. Er machte deutlich, daß die Wahrnehmung und Vorstellung des eigenen Körpers durch das Wechselspiel zwischen innerer und äußerer Realität, d.h. durch den Konflikt zwischen körperlichen Bedürfnissen und Forderungen der Umwelt erlangt wird. In diesem Zusammenhang weist *R. Spitz* (1955) daraufhin, daß das Kind in seiner frühen Entwicklung sich selbst und die Mutter, welche für das Kind in dieser Zeit die Realität überhaupt verkörpert, nach dem „Höhlenmodus der Wahrnehmung“ erlebt. In der „Urhöhle“ des Mundes sind alle Erfahrungen zugleich innere und äußere Wahrnehmung. Der „Höhlenmodus der Wahrnehmung“, wo Innen und Außen noch ineinander übergehen, bildet aber zugleich die Brücke zwischen Innen- und Außenwahrnehmung; er ist dabei eingebettet in die interpersonelle Situation zwischen Mutter und Kind, in der das Kind seine Ich-Funktionen erprobt und entfaltet. Dadurch erst wird eine spätere differenzierte Kommunikation zwischen Innen und Außen möglich. In dem Buch „Psychoanalyse und Psychosomatik“ (*G. Ammon*, 1974) ist dargelegt worden, wie das Kind in der frühen Entwicklung seines Körper-Ichs von der dynamischen Mutter-Kind-Einheit existentiell abhängig ist. Die Mutter, die selber nur eine mangelhafte undifferenzierte Wahrnehmung des eigenen Körpers zur Verfügung hat, wird auch nicht in der Lage sein, ihr Kind in dem Erleben und Erproben seiner Körperfunktionen zu unterstützen. Die psychosomatische Erkrankung des Kindes ist damit zugleich Ausdruck eines Körper-Ich-Defektes der Mutter, die nicht dazu imstande ist, ihren eigenen Körper wahrzunehmen und abzugrenzen, deshalb kann sie auch keinen wechselseitig befriedigenden Körperkontakt mit dem Kind aufnehmen. In diesem Lichte betrachtet, ist die Frühgeburt an sich als ein psychosomatisches Geschehen einer Mutter anzusehen, die aufgrund ihrer defekten Körperidentität ihren Körper nicht als mütterlich identifizieren kann. In dieser fehlerhaften Wahrnehmung des eigenen Körpers bringt sie das Kind als ursprünglichen Teil des mütterlichen Körpers wiederum fehlerhaft zur Welt. Es erscheint ganz verständlich, wenn das Kind, das also bereits pränatal die Pathologie der Mutter zum Ausdruck bringt, indem es mit einem nicht geburtsadäquaten Körper-Selbst geboren wird, auch

im späteren Leben seinem weitervermittelten Körper-Ich-Defekt durch psychosomatische Erscheinungen Ausdruck verleiht.

Diese Vermutung wird durch *M. Mayer* bestärkt, der die Frühgeburt auf das ambivalente Verhalten der Mutter zurückführt. Dies wirkt sich psychobiologisch auf den Fötus aus, wobei das Kind auch noch postnatal ein Organ der Mutter bleibt, das deren psychische Problematik austrägt. Dabei ist zu berücksichtigen, daß selbstverständlich auch das Verhalten der Mutter nicht isoliert zu sehen ist, sondern sie ist Teil einer Gruppe und in diesem Zusammenhang in erster Linie der Familiengruppe, deren Verhalten sich krankheitsverursachend auf die Mutter-Kind-Beziehung auswirken kann. Die Kommunikation der Mutter mit dem ungeborenen Kind hängt davon ab, wie sie selbst mit ihrer Gruppe kommunizieren kann. Wird beispielsweise der Ehemann die Schwangerschaft ablehnen, so wird die Mutter auf die starke Identitätsanforderung, die eine Schwangerschaft an eine Frau stellt, mit einer pathologischen Regression reagieren. Im Zuge dieses regressiven Erlebens auf die eigene Mutter-Kind-Beziehung wird sie sich selbst als Frau, Mutter und Kind abgelehnt fühlen und das Kind stellvertretend für sich selbst abstoßen.

Auf dieser Basis soll jetzt anhand der vorliegenden Kasuistik versucht werden, herauszustellen, ob die Frühgeburt als eine psychosomatische Erscheinungsform der Mutter seinen Ausdruck in spezifischen psychosomatischen Erkrankungen im späteren Leben der frühgeborenen Patienten findet.

Bei der Durchsicht des Materials imponieren dabei vor allem zwei Aspekte, die einerseits ganz allgemein auch bei anderen Psychosomatikern zu finden sind, aber bei dieser Patientengruppe gehäuft und verstärkt festzustellen sind. Wir möchten hierbei auf zwei Problemkreise eingehen: zum einen auf die Störung des Körper-Ich-Gefühls in verschiedener Ausprägung und zum anderen auf die Tendenz, ein totes Leben zu führen, verbunden mit einer fehlgeleiteten und abgespaltenen Aggressionsentwicklung.

Auf die Störung des Körperbildes und der Körperwahrnehmung wurde in unserem Zusammenhang bereits kurz hingewiesen. Es wurde postuliert, die Frühgeburt stelle eine psychosomatische Erkrankung einer Mutter dar, die aufgrund ihrer mangelhaften Identität als Frau und Mutter ihren eigenen Körper nicht wahrnehmen kann und dies am Körper des Kindes austrägt. Dem Kind selbst hatte die Mutter prä- und perinatal ein falsches und mangelhaft entwickeltes Körper-Selbst-Gefühl vermittelt, was sich auf die spätere Entwicklung des Kindes krankheitsverursachend auswirken kann. Diese auch im späteren Leben fortgesetzte Unfähigkeit, die Körperfunktion real wahrzunehmen und zu kontrollieren, setzt sich in verschiedener Weise fort. Ein Zusammenhang mit der Frühgeburtssituation erscheint naheliegend, wenn es sich herausstellt, daß bei unseren zu früh geborenen Patienten das gestörte Körper-Selbst bei 80 % der Patienten

in Form von anorektischen Störungen oder Fettsucht der Patienten selbst oder ihrer Kinder zum Ausdruck kam.

Ähnlich ist die Tatsache zu verstehen, daß ein erheblicher Teil der Patienten in charakteristischer Weise selber wieder zu früh geborene oder übertragene Kinder zur Welt brachte. Auffällig ist außerdem das häufige Auftreten von Schwindelsymptomen. Das Geschehen könnte durchaus in der Dynamik interpretiert werden, daß die Mutter äußerlich sichtbar an der Frühgeburt ein Kind zur Welt brachte, dem sie lediglich ein unvollständiges, nicht geburtsadäquates Körpergefühl vermittelte.

Ein Beispiel dafür ist ein Patient, der sich seit einem Jahr in gruppenanalytischer Behandlung befindet. Er wurde als Sieben-Monats-Kind geboren und leidet an Kopfdruck und Schwindelgefühlen, seitdem im Alter von 15 Jahren eine 12 Jahre ältere Frau, die zunächst seine Geliebte war, seinen Anspruch nach körperlicher Nähe ablehnte. Von diesem Zeitpunkt an trat die körperliche Symptomatik im Sinne von starkem Kopfdruck und Schwindelgefühl immer dann heftig auf, wenn er es erleben mußte, daß Frauen den Körperkontakt mit ihm verweigerten. Von Kindheit an hatte er in Konflikt- und Stressituationen immer wieder im Traum das Gefühl, sich in einem großen Hohlraum zu befinden, in dem er ängstlich und unsicher es vorzog, sich nicht zu bewegen, um nicht gänzlich den Halt zu verlieren. Zu dem Traum fiel ihm ein, er habe oft seiner Mutter gegenüber das Gefühl, es lohne sich nicht, zu schreien, denn er sei wie in einem schallschluckenden Raum. Man kann die Dynamik des Patienten in unserem Zusammenhang in dem Sinne verstehen, daß er körperlich ablehnenden Frauen gegenüber die Mutter erlebt, die in ihrer Körperfeindlichkeit ihren eigenen schützenden Körper nicht einmal bis zum regelrechten Geburtstermin anbieten konnte. Auf den Übertragungsprozeß innerhalb der Gruppe bezogen, erlebt der Patient die Gruppe als einen Raum, in dem er sich als zu früh Geborener körperlich nicht orientieren kann, sodaß ihm schwindelt. In seiner feindlichen Übertragung auf die Gruppe und die Therapeutin, als eine Mutter, die sein Leben schon pränatal ablehnte, wird die Gruppe zum schallschluckenden Raum. Zugleich bedeutet dies Erleben einen Versuch, in der therapeutischen Beziehung die ihm fehlende pränatale Lebenserfahrung nachzuholen.

Ganz ähnlich ist die Dynamik der offensichtlich häufig zu beobachtenden Symptomatik der äußerlich gestörten Körperbilder in Form von Fettsucht und Anorexie. Diese Symptomatik ist Ausdruck der Unfähigkeit der Mutter, eine eigene Körper-Ich-Grenze und ein körperliches Existenzgefühl zu empfinden und diese dem Kind weiter zu vermitteln. Die Mütter der frühgeborenen Kinder können die eigenen körperlichen Äußerungen nicht wahrnehmen und stehen deshalb auch der Körper- und Organsprache des Kindes fremd gegenüber. Diese Dynamik wird häufig in einer Kettenreaktion innerhalb der Familie weiterentwickelt. Bei Frühgeborenen sind häufig Großmutter, Mutter und Kind fettsüchtig

oder anorektisch oder alternierend über- und untergewichtig. Der Körper selbst ist entfremdet und wird wie ein lästiger Gegenstand erlebt. So sagte eine Patientin, die nach einer langen schweren Geburt als Acht-Monatskind zur Welt gekommen war, von ihrem eigenen Kind, das ebenfalls frühgeboren war, sie habe nicht gewußt, was sie mit diesem Wesen anfangen solle. Nachdem dieses Kind anfangs ihre Nahrung verweigerte, litt es anschließend an Fettsucht. Das entfremdete, hilflose Gefühl den eigenen und den kindlichen Bedürfnissen gegenüber wird auch deutlich, wenn die Patientin berichtete, daß die Mutter ihr keinen Körperkontakt gestattete und der Patientin Kleider aus dem Katalog bestellte. Die frühgeborene Patientin hatte also eine Mutter gehabt, die frühe körperliche Bedürfnisse abwehren mußte und ihren Körper lediglich materiell versorgte und verwaltete. Dieses Körperdefizit findet jetzt seinen Ausdruck, indem die Patientin die Gefühle innerer Fremdheit wiederum auf ihr eigenes Kind projiziert, wobei hier eine mehr oder weniger ausgeprägte maschinelle und materielle Versorgung auch als ein hilfloser Versuch zu verstehen ist, ein Körper-Ich-Gefühl herzustellen. Die Fettsucht manchmal alternierend mit Anorexie bedeutet dann die Unfähigkeit, den von der Mutter als lästigen Gegenstand erlebten Körper zu empfinden und wahrzunehmen. Gleichzeitig wird versucht, durch das Essen doch noch ein Körper-Ich-Erleben herzustellen. So sind diese Kranken häufig nicht fähig, ihren Körper und die entsprechenden Funktionen real wahrzunehmen, sie können nicht sicher sein, ob sie dick oder dünn sind, ob sie Hunger- oder Sättigungsgefühle empfinden.

Diese Auffassung der Frühgeburt als eines mütterlichen Organs, auf das das eigene Körper-Ich-Defizit der Mutter projiziert wird, läßt an eine Arbeit von V. Tausk (1910) über den „Beeinflussungsapparat in der Schizophrenie“ denken. V. Tausk beschreibt hier die wiederkehrende paranoide Wahnvorstellung Schizophrener, sie würden von Maschinen beeinflusst, als eine externalisierte Repräsentanz des eigenen Körpers. Hier läßt sich eine Verbindung zur Dynamik der Brutkastensituation ziehen, in der die vergegenständlichte Mutter-Kind-Beziehung einen eigentümlich konkreten Charakter findet. Wenn die Mutter nicht in der Lage ist, ihren eigenen Körper mit Wahrnehmung und Gefühlen zu besetzen, und es ihr dann auch nicht möglich ist, den kindlichen Körper seiner Entwicklung entsprechend zur Welt zu bringen, dann entspricht der Brutkasten der Verwirklichung der eigenen entfremdeten Körpervorstellung der Mutter. Die von V. Tausk beobachteten Wahnvorstellungen Schizophrener, sie würden von Maschinen beeinflusst, gewinnen hier Realitätscharakter, wenn das Kind den Brutkasten als externalisierte Repräsentanz des mütterlichen Körpers erlebt, und dies ganz der Erfahrung der Mutter entspricht. Der häufig gefundene Ausspruch solcher Mütter, sie könnten gar keine Mutter sein und wüßten nichts mit dem fremden Wesen des Kindes anzufangen, wird aus dieser Perspektive plastischer und verständlicher. Die Brutkasten-

situation ist bildhafter und konkreter Ausdruck der mütterlichen Unfähigkeit, einen lebendigen Körperkontakt und Austausch von Gefühlen mit dem Kind herzustellen.

Von daher wird auch bei diesen Patienten die auffallende Tendenz verständlich, sich an die sozialen Verhältnisse überanzupassen, d.h. die eigenen Bedürfnisse zu verleugnen zugunsten eines fremden Willens und ein „totes Leben“ zu führen.

Überanpassung bedeutet in diesem Zusammenhang nichts anderes als Lebens- und Spannungsabwehr, um das intrauterine, ambivalent besetzte Milieu wiederherzustellen. Die damit verbundene wechselseitige destruktive Aggression zwischen Mutter und Kind wird abgespalten und fehlgeleitet.

Typisch ist hier das Beispiel einer jungen Patientin, die als Sieben-Monatskind zur Welt kam und bereits als Kind an Atembeschwerden und Kreislaufstörungen erkrankte. Später traten schwere Migräneanfälle hinzu. Erst im Zuge einer zweijährigen Gruppentherapie entdeckte sie, daß das Verhältnis zu ihrer Mutter gar nicht so lieb und gut sein kann, wie sie immer geglaubt hatte. Ihre Mutter hatte in der Kindheit jeden ihrer Schritte kontrolliert und in ständiger Angst gelebt, das Kind könne ermordet oder vergewaltigt werden. So lebte die Patientin als Kind und auch später in ständiger Furcht, wenn sie nur einen Schritt von der Mutter wegmachte. Die Mutter kettete sie an sich, so daß die Patientin glaubte, die Mutter beschütze sie vor allem Übel, das außerhalb auf sie wartete, und nahm der Mutter gegenüber in Bezug auf den jähzornigen Stiefvater eine ähnliche Rolle ein. Da die Mutter an einer Herzneurose und verschiedenen psychosomatischen Störungen litt, bemühte sich die Tochter, sich total anzupassen, immer artig und gehorsam zu sein, um der Mutter keine Aufregung und Sorgen zu bereiten. Eindrucksvoll ist in diesem Zusammenhang die Beziehung zu ihrem Hund. Als das Mädchen sich nicht mehr um den jungen Hund kümmern wollte, und dieser aggressiv wurde und begann, die Wohnung zu verwüsten, beschlossen Mutter und Tochter, den Hund zu töten, anstatt sich mehr um ihn zu kümmern. Die zwischen Mutter und Kind abgespaltenen und verleugneten Gefühle wurden so in Form von mörderischen Aggressionen an dem Hund ausgetragen.

Wir möchten jetzt auf das Beispiel von frühgeborenen Zwillingen eingehen, die acht Wochen im Brutkasten bleiben mußten und von denen der eine später psychosomatisch und der andere schizophran und psychosomatisch erkrankte. Daran soll deutlich werden, daß solche Patienten, die in einer derartig exemplarischen Situation auf einen lebendigen Körperkontakt bis in den pränatalen Bereich verzichten mußten, zeitlebens durch ein totes Leben gegen das Zu-früh-geboren-Werden protestieren, um die vorgeburtliche Situation wiederherzustellen.

Es handelt sich um männliche Zwillinge, die sieben Wochen vor dem Termin geboren wurden und anschließend drei Monate im Brutkasten auf-

gezogen wurden. Die Schwangerschaft und Geburt der Kinder erfolgte unter desolaten sozialen und familiären Bedingungen. Die Kinder wurden zu Beginn des Krieges geboren, als der Vater eingezogen war oder selber krank zuhause lag, während die Mutter für den Lebensunterhalt aufkommen mußte. Der suizidal und schizophren reagierende Vater lehnte die Schwangerschaft der Mutter ab und bezeichnete die Kinder als seinen Sargnagel. Die Mutter, die an einer Herzneurose, Schwindelzuständen und verschiedenen psychosomatischen Erscheinungen litt, fühlte sich durch die Schwangerschaft, den kranken Ehemann und die soziale Not überfordert und bedroht. Während aber der Mann seine feindselige Ablehnung den ungeborenen Kindern gegenüber offen zutage trug, agierte sie ihren Konflikt psychosomatisch aus durch massive Schwangerschaftsbeschwerden im Sinne von starkem Schwangerschaftserbrechen und schweren Ödemen. Sie fühlt sich nicht in der Lage, Mutter zu sein, wobei ihr die ablehnenden Gefühle gegen die Kinder jedoch nicht bewußt waren, sondern auf die Kinder projiziert wurden. In einem Bericht über ihre Schwangerschaft und die frühe Kindheit sagt sie zum Beispiel von dem Zwilling Martin: „Als man mir ihn in den Arm legte, schrie er immer noch und warf empörte Blicke auf mich.“ Die offensichtlich selbst schwer Ich-kranke Mutter war nicht in der Lage, sich selbst von anderen zu unterscheiden und ein Ich-Gefühl zu entwickeln. Sie spricht in dem Bericht von sich selbst in der dritten Person wie von einem fremden Menschen, ebenso wird ohne Bezug die eigene Mutter als Großmutter B. bezeichnet. Im Alter von vier Jahren glaubte die Mutter plötzlich bei dem jüngeren Zwilling Martin ein unmotiviertes verzerrtes Lächeln zu bemerken. Mit sieben Jahren hatte er die ersten Körpergefühlsstörungen, verbunden mit seit früher Kindheit bestehenden anorektischen Störungen, und mit neun Jahren die ersten Halluzinationen. Er sah den riesengroßen Kopf der Mutter am Horizont, als er ein Verbot übertrat. Martin, der jetzt in psychotherapeutischer Behandlung steht, erklärte seine Erkrankung damit, daß seine Mutter ihm den Zwilling Hans vorzog, der bei ihr bleiben durfte, während er häufig zur Großmutter mußte. Ihn aber hielt seine Mutter für böse und schizophren, wobei die Mutter meinte, das habe er von dem Vater geerbt. Die beiden Zwillinge lagen während der Kindheit in ständigem Streit, was für die Mutter ein weiterer oberflächlicher Grund war, die Zwillinge zwischen den Großmüttern hin- und herzuschieben. Dabei ist anzunehmen, daß die Zwillinge die unbewußte feindselige Aggression der Eltern untereinander und die ambivalenten Gefühle der Mutter gegenüber den Kindern gegenseitig austragen mußten. Außerdem ist die Art der mütterlichen Zuwendung Ausdruck der Ambivalenz selbst, wenn der eine Zwilling auf bewußter Ebene ein gewünschtes Kind war und unbewußt abgelehnt wurde, während Martin offen destruktiv abgelehnt wurde. Interessant ist in diesem Zusammenhang das Schicksal der beiden jetzt 37 Jahre alten Zwillinge. Martin begann Philosophie zu studieren, wobei

es ihm jedoch in keiner Weise gelang, irgendeinen Abschluß zu erreichen. Er reagierte häufig psychotisch, wobei Klinikaufenthalte notwendig wurden. Außerdem litt er unter Depressionen, Angst vor Menschen und Verfolgungsängsten. Die Angst versuchte er zu bewältigen, indem er extreme Mengen von Alkohol trank, Schlaftabletten nahm und zeitlebens finanziell total abhängig blieb von Frauen, zu denen er starke symbiotische Beziehungen unterhielt. Vor einigen Monaten wurde ein Hautkrebs sowie eine diabetische Stoffwechsellage festgestellt. Der Zwilling Hans dagegen, der immer der brave und bevorzugte gewesen war, schaffte es überhaupt nicht, sich von der Mutter zu lösen. Er wurde zunehmend kränklich, entwickelte multiple psychosomatische Störungen wie einen Diabetes mellitus, eine Hypertonie und Fettsucht und lebt jetzt mit 37 Lebensjahren berentet und untätig in einem Heim.

Aus den oben erwähnten Mitteilungen läßt sich entnehmen, daß die Mutter, der selber jede Abgrenzungsmöglichkeit fehlte, an einem schweren Körper-Ich-Defekt litt. Sie brachte frühgeborene Kinder zur Welt, die sie als Teil des eigenen feindselig besetzten Körpers mehr oder weniger unbewußt ablehnte. Dieser von der Mutter projizierte Körper-Ich-Defekt wird von den Kindern in spezifischer Weise gemäß der Art der mütterlichen Ablehnung aufgenommen. Der eine Zwilling, der offener und verbal destruktiv von beiden Eltern abgelehnt wurde, reagierte schizophran und drückte den früher bereits pränatal angelegten Körper-Ich-Defekt außerdem aus durch schon in der Kindheit auftretende Körpergefühlsstörungen, anorektische Störungen und später Hautkrebs. Er protestiert gegen das Zufrühgeborenwerden, indem er, obwohl von der Mutter getrennt, zeitlebens Beziehungen zu Frauen unterhält, von denen er finanziell total abhängig ist und denen gegenüber er jegliche Verantwortung aufgibt. Er fürchtet sich permanent, von diesen Frauen verlassen zu werden, und andererseits erlebt er mit großer Angst mörderische Impulse ihnen gegenüber. Diese Gefühle spiegeln getreu die von der Mutter dem Sohn entgegengebrachten Haßgefühle. Erstaunlicherweise schaffte es jedoch gerade dieser Sohn, obwohl offener destruktiv abgelehnt, mehr Lebensmöglichkeiten zu eröffnen als sein Zwilling und eine therapeutische Beziehung aufzunehmen. Eindeutige Erklärungsmöglichkeiten können hier nicht gegeben werden und würden den Rahmen dieser Arbeit überschreiten. Es ist aber denkbar, daß Martin als ein ursprünglich vitaleres Kind gerade deswegen auch einer heftigeren Ablehnung ausgesetzt war. Die Flucht in die Schizophrenie würde dann nicht nur Ausdruck einer tiefgreifenden Ich-Schädigung sein, sondern auch die Fähigkeit beinhalten, sich aus dem ursprünglichen Milieu zu befreien und nach neuen Lebensmöglichkeiten zu suchen.

Der bewußt geliebte und unbewußt abgelehnte Sohn dagegen protestiert gegen das Zufrühgeborensein, indem er psychosomatisch erkrankt und in einem Alter, das für die meisten Menschen den Beginn eines eigenverant-

wortlichen Lebens bedeutet, sich in ein anonymes Heim zurückzieht, um hier ein Leben zu führen, das man mit der Brutkastensituation vergleichen kann. Er wird total materiell versorgt und muß dafür auf jeglichen menschlichen Kontakt und jede Aktivität, die dies ermöglichen könnte, verzichten. In beispielhafter Weise bleibt dieser Patient zeitlebens ein zu früh geborener psychosomatisch kranker, externalisierter Teil der Mutter.

Es sollte mit diesen Ausführungen ein Einblick in die Dynamik von Frühgeburt und psychosomatischer Erkrankung gegeben werden, wenn auch dieser Zusammenhang noch durch weitere statistische Untersuchungen auf breiterer Basis gestützt werden muß. Unter diesen Einschränkungen wurde deutlich, daß die Frühgeburt als eine psychosomatische Erkrankung an sich zu verstehen ist, wobei die Ich-kranke Mutter dem starken Identitätsanspruch, den eine Schwangerschaft und Geburt stellt, nicht gewachsen ist. Vielmehr erfolgt als Antwort auf die Forderung, Mutter und Frau zu sein, eine Regression auf die eigene Mutter-Kind-Beziehung, in der die Mutter selbst eine tiefgreifende Ablehnung erfahren mußte. Schwangerschaft und Geburt, die ja auch normalerweise eine reale Auflösung der Körper-Ich-Grenzen bedeuten, werden deshalb als Krankheit und Bedrohung erlebt, da die Mutter, die selber nie echte Zuwendung erfahren hatte, sich unfähig und überfordert fühlt, ein neues Leben zu gestalten. Dieser Anspruch wird beantwortet mit einer Ich- und Identitätsdesintegration, die durch eine psychosomatische Erkrankung der Mutter und eine psychosomatische Situation des Kindes abgewehrt wird. Die Schwangerschaftsbeschwerden und die Frühgeburt sind deshalb psychosomatische Erscheinungen einer Mutter, die andererseits darüber versucht, ihr narzißtisches Defizit zu füllen. Zugleich wird der tiefgreifende Ich-Defekt der Mutter auf das Kind projiziert, das als psychosomatisch krankes, entfremdetes Organ der Mutter erscheint. Die Frühgeburt ist deswegen eine exemplarische psychosomatische Situation für das Kind, weil schon der Fetus auf einen wechselseitigen lebendigen Austausch von Gefühlen und Bedürfnissen verzichten muß, was als Ursache für eine gestörte Körper-Ich-Entwicklung von grundlegender Bedeutung ist. Dies findet seinen Ausdruck darin, daß das Kind bereits mit einem nicht geburtsadäquaten Körper-Selbst zur Welt kommt und ohne Korrekturmöglichkeiten als psychosomatisch krankes Organ der Mutter zeitlebens deren Problematik austragen muß.

On the Psychodynamics of Premature Birth and Psychosomatic Illness

Günter Ammon and Karin Schibalski-Ammon

During the last decades the prenatal period of human development has been given more and more consideration. All the more it is surprising that in psychoanalytic literature the connections between premature birth and psychosomatic illness have never been thoroughly explored. In this paper such an attempt is made. Based on *Günter Ammon's* theory of early-child-development, several case studies and statistic data of 380 patients the authors describe the dynamics of premature birth and psychosomatic illness. Nevertheless, they consider their material as information rather which must be further evaluated on the basis of broader statistical research. Apart from these limitations it has become clear that premature birth itself must be understood as a psychosomatic illness, which means that the ego-deficient mother is not able to cope with the identity demands arising from pregnancy and birth. On the contrary, she reacts to the demand of being a mother by regressing to the kind of mother-child-relationship she had experienced herself during her childhood when she had been rejected by her own mother. Under these circumstances, pregnancy and birth, which even under normal conditions represent a real dissolving of the ego boundaries, are experienced as an illness and a threat, since a mother who was never given real affection herself feels overstrained and incapable of forming the new life of a child.

The reaction to this demand is an ego- and identity-desintegration which then is warded off by the mother's psychosomatic illness and the psychosomatic situation of the child. Complaints during pregnancy and premature birth must, therefore, on the one hand be considered as psychosomatic reactions of the mother, on the other hand they can be understood as an attempt to fill up a narcissistic deficit by means of such symptoms. At the same time, the mother's fundamental ego-defect is projected on the child, who appears to the mother as a psychosomatically ill and alienated organ. This is why premature birth is an exemplary psychosomatic situation for the child, since as a foetus already he had to live without the vital and mutual exchange of feelings and needs. This is of primary importance, as it must be regarded as the cause of a disturbed body-ego-development, which means that the child is already being born with a body-self unprepared for birth and life. The child then is left without corrective possibilities, remaining for his whole life to some extent a psychosomatically ill organ of his mother, reliving the mother's conflicts and unfulfilled life.

Literatur

- Ammon, G.* (1973): Psychoanalytische Gruppentherapie. In: *G. Ammon: Dynamische Psychiatrie* (Darmstadt: Luchterhand)
- (1974): Vorgeburtliche Phantasien und Träume im gruppenanalytischen Prozeß. In: *Günter Ammon* (Hrsg.) *Psychoanalytische Traumforschung* (Hamburg: Hoffmann und Campe).
- (1974): Psychoanalyse und Psychosomatik (München: Piper)
- Clauser, G.* (1971): Die vorgeburtliche Entstehung der Sprache als anthropologisches Problem – der Rhythmus als Organisator der menschlichen Entwicklung (Stuttgart: Enke)
- Ferenczi, S.* (1921): Psychoanalytische Betrachtungen über den Tic. In: *Schriften zur Psychoanalyse*, Bd. II, Hrsg. *M. Balint* (Frankfurt: S. Fischer, 1972)
- Freud, S.* (1923): Das Ich und das Es. *Ges. W.* Bd. XIII (London: Imago)
- Glover, E.* (1955): *The Technique of Psychoanalysis* (New York: Intern. Univ. Press)
- Graber, G. H.* (1954): Einheit und Zwiespalt der Seele. Vor- und nachgeburtliche Entwicklung des Seelenlebens (Bern: Ardschuna)
- (1971): Die duale Erlebniseinheit in der analytischen Situation. In: *Dyn. Psychiat.* (4) 202–213
- (1974): Pränatale Psychologie (München: Kindler)
- Grimm, E. R.* (1962): Psychological Investigation of Habitual Abortion. In: *Psychosom. Med.* (24) 369–378
- Mayer, M. e. a.* (1962): Incidences psycho-sociales de la préparation à l'accouchement naturel. In: 1er Congrès International de Médecine Psychosomatique et Maternité
- Prill, N.* (1973): Soziale Dimension der Psychologie. In: *refero-med* 37
- Rascovsky, A.* (1960): *El Psiquismo fetal* (Buenos Aires: Paidós)
- Rottmann, G.* (1974): Untersuchungen über Einstellungen zur Schwangerschaft und zur fötalen Entwicklung. In: *G. H. Graber* (Hrsg.): *Pränatale Psychologie* (München: Kindler)
- Simon, W. C.* (1973): Unveröffentlichte Untersuchung bzw. Vortrag ISPP/Paris
- Spitz, R.* (1955): Die Urhöhle. Zur Genese der Wahrnehmung und ihrer Rolle in der psychoanalytischen Technik. In: *Psyche* (9) 641–667
- Tausk, V.* (1919): Über die Entstehung des „Beeinflussungsapparates in der Schizophrenie“. In: *Int. Z. Psychoanal.* (5) 1

Adressen der Autoren:
Dr. med. Günter Ammon
Hattenheimer Str. 4
1000 Berlin 28

Dr. med. Karin Schibalski-Ammon
Tengstr. 38
8000 München 40

Men Facing Reproduction

André Haynal*

Die vorliegende Arbeit erörtert die Psychopathologie des Mannes, die mit generativen Prozessen der Frau (Schwangerschaft und Geburt) in Zusammenhang steht.

Das bislang zu wenig beachtete Thema psychischer Vorgänge bei der Auseinandersetzung mit der Vaterschaft wird hier von verschiedenen Ansätzen her aufgegriffen. Der Autor gibt einen epidemiologischen Überblick, zieht anthropologische Daten und Forschungsergebnisse heran, sichtet die Literatur, und konkretisiert seine Arbeit anhand eines Fallbeispiels mit Therapieansätzen. Es wird deutlich, daß die Vaterschaft eine Erweiterung der sexuellen Identität fordert und damit den besser erforschten psychodynamisch bedeutsamen Entwicklungsphasen wie Kindheit, Adoleszenz oder Klimakterium mit den ihnen eigentümlichen Identitätsforderungen vergleichbar ist.

Da anthropologische Forschungsergebnisse den breitesten Raum der Arbeit einnehmen, will Haynal zeigen, wie tief verwurzelt das Wissen um die Besonderheit der Konfrontation des Mannes mit Schwangerschaft und Geburt und den daraus erwachsenden Konflikten in bestimmten Kulturen ist und wie es durch Reflexion seiner Bedeutsamkeit in den Dienst der Psychotherapie gestellt werden kann.

Epidemiological approach

The problem of psychiatric troubles in women during pregnancy and delivery has been widely treated in the specialized literature, because their frequency is indeed rather high.

In regard to post partum psychiatric morbidity for instance, according to *Hamilton* (1962), we can expect that one psychiatric illness occurs in a mother in one pregnancy out of a thousand. The pregnancy has an influence on the mental equilibrium, can reactivate old conflicts and can as such be the precondition of a psychiatric break-down. It is surprising, however, that this is not only the case for the woman, the mother, but also for the man, the father. The effects of pregnancy and processes of precreation which are related to the male have raised less interest in psychiatry. Nevertheless epidemiological studies in the past few years have shown that during the same period men have also shown a rather high psychiatric morbidity.

Thus, *Trethowan* and *Conlon* (1965) have drawn an inventory of certain aspects of the health of 327 husbands during the pregnancy of their wives, comparing them with a population of 221 married men whose wives were not pregnant. The difference in the frequency of health troubles was statistically significant, especially concerning such symptoms as loss of appetite, nausea, vomiting, and other functional gastro-intestinal disorders and interestingly enough toothache. The authors conclude that probably 11 % of fathers show psychogenetic symptoms in relation with the pregnancy of their wife. These manifestations seem to peak around the

* M. D., Assistant Professor, Department of Psychiatric Medical Faculty, University, Geneva, Switzerland

third or the fourth month of pregnancy. Phenomenologically the anxiety is expressed by fears about possible dangers of delivery. Furthermore it is interesting to note that the relation between the somatic symptoms mentioned and the pregnancy or the birth is not always admitted by the suffering subject. According to *Trethowan* and *Conlon* (1965), some of the symptoms found were simple somatic manifestations of anxiety; in others, the authors seem to see in them the work of mechanisms of conversion. Whatever it might be, anxiety or conversion, the authors have detected a significant statistic parallelism between the physical complaints and the psychopathological manifestations observed (like insomnia, irritability, depressive state, etc.) as well as between manifestations of anxiety and somatic disorders. In almost one third of the cases, the clinical picture disappears before the birth; on the other hand, in the other cases, the symptoms only disappear during or soon after the birth of the child.

It is clear that paternity can be considered as an effective stress in the positive and negative sense of the term, that is to say that this experience linked to the processes of procreation can enrich the personality of the male, but can also act as a factor of decompensation of a fragile mental equilibrium, or even of apparently stable equilibrium.

Besides the psychosomatic manifestations already mentioned, we found severe states of anxiety and depression (*Zilboorg*, 1931), hypochondriac states (*Freeman*, 1951), psychotic episodes (*Bucove*, 1964; *Towne* and *Afterman*, 1955). *Jarvis* (1962) published four very interesting cases in psycho-analytical treatment.

Clinical vignette

This was a male patient of 35 years, hospitalized at the beginning of the year 1966 at University Hospital Bel-Air in Geneva. In the clinical history, there appears nothing really exceptional. The patient was the son of an intellectual; he already was in his early childhood more intellectually advanced than children of his age. He presents characteristics which in a psycho-analytic theoretical framework could be described as a passive homosexual structure with the obsessional defences. In the discussion we had with his father, the father expressed actually his astonishment about the complete absence of revolt in his son. The patient, engineer, left his native town, Geneva, right after his studies, to settle in North Africa, far from the fatherly house. Married at the same time of the end of his studies, the patient was quite happy and relatively well-balanced while abroad. Since he was an extremely hard worker, he led a professional life full of successes. The political changes in his North African country obliged him to return first to France, then to his native town. Now that he was very near geographically to his father, his character-features deteriorated: he became more scrupulous, worried and morose. Between his father and

him there was a financial problem which threatened him to make dependent on his father. This was aggravated because his wife was expecting their fourth child. He could not help being very worried at the perspective of the birth of this child. He did daily exercises of relaxation together with his wife during her pregnancy. His wife, usually rather of the energetic type, was herself emotionally decompensating by becoming depressed and withdrawn during that pregnancy, which in fact was not desired. At the moment of birth, one could witness the beginning of delusional ideas of guilt towards his father and episodes of depersonalisation.

Once the psychotic episode was gone, the patient started a regular institutional psycho-therapy where he focused upon the topics of his lack of self-assertion, of his problems of aggressiveness towards his father and of his responsibility as a man. A catamnesis of six years demonstrates that this brief psycho-therapy, mostly concentrated on the working-through of his delusional experiences, has been profitable for him. This has allowed him to restructure himself in a manner which seems to be more adapted to reality, in his family life as well as in his professional activities.

Due to this observation, and similar ones, in about twenty other cases, I became interested in the topic of lack of masculine gender identity, as provoked by pregnancy and delivery. This cross-identification with wives was greatly facilitated in the case mentioned by the exercises of relaxation.

General commentary

A systematic study which was done by *Curtis* (1955) allows a better understanding of the finer psychology of these troubles. The investigation of *Curtis* deals with 55 men, members of a United States armed forces unit, whose wives were pregnant.

In his material he notes:

- 1) 17 cases of more serious mental troubles;
- 2) 14 cases presenting "minor problems";
- 3) balance of 24 subjects (control group of fathers in expectation) without evident psychiatric troubles.

This psycho-dynamic study gave him the possibility to work out the characteristics in each of these under-groups.

In particular:

- 1) In the first of the under-groups (for instance with suicidal subjects, or subjects suffering from major psycho-somatic troubles – for instance ulcerative colitis – or more severe disorders in behavior *Curtis* could detect vivid fantasies of rejecting the child. The subjects of this undergroup presented serious psychiatric disturbances in the past.
- 2) In the second under-group of subjects with troubles classified as minor, that is to say transitory psycho-somatic phenomena (as constipation,

diarrhoea, head-aches, etc.) and reactional psycho-neurotic states, he detected to his own surprise fears of being themselves pregnant. But these subjects could also see themselves as "loving good fathers".

3) In the third under-group, in the same test of drawings and free fantasizing, a stable self image appears of a valuable fatherly figure. The identification in competition with the pregnant woman and the child to be born are transitory and well tolerated without the appearance of fears or other symptoms.

More thorough psychological studies have indeed shown that the acquisition of the role and the identity of father is the predominant affective task of this period. Indeed this "affective learning" can be disturbed. We have already mentioned the importance of the affective delimitation between the part of the mother and that of the father. The affective delimitation is of course situated in the continuous line of the psychological evolution of the subject. It happens in an unconscious way and we can detect its effect at first in pathological cases, i.e. when mental troubles appear. Doubtless that any problem which is in connection with masculine identity of man is liable to make more complicated or more problematic the fulfilment of the task to assume the paternity without trouble. Other psychological factors, like for instance the jealousy towards the child to be born or the newly born, can be felt as a potential rival (*Towne and Afterman, 1955*), or other conscious motivations, or unconscious, can intervene at this stage. "We are accustomed to consider childhood, adolescence and the climacterium as stages of changes in the dynamic relations of the psyche", writes *Jarvis (1962)* and adds: "I suggest to equally consider the pregnancy as a crucial period for the man as well as for the woman". *Therese Benedek (1959)* speaks of this period of "parenthood" as a very important phase for the psychic evolution of the person.

Anthropological data

In this connection it is interesting to note that in civilizations different from ours (and in a similar way about the rite of the passage to adolescence), we found a great number of customs, the purpose of which is to help the male to take his new part. Since *Tylor (1889)*, the term "couvade" has been used to designate a number of customs in relation with the birth of a child. According to the definition of the "Littre", the word couvade derives from the verb "couver" (to brood, to hatch), and in the figurative sense "is still used in certain parts of France to describe the strange custom that once a woman has given birth, the husband goes to bed, takes the child and receives the congratulations of his neighbours". The "Grand Larousse" specifies that it is a term of bearnese origin and it adds: "The couvade has been widely practised in many barbaric populations

of the Antiquity and also by the Indians of America". Indeed the couvade is a very ancient custom which has been mentioned by several classical authors, *Strabo*, *Diodorus*, *Plutarque*, *Apolonius*, and *Valerius Flaccus* (cf. *Dawson*, 1929). We know, thanks to a very complete anthropological monography of *Dawson* (1929), that it is particularly spread among the Indians of South America, but its presence has also been noticed in North America, in California, in the Baltic regions, in the Basque regions, then in Africa and in Asia.

It was still recently observed in Holland (*Cohen*, 1949) and in France by *Abely* who writes in a personal letter addressed to me: "I was more particularly struck in the villages of the Reims mountains, in 1924, by this phenomenon that I found again three times in small agglomerations of wine-growers. After I had asked for some explication I was told that the case was usual in this part of France and that the couvade lasted about three days. I had found the same astonishing case later, in a rather isolated village of the Mayenne. The husband was lying in bed for three days after the confinement, next to his wife and the newly born, and was receiving the congratulations of his neighbours". He adds: "Of course, for anti-infectious prophylaxis measures, I forbid this practice, but without any hope of success".

The anthropologists make a distinction between:

- 1) a pre-natal couvade, also called "pseudo-maternal" (Männerkindbett) the aim of which is the magic transfer of the pains of birth of the mother to the person of the father, the father being supposed to feel the pains of the mother and to behave conformably to this supposition (to go to bed, to complain);
- 2) the post-natal or dietetic couvade where the father is considered as weak and sick for a certain period of time after the delivery, during which period he is in bed and undertakes a special alimentary diet.

As to the custom of couvade, *Freud* (1908) made a rapid reference to this ritual, as having the purpose for the father of contradicting the doubt about the paternity: "Again . . . one of my women patients happened upon the theory of 'couvade', which, as is well known, is a general custom among some races and is probably intended to contradict the doubts as to paternity which can never be entirely overcome. A rather eccentric uncle of this patient stayed at home for days after the birth of his child and received visitors in his dressing-gown, from which she concluded that both parents took part in the birth of their children and had to go to bed."

Later on, *Theodor Reik* (1914, 1931) in his book "The Ritual" republished his article "The couvade and the psychogenesis of the fear of retaliation" and gave a psycho-analytical interpretation of the couvade, in the sense of identification and ambivalence: he worked out the role of latent hostility in the relation from husband to wife. Other authors

(Jones, 1942; Roheim, 1955, etc) wrote as well about this subject. *Flugel* (1921) more than *Reik* accentuates the aspect of rivalry between husband and wife.

In my opinion, this phenomenon among others demonstrates the importance of feminine identification in man, as does the material of psycho-therapy quoted above. This feminine identification is naturally accompanied by guilt feelings for the envy of the wife's ability to bear a child (*Jacobson*, 1950).

I would like to quote the classical text on this subject by *Freud* (1923): "Among the observations made by psycho-analysis of the mental life of children there is scarcely one which sounds so repugnant and unbelievable to a normal adult as that of a boy's feminine attitude to his father and the phantasy of pregnancy that arises from it. It is only since *Senatspräsident Daniel Paul Schreber*, a judge presiding over a division of the Appeal Court of Saxony, published the history of his psychotic illness and his extensive recovery from it, that we can discuss the subject without trepidation or apology. We learn from this invaluable book that, somewhere about the age of fifty, the *Senatspräsident* became firmly convinced that God – who, incidentally, exhibited distinct traits of his father, the worthy physician, *Dr. Schreber* – had decided to emasculate him, to use him as a woman, and to beget from him 'a new race of men born from the spirit of *Schreber*'. (His own marriage was childless). In his revolt against this intention of God's which seemed to him highly unjust and 'contrary to the Order of Things', he fell ill with symptoms of paranoia, which, however, underwent a process of involution in the course of years, leaving only a small residue behind. The gifted author of his own case history could not have guessed that in it he had uncovered a typical pathogenic factor." And:

"*Senatspräsident Schreber* found the way to recovery when he decided to give up his resistance to castration and to accommodate himself to the feminine role cast for him by God. After this, he became lucid and calm, was able to put through his own discharge from the asylum and led a normal life – with the one exception that he devoted some hours every day to the cultivation of his femaleness, of whose gradual advance towards the goal determined by God he remained convinced."

In the ethnological literature we found several types of commentary which try to explain this custom (for a summary see *Haynal*, 1968). Whichever they are, it shows the participation of the male in the human reproduction, a participation which goes beyond the act of impregnation. We know that this participation is not specifically human; like already noted by *Cohen* (1949), the male pigeon hatches alternatively with the female pigeon, without regular periodicity, the same way does the finch with his female. We may also refer to the male hippocampus with his incubating pocket, the male stickleback, builder of nests, the male toad

which imitates the delivery, the quarreling quails, etc. It is evident that, on the human level, in all civilizations, the male is implicated in the social and individual phenomena which gather around the reproduction, and this mainly in the sense of a challenge which can further the evolution and a restructuring of the masculine gender identity.

Therapy

The knowledge of these facts, as well as the anthropological background, as the already mentioned psycho-pathological facts, can act as a sensibilizing factor for the comprehension of a certain form of minor and frequent psycho-pathology. The bibliography concerning psycho-therapeutic experiences shows well that sometimes simple measures of help (Curtis, 1955) can allow the disappearance of minor troubles (see also Redactional 1952). In most serious cases, it is possible that the psychic troubles have to be treated by a specialist; in relation we can quote one of our cases of a sexual impotence which had arisen in relation with the pregnancy of the wife which was rapidly cured by a focal brief psycho-therapy combined with hypnosis.

As in other fields the psychological comprehension and the transmission of this comprehension, the formulation of the problem in itself, can by themselves have sometimes a therapeutic effect. The example of the psycho-prophylactic confinement gives the proof that it is possible sometimes, with simple means, to master fears considered as very profound.

Die emotionale Bedeutung der Schwangerschaft für den Mann

André Haynal

Gegenstand dieser Arbeit sind die psychopathologischen Wirkungen von Schwangerschaft und Geburt auf den Mann, den Vater, die trotz relativer Häufigkeit (einer zitierten Untersuchung zufolge handelt es sich um ca. 11 % der Fälle) in der psychiatrischen Diskussion bislang geringe Beachtung fanden.

Diese für den Mann psychodynamisch hoch bedeutsame Entwicklungsphase stellt den Anspruch, in einem Prozeß affektiven Lernens Vater- und Mutterschaft innerlich voneinander abzugrenzen und die Identität des Vaters zu erwerben. Konflikte mit der männlichen Identität werden dabei verschärft und komplizieren den Vorgang.

Im Unterschied zu anderen Kulturen, die die mit der Übernahme der Vaterrolle verknüpften emotionalen Probleme mittels institutionalisierter Verhaltensschemata vorstrukturieren (der Autor diskutiert ausführlich den Brauch der Couvade), bleibt der Mann in unserer Gesellschaft seiner Unsicherheit und den andrängenden unbewußten Konflikten überlassen, so daß es gehäuft zu Manifestationen psychischer Dekompensation unter-

schiedlicher Schweregrade kommt, der prämorbidem Persönlichkeitsstruktur entsprechend.

Der Autor zitiert epidemiologische Daten, denen zufolge die Krankheitserscheinungen dieser Lebensphase die ganze Skala neurovegetativer und psychosomatischer Symptome bis zu Angstzuständen, Hypochondrie und paranoid-psychotischen Reaktionen umfassen.

Er findet im Zentrum der pathogenen Dynamik, die die Auseinandersetzung mit der Vaterrolle einleitet, die weibliche Identifikation des Mannes. Die Identifikation mit der schwangeren Frau und dem ungeborenen Kind kann von einem stabilen Ich angstfrei vorübergehend toleriert werden, während sie bei brüchiger männlicher Identität als bedrohlich empfunden und auf pathologische Weise abgewehrt werden muß. Zudem entfalten Motive wie Rivalität mit dem Kind, Gebärneid und diesbezügliche Schuldgefühle pathogene Wirksamkeit.

Abschließend werden therapeutische Maßnahmen diskutiert.

Literature

- Abely, P.* (1968): Personal Letter (Authorized for Publication)
- Benedek, Th.* (1959): Parenthood as a Developmental Phase. In: *J. Am. Psychoanal. Ass.* (7) 388–417
- Bucove, A.* (1964): Postpartum Psychoses in Male. In: *Bull. N.Y. Acad. Med.* (40) 961–971
- Cohen, G.* (1949): La Couvade. In: *Psyche (Paris)* (4) 80–93
- Curtis, H. L.* (1955): A Psychiatric Study of 55 Expectant Fathers. In: *U.S. Army Forces Med. J.* (6) 937–950
- Dawson, R.* (1929): *The Customs of Couvade* (Manchester: Univ. Press)
- Flugel, C. J.* (1921): *The Psychoanalytic Study of the Family* (London: Hogarth)
- Freeman, T.* (1951): Pregnancy as a Precipitant of Mental Illness. In: *Brit. J. Med. Psychol.* (24) 49–54
- Freud, S.* (1908): On the Sexual Theories of Children. Stand. Ed. IX (London: Hogarth, 1959)
- (1923): A Seventeenth Century Demonological Neurosis, Stand. Ed. XIX a.a.O., 1961
- Hamilton, J. A.* (1962): *Postpartum Psychiatric Problems* (St. Louis: Mosby)
- Haynal, A.* (1968): Le Syndrom de Couvade. In: *Annales médical-psychol.* (126) 539–571
- Jacobson, E.* (1950): The Development of the Wish for a Child in Boys. In: *Psychoanal. Study Child* (5) (New York: Int. Univ. Press)
- Jarvis, W.* (1962): Some Effects of Pregnancy and Childbirth in Men. In: *J. Am. Psychoanal. Ass.* (10) 689–700
- Jones, E.* (1924): Psychology and Childbirth. In: *Lancet* (242/1) 695–696
- Grand Larousse encyclopédique* (1960) Vol. 3 (Paris: Larousse)
- Littre, E.* (1962): *Dictionnaire de Langue Française*, Vol. 1 (Montecarlo: CAP)
- Plutarch* (1884): Theseus, Cap. 20, *Plutarchii Vitae Paralleleae*, Vol. 1, Ed.: *Sintenis, C.* (Leipzig: Teubner)
- Reik, Th.* (1914): Die Couvade und die Psychogenese der Vergeltungsfurcht. In: *Imago* (3) 409–455
- (1931): Couvade and the Psychogenesis of the Fear of Retaliation. In: *Ritual* (with an preface by *S. Freud*) (New York: Int. Univ. Press, 1946)
- Roheim, G.* (1955): The Couvade. In: *Magic and Schizophrenia* (Bloomington: Indiana Univ. Press, 1963)
- Redactional* (1952): Any Questions. In: *Brit. Med. J.* (2) 454, 555–556
- Towne, R. D.; Afterman, J.* (1955): Psychosis in Males Related to Parenthood. In: *Bull. Menn. Clin.* (19) 19–26

- Trethowan, W. H.; Conlon, M. F.* (1965): The Couvade Syndrome. In: *Brit. J. Psychiat.* (111) 57-66
- Tylor, E. B.* (1865): *Researches into the Early History of Mankind* (London: Murray)
- (1889): On a Method Investigating the Development and Institutions Applied to Laws of Marriage and Descent. In: *J. Anthropol. Inst.* (18) 254-256
- Zilboorg, G.* (1931): Depressive Reaction Related to Parenthood. In: *Am. J. Psychiat.* (10) 927-962

Author's address:
André Haynal, M. D.
Department of Psychiatry
Medical Faculty
University of Geneva
Switzerland

Das defizitäre Ich und die Schwangerschaft**

Dieta Biebel*

In einer Zeit, in der fast jede Schwangerschaft geplant ist, spielen Schwangerschaftsbeschwerden und deren Behandlung in der täglichen gynäkologischen Praxis eine bedeutende Rolle. Umso erstaunlicher ist es, daß trotz vieler Veröffentlichungen über die Psychosomatik in der Gynäkologie und Geburtshilfe sich nur wenige mit der Psychodynamik der gestörten Schwangerschaft befassen.

Die Autorin versucht, diese Lücke zu schließen und die Schwangerschaftsbeschwerden als Ausdruck einer gestörten Fähigkeit zur Regression, zur Abgrenzung und zur Symbiose aufgrund der eigenen gestörten Entwicklung in der Primärgruppe verstehbar und damit behandelbar zu machen. Im Zusammenhang damit wird die pränatale Symbiose, die Beeinflußbarkeit der Schwangerschaft und des ungeborenen Kindes dargestellt und die Frage nach dem „Angeborensein“ mancher Krankheiten neu beleuchtet.

Überraschenderweise finden sich in der Literatur nur sehr wenig Hinweise auf psycho-dynamische Aspekte der Schwangerschaft. *Grete Bibring* (1961) hat in einer großen Studie sehr differenziert die normale Schwangerschaft untersucht, jedoch nicht deren pathologische Prozesse. Gerade diese stellen sich in der gynäkologischen Praxis aber immer wieder als Probleme dar. *Grete Bibring* versteht die normale Schwangerschaft als eine schwere Reifungskrise des Lebens, vergleichbar derjenigen der Pubertät und der Menopause. Die Schwangerschaft stellt einen bedeutenden psychosomatischen Entwicklungsschritt dar, in der der somatische und der psychologische Aspekt sich wechselseitig beeinflussen. *Helene Deutsch* (1945) beschrieb, daß die schwangere Frau typischerweise ihr Interesse von der Umgebung weg nach innen auf sich selbst und ihre Phantasien wendet. Als charakteristisch dafür sieht sie den nach innen gekehrten Blick der Schwangeren an. Nach meinen Beobachtungen in der Schwangerenberatung beschäftigen sich die Frauen nach dem Bewußtwerden der Schwangerschaft intensiv mit dem eigenen Körper, erlauben sich die Erfüllung ihrer manchmal ausgefallenen Gelüste, z.B. nach breiiger Kost, nach Süßigkeiten, tragen leichte, weite Babykleidung, schlafen bis zu 14 Stunden und lassen sich gerne verwöhnen. Sie nehmen intensiven Kontakt zur eigenen Mutter auf, interessieren sich meist erstmals für ihre eigene Geburt und die Schwangerschaft der eigenen Mutter, für Babykleidung und Babypflege.

Dies weist auf eine Regression hin, die ebenso sehr die reife Sexualorganisation wie die Ich-Organisation betrifft. Mit der Frau geschieht etwas Neues. Es wächst etwas in ihr, unausweichlich wird ihre Wahrnehmung nach innen und außen, werden ihre Ich-Grenzen verändert, die

* Dr. med., Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Psychotherapeutin, Mitarbeiterin am Münchener Lehr- und Forschungsinstitut der DAP

** Vortrag gehalten auf dem 3. Kongreß der Internationalen Studiengemeinschaft für Pränatale Psychologie (ISPP), 25.-26. September 1975, Schloß Weidenkam/Starnberger See

Federn (1926) als peripheres Wahrnehmungsorgan auffaßt. *Helene Deutsch* (1945) beschreibt diese Veränderung im Sinne eines Aufreißen der Ich-Grenzen zum Kind hin, und zwar „durch den Anstieg des Narzißmus in der Schwangerschaft wird die Grenze zwischen Mutter und Kind aufgerissen“. *Winnicott* (1965) schildert diesen Vorgang von einem etwas anderen Aspekt her: Er sagt, daß ein Teil des Selbstes der Mutter auf das Kind, das in ihr wächst, verschoben wird. Dadurch wird eine projektive Identifikation möglich, die die Mutter befähigt, zu wissen, wie der Säugling sich fühlt, und ihm das zu liefern, was er braucht. Einen Schritt weiter gedacht, handelt es sich hier um ein Identitätsproblem. Die Frau muß ihre alte Identität erweitern, um zur Mutter werden zu können. Die Regression der Schwangeren beinhaltet eine Ich- und Identitätsdiffusion. Es müssen neue Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Vorstellungsinhalten und Bewußtseinssebenen hergestellt werden, ein Vorgang, der nach *Ammon* (1972) den kreativen Zustand im vollsten Wortsinne kennzeichnet. In diesem Sinne möchte ich die Schwangerschaft als einen schöpferischen Akt verstehen. „Der schöpferische Akt bringt die in Bewegung geratenen Momente des kreativen Milieus und die diesen Momenten entsprechenden Ich-Zustände der Person in eine neue Einheit. Er dient daher der erneuten Abgrenzung der Person und ihrer Identität und ist in diesem Sinne eine Handlung, die dem aktiven Austritt aus der frühkindlichen Symbiose entspricht.“ (*Ammon*, 1972)

Jeder kreative Prozeß hat einen Ablauf, der sich auch in der Schwangerschaft in bestimmten Phasen vollzieht. Die Schwangere erlebt sich zu Beginn ihrer Schwangerschaft in einem Zustand der Ungewißheit, eines Ausgeliefertseins an ein neuartiges, unbekanntes Geschehen. Die Gefühle, die sie erlebt, richten sich nicht auf eine neue konkrete Innerlichkeit, sondern auf ein diffuses Wissen um eine eingetretene Veränderung. In Hinsicht auf diesen diffusen Gefühlszustand der Schwangeren kann man von einer Schwangerschaftsphase des undifferenzierten Kindes sprechen. Einen wesentlichen Einschnitt in der Schwangerschaft stellt die Erfahrung der Frau dar, daß etwas durchaus Eigenständiges in ihr heranwächst, eine Erfahrung, die mit dem bewußten Erleben der Kindsbewegungen koinzidiert. Meiner Beobachtung nach hören Abtreibungsphantasien nach diesem Zeitpunkt fast schlagartig auf. Es beginnt eine Abgrenzung, die ihren konkreten Abschluß in der Geburt findet. Dieser Prozeß kann von zwei Seiten gesehen werden. Einerseits wird das Kind als ein eigenständiges wachsendes Wesen in die mütterlichen Ich-Grenzen integriert und andererseits wird diese Einheit gleichzeitig als duale erfahren. Durch diesen Prozeß wird die Schwangere zur Mutter eines noch Ungeborenen.

Die Schwangere und werdende Mutter ist angesichts dieses schwierigen, ihre Identität verändernden und erweiternden Prozesses auf eine freundlich gestattende Umwelt im Sinne eines facilitating environment, wie *Winnicott* es beschrieb, angewiesen.

Vorbedingung ist eine die Identitätsentwicklung unterstützende und gestattende Primärgruppe der werdenden Mutter. Nur wenn ihre eigene Mutter in der entscheidenden Zeit der Schwangerschaft und der ersten Lebensjahre im Rahmen der schützenden Symbiose dem Kind als Hilfs-Ich fungiert hat und durch adäquates Reagieren auf alle seine Bedürfnisse ihm eine eigene allmähliche Entwicklung und Differenzierung seiner Ich-Funktionen erlaubt hat, kann das Kind diese konfliktfrei anwenden und sich abgrenzen und sich schließlich als Persönlichkeit im eigenen Recht erleben (*Ammon*, 1972). Ist die Mutter dazu nicht in der Lage, dann erfährt das Kind in der entscheidenden Phase des primären Narzißmus eine reale Schädigung, die *Ammon* als narzißtisches Defizit bezeichnet und die durch alle Entwicklungsstufen hindurch bemerkbar bleibt. Art und Größe des Defizits hängen von der Pathologie der Mutter oder der umgebenden Gruppe ab. Wenn nur Teilaspekte des Kindes, nicht aber das Kind als eigenständige Person akzeptiert wurden, bleiben Bereiche des Kindes mangelhaft nach innen und außen differenziert und es resultieren Störungen der Ich-Grenzen und des Ich-Gefühls. Damit droht dem Kind dauernd eine Überflutung durch Nicht-Ich-Inhalte von außen und innen. Um überleben zu können, muß es deshalb wesentliche Ich-Funktionen weiterhin an die Mutter oder die Primärgruppe delegieren. Erfahrungsgebiete werden als Ich-fremd abgespalten und verleugnet. Dadurch bleiben wesentliche Teilbereiche der in den ersten Lebensjahren lebensnotwendigen Symbiose weiter bestehen. Diese symbiotische Abhängigkeit wird unbewußt später auch mit anderen Personen, z.B. Partnern und Kindern wiederhergestellt und somit die Entwicklung einer eigenen Identität verhindert. Bei Belastungen, wie sie die Schwangerschaft darstellt, und bei Trennungen, z.B. bei der Geburt, wenn die symbiotische Stütze wegfällt, wird der erfahrungsunfähige Bereich offen und das Ich wird von der Desintegration bedroht. Um eine Identitätsdiffusion abzuwehren, wird das narzißtische Defizit mit Symptombildung ausgefüllt, wie *Ammon* (1974) das exemplarisch für die psychosomatische Krankheit beschrieb. Ursache dafür ist, daß die Mutter, die den für eine gesunde Entwicklung des Körper-Ichs notwendigen Körperkontakt nicht geben kann, das Kind nur akzeptieren kann, wenn es krank ist. Das entwickelte psychosomatische Symptom dient so der Kommunikation mit der Mutter. Wiederholt konnte ich beobachten, daß ein psychosomatisches Symptom, z.B. eine jahrelang bestehende, quälende Migräne oder epileptische Anfälle schlagartig ohne jede Medikation während der Dauer der Schwangerschaft verschwanden, so als ersetzte die Schwangerschaft in ihrem Kommunikationscharakter das vorher bestehende Symptom. Die Frauen fühlten sich gesund und existent wie nie vorher in ihrem Leben.

Zilboorg (1929) und *Helene Deutsch* (1945) warnen davor, eine glückliche und symptomfreie Schwangerschaft als ein gutes Zeichen zu betrachten. Sie meinen, daß solche Frauen sich selbst beweisen wollen, daß die

sich in ihrem Körper abspielenden Vorgänge sie nicht beeinflussen können und sie eine brillante Schwangerschaft für ihr Selbstwertgefühl brauchen. *Zilboorg* zählt sie zu den aggressiv maskulinen Frauen, für die der Wunsch nach körperlichem Besitz eine große Rolle spielt – wobei sich hinter dem Wunsch der alte Penisneid verbirgt. Diese Ansicht vertritt auch *Freud* (1917), wenn er meint, daß man bei diesen Frauen nur tief genug in der Neurose forschen müsse, um nicht selten auf den verdrängten Wunsch zu stoßen, einen Penis wie der Mann zu besitzen. „Dieser Wunsch kann auch durch den intensiven Wunsch, ein Kind zu besitzen, ersetzt sein. Es ist, als ob die Frauen unbewußt begriffen hätten, daß die Natur dem Weibe das Kind zum Ersatz für das andere gegeben hat, was es ihm versagen mußte.“ Als Bestätigung dafür führt *Freud* an, daß in der Symbolsprache des Traumes wie auch des täglichen Lebens Penis und Kind durch das gleiche Symbol, und zwar: das Kleine, ersetzt werden können.

Ich meine, daß das zugrundeliegende gestörte Selbstwertgefühl dieser Frauen nicht nur mit dem Penisneid erklärt werden kann, sondern daß dieser, wie *Pohl* (1972) dies für den Kastrationskomplex in Zusammenhang mit dem Konversionssymptom beschrieb, als Äußerung eines jüngeren Ich-Zustandes, sich einem archaischen Ich-Defizit aufpfropft. „In der Inszenierung der eigenen Wertlosigkeit gelingt es, eine narzißtische Lücke reparativ zu füllen, die aufgrund der narzißtischen Bedürftigkeit der Mutter erlitten wurde.“ Wie beim psychosomatischen Symptom kann die Schwangerschaft in manchen Fällen an deren Stelle treten.

Mein Anliegen ist es zu zeigen, wie im Vergleich zur normalen Schwangerschaft, die zu einer Identitätserweiterung über einen Übergangszustand der offenen Ich-Grenzen führt, die Schwangerschaft bei schwerer Ich-kranken Patientinnen, als welche ich die Patientinnen mit narzißtischem Defizit verstehe, zur schweren Identitätsbedrohung führen kann, da durch die mit der Schwangerschaft einhergehende Regression archaische Ängste mobilisiert werden. Die Schwangerschaftsbeschwerden können dabei als Ausdruck und als Abwehr der drohenden Desintegration verstanden werden.

Anhand eines Fallbeispiels sollen diese Aspekte verdeutlicht werden im Zusammenhang damit, daß die Schwangerschaft einen Restitutionsversuch darstellt, der scheitern muß, weil die pathologische Mutter-Kind-Situation wiedererlebt und mit dem werdenden Kind wiederhergestellt wird. Wenn eine veränderte umgebende Gruppe aber auf die Bedürfnisse der Schwangeren verstehend und unterstützend eingehen kann, kann der werdenden Mutter eine nachholende reifende Entwicklung ermöglicht werden.

Im April rief mich in der Schwangerenberatungsstelle eine befreundete, erfahrene 50jährige Fachkollegin an und bat mich um einen Gesprächstermin für eine 34jährige Patientin, die in der 31. Woche schwanger war und deren Schwangerschaft sie bis jetzt betreut hatte, da sie sich keinen

Rat mehr wußte. Nach Meinung der Kollegin war der bisherige Schwangerschaftsverlauf bis auf verstärktes Erbrechen und Blasenbeschwerden unauffällig gewesen. Drei Wochen vor dem Anruf war der Ehemann der Patientin wegen einer Schnittwunde am rechten Knie, die er sich am Abend eines gemeinsamen Skiwochenendes zugezogen hatte, in ein auswärtiges Krankenhaus gebracht worden. Drei Tage später hatte er eine Lungenembolie mit therapieresistenter Infarktpneumonie bekommen. Seit diesem Ereignis sei die Patientin „völlig auseinander“.

Wie ein kleines verschüchtertes Mädchen, dabei voller Mißtrauen, saß die Patientin zwei Tage später in meinem Wartezimmer. Sie sagte mir sofort, sie käme nur zu mir, weil ihre Gynäkologin sie hierher geschickt habe und sie zu ihr Vertrauen habe. Im Sprechzimmer erlebte ich die Patientin wie einen breiig zerfließenden Kloß, ungeheuer fordernd und alle Fragen und alle Angebote abwehrend. Ganz nebenbei erwähnte sie die seit Tagen bestehenden vorzeitigen Wehen und die sie quälenden Rückenschmerzen. Im Vordergrund stand die Angst, daß beim nächsten Klingeln des Telefons in meinem Sprechzimmer ihr die Mitteilung gemacht würde, daß ihr Mann, der seit Tagen Blut hustete, gestorben sei. Dabei sprach sie von ihm in der Vergangenheitsform, so als wäre er bereits tot. Seit Beginn seines Krankenhausaufenthaltes litt sie unter diffusen Angstzuständen, besonders in der Dämmerung und beim Autofahren. So konnte sie ihren Mann nur selten besuchen und dies nur in Begleitung eines Arbeitskollegen und nur in dessen Auto.

Nach dem Schwangerschaftsverlauf befragt, meinte sie, daß sie noch nicht wisse, ob „es“ – und dabei deutete sie mit dem Daumen auf ihren Bauch – überhaupt zur Welt käme, weil man nicht wisse, ob nicht noch etwas passiere, deshalb hätte sie auch noch gar nichts vorbereitet. Während sie mir dann in ihrer verschwommenen, von aggressiven Fragen unterbrochenen Art von ihren Abtreibungsüberlegungen, von ihren Schlafstörungen, dem wiederaufgetretenen Erbrechen und ihrem Gefühl, in Wirklichkeit gar kein Kind zu bekommen, berichtete, bemerkte ich, wie ich mich mit den Füßen unwillkürlich gegen den Schreibtisch stemmte und mit dem Rücken gegen die Sessellehne. Von der Patientin ging ein starker Sog aus. Jedesmal, wenn ich die Patientin mit einer ihr anscheinend unangenehmen Frage oder Bemerkung unterbrach, lehnte sie sich zurück, legte die Hand auf ihren Bauch und klagte: „man stößt“. Zu den Routineuntersuchungen, wie Messen des Bauchumfangs und Hören der Herztöne, mußte ich sie jedesmal mindestens zweimal auffordern und auch dann ließ sie es nur widerwillig geschehen und konnte die lauten Herztöne wiederholt nicht hören. Ähnlich hatte sie die Kindsbewegungen erst vier Wochen später als üblich wahrnehmen können.

Ihre Mutter schilderte die Patientin als eine sehr tüchtige, hart arbeitende, dabei vornehme und sehr auf Sauberkeit bedachte Frau. Sie hatte ihre Tochter während der ersten 1^{1/2} Jahre nicht selbst versorgen können,

da sie seit der Geburt ihres Kindes an beiden Händen Ekzeme hatte und befürchtete, damit ihr Kind anzustecken. Sie überließ deshalb die körperliche Pflege ihrer eigenen Mutter und ihrer wesentlich älteren Schwester. Da sie ständig um das Leben ihrer Tochter bangte, überwachte sie jede Äußerung des Kindes und die Einhaltung eines Schemas, wann und wie oft z.B. die häufigen Bäder und die Fütterung durchgeführt werden mußten.

Der Vater hatte beim ersten und einzigen Fronturlaub eine Stoffpuppe mitgebracht, die sie angeblich nie losließ. Als die Mutter diese, weil sie ihr zu dreckig geworden war, verbrannte, reagierte die Patientin im Alter von 3 Jahren darauf mit tagelangem hohem Fieber. Außerdem hatte der Vater der Patientin einen chromblitzenden Kinderwagen geschenkt, der der Mutter verhaßt war. Als sie 10 Monate alt war, fiel der Vater im Krieg. Obwohl sein Freund mit der Todesnachricht auch dessen persönliche Dinge überbrachte, leugnete die Mutter seinen Tod und zwang die Tochter, jahrelang auf die Rückkehr des Vaters zu warten.

Als die Patientin ein Jahr alt war, starb die betreuende Großmutter. Nach der Flucht im Alter von $1\frac{3}{4}$ Jahren kam die Patientin auf einen Bauernhof und fand im Bauern einen Beschützer gegen die überängstliche und verbietende Mutter. Im Alter von 4 Jahren bekam sie von ihm ein Kälbchen geschenkt. Als dieses später, weil es nicht wachsen konnte, geschlachtet wurde, reagierte sie wieder mit hohem Fieber, das über Tage anhielt. Keines der Tiere, die ihr später geschenkt wurden und mit Rücksicht auf ihre angebliche Sensibilität nicht mehr getötet wurden, hatte sie so lieb wie ihr totes Kälbchen.

Als einzigen treuen Freund in ihrer gegenwärtigen Verlassenheit erlebt sie ihren Vierbeiner, eine Katze ohne Namen, von der die Patientin ebenfalls in der man-Form sprach, z.B. „man stößt gegen den Bauch“. Die Katze hatte ihr Mann ihr als „kleinen Dreck mit Schwanz“ zum Geburtstag geschenkt. Wegen des schlechten Zustandes der Katze war sie sofort zum Tierarzt gegangen, der dem Tier keine Chance durchzukommen gab. Trotzdem machte er ihr Ratschläge, die die Patientin gewissenhaft befolgte und das Kätzchen gedieh. Von ihr wollte die Katze nur gefüttert und gebürstet werden, während sie ihren Ehemann durch Maunzen zum Sprechen mit ihr veranlaßte. Das Schreien der Katze hatte die Patientin so sehr gestört, daß sie sie sterilisieren ließ. Sie durfte die Wohnung nicht verlassen und das Schlafzimmer nicht betreten. Um ihr das Öffnen der verbotenen Türen abzugewöhnen, hatte die Patientin zusammen mit ihrem Mann die Türklinken unter Strom gelegt.

Die nächsten 5 Gespräche begann die völlig aufgelöste Patientin jeweils aggressiv und vorwurfsvoll mit den Worten: jetzt ist mir schon wieder auf dem Weg zu Ihnen der Totenwagen begegnet. Die Frage nach dem Warum beschäftigte sie so sehr, daß sie sich mit ihrer Mutter in Verbindung setzte, mit der sie den Kontakt sonst aufs Äußerste beschränkte,

um mit ihr darüber zu sprechen. Der Mutter war die Angst der Patientin völlig unverständlich, weil sie früher oft und gerne auf dem Friedhof gespielt hätte. Die Patientin wagte nie, ihre Mutter direkt etwas zu fragen, aus Angst, bei ihr einen eventuell tödlichen Herzanfall auszulösen. So hatte sie auch nie die Ungewißheit um eine angeblich vor ihr geborene und verstorbene Schwester klären können.

Bei der nächsten Sitzung berichtete die Patientin von einem französischen Fernsehfilm über die Geburt. Daraus erinnerte sie: ein schmerzverzerrtes Frauengesicht und ein dreckiges Baby, „das aber nicht richtig dreckig war, sondern normal schmutzig“. Sie war tief beunruhigt, weil dadurch ein nicht stillbares Weinen ausgelöst worden war. Während sie mir berichtete, flossen unaufhaltsam Tränen.

Das äußere Erscheinungsbild der Schwangeren wurde zu dieser Zeit immer infantiler. Das Gesicht wurde runder, pastöser, verlor gleichsam die Konturen, wurde ausdrucksloser, die sonst glatt zurückgekämmten Haare standen wirr um den Kopf, mitten auf dem Scheitel war eine große rote Schleife gebunden, die Finger und Hände waren dick geschwollen und glichen Babyfingern, die sonst damenhafte Kleidung hatte die Patientin gegen ein Hängerchen mit Spielzeugente auf der Brust eingetauscht. In dieser Zeit ging sie täglich mit den Lehrjungen ihres Betriebes schwimmen und brachte als nächste schockierende Nachricht, daß einer von ihnen vor ihren Augen beinahe ertrunken wäre.

Da die Wehentätigkeit trotz der Medikamente zu einer Öffnung des Muttermundes von 3 cm führte, wurde ein stationärer Aufenthalt nötig. Die intensive Beschäftigung der Schwestern mit dem werdenden Kind, das tägliche Abhören und Aufschreiben der kindlichen Herztöne, der Kontakt mit anderen Schwangeren und mit den Neugeborenen auf der Station führten bei der Patientin dazu, daß sie mit dem Kind zu sprechen begann, das für sie aber immer noch namenlos war, während es für ihren Mann „das Bärbelchen“ war. Der Name der Patientin war Barbara.

Nach der Entlassung klagte sie über Sodbrennen, schmerzhaftes Kindsbewegungen und Atemnot. Sie wirkte insgesamt aktiver, konfigurierter und war adretter gekleidet. Es beunruhigte sie, daß die Katze das Kinderbettchen, das ihr ein Arbeitskollege geschenkt hatte, zu ihrem Schlafplatz ausgesucht hatte. Sie befürchtete, daß das Kind nach der Geburt von der Katze erdrückt werden könnte.

Die überraschend leichte Entbindung fand wenige Tage nach dem errechneten Geburtstermin kurz nach meiner Rückkehr von einem zehntägigen Urlaub statt. Unmittelbar vor meinem Urlaub war der Ehemann der Patientin auf unsere gemeinsame Initiative hin in dasselbe Krankenhaus verlegt worden.

Die Patientin machte vom ersten Moment des Kennenlernens in der Praxis der Kollegin und in der Schwangerenberatung ihre behandelnden Ärztinnen zu Mitspielern eines Psychodramas, indem sie die patho-

logische Gruppensituation ihrer frühesten Kindheit wiederherstellte. Ihre Mutter, die sie wegen des Ekzems der Großmutter zur Pflege überließ, übertrug sie auf meine Kollegin, die mir die Schwangere übergab. Später erlebte sie mich als ihre Mutter, als ich sie wegen der drohenden Frühgeburt der Klinik mit den Kreißsaalschwestern überließ. Die aktuelle Konfliktsituation wurde dadurch ausgelöst, daß der mit der Patientin symbiotisch verklebte Ehemann aus Angst vor der drohenden Ankunft eines Rivalen in der Symbiose genau zu dem Zeitpunkt, als das werdende Kind lebensfähig war, sich mit einer banalen Verletzung in die Klinik flüchtete und dort ein Vierteljahr zum Totkranken wurde. Zuvor hatte er der Patientin gegenüber die Rolle einer schenkenden Vater-Mutter innegehabt. Nach seiner Klinikaufnahme fühlte sich die Patientin so verlassen, daß sie ihn als Ekzem Mutter erleben mußte und nun analog zu ihrer ständigen Furcht vor dem Tod ihrer Mutter durch Herzinfarkt den Tod des Ehemannes durch Lungeninfarkt befürchtete.

Die Patientin wollte selbst das kleine Bärbelchen sein und bleiben und hatte das Kind nur empfangen, weil ihr Mann es an der Zeit fand. In ihrer Angst setzte sie es mit ihren frühesten Übergangsobjekten gleich: der dreckigen Puppe und dem nicht wachsenden Kälbchen. Diese hatte sie von den positiv erlebten Vaterfiguren erhalten, hatte aber erleben müssen, daß sie ihr weggenommen wurden, als sie sie lieb gewonnen hatte. So durfte sie auch ihr Kind nicht behalten. Anfangs versuchte sie durch häufiges Erbrechen und Wasserlassen ihr Kind loszuwerden, dann beschäftigte sie sich damit, es abtreiben zu lassen. Anschließend verleugnete sie seine Existenz durch Nicht-Wahrnehmen von Kindsbewegungen und Nicht-Hören der lauten Herztöne. Dann bekam sie Wehen, die zur Öffnung des Muttermundes führten. Im späteren Stadium der Schwangerschaft überwog die Angst, das Kind nicht gebären zu können. Ihrer Katze hatte sie das Verlassen der Wohnung durch Installation von elektrischem Strom verwehrt. Sie selbst hatte auf dem Bauernhof das Zimmer nicht verlassen dürfen, da draußen angeblich Lebensgefahr drohte. Im Bild des Leichenwagens phantasierte sie sich als Leichenwagen für ihr totes Kind. So mußte die Patientin auch ihre lebensverbietende Mutter erlebt haben. Diese hatte ihr ein Heraustreten aus der frühkindlichen Symbiose und damit eine Abgrenzung von ihr nicht gestattet. Zeitweise wußte die Patientin nicht, wer sie war, ob ihre Mutter, sie selbst, das dreckige Baby, oder aber ihr eigenes werdendes Baby. Entsprechend stellte sie mit den behandelnden Ärzten eine symbiotische Beziehung her, in der sie diese mal in der Rolle der Mutter, mal in die des Foeten drängte. Ebenso hatte sie auch ihren Ehemann anfangs als gute Vater-Mutter, dann als verlassende Ekzem-Mutter und schließlich als todkrankes Kind im Klinikbauch erleben müssen. Diese beschriebene Psychodynamik kennzeichnet die Identitätsdiffusion der Patientin. Sie wurde hervorgerufen durch die Regression auf die Stufe des werdenden Kindes und die Unfähigkeit sich abzu-

grenzen. Als Folge der pathologischen Haltung ihrer eigenen Mutter mußte sie jeden eigenen Schritt als vom Tode bedroht erleben. Im Gegensatz zur gesunden Schwangeren konnte sie die Schwangerschaft anfangs nicht als kreative Erweiterung ihrer Identität erleben, sondern mußte das werdende Kind als Abwehr gegen die drohende Desintegration ihres Ichs benützen. Dabei projizierte sie ihre eigenen großen Verlassenheitsängste und alle bösen Anteile auf das Kind und versuchte sie via Kind von sich abzuspalten. Damit stellte sie in Identifikation mit ihrer eigenen Mutter genau die Situation mit dem Kind wieder her, die sie selbst als krankmachend erlebt hatte.

Ob bei einer so bedrohten Schwangerschaft das Kind in einer feindseligen Symbiose gehalten, abgetrieben oder getötet wird, hängt von dem Ausmaß der Identitätsbedrohung der Mutter ab, so daß man auch sagen könnte, daß ein Kind nur so weit leben kann, als es ihm die Mutter in ihrer Pathologie gestatten kann.

Mark Tuovinen (1972) meint seinen Forschungen entnehmen zu können, daß ein Kind immer dann getötet wird, wenn die Mutter eine Objektbeziehung zu ihm nicht mehr aufrechterhalten kann.

Der Schwangerschaftsverlauf meiner Patientin zeigt, daß dann, wenn es gelingt, Kontakt zu halten und dadurch eine Objektbeziehung nach außen aufrechtzuerhalten, die drohende Identitätsdiffusion verhindert werden kann.

Mark Tuovinen (1972) beschreibt als wichtigste Eigenschaften der normalen Mutterschaft 1. die Elastizität, d.h. fähig zu sein zu einer bestimmten Art von normaler Regressivität, und 2. die Fähigkeit, auf non-verbalem Weg den Zustand des Kindes und seine Bedürfnisse zu erfahren, und bezeichnet dies als die Fähigkeit zur Symbiose.

„Das bedeutet eine paradoxe Polarisierung in der Persönlichkeit der Mutter: sie muß den Mut haben, die totale Abhängigkeit des Kindes von ihr zu sehen und ihre eigene Abhängigkeit gegenüber dem Kind zu fühlen, aber sie muß sich zugleich so weit als möglich als Mutter verhalten, indem sie den Bedürfnissen des Kindes adäquat antwortet.“

Diese Abgrenzungsfähigkeit ist die Voraussetzung einer gelingenden Symbiose mit dem Kind. Sie ist meiner Meinung nach auch die Voraussetzung einer gelingenden Behandlung der werdenden Mutter. Gerade durch die Regression ist bei der Schwangeren eine erhöhte Bereitschaft und damit eine Möglichkeit zur Veränderung im positiven Sinn gegeben. Durch eine verstehende und stützende umgebende Gruppe kann eine reifende nachholende Entwicklung möglich werden, wobei eine bedeutende Rolle dem Verhalten des Ehemannes zukommt. *Grete Bibring* (1961) hält sie für gelungen, wenn sich die Schwangere am Ende der Schwangerschaft als adäquate Kollegin von der eigenen Mutter abgrenzen und als vollwertige Partnerin ihres Mannes erleben kann. Ihre neue Identität ermöglicht ihr dann den schwierigen Vorgang der Geburt, nämlich

sich von dem Kind zu trennen und es gleichzeitig als Menschen in eigenem Recht anzunehmen.

Abschließen möchte ich mit der Beschreibung einer kleinen Szene, die sich drei Wochen nach der Geburt des Säuglings in meinem Sprechzimmer abspielte. Der Säugling wiederholte das Schicksal seiner Mutter, die als Baby von ihrer ekzemkranken Mutter nicht angenommen werden konnte und so Zuflucht bei Ersatzmüttern nehmen mußte. Wegen stundenlangen Schreiens trotz Nahrung und trockener Windeln brachte die Patientin zusammen mit ihrem Ehemann das Kind zu mir in die Schwangerenberatung. Bei der Untersuchung blickte der vor sich hinbrabbelnde Säugling auffallend lebhaft um sich. Anschließend wickelte ihn die Mutter und wollte ihn, da er unruhig geworden war, auf den Bauch ins Bettchen legen. Da robbte das 3 Wochen alte Kind unter großer Anstrengung ihr aus den Händen zum oberen Teil des Bettchens zu den schützenden Händen des Vaters, wo es sich unter dessen beruhigendem Zureden entspannt hinlegte.

The Deficitary Ego and Pregnancy

Dieta Biebel

In her paper the author describes the psychodynamics of normal and pathological pregnancy. She refers to *Ammon, Deutsch, Federn, Winnicott* et al.

During the process of normal pregnancy the mother regresses and becomes able to include the foetus in her ego demarcations. In a creative act she later on demarcates from the still unborn child finding a new identity as a mother.

This process must be understood in a double sense: on the one hand the child is a living being within the ego-boundaries of the mother, on the other hand this unit is experienced by the mother as dual. Important for this experience are the consciously experienced movements of the child within the mother's body. The difficult process of changing and finding a new identity must be supported by a facilitating environment (*Winnicott*).

The future mother must also have been allowed in her childhood to demarcate from her own mother. If this was not possible, disturbances in ego-development, in the sense of a narcissistic ego deficit (*Ammon*) will occur, the gravity of which is dependent on the degree of the mother's pathology and the surrounding group. Pregnancy might in its communicative character, similar to the dynamics of a psychosomatic symptom, close the narcissistic deficit for some time.

In a case study of a prepsychotic pregnant woman the author shows how the deficient ego is threatened by desintegration in the process of

regressing. The pregnant mother used the child as a defense against this threat and projected her immense fears of abandonment on the child in the sense of splitting. She repeated exactly the experiences of her own early childhood.

Finally, the author shows ways of psychotherapeutic understanding and treatment.

Literatur

- Ammon, G.* (1972): Kreativität und Ich-Entwicklung in der Gruppe. In: *G. Ammon* (Hrsg.): Gruppendynamik der Kreativität (Berlin: Pinel-Publikationen)
– (1973): Dynamische Psychiatrie (Darmstadt und Neuwied: Luchterhand)
– (1974): Psychoanalyse und Psychosomatik (München: Piper)
Bibring, G. (1961): A Study of the Psychological Processes in Pregnancy and of the Earliest Mother-Child-Relationship. In: *Psychoanal. Study Child* (16)
– (1965): Some Specific Psychological Tasks in Pregnancy and Motherhood. 1er Congrès International de Médecine Psychosomatique et Maternité (Paris)
Deutsch, H. (1945): The Psychology of Woman, vol. 2
Federn, P. (1926): Einige Variationen des Ich-Gefühls. In: *Intern. Z. Psychoanal.* (12) 263–274
Freud, S. (1917): Über Triebumsetzungen insbesondere der Analerotik. *Ges. Werke* Bd. X (London: Imago)
Pohl, J. (1972): Konversion und psychosomatische Symptombildung. In: *Dyn. Psychiat.* (17) 286
Winnicott, D. W. (1965): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt (München: Kindler)
Zilboorg, G. (1929): The Dynamics of Schizophrenic Relations related to Pregnancy and Childbirth. In: *Amer. J. of Psychiat.* (8) 9

Adresse der Autorin:
Dr. med. Dieta Biebel
Am Stutenanger 10
8042 Oberschleißheim

Psychosomatic Aspects in Pregnancy and Neurological Disorders – A Psychotherapeutic Approach**

Nicholas Destounis*

Der Autor setzt sich im folgenden mit Gebieten auseinander, die zu Unrecht bislang am Rande des wissenschaftlichen Interesses standen, der psychotherapeutischen Betreuung von schwangeren Frauen bis zur Geburt und der psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung neurologischer Erkrankungen, wozu die Epilepsie, die multiple Sklerose und die Parkinsonkrankheit beispielhaft ausgewählt werden.

Destounis geht in seinem Ansatz über ein rein individuumzentriertes Konfliktmodell hinaus und sieht ähnlich wie in der Berliner psychoanalytischen Schule den Patienten als Schlüsselfigur eines zwischenmenschlichen Konflikts in der Gruppe. Beide verbindet eine klare, strukturierte methodische Therapiekonzeption.

Die Arbeit beruht auf der Erfahrung in der Betreuung von über 150 Frauen über einen Zeitraum von 15 Jahren. 96 % der Frauen haben ein gesundes Kind geboren. Der psychotherapeutische Ansatz basiert auf einem psychoanalytischen Konzept der Arbeit mit Übertragung und Widerstand und der Technik der freien Assoziationen, wobei aber der therapeutische Prozeß von seiten des Therapeuten stark strukturiert wird. Bei aller auf den ersten Blick etwas formalen Strukturierung ist der Autor aber in seiner therapeutischen Praxis bemüht, der Eigenart der Einzelpersönlichkeit durch flexible Handhabung des therapeutischen Vorgehens gerecht zu werden. Ein ausgesprochener Bezug zu einem strukturellen Konzept der Identitätsproblematik der Schwangerschaft wird vom Autor nicht hergestellt. Der Prozeß der Schwangerschaft und ihre Bedeutung im interpersonellen Geschehen der Familiengruppe wird wohl gesehen, aber nicht problematisiert. Die Rolle des Therapeuten ist in erster Linie eine Ich-stützende, eine Funktion, die offensichtlich die Kleinfamilie in ihrer heutigen Form in der Situation der Schwangerschaft nur schwer übernehmen kann.

Der psychosomatisch-psychotherapeutische Ansatz bei der Behandlung neurologischer Erkrankungen verlangt vom Therapeuten eine über die übliche psychotherapeutische Situation hinausgehende Aufgabe. Der Therapeut muß gleichzeitig profundes neurologisches Wissen, Kenntnis der krankheitsspezifischen Abwehrstruktur und die psychogenetische und familiendynamische Situation gleichermaßen in die Behandlung miteinbeziehen.

Am Beispiel dreier Erkrankungen, der Epilepsie, der multiplen Sklerose und der Parkinson-Erkrankung stellt der Autor seine Behandlungsstrategie dar.

Basierend auf einer Konzeption des Ichs, auf das der Autor aber nicht weiter eingeht, wird herausgestellt, daß die Aufgabe des Psychotherapeuten in erster Linie die ist, die verbliebenen intakten und konstruktiven Ich-Funktionen des Patienten zu unterstützen. Gleichzeitig soll die organische Krankheit als eine Realität vom Patienten angenommen und akzeptiert werden. Am Beispiel der multiplen Sklerose wird die Bedeutung des psychogenetischen Aspekts der neurologischen Erkrankung klar herausgestellt. Bei der multiplen Sklerose ist der Krankheitsausbruch immer wieder zurückzuführen auf den Verlust eines ambivalent geliebten Objekts.

* Prof. M.D., D.Sc., F.R.M.S., F.I.C.P.M., M.R.C.Psych. Albert Einstein College of Medicine, N.Y., Pace University, N.Y., Harlem Valley Psychiatric Center, N.Y., President. Hellenic Society of Psychosomatic Medicine

** Communications delivered at the 3rd Congress of the International College of Psychosomatic Medicine, Rome, Sept. 16–20, 1975 and at the South-East European Neuropsychiatric Congress on Psychosomatic Medicine, Thessaloniki-Greece, October 8–22, 1975

In the first part of my communication, I shall present my experiences of the past 15 years with the subject. The central thesis of this paper is that psychotherapy reduces the incidence of the complications of pregnancy. If we are to accept *Deutsch*' theory of communication that, "the body as a whole can be looked upon as an instrument of communication receiving, evaluating, and transmitting messages" a pregnant woman, in my opinion, elaborates the messages not only from the ovum in her uterus, but from every tissue in her body. This I call an esoteric cycle of stimulation. But, the pregnant woman is also under the constant influences of her cosmos (family, community, culture, etc.), this I call exoteric cycle of stimulation.

As the pregnancy progresses, complex psycho-physiological changes take place. The psychological reactions are, on the one hand, a reflection of the increase and considerable fluctuation of certain hormonal substances in the blood, the outcome of her pre-pregnant personality structure, and the strength of her ego on the other.

Psychotherapeutic approach

The interview consisted of a tape recorded (45-60') and included the collection of blood for serological studies (*Rose-Waaler-test*), and the evaluation of 17-ketosteroid and 17-hydroxy-corticoids. The *Rose-Waaler-test* is based upon findings that the blood of patients with diseases of collagen tissue is characterized by its ability to agglutinate sheep red blood cells. This was done at weekly intervals along with the hormonal evaluation by collecting 48-hour specimens of urine.

The psychotherapy began between the second and third month of the pregnancy at weekly intervals, and continued to the termination of pregnancy and a post-delivery interview. During the first interview the following data were obtained;

1. medical and ob-gyn history;
2. family's socio-economic status;
3. religion;
4. age;
5. education;
6. psychosomatic anamnesis.

The therapy per se divided into four (4) phases was especially designed for the pregnant woman:

- a. initial phase;
- b. therapeutic phase;
- c. metabatic phase;
- d. preparation for child birth.

The psychotherapy was psychoanalytically oriented which constitutes a fertile avenue of approach, for it enables us to uncover the mothers

feelings, positive (acceptance), or negative (rejection) towards the baby, and to predict the future mother-child relationship.

Furthermore, by this approach I was capable of appreciating the significance of the following: prenatal anxiety, fear of pregnancy complications and fear of pain, fear of malformed baby, feelings of inadequacy as wife and mother-to-be, of self-identity, personality, and ego strength. The psychotherapeutic approach is based upon:

A. clinical evaluation, B. psychodynamics, C. emotional and intellectual support, D. dream interpretation, E. transference, etc. I should like to emphasize here that the "free association" technique was introduced, however, very often my therapy tended to be individualized according to my patient's specific needs, intellectual capacity, age, cultural background, etc.

1. Initial phase: During this phase, the following topics were discussed: Description of the anatomy-physiology of sex and pregnancy, explanation of validity of natural childbirth suggestion to bring the husband in for a "get-acquainted" interview, etc.

2. Therapeutic phase: During this phase I encourage: Dependency upon therapist discussion of past family relationships, discussion of present life situation.

3. Metabatic phase: I call this phase of therapy when the fetal movements first appear. The subject's-reactions to this experience depends upon her psychological resources, and particularly, upon her ego's strength. At this phase I encourage the following discussions: Child development, patients independence, prenatal classes (natural childbirth, etc.).

4. Preparation for childbirth: The psychological preparation of the expectant mother and correct conduct of labor are of paramount importance. Thus, my approach during this phase was oriented towards the discussion of labor as a "painless process, elimination of anxiety and fear of pain, validity of mental relaxation, post-delivery reorganization of personal life and adjustment to new experiences.

By introducing this psychotherapeutic technique more than 150 women had a salutary effect upon those psychophysiological process which maintained pregnancy at a live-birth rate of 96,2 % (Destounis, 1966).

Man should be treated as a unique psychosomatic entity. Psychiatrists and neurologists in the past did not as a rule devote themselves intensively to the psychological study and treatment of neurological disorders after the diagnosis was made, because the therapy was often very difficult and unrewarding. This paper will be dealing also with our own experiences and research studies of the past 20 years. The difficult task in treating patients who are suffering from a neurological disorder is that it requires 1) a full knowledge of the important properties of the organic deficit, 2) the personality make-up of the patient and of the defenses which have been developed in order to protect the patient against his deficit, and 3) the

genetic-dynamic developmental history which makes this interplay more intelligible, including the pertinent physical, intellectual, and socio-cultural factors in both past and present.

In discussing specific disease-entities we shall be dealing in this communication with only three of them: (epilepsy, multiple sclerosis, and Parkinson).

Epilepsy

Clinical psychological testing of epileptic patients show that:

- a) The organic lesion is permanent with ill effects upon mental and physical behavior.
- b) The handicap to the person is dependent upon his personality organization, as well as on the size, location and nature of the lesion.
- c) The personality disorganization may be directly caused by the lesion or only modified by it in various ways, both direct and indirect.

If we are to accept the ego as the organ of the mind with perceptive, integrative, and executive functions with which the mind meets internal and external reality, it will be under stress when its habitat, the soma is injured. According to *Gibbs*, "the behavior of brain waves seems more psychological than physiological".

In treating epileptic patients through psychotherapy it would be useful if we encourage constructive activities which allow them to be healthier and more efficient. In this way we reduce on one hand the attacks, and help them to obtain a high degree of personal satisfaction on the other.

Multiple Sclerosis

Multiple sclerosis is still an unknown disease. Nevertheless, the possibility of an autoallergic pathogenesis cannot be ignored on the basis of experimental studies. On the other hand, our own research studies tend to suggest that the psychosomatic etiology of this disease should be taken into serious consideration. Furthermore, we found that the disease occurred in individuals with a personality disorder and whose feelings were extremely ambivalent towards their parents. Another characteristic finding was that the onset of the disease was intimately related to the loss of love object.

Our psychotherapeutic approach was directed at the patient and at the key figure in their interpersonal conflict. The treatment begins with the first manifestation-symptoms of the disease. The objectives of the therapy were aimed at the patients' personality, by making it individualized according to the patients' specific needs, intellectual capacity, age, cultural background, etc. In this way, we assisted our patients to accept their organic deficit (illness), and to develop a high degree of adaptation to a situation which requires a stronger ego in order to maintain its integrative capacity, and thus we prevented the development of a psychotic reaction.

Parkinson

The first one who expressed an interest in the psychodynamic aspects of this disease was *Smith Ely Jelliffe*. Later on other investigators such as *Booth* used the *Rorschach* test in order to determine the specific personality characteristics of those patients. Thus, he found that good many of them were industrious, striving for independence, authority, etc. Our own studies in the U.S.A. and in Greece indicate that the patients who are suffering from Parkinson 1) use repression as a defense mechanism, 2) express as an "acting out" behavior *rage* which helped them also to get rid of the dependency on other people. 3) Denial is present in all of them in order to cover up their disability.

In conclusion, the treatment of these patients is also aimed at assisting them in developing a high degree of adjustment and in using healthy ego defenses.

Psychosomatische Aspekte bei Schwangerschaft und neurologischen Krankheiten

Nicholas Destounis

Der Autor berichtet in der vorliegenden Arbeit über die begleitende psychotherapeutische Betreuung von schwangeren Frauen bis zum Zeitpunkt ihrer Geburt. Über einen Zeitraum von 15 Jahren hat er über 150 Frauen behandelt. 96,2% der Kinder wurden lebend geboren.

Der Untersuchungsansatz basiert auf Tonbandprotokollen der Sitzungen, regelmäßig durchgeführten serologischen und hormonellen Untersuchungen. Die psychotherapeutische Behandlung setzte im 2. bis 3. Monat der Schwangerschaft ein mit einer Frequenz von einer wöchentlichen Sitzung und dauerte bis kurz nach der Geburt.

Eine klare Strukturierung der Behandlung in Initialphase, therapeutische Phase, metabatische Phase und die der eigentlichen Vorbereitung auf die Geburt schafft den Rahmen, daß die schwangeren Frauen sich mit den positiven und negativen Gefühlen der Schwangerschaft auseinandersetzen können. Große Bedeutung hat dabei auch eine Bearbeitung der Vorstellung über die zukünftige Mutter-Kind-Beziehung.

Der Autor skizziert einen psychotherapeutischen Ansatz bei der Behandlung überwiegend neurologischer Erkrankungen über einen Zeitraum der letzten 20 Jahre. Bei der epileptischen Erkrankung sieht *Destounis* als Hauptaufgabe, die konstruktiven gesunden Ich-Funktionen des Patienten zu fördern. Das Bündnis mit den gesunden Ich-Funktionen führt in der therapeutischen Arbeit zu einer Reduzierung der Anfälle. Bei der multip-

len Sklerose weist der Autor darauf hin, daß die Ätiologie der Krankheit noch weitgehend unbekannt ist. Ähnlich wie bei den psychosomatischen Erkrankungen kann die multiple Sklerose verstanden werden als Abwehr gegen die Gefahr einer psychotischen Desintegration des Ichs. Als auslösende Situation wird eine Trennung von einem ambivalent geliebten Objekt angesehen.

Auch hier sieht der Autor als vordringlichstes therapeutisches Ziel, daß die organische Krankheit vom Patienten als Realität akzeptiert wird und der Versuch gemacht wird, sie in ein insgesamt stabilisiertes Ich zu integrieren.

Bei der Parkinson-Krankheit zeigen psychodynamische Untersuchungen mit dem Rorschach-Test starke Abhängigkeits- und Autoritätskonflikte. Die bevorzugten Abwehrstrategien sind die der Verdrängung, des Acting-outs und der Verneinung. Obwohl der Autor den Bezug nicht herstellt, ist die strukturelle Ähnlichkeit des Parkinson-Kranken mit dem Psychosomatik-Patienten augenscheinlich. Dafür spricht auch, daß der Autor als Therapieziel angibt, dem Patienten zu helfen, eine gesündere Ich-Abwehr zu entwickeln.

Literature

- Cherton, L.* (1961): Relaxation and Psychosomatic Methods of Preparations for Childbirth. In: *Am. J. Obstetr.-Gynecol.* (82) 262–267
- Destounis, N.* (1961): Epidemiological, Psychological, Social-Economic Factors Affecting Life Adjustment and Pregnancy Complications. In: *Newly Married Woman – A Psychosomatic and Psychotherapeutic Approach*. In: *The Nova Scotia Medical Bulletin*
- (1962): Complications of Pregnancy and Personality – A Psychosomatic Approach. In: *J. Med. Grece*
- (1962): Complications of Pregnancy and Social Class I – A Psychosomatic Approach. In: *J. Med. Grece*
- (1962): Complications of Pregnancy and Social Class II – A Psychosomatic Approach. In: *J. Med. Grece*
- (1962): Complications of Pregnancy and Psychosomatic Disorders I. In: *J. Med. Grece*
- (1962): Complications of Pregnancy and Psychosomatic Disorders II. In: *J. Med. Grece*
- (1962): Complications of Pregnancy – A Psychosomatic Approach. In: *Canad. Psychiat. Ass. J.* (7)
- (1963): The Epidemiological, Social and Cultural Factors Affecting the Incidence of Complications in Pregnancy – A Psychosomatic Approach. In: *Med. Serv. J. Canada* (19)
- (1964): The Value of Psychotherapy in Pregnancy – A Psychosomatic Approach (Paper presented at the 6th European Conference on Psychosomatic Research. Athens, May 6–9, 1964)
- (1966): Psychotherapy in Pregnancy. In: *Delaware Med. J.* (38) 78
- Deutsch, H.* (1956): *Psychology of Woman* (New York: Grune and Stratton)
- Gray, J. D.* (1956): The Problem of Spontaneous Abortion II – Changes in the Placental Villi. In: *Am. J. Obstetr.-Gynecol.* (72) 615–621
- (1957): The Problem of Spontaneous Abortion IV – Further Observation on the Placental Villus. In: *Am. J. Obstetr.-Gynecol.* (74) 111–118
- (1958): The Problem of Spontaneous Abortion V – The Genesis of Spontaneous Abortion. In: *Am. J. Obstetr.-Gynecol.* (75) 43–52

- (1959): The Relationship between A Serum and Tissue Inhibitor and the Rheumatoid Disease Agglutinating Factor. In: *J. Immunol.* (83)
- (1958): The Problem of Spontaneous Abortion VI – Serum Seromuroid Hexose and Hexosamine in Spontaneous Abortion in Rheumatoid Arthritis. In: *Am. J. Obstetr.-Gynecol.* 322–324
- (1959): The Problem of Spontaneous Abortion VIII – Prematurity and Spontaneous Abortion. In: *Am. J. Obstetr.-Gynecol.* (78) 325–332
- Kouretas, D. and Destounis, N.* (1959): From Freud to Hippocrates. In: *Psychiatric Communications* (2)
- Lamaze, F.* (1956): Qu'est-ce que l'accouchement sans douleur par la methode psychoprophylactique, ses principes, sa realisation, ses resultats. (Paris: Savoir et Connaitre)
- (1952): *Analgesie Psychologique en Obstetrique* (London-New York-Paris: Pergamon)
- Read, C. D.* (1953): *Childbirth Without Fear.* (New York: Harper)
- Tupper, C.* (1957): The Problem of Spontaneous Abortion I – A Combined Approach. In: *Am. J. Obstetr.-Gynecol.* (73) 313–321
- (1957): The Psychosomatic Aspects of Spontaneous and Habitual Abortion. Paper read to the Academy of Psychosomatic Medicine, Chicago
- (1962): The Problem of Spontaneous Abortion IX – The Treatment of Habitual Aborters by Psychotherapy. In: *Am. J. Obstetr. and Gynecol.* (83)
- Velvovski, I. Z.* (1960): *Painless Childbirth Through Psychoprophylaxis.* Moscow: Foreign Languages Publishing House
- Weil, R. J.* (1957): The Problems of Spontaneous Abortion III – Psychosomatic and Interpersonal Aspects of Habitual Abortion. In: *Am. J. Obstetr.-Gynecol.* (73) 322–327
- (1958): Pregnancy, Abortion and Psychotherapy. Delivered at the International Congress on Psychotherapy, Barcelona
- (1959): Spontaneous Habitual Abortion, an Interdisciplinary Study. In: *Can. Psychiat. Ass. J.* (4)
- (1960): Personality, Life Situation, and Communications. A Study of Habitual Abortion. In: *Psychosom. Med.* (22)

Author's address:

Prof. Nicholas Destounis, M.D., Ph.D.
 Veterans Administration Hospital, Battle Creek
 Michigan 49016

Phases of Psychosexual Evolution in a Group. Attempt to Dismantle the Combined Figure

L. Miller de Paiva*

In seiner Arbeit beschäftigt sich der Autor mit den Phasen psychosexueller Entwicklung, die eine Gruppe im Verlauf ihrer gruppenpsychotherapeutischen Behandlung durchlebt. Der Autor vergleicht den Prozeß der psychosexuellen Gruppenentwicklung mit den Phasen, die von Mahler und Greenacre für die frühkindliche individuelle Entwicklung beschrieben worden sind. Er versucht, die Konzepte verschiedener Autoren in einen zusammenfassenden Phasenverlauf zu integrieren und in acht Phasen zu beschreiben.

Eine besondere Bedeutung hat dabei die therapeutische Auseinandersetzung mit der phantasierten "combined figure" (M. Klein), deren Auflösung erst die Entwicklung einer eindeutigen sexuellen Identität für die Patienten in der Gruppe ermöglicht.

Die Ursache für die Schwierigkeit der Patienten, die "combined figure" aufzulösen und eine eigene abgegrenzte Identität zu entwickeln, sieht der Autor in Anlehnung an Ammon in einem defizitären Gruppen-Ich, als Ausdruck einer archaischen Ich-Krankheit ihrer Mitglieder, dem „Loch im Ich“, das das Ergebnis der mißlungenen Trennung aus der frühen Mutter-Kind-Symbiose darstellt.

In a previous work we acknowledged that the group that had a female observer (opposite sex), relived the family triangle in a dramatic way (1969). Based on this experience, we decided to use analytic group therapy with two therapists (co-therapy), having, as a special characteristic, a therapist of the opposite sex, following, however, the special technical procedures of this new therapeutic method (*Abadi, Pavlovsky, 1970; Demerest, Teicher, 1954; Hulse, Sulow, Reindberg, Epstein, 1956; McGee, Schumann, 1970; Miller de Paiva, Caracushansky, 1974; Rabin, 1967; Singer, Fisher, 1967*).

Abadi and Pavlovski (1970) compared co-therapy to a prism that refracts white solar light but, besides dissociating it into other colours, detects and discovers them. In the tactics of co-therapy, the therapists would help the group not only to dissociate, but principally to detect, discover, interpret and acquire consciousness of this dissociation, real even in the case of a sole therapist.

In analytic group therapy we have verified that the group reflects the living-out of several stages in the psychosexual development of its members by those stages experienced, once again during the treatment, much in the same way as the process that *Mahler (1958)* and *Greenacre (1958)* described for babies, the development of which depends on the feelings of identity related to the setting up of mental and physical images of the "self". *Mahler* points out that the feeling of individual identity lies on bodily sensations (having, as a core, the image of the body and its libidinal characteristics) and mentions that the physical experiences of breast-

* President of the Sociedade Analítica de Psicoterapia de Grupo de São Paulo, Brasil

feeding are the first to intervene in the identity feeling; this author describes the phases: autism, symbiosis, separation, and phase of bisexual identity resolution. Moreover, the similarities of the individual's behaviour with the group advocates the probability the group shows through in the first phases of the psychic development of its members: individual behaviour in its somatic foundations does not derive from only vital necessities, but from the setting up of a hierarchy of many vital necessities; group behaviour also derives from a hierarchy of the patients that form it as well as of their personal preferences.

This whole process of group psychosexual evolution activates several mechanisms, explained in the concepts about to be quoted: 1) *Heimann's* concepts (1962) and *Isaac's* (1962) on regression and fixation of the libido by internal and external factor; 2) *Klein's* concept (1962) in the sense of defense (dissociation, idealization and negations, besides introjection and projection), of recuperation in the schizoparanoïd and depressive position, and especially in the resolution of the combined figure; 3) *Resende Lima's* concept (1964) separating the schizoparanoïd phase into schizoid and paranoïd positions, according to his studies on the intensity of the hunger instinct; 4) *Bion's* concept (1957) about bizarre objects, based on *Abraham* (1948) (cannibalistic drives) and on *Ferenczi* (1956) (fragmentation); *Fairbairn's* concept (1962) on guilt from having evil objects at deeper levels; 6) *Bicudo's* concept (1964) about the combined ego and androgyne preconception; 7) *Isaac's* concept, developed by *Segal* (1964) on unconscious fantasy as psychic expression of instinct. 8) *Rascowsky* (1950) and *Cesie's* concept (1956) based in fetal psychism 9) and finally *Ammon's* concept about archaic ego-illness or hole in the ego (4,17) (*Ammon*, 1974; *Hirsch*, 1974).

On the other hand, we have included, in these phases of evolution described by *Mahler* (1958), the fetalization phase, studied by ourselves (1970) as a regressive phenomenon caused by a defense mechanism, and also the oneness phase, as we shall see.

This process of psychosexual evolution does not have the biological sequence of growth as in childhood; in the group, regressive and evolution phenomena are ruled according to the phenomenon we describe and call reprogession (*Miller de Paiva*, 1968, 1969).

The importance of the combined figure, has been delt with a greater evidence in analytic group psychotherapy than in individual psychoanalysis. Confronted with this observation, we decided to study it in a special manner, along with the other phases of psychosexual evolution already described, through co-therapy with an analyst of the opposite sex, hence our work.

Comparative Process of Psychosexual Evolution

1st Phase: Fetalization (Cesio, 1956; Miller de Paiva, 1970, 1971, Rascovsky, 1950)

Members of the group are likely to allow something that happened to them during their childhood development to show through. A member of the group might present, therefore, the process of fetalization, that is, one or more members of the group put themselves in the fetal position (sitting in a crouching way and barefoot or leaning forward and supporting their lower jaw with their hands, at the edge of a chair, or else, on an empty couch lying down like a fetus) and go into prolonged silence, as if they have to get back to the maternal uterus to refill with "nutritious mother-waters" to face a situation deemed anguishing. It is a regressive phenomenon that occurs in the group, either in the beginning or during the treatment.

2nd Phase: Autism

The group may also present the autistic phase.

In the autism or protodiakrisis of the *Von Monakow* phase, according to *Mahler* (1958), the physical experiences of breastfeeding would be the first mechanism to intervene in the identity feeling, since the baby shows, primarily, limited development external perception.

In the first group session, as well as during the treatment or in the beginning of a session, there might occur a weak cohesion of the group, having, to support it, only the expectation of cure, common to all members of the group, who are incapable of any joint action; even any individual action becomes difficult. On the other hand, we observed little identity of the group with the analyst, which corresponds, as we see it, to a process of autism. During this period the group tries to deal with the two therapists at a distance; narrating facts, without actually "feeling them", mainly, about their problem structure, while the majority remains silent.

3rd Phase: Symbiotic Phase

The child finds itself, on the first day of life, so much united to the mother, that they would both be one. It is *Mahler's* symbiotic phase (1958).

We have observed, in the groups, a phenomenon that, to us, seemed to be parallel to that symbiotic phase, evident as an identification with the analyst, that is, the group and the analyst are one. The members of the group proceed to praise the analyst or the co-therapists, finding them good, strong, secure and highly protective, corresponding to the mechanisms of defense called idealization of the good breast.

4th Phase: Oneness. Schizoid Phase

The symbiotic phase, so called by *Mahler* (1958) is similar to *Melanie Klein's* study (1962) about the child that, in its fantasies, ingest the breast to identify with its mother. This mouth-breast fantasy lends itself, omnipotently, to the fulfillment of a oneness fantasy.

As we see it, we could call group oneness the oase when the group presents itself united to the analyst but he does not accept or "pretends" to accept the interpretations as good (breast with milk) or, in *Klein's* words (1962) "May be right but it is meaningless to me". The group does not absorb the interpretations and resorts to "splitting", that is, becomes divided (personality and emotion are dissociated), some members fail to attend or else, the group demands an extra session (on a holiday). To maintain this oneness, the group resorts to the mechanism of negation; if the analyst is criticized as bad, most of the members defend him, aiming at separating the bad and frustrating object from the idealized object – it is the omnipotent negation of the evil object. This oneness, for the baby (because it has feeble appetite and cannot suckle) as well as for the group, is frail, due to double-value feelings – it is the regression to the schizoid stage. (*Miller de Paiva*, 1969)

5th Phase: Paranoid Phase

When the baby is hungry, between feeding periods, it feels the breast as being bad, reason for resorting to the fantasy of attacking or even devouring it, ingesting the whole mother – which is going to cause guilt and make it feel persecuted – it is the paranoid position. In the schizoid position there is fragmentation, there is disaggregation or, better yet non-integration of the precocious ego, lacking cohesion, showing the characteristic fluctuations of the first months of life; during this phase sucking predominates, though with feeble appetite. If sucking is the domineering activity, however, with medium appetite, the ego, according to *Resende Lima* (1914), is already sufficiently integrated for the setting in of persecutory (paranoid) anxiety and the warding off a fragmentary (properly schizoid) position. This schizoid position, therefore, is different from the paranoid position, which involves persecution.

The group, we have observed, seems to behave according to these fantasies, proceeds in the paranoid period of the first months of life, since, when faced by the interpretations of the analyst or of the co-therapist, becomes voracious, demanding explanations and ending up by being aggressive towards them. During the session, this attitude is going to cause feelings of persecution to the group, showing through arguments and quarrels among the members, some of them going as far as desiring to abandon treatment, from strong hostility aimed not only at members of the group but also at the analyst (analysts) himself (themselves). When

the group feels threatened, it not only seeks to defend itself from danger and aggression, but also strives to get its members to do the same.

6th Phase: Depressive Phase

According to *Klein* (1962), if the mother's loved and hated aspects are not perceived anymore by the baby as being so extensively separated, they produce, as a consequence, an increase in the fear of losing her and a strong feeling of guilt from not having directed all aggressive drives towards the loved object – (breast-mother) – it is the so-called depressive position.

It seems to us that there exists a similar process of easy observation, because the group, after being aggressive, hostile and annihilating the analyst (or co-therapist) for judging him a persecutor, ends up by going into a depression, many times becoming silent and showing regret through awkward smiles, after an interpretation in which the analyst shows having felt the aggressiveness of the group, though without returning it, but instead of understanding and dissolving it, returning the good, with a steady hand and no fear.

7th Phase: Separation

In the second half of his first year of life, the baby accomplishes fundamental steps to overcome the depressive position extending through the first years of infancy. *Mahler* (1958) speaks of the separation phase, in which the child, with the onset of language and walking, tends to become individualized.

In the group process, excessive intellectualization and rationalization are used as an escape from a depressive state. This is when members of the group tend to "replace the analyst" in the interpretations, but without "putting their heart in it"; they don't "feel" what they say and consider themselves "cured", able to face any conflict, willing to quit or even quitting (for periods of time or definitely) their treatment or aggravate transference performances (*Miller de Paiva*, 1970).

8th Phase: Bisexual Identity

After ingesting the breast and identifying with his mother the baby, according to *Klein* (1962), sees the paternal figure and ends up by aggregating the penis to the breast, this introjecting, in these circumstances, a penis and a breast joined together – it is the bisexual identity phase, subjected to the solution of the Oedipus complex. Throughout this situation, the child uses a psychic expression of instinct, unconscious fantasy (*Isaacs*, 1962; *Segal*, 1964).

We deem this 8th phase of the psychoanalytic treatment to be of the highest importance. The group “ingests” the analyst’s interpretations in order to identify with him as a mother, while at the same time it sees the analyst as a father, aggregating and combining him into only one person. In co-therapy this identification seems to be easier to obtain, as we will show in the examples of sessions.

In order to better understand the bisexual identity phase of group members, we should report ourselves to *Segal’s* (1964) explanations about unconscious fantasy originating from preconceptions here we based ourselves on *Bicudo* and *Rufino’s* hypotheses (1969) which we now refer to.

When born, the child already has, in its crude ego, the three defined preconceptions, according to *Bicudo’s* and *Rudino’s* hypothesis. There must be, since the early stages of life, a correlation between the notion of the genital apparatus and fantasies about sexuality. The first conception would be feminine, the second one double feminine-masculine and, finally, the third one would be masculine; their denominations are, respectively: gynos, androgynos and andros; they admit that the mouth-breast connection is a determination that drives, in the first place, the projection of fantasies connected to the gynos preconception, under the expectations that milk, support, affection etc., could be found outside the female element.

Could the presence of the analyst of the opposite sex in the group provide actual evidence, with greater ease, to what already exists in the unconscious fantasy (father and mother combined)? In order to answer questions like that, we have found a study such as this extremely valuable.

When the androgynos preconception is called on to be lived out, the gynos part is doubly reinforced in the girl, either due to the appeal of the somatic reality, or through a previous gynos experience with the mother. Discrimination when facing the mother and the father noticeable externally, is metamorphosed omnipotently in the fantasy of the mother belonging to two sexes (phallic mother, combined figure).

In the boy, the idealization of his gynos part is geared to strengthening the relationship with the parents on the basis of a fragmentation of his preconception of gynos and andros. The valorization of andros itself finds support in the reality of his son. Through the perception of how the mother relates to the father and through the desirable andros quality in the father, the living out of the andros preconception in a female somatic ego contributes to the evolution of heterosexuality.

It is possible, in co-therapy, that the presence, first of all of the analyst of the female sex, stresses the gynos part of the group and secondly, that the male analyst may stress the andros part. In this case, when the analysts relate to each other in a harmonious way, they might contribute to the evolution of heterosexuality, that is, the androgynos perception, from

anxious and persecutory, proceeds to be considered constructive. This constitutes, therefore, the phase of the bisexual identity resolution.

External stimuli set in motion the androgynos preconception, which encloses a specific and determinative knowledge of the affliction what mobilizes the introjection and projection mechanisms. Without such innate and unconscious knowledge it becomes difficult to understand the reason for affliction with the presence of the father (or analyst of the group), an affliction that does not occur to the child's perception, when aimed at another object. When oneness is subjected to intense omnipotency, to lose it when other's existence is perceived, results in panic. The processing of the androgynos preconception, in accepting the presence of the father-penis, may give rise to an intolerable affliction of separation even if the individual uses fantasy to control them through omnipotency, strengthening, therefore, the bisexuality of the ego, the phallic mother or the sadistic relations between the parents (unable to control them outside, the individual seeks to control them in himself, although since he feels jealous of it, he is afraid of reprisal, these being the reasons why he ends up by sensing them as persecutors). Under this omnipotency, the ego loses grasp with reality, and then infantile curiosity becomes obliterated by destructiveness and the reality between the parents is lived out in an internal world of fantasy. According to *Bicudo* and *Rufino* (1969) the roots of the combined figure are found in the living dynamics of the androgynos.

The group, because of unconscious fantasies of destruction, becomes afflicted when facing the possibility of these unconscious fantasies turning into reality.

Heterosexuality is the product of the dynamics set into motion by successive and constant afflictions, originated in the fear of being left in a situation of oneness (with the mother only), of having both sexes within himself (father and mother) and finally, of destroying the union; these are the three risks that threaten the existence of the developing ego. The predominance of the omnipotent fantasy of oneness as well as of possessing two sexes in oneself (combined figure) and of destroying the sexual combination of the parents establishes fixation points and therefore, hampers the development of ego functions. Attempt to solve the successive afflictions produces beliefs, myths and fantasies and symptoms that do not lead to integration. Myths of the species, a product of omnipotent thinking, precede the preconceptions; these are, in turn indelible heirs to myths.

Comments on Material from One-Analyst Group Therapy

We will quote a group session example already presented in a previous work which recollects the mentioned hypothesis: patient 194 says 1970

that a girlfriend of him was pregnant; so he had her undergo an abortion. Afterwards, he began to feel sick, depersonalizing himself; with the loss of identity he had the sensation of being the girl herself, thinking like her (she associates ideas quickly, stressing superficial details, such as colours and ornaments on dresses; the patient was doing the same, in spite of always having criticized her). Subsequently, his girlfriend proceeded to treat him badly, indifferently and at a distance. So, again, he went back to having the sensation of being divided, feeling anxiety and depression. In the association of ideas, the group pointed out the feeling of guilt and of donjuanism, while the patient recalled that he did not answer a letter from a homosexual out of fear of that relationship, stating "I will end up giving him my ass".

The analysis showed an introjective and retaliatory identification of filicide. He had felt guilty of murdering his own unwanted son, identifying himself with his own parents, who had rejected him. To feel like a woman is to be one's own mother "screwed in the ass" by the father in sadistic intercourse (the patient was impressed by the number of times his girl had to undergo laminary treatment, before aborting); he would, therefore, be suffering Talion's punishment – I criticized my parents (analyst) so much for having rejected me and here I am doing the same: As in the Oedipus-Rex myth, Laos was a filicide. The fear of a passive homosexual relationship with his friend was the desire to receive the analyst-friend's penis in order to strengthen himself and cope with this difficulty, although he feared that this penis would be accompanied by the maternal figure, the phallic mother, therefore, being aggressive. His depressive affliction was a desire to take part in an amorous relationship that would be transformed into copulation, contaminated with aggression thus fearing being rejected by the woman. The myth goes: "when one of the primitive beings (gynos, androgynos and andros) was divided into two beings, both halves were compelled to seek each other, in an attempt to remark the primitive being.

This patient, having a white fiancée, stifling and absorbing, with whom he had been impotent several times, searched for his coloured girlfriend, as the opposite of his aggressive mother and tried to create, with her, the fantasy of a primitive being, possessor of two harmonious sexes, without hostility. The patient's affliction is that now he feels a female, then a male, an affliction that increases when the reconstruction, in himself, of the omnipotent fantasy of an androgynos being, is lived out. These facts have been confirmed: 1st) fear of remaining in a situation of oneness, 2nd) fear of coping with two sexes within himself (combined figure); 3rd) destruction of that union. Furthermore, this patient lived out the gynos preconception, his part with the mother, black girlfriend-analyst-good mother, not demoralizing her, but on the contrary, feeling her as an aid to his andros part essential to the normal heterosexuality of a man. Unconscious fantasies

and preconceptions have, thus, great importance in the formation of the sexual identity.

Comments on Clinical Material in Co-Therapy

Fear of remaining in a situation of oneness, as well as of having both sexes in oneself or of destroying this union and living out the gynos or andros preconceptions, were observed in group sessions of co-therapy with an analyst of the opposite sex. Here is an example:

The group starts the session by talking for a long time about the dependence some members feel towards the analysts, considering them real parasites, because when seeking any course of action especially matrimonial, they wonder: how would the analysts do it? (patient No.222, whenever she felt receiving good from the therapist, she managed not to have a quarrel with her husband.)

No.216 begins by explaining that she is having a "nervous breakdown", and thinks that the fact is mainly due to her husband. She says: "He only respects me when I attack and dominate him. Otherwise, I can't count on him. Soon he is going to want me to attack him physically (stretches her arms forward) "look how skinny my arms are . . . I can't take it?"

No.216: "I am a homosexual, but that is no problem to me. My husband himself brought me into this. I am divorced. The greater problem is that I can't go steady with anybody and I drink too much. My family thinks I am an alcoholic. To me, the worst thing is that I consider myself very ugly. It was all that damn' plastic surgeon's fault . . . He talked me into having aesthetic surgery done on my face and I got like this; I was a lot better looking before." (This patient loved men until her marriage and, after the separation, loved women, but when she was intoxicated she surrendered to men and pleasure).

Even when seeking not to have any memory or desire (1966), one of us felt (but did not interpret), from the start of the session a process of oneness, though frail, displayed by the group in face of the need to acquire "good things" from the analysts (felt as two breasts); with this acquisition, the group endeavored to "refill" ("parasites"), primarily in the sense of mustering up courage, to later cope with the analysts (husband-wife), sensed as dangerous, through projective identification; the group would be living out again the fear of participating in this situation, then splitting (entering the cleavage process: in part it wants to attack and in part it is afraid) for considering it persecutory: it is the schizoid phase. Once the persecutor, the group becomes the persecuted, thus attacking, dominating and blaming the analysts (as was done to the husband) because it senses them as a "bizarre object" (personality particles projected and returning as a curse) (1966) and feels weak ("skinny arms") to resist them: - it is the paranoid phase. On the other hand, if the man is strong (providing support)

and it were not the surgeon that deformed the group, the latter would not need to be so afraid of the mother – a therapist that supplies toxic milk (alcoholic beverages), seemingly helpful. While one of us wondered about what was going on, patient No. 197 says that she feels traumatized with the recent separation of her parents, but that she cannot blame her mother, since her father is really “lousy”.

No. 218: “My parents are also separated and since then I haven’t seen my father . . . that S.O.B.”

No. 219: “You are all telling your private problems, but I don’t feel like telling mine. I had a few interviews with Dr. Miller and I thought I could go on with him by myself. I felt he degraded me, making me participate in the group. I was ‘hurt’.”

At this point, the group had the desire to separate the analysts (father – mother) and felt anxiety due to aggression towards the father, sensed as weak. In fantasy, the group would like the father to resist the attack of jealousy and be strong, because being “lousy, degrading me and running off” he would not allow good identification, causing, in the very group, a feeling of insecurity and depression (depressive phase).

In the situation of oneness, under omnipotency, the processing of the androgynous preconception gives rise to an intolerable affliction of separation, reinforcing the connection to the phallic mother, since the baby does not sense the desirable andros quality in the father.

The group fears that the analyst (husband-father-surgeon) might not provide them conditions for reparation and identification as a strong figure (does not find in reality the support to prize the andros quality in itself). The group, unable to identify with the therapist (without confidence in the male figure) goes into prolonged silence.

The group continues in depressive phase, not reaching the separation phase because the group ego is deficient; it is the *Ammon* (1974) denomination, for the cases of borderline patients, unable to look at and to reflect behaviour, they act out their conflicts directly into reality and have no access to feelings, due to an archaic ego-illness or hole in the ego (the basic conflict is that of building up and accepting an identity, because in the early mother-child-symbiosis all attempts to demarcate oneself from the environment and to look for an identity were connected with the threat of separation).

Cases No. 196, 220 and 221, who had not spoken, remain silent also, while No. 196 and 197 went into the fetal position. At this moment, the group was in the process of fetalization, that is, trying to return to the uterus as an escape or to refill with energy. The female therapist intervened so as to point out the frustration witnessed with the husband-surgeon figure, sensed as weak. The group felt disillusioned and betrayed for not being able to maintain privileged bi-personal relationship (oneness) with him, displaying abandonment and weakness to cope with it. Silence in

the group. The therapist adds: the silence on the part of some of its members could be understood as such.

No. 196 (this patient, a woman, who had been sitting next to the female therapist, abruptly changed places, going over to sit next to the male therapist. She went through an outburst of anger and aggressiveness against the female therapist) – I've participated in another one of Dr. *Miller's* groups and I find her analysis different from his; she ends up by confusing us."

The patient wanted to show that an analyst would necessarily be against the other. The group wavered for a moment, not knowing whether it would take the patient's or the therapist's side. At this moment, both therapists felt, countertransferentially, that the group, in a prejudiced way, felt as being in opposition. The tendency was observed, consequently, as primarily one of transference of the internal conflict, the "combined figure", to the pair of therapists and not to a member of the group, as happens sometimes in one-therapist situations. The therapists were concerned, therefore, during this bisexuality phase, not so much with formulating rich and profound interpretations, where one would complement the other's view, but rather in conveying a oneness of conception (it would be as if both were saying the same thing).

Still the patient would, once in a while, fancy that there was disagreement between the therapists. One could work well on these fantasies, establishing parameters of reality.

This group situation shows the panic resulting from oneness, for it regrets losing it (being separated from the father or the mother) upon perception of the other's existence – it is the intolerable affliction motivated by jealousy. The combined figure was reactivated then, since both (analyst father and mother) were sensed as turning against the group.

In our opinion, co-therapy work accelerates the process of loss of oneness, as well as the process of having the father and mother (combined figure) within themselves projected on the analysts, but unwilling to break this union, as can be attested to from the clinical material of another session.

No. 219: "This week I felt ill, had dizzy spells, I think on account of what happened after the last session was over. I heard Dr. *Miller* arguing with Dra. Sofia. I thought it was something serious because of the group."

No. 220: "Did your parents argue because of you?"

No. 219: "Often. Why?"

No. 221: "In order to understand the reason for this fantasy."

No. 219: "It was no fantasy. He shouted and I heard it."

No. 196: "You heard it? I didn't hear anything."

No. 219: "I was going to the bathroom, went past the kitchen, where they were, and heard their shouting; her voice sounded frightened."

No. 221: "You might have exaggerated it; they could have been just talking, exchanging ideas, which might have been nice and pleasant. Dra.

Sofia might have taken it as something affectionate, and in fact today they are both quite relaxed. The group proceeds to discuss the matter, pointing out that it would be nice if one could ask the therapists what happened and obtain an answer. The male therapist asks: would it be a relationship of love or hatred?"

The group continued to feel persecuted by this relationship. The female therapist interferes with the aim to show that seeing the therapists as relaxed and united is still difficult for the group, although it would feel better if it could bear it.

Soon after patient No. 196 leaves the room with no explanations, stays in the waiting room and does not return to the group. In the following sessions the patient would leave the room and then come back, the analyst's interpretation being that she could not bear the harmonious relationship between the two therapists.

The group descended to the depths, and dreams started to appear. One of them contained sexual intercourse with a dog between them, giving an eminently sadistic character to the coition. After several accounts, patient No. 199, in intense affliction and crying convulsively, sits next to the male therapist, causing strong emotion inside the group and several comments, among them, whether there would or not be rejection on the part of the analyst.

The male therapist shows the difference in the sexual relationship of the parents, seen in fantasy (in the dream and in the "argument" between the therapists) and in reality; in the dream the coition is sadistic and destructive. The analysts, here and now, did not correspond to that fantasy, because, in the group's words "here they keep relaxed" and allow the group to begin a reparation aiming to unite them with love.

As is shown by *Klein* (1969) and *Aberastury* (1967) bisexual fantasies and the "combined figure" tend to set in with more intensity when the sensation of loss was lived out; this was particularly clear when during a session, just after vacation time the female therapist had been absent and the male therapist had been participating little. The therapists proceeded to show that, from having felt the loss of the object (separating the father from the mother), the group, had tried to return to the condition of oneness. This condition would possibly be satisfying fantasies of omnipotency, thus making the object dispensable (felt as being able to abandon). Next, the group attributed one therapist's phrase to the other and ended up by transforming them both into a sole being (hermaphrodite), prone to rejection and turned against the group. Both members that were leaders in the session narrated, each, homosexual as well as heterosexual experiences, thus presenting the group as also in an androgynous condition. Guilt feelings from wanting to separate them caused the objects (analysts) to combine and turn into persecutors (combined figure). Our observations, in this matter seem to support *Klein's* (1969) and *Aberastury's* (1967)

findings and have its explanation in works that deal specifically in the ego's construction and identity crisis in psychoanalysis (*Lobo, Moraes, 1969; Mahler, 1958; Marcondes, 1968; Miller de Paiva, 1969, 1970; Stoller, 1968*).

During this period No. 216, approached by No. 217 for heterosexual intercourse, cannot bear the situation and abandons the group. This subject, aired in the group, was interpreted as a mean of relationship with the female analyst (escape would be the defense not to carry out the unconscious desire) and separate her from the male analyst. The associations of ideas showed that the desire to conquer another woman was, indirectly, the unconscious desire to conquer the female analyst, in order to obtain her consent to try to win the male analyst, a fact later confirmed.

This situation shows the desire to return to the symbiotic phase, that is, the child and the breast would be one thing only; it would be the living out of the gynos part doubly reinforced; one female patient wanted her mother's consent and the other felt afraid (oneness phase) of her mother being a "bizarre object" and as such, dangerous (1966), because upon seeing the paternal figure (the male analyst), she aggregates the penis to the breast, introjecting the combined analysts (bizarre object); the escape would be due to fear of the female analyst disguised as united to the male therapist and becoming a phallic mother – persecutory combined figure (breast-penis), her reason for abandoning the group (separation phase, though partial).

This situation led No. 196 to approach her husband with intense sexual desire, without being able to reach orgasm either with him or through masturbation; "by a twist of fate, my dreams also revealed homosexual desire". These facts aggravate intense affliction and periods of acute depression, demanding psychiatric help (psychopharmaca).

This patient with unconscious homosexuality, renounced and denied the right to feel any orgasm, being subjected to an unsolved pre-oedipian conflict with her mother (*Bergler, 1946; Langer, 1948*) and father, guilt feelings and hatred predominating, because her mother died when the patient was five (in her unconscious fantasy she had killed her in order to be left with her father) and her father re-married soon after, enrolling her in boarding schools, hatred towards both of them kept her from having orgasm, and she was under the preponderance of the death instinct. As we have seen from the examples of patient No. 217, the homosexual woman seeks, in reality, to conquer her own mother in another woman (*Miller de Paiva, 1970*). This would be an object that the girl fancied never to be frustrating and cause retaliation, an object for which she would never have to complete with her father; actually, fantasies of destruction of the maternal figure, by competitive hatred towards her, keep the conquest from lasting very long. At other times, she fears being abandoned by the mother or suffering her reprisals, motivated by the desire to be united to

her father, although if he is sensed as weak, she sees, in every man, the image of her own father; turning it, therefore, into not only a forbidden object, but also a weak individual, who is not going to defend her from her mother's retaliatory attacks, as we verified in the presented session.

After this group living-out, case No. 218 (male homosexual) says that he would like to be a woman because they are always protected by a man and, although he did not know why he always feels in women more proximity and identity, this giving him comfort. The women in the group, however, said that they did not trust women, that they are "gossip mongers"; soon after, this patient displays strong aggressiveness towards women, the interpretation being that every woman had to him the superimposed image of the evil mother, a fact later confirmed by his dreams and failures in the sexual relationship with women.

This homosexual patient, unable to feel the father's good penis, had to obtain it from someone else in order to become strong and at the same time feel like the mother that had not been destroyed in sadistic coition. The male homosexual envies women because they receive the penis and are not destroyed by it. Many times we find, in the homosexual, a symbiotic identification with the mother since early childhood, and with such dependence that, as a child, the male homosexual behaves like his mother, as in walking, speaking, etc. when he grows up, he takes with him his mother, internalized, ordering him around (*Greenson, 1968*). The mother would mould the sexual identity of the son, as she deals with men in general, and her son in particular, as a sexual object. When this behaviour on the part of the mother is exaggerated, the Oedipus complex is emphasized and the son's sexual impotence is favored.

On the other hand, when the individual has intense aggressiveness towards his mother, but does not dare make himself manifest, becoming deeply repressed, he might feel impotent as a defense, so as not to attack the woman-mother, for if the penis were inserted, it would break and destroy the woman.

A combination of these causes might imply a type of importance deriving from an introjection of the envied father as well as of the envied mother, castrating or evil, in sadistic intercourse; it would be the fantasy of feeling within oneself the "combined figure", which would hinder sexual satisfaction, as the present homosexual cases demonstrated.

The "combined figure" is found particularly in the homosexual since he lives out a female position threatened by the persecutory penis and, when living out the male position, fears the threat of the castrating mother, feeling, therefore, paranoid anxiety in face of this persecutory "combined figure". To *Virginia Bicudo (1964)* the fantasy of the "combined ego" is the ideal to be attained by manifest homosexuality, because to this type of homosexual the woman is an ideal being; she feels fulfilled as man, because she has the father's penis, and as a woman, a strong individual who is not

destroyed by the father in sadistic coition. There occurs, therefore, a regression in the homosexual in whose fantasy homosexuality is defined as a "figure of the combined ego", that is, the man possessing both sexes is idealized, as in cases No. 194 and 218, shown in the sessions.

The regression of the combined parent's fantasy gives rise to the "combined ego" fantasy, an expression that defines homosexuality as an ideal of the ego. While under "combined figure" fantasy, the parents are kept in sadistic coition through envy, under the fantasy of the "combined ego" the individual seeks to use the relation with the objects for the voracious incorporation of the qualities he feels he lacks. The more the ego "egotizes" the tendencies of its own sex (while the tendencies of the opposite sex are kept in representation of desired objects), the more complete it is going to feel. When conflict arises between the actually limited ego and the ideal of the "combined ego", homosexual commitment is greater; the degree of commitment of the patient's personality to homosexuality varies according to the intensity of regression from the fantasy of the "combined figure" to the "combined ego" fantasy, bringing out the different degrees from latent homosexuality to manifest homosexuality. The "combined ego" figure is a regressive "egotization" of the "combined figure", that is a manic incorporation in the ego of both parents qualities, which gives the manifest homosexual pride of being homosexual and contempt and nausea for heterosexuality. The performance of the "combined figure" fantasy leads the individual to feel sadistic drives and envy of the parents' sexual union and, transferentially, of couples and marriage itself.

Coping with the "combined figure", separating the parents and making them good shows that the primary scene is not sadistic only, but also has positive, constructive and repairing elements.

The analysis of the situation causes the group to try to distinguish between the father and the mother in the figure of the analysts and little by little, increases the tendency of restoring them as two good and different people, such was the case of No. 221 who managed to reconcile his divorced parents, of No. 197, a manifest female homosexual, who had conscious and unconscious desire for the analyst, venting the possibility of getting married again. Much time elapses before the analyzed patient (either in individual or in group analysis, with only one analyst) perceives the analyst as father and mother with separate sexes, though united by love, as in the case of baby as regards breast, body and outside world; in co-therapy, however, this living-out seems to be faster, because the results obtained with several patients seem to confirm this evolution.

Conclusions

The transposition of the formation concept of the psychosexual evolution to the group-analyst relationship has made possible an explanatory hypothesis for the aggravation of frustration, envy and voracity feelings of the group regarding the analyst or the co-therapist.

The living out of the tertius (father) described in the *Kleinian* theory, could be explanatory of the anxiety that characterized the group during the "insight" with the therapists.

As in the case of babies, the group defends itself against persecutors, scotomizing and denying psychic reality or directing attacks against persecutors within the group itself or reprisals against the analysts, but the group has to preserve them, since they grant the preservation of the "group ego". It is only when the analysts are loved as one that they can be felt as one, attack upon them as one causes so much paranoid anxiety that the group senses the analyst as sadistically destroyed within the group itself. This fact makes it difficult to compare good with evil and to identify the good increasing the danger of introjecting the analysts, since these could contaminate and destroy the group.

Therefore, group affliction is, ultimately, fear of becoming the victim of the aggressive tendencies of the analysts, thus reversing the basic situation, identifying with the analysts in order to control them (control the combined figure) transforming the persecutor into persecuted.

A good relationship with the analysts helps overcome this paranoid anxiety and allows for the resolution of bisexual identity.

The reminiscence of these traumatic situations, occurred during first infancy, is beneficial and indispensable to the patient being analysed in order to restore and reinstall internalized good objects. Ups and downs, however, meet during group co-therapy, since the introjection of the good analysts may not be successful and might be felt as a loss of loved objects, with successive periods of depression. With new attempts to accept the parents (analysts) as external and internal, good and bad, real and imaginary objects, and unable integrally reach his intent, the patient being analysed goes into frustrations and depressions. As the process advances, the patient, feeling more love for the analysts and for real external objects, acquires confidence in his own qualities, causing the "combined figure" fantasy to disappear.

This development of the "combined figure", the restoring of the analysts as persons, of the parents with different sexes, filled with love, is therefore, the ideal of every individual. The analyst must be preserved against the voracity of being accepted without envy. During the satisfactory analysis, the individual restores, in a safe way, the "good objects" within himself, which is bound to decrease the hatred and the anxiety against destructive and persecutory internal parents, which will be rehabilitated, with no resentment, as "good objects".

Co-therapy, with the presence of two therapists of different sexes, favors a faster living-out of the combined figure and for this reason, may be particularly indicated for oases of recurrent oedipian conflicts, as in certain cases of homosexuality, frigidity, impotence, etc. (*Demerest, Teicher, 1954; Hulse, Sulow, Reindberg, Epstein, 1956; Mc Gee, Schumann, 1970; Miller de Paiva, 1970; Singer, Fisher, 1967*).

For the fulfillment of this condition, we side with *Abadi and Pavlovski (1970)* – the co-therapists must have the same ideology, that is, the conception both have of human beings, mental health, the destiny of sociability and, we add, they must use the same psychotherapeutic technique, a balance between female and male characteristics (androgynous preconception), breaking down harmful cultural prejudices of the phallogocentric societies.

The combined figure is not an objective to be attained, but undone; it is the acceptance of the father and the mother as two persons, not one, sensed in the "splitting". When envy subsides, the "combined figure", "made up" of envy, will disappear, making possible the resolution of the pernicious bisexual identity.

*Phasen psychosexueller Entwicklung in der Gruppe.
Therapeutische Auseinandersetzung mit der "Combined Figure"*

L. Miller de Paiva

Im Prozeß einer analytischen Gruppenpsychotherapie durchlebt die Gruppe verschiedene Stadien der psychosexuellen Entwicklung, die mit den insbesondere von *Mahler* und *Greenacre* beschriebenen frühkindlichen individuellen Entwicklungsphasen vergleichbar sind. Hierbei werden verschiedene Mechanismen aktiviert, die in den Konzepten folgender Autoren differenziert beschrieben worden sind: *Ammon, Heimann, Isaac, Klein, Lima, Bion, Fairbairn, Bicudo, Rascowsky* und *Cesio*.

Der Autor bemüht sich um eine Integration dieser verschiedenen Konzepte, indem er einen achtphasigen Verlauf der psychosexuellen Entwicklung in der Gruppe beschreibt:

Die in Anlehnung an *Mahler* als „Foetalisierung“ (fetalization) bezeichnete erste Phase hat für den Autor eine besondere Bedeutung. Er versteht sie als Regression der Gruppe in einen foetusähnlichen Zustand im Sinne eines Selbstschutzes entweder zu Beginn oder im Verlauf eines Gruppenprozesses.

Als weitere Phasen folgen die autistische Phase, die symbiotische, die schizoide, die paranoide, die depressive, dann die Phase der Trennung und schließlich die Phase der bisexuellen Identität. Im Unterschied zur individuellen frühkindlichen Entwicklung beobachtet der Autor in der

Therapiegruppe Phänomene von Regression und Progression zugleich und kennzeichnet dies als „Reprogression“.

In der Gruppentherapie sieht der Autor – im Unterschied zur Einzeltherapie – eine zentrale Aufgabe in der therapeutischen Auseinandersetzung der Patienten mit der phantasierten “combined figure” (*M. Klein*), die die verinnerlichte Einheit von Vater und Mutter in einer Person und damit zugleich die eigene Omnipotenzphantasie, Mann und Frau zugleich zu sein, bedeutet. Erst die Bearbeitung und schrittweise Auflösung dieser Phantasie befähigt die Patienten zur Entwicklung einer differenzierten sexuellen Identität. Als optimales ‘setting’ für die Bearbeitung dieses Phänomens schlägt der Autor Gruppentherapie mit einem männlichen und weiblichen Therapeuten gleichzeitig vor.

Literature

- Abadi, M.; Pavlovsky, A.* (1970): Una experiencia de psicoterapia grupal: La coterapia. VI Congreso Latino Americano de Psicoterapia de Grupo, Tom. I (Montevideo)
- Aberastury, A.* (1967): La existencia de la organizacion genital en el lactente. In: Rev. Brasil. Psicanal. (1)
- Abraham, K.* (1948): A Short Study of the Development of the Libido, Viewed in the Light of Disorders. In: Selected Papers on Psychoanalysis (London: Hogarth)
- Ammon, G.* (1974): Das narzißtische Defizit als Problem der psychoanalytischen Behandlungstechnik – Ein Beitrag zur Theorie und Praxis der nachholenden Ich-Entwicklung. In: Dyn. Psychiat. (7) 201–215
- Bergler, E.* (1946): La Respectiva Importancia de la Realidad de la Fantasia en la Génesis de la Homosexualidad Feminina. In: Rev. Psicoanal. (3) 515–542
- Bicudo, V. L.* (1964): Homosexualidade e Defesas Maníacas. Conferência na Sociedade de Psicanálise de São Paulo
- Bion, W. R.* (1957): Differentiation of the Psychotic from the Non-Psychotic Personalities. In: Int. J. Psychoanal. (38) 266–270
- (1966): Os Elementos de Psicanálise (Rio de Janeiro: Zahar)
- Cesio, E.* (1956): El Letargo. Una Reacion a la Perdida de Objecto. In: Rev. Psicoanal. (13) 522–526
- Deschamps, H.* (1964): Las Religiones del Africa Negra. In: Rev. Psiquiat. Dinam. (4) 306–314
- Demerest, E. W.; Teicher, A.* (1954): Transference in Group-Therapy – its Use by Cotherapists of Opposite Sexes. In: Psychiatry (17) 202
- Ferenczi, S.* (1956): Notes and Fragments. In: Final Contributions (London, New York)
- Fairbairn, W. R.* (1962): Estudios Psicoanalíticos de la Personalidad. (Buenos Aires: Paidós)
- Greenacre, P.* (1958): Early Physical Determinants in the Development of Sense of Identity. In: J. Am. Psychoanal. Ass. (6) 612–627
- Greenson, R. R.* (1968): Dis-Identifying from Mother: Its Special Importance of the Boy. In: Int. J. Psychoanal. (49) 370–374
- Grimberg, L.; Sor, D.; Bianchedi, E.* (1974): La Analogia, la Simetria y la Polivalencia en el Uso de la Interpretacion. Construccion IV Congreso Latino Americano de Psicanálise, Rio de Janeiro
- Heimann, P.* (1962): Algunas Funciones de Introyección y Proyección en la temprana infancia. In: Desarrollos en Psicoanalisis. (Buenos Aires: Hermes)
- Hirsch, M.* (1974): Die Technik der Konfrontation in der Gruppen- und Einzelanalyse. In: Dyn. Psychiat. (7) 291–230
- Hulse, N. S.; Sulow, W. L.; Reindberg, B. K.; Epstein, N. G.* (1956): Transference Reactions in a Group of Female Patients to Male Female Co-leaders. In: Int. J. Group-Psychoth. (6) 430–435

- Isaacs, S.* (1962): *Naturaleza y Funcion de la Fantasia*. In: *Desarrollos en Psicoanalisis* (Buenos Aires: Hermes)
- Klein, M.* (1962): *Contribuciones al Psicoanalisis* (Buenos Aires: Hermes)
- Langer, M.* (1948): *Psicoanalisis de una Mujer Homosexual*. In: *Rev. Psicoanal.* (5) 565-577
- Lobo, F. L.; Moraes, O. D.* (1969): *Identidade de Sexo e seus Disturbios*. In: *Rev. Brasil. Med.* (3) 31-48
- Mahler, M. S.* (1958): *Autism and Symbiosis: Two Extreme Disturbances of Identity*. In: *Int. J. Psychoanal.* (29) 77-85
- Marcondes, D.* (1968): *Identidade de Sexo e Estruturação do Ego*. In: *Rev. Brasil. Psicanal.* (1) 468-475
- McGee, T. F.; Schumann, B. N.* (1970): *The Nature of the Cotherapy Relationship*. In: *Int. J. Group-Psychoth.* (20) 25-36
- Miller de Paiva, L.; Koch, A.* (1969): *A Importância do Tipo de Observadora para a Catalise de Vivências Edipianas*. In: *Rev. Psiquiat. Dinam.* (4) 101-108
- Miller de Paiva, L.* (1970): *Figura Combinada – Sua Importância em Psicanálise*. (São Paulo) – (1968): *Atuação Transferencial ou Acting-out*. In: *Rev. Brasil. Psicanal.* (2) 62-92
- ; *Capisano, H. F.; Blay, N.; Maria O. Neto; Koch, A.* (1968): *Regressão nas Doenças Psicossomáticas*. In: *Rev. Brasil. Psicanal.* (2) 315-322
- (1969): *Regressão e Regressão do Ego na Esquizofrenia*. VII Congresso Latino Americano de Psicanálise (Bogotá)
- (1969): *On Schizophrenic-Type Reactions in Therapeutic Groups*. In: *Gaipac* (2) 62-65
- (1970): *Purposeful Regression, Loss of Identity, "Foetalization", Homosexuality and Splitting in Therapeutic Groups*. In: *Gaipac* (3) 75-79
- (1971): *Defense of Groups, Thanatotic Object Like Good, False-Ego and Foetalization*. In: *Gaipac* (4) 146-149
- ; *Caracushansky, S.* (1974): *Fases da Evolução Psicosexual em Grupo*. Presented in the II Congresso Brasil. Psicoterap. Analit. Grupo (Rio de Janeiro)
- Rabin, H. M.* (1967): *How Does Cotherapy Compare with Regular Group Therapy?* In: *Amer. J. Psychother.* (21) 244-255
- Rascovsky, A.* (1950): *El Psiquismo Fetal*. (Buenos Aires: Paidós)
- Resende Lima, O.* (1964): *Estágio Esquizoide Anterior a Fase Esquizo-Paranoide*. Visão através da Psicoterapia de Grupo. In: *Rev. Psiquiat. Dinam.* (4) 191-194
- Segal, H.* (1964): *Fantasy and Other Mental Process*. In: *Int. J. Psychoanal.* (45) 191-197
- Singer, M.; Fisher, R.* (1967): *Group Psychotherapy of Male Homosexuals by a Male and Female Cotherapy Team*. In: *Int. J. Group-Psychoth.* (17) 44-52
- Stoller, R. J.* (1968): *A Further Contribution to the Study of Gender Identity*. In: *Int. J. Psychoanal.* (49) 364-369

Author's address:
Dr. med. Luiz Miller de Paiva
Rua Itacolomi 601, 5º
São Paulo, Brasil

Bücher- und Zeitschriftenspiegel

Rainer Winkel

*Pädagogische Psychiatrie für Eltern, Lehrer und Erzieher
Eine Einführung in neurotische und psychotische Schul- und
Erziehungswirklichkeiten*

List, München, 1977, 434 Seiten, DM 36,-

Rainer Winkel, 1943 geboren, legt in seinem Buch eine umfassende Übersicht über verschiedene Konzepte des Verständnisses psychischer Erkrankungen vor. Indem er die vielfältigen Ansätze des wissenschaftlichen Herangehens an „gestörte Verhaltensweisen, befremdliche Erziehungssituationen, rätselhafte Konflikte in Schulen und Familien im Kontext ihrer Ursachen, Erscheinungen und therapeutischen Möglichkeiten“ in verständlicher Form darstellt, eröffnet er auch dem psychologisch nicht gebildeten Leser Möglichkeiten, einzelnen Forschungsrichtungen und den aus ihnen abgeleiteten Konsequenzen zu folgen. Sein Ziel ist, die traditionelle Kluft von Pädagogik und Psychiatrie aufzuheben.

Ausgehend vom Begriff der psychischen Normalität, für den der Autor von seinem pädagogischen Verständnis her keinen absoluten Maßstab annimmt, da sowohl aus juristischer als auch medizinischer Sicht ein solcher sich nicht zwingend ableiten läßt, sondern zwischen Normalität und Anomalität fließende Übergänge angenommen werden müssen, versteht er den Menschen mit seiner Krankheit als ein Wesen, das nur aus seiner Lebensgeschichte und seinen mannigfachen Erfahrungen mit seiner Umwelt begriffen werden kann. Damit überwindet er den Standpunkt der herkömmlichen Psychiatrie, die noch immer schwere psychische Erkrankungen wie Psychosen, insbesondere Schizophrenien, sexuelle Perversion usf. als uneinfühlbar und unbehandelbar begreift und sie in starre Krankheitseinheiten unterteilt.

Da der Autor zwischen Gesundheit und Krankheit, Normalität und Anomalität fließende Übergänge annimmt, läge es hier in Analogie zu dieser Auffassung nahe, *Günter Ammons* dynamisch-psychiatrischem Konzept zu folgen, in dem seelische Erkrankungen von der Neurose bis hin zur Psychose als Ausdruck unbewußt gewordener Erfahrungen in einer kranken Gruppe auf einem gleitenden Spektrum angesehen werden und dementsprechend ein therapeutisches Setting von der klassischen Psychoanalyse bis hin zur psychoanalytischen Milieuthherapie konsequent abgeleitet wird. *Winkel* versteht indessen psychische Anomalien in der Regel nicht als qualitativ von gesunden psychischen Verfassungen unterschieden, sondern als quantitative extreme Ausprägungen.

Neben der differenziert dargestellten Gesamtschau der einzelnen seelischen Erkrankungen mit zahlreichen didaktisch geschickt eingeflochtenen Fallbeispielen wird dem Leser ein Zugang zu ihrem Verständnis sowohl vom Standpunkt der offiziellen Psychologie, wie sie an unseren Universitäten gelehrt wird, als auch dem der Psychoanalyse, ausgehend von *Freuds* trieborientiertem Konzept bis hin zu neueren Theorien der von *Ammon* in der BRD entwickelten Dynamischen Psychiatrie und der Kommunikationsforschung wie sie von *Bateson*, *Watzlawick* u.a. betrieben wird, angeboten.

Besonders lesenswert sind dabei die Kapitel zum Verständnis der Psychose und der Schizophrenie, in denen die Misere der deutschen Schulpsychiatrie, die die kranken Menschen nach Einheiten „diagnostiziert“ und in ihren Anstalten verwaltet, in ihrer Inhumanität entlarvt wird, was durch authentisches Material belegt wird.

Die Forderung des Autors nach einer humanen Psychiatrie, die die psychotischen Erkrankungen im Kontext eines psychodynamischen und kommunikativen Verständnisses in Theorie und Praxis begreift, sind wesentliche Aspekte seiner Erörterungen. Dabei richtet sich *Winkels* Kritik an den deutschen psychiatrischen Anstalten entsprechend der dynamisch-psychiatrischen Auffassung *Ammons* gegen „die völlige Infantilisierung der Insassen und das extrem starre Rollenverhalten des Aufsichtspersonals“.

Bei seiner Bearbeitung der Dynamischen Psychiatrie schildert der Autor eine erfolgreiche, von *Ammon* selbst durchgeführte Schizophrenietherapie, den Fall „Juanita“, und bringt ganze Abschnitte aus *Ammons* Buch „Dynamische Psychiatrie“ (1973). Es wird dabei deutlich, daß ein psychodynamisches Verständnis, aber auch das direkte Ich-strukturelle Arbeiten mit dem Patienten von Wichtigkeit sind. Dazu im Gegensatz steht die alte Schul- und Anstaltspsychiatrie, die an die Stelle des Verständnisses das „Nicht-Einfühlbare“ als Dogma und diagnostisches Kriterium setzt. Die Darstellung läßt jedoch *Ammons* Ich-Identitäts- und Gruppenkonzept der Ich-Entwicklung vermissen, das einen Gegenpol zur Sozialpsychiatrie – ganz im Gegensatz zur Auffassung des Autors – darstellt. Ebenso bleiben die Forschungen *Gisela Ammons* zur Psychoanalytischen Pädagogik im Rahmen des von ihr entwickelten Konzepts der Psychoanalytischen Kindergärten und ihrer präventiven Zielsetzung unberücksichtigt, was in einem Buch mit dem Titel „Pädagogische Psychiatrie“ Erwähnung hätte finden müssen.

Das Verdienst des Autors liegt jedoch zweifellos darin, dem Leser eine weit gespannte Übersicht über herrschende Auffassungen seelischer Erkrankungen mit entsprechenden Therapiemöglichkeiten zu bieten, und ist daher allen im pädagogischen Bereich Arbeitenden zu empfehlen. *Winkel* leistet mit diesem Buch eine Verbindung zwischen pädagogischen und psychiatrischen Möglichkeiten der Hilfestellung und des Verständnisses für Kinder und Jugendliche, was ein absolutes Novum im pädagogischen

Bereich darstellt. Die dauernd mit scheinbar unerfüllbaren gesunden und pathologisch deformierten Bedürfnissen ihrer Schüler und deren Eltern konfrontierten Schulpädagogen und ihre Hilflosigkeit stellen offensichtlich den Beweggrund für die Konzipierung dieses Buches dar.

Die Verbindung von Pädagogik und Psychiatrie steht im Dienste eines Menschenbildes, das die kognitive und emotionale Ich-Entwicklung als nicht trennbar ansieht – eine Leitvorstellung, wie sie pädagogische Reformen seit Jahrzehnten fordern und wie die Dynamische Psychiatrie der Berliner Schule sie in allen ihren therapeutischen, gruppodynamischen und präventiven Aktivitäten realisiert.

Emil Wiczorek (Berlin)

Harbauer, Lempp, Nissen, Strunk
Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie

Dritte, überarbeitete und ergänzte Auflage, Springer, Berlin/Heidelberg/New York, 1976, 475 S., DM 98,-

Die vier Autoren gelten als prominente Vertreter der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie, deren hier besprochenes Werk als einziges neueres Lehrbuch für diesen Bereich gilt. Als solches ist das Buch das Standardwerk für in Ausbildung und Praxis Stehende, für den Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, für den Pädiater und Psychiater und den praktischen Arzt, aber auch für interessierte Psychologen, Pädagogen und Laien.

Das im Vorwort skizzierte Anliegen der Autoren besteht darin, Kenntnisse und Erfahrungen aus den „Mutterfächern“ – Pädiatrie, Psychiatrie, Neurologie und Tiefenpsychologie – zu einer neuen Einheit zusammenzufassen, um „Grundlage und anregender Ausgangspunkt für die Erwachsenenfächer, gleichsam als neuerstellte Basis“ zu sein.

Das Buch zeigt keinen einheitlichen, in sich logischen Aufbau: Vielmehr werden verschiedenste klinische Syndrome (wie Autismus, psychischer Hospitalismus, Dissozialität und Verwahrlosung, Sucht, „endogene“ Psychosen, Oligophrenie, Anfallskrankheiten und organische Psychosyndrome) und entwicklungspsychologische Abrisse, forensische Praxis, Schulreife diagnostik u.a.m. nebeneinander gestellt. Innerhalb der Beschreibung der einzelnen klinischen Syndrome und ihrer verschiedenen Manifestationen, die den Hauptgegenstand des Buches darstellen, erfolgt eine Aufteilung und Diskussion in die Bereiche

- Symptomatologie
- Genese und soziale Bedeutung

- Diagnose und Differentialdiagnose
- Therapie und Prognose.

Diese didaktisch sehr geschickte Aufteilung erleichtert dem praktisch Tätigen eine gezieltere und abgesicherte Diagnosestellung und erlaubt es ihm, sich in die theoretischen Ansätze, die von den Autoren kurz und prägnant umrissen werden, einzuarbeiten. Anhand der jedem Kapitel beigefügten Literaturliste findet der Leser Hinweise, die seine Kenntnisse in der Ätiologie und Therapie des betreffenden klinischen Syndroms vertiefen können.

Versucht man, trotz der unverbunden nebeneinanderstehenden Kapitel eine Struktur des Buches zu erkennen, so findet man einmal eine Beschreibung der normalen körperlichen und seelischen Entwicklung und ihrer Störungen, eine Beschreibung der klinischen Erscheinungsbilder mit den Schwerpunkten psychische, psychosomatische und organische Syndrome und Darstellung und Beratung der forensischen Praxis.

Die Kapitel, die sich mit der körperlichen und seelischen Entwicklung und ihren Störungen befassen, werden weitgehend nach organmedizinischen, tiefenpsychologischen und lose miteinander verbundenen soziologischen Lehrmeinungen diskutiert, im Rahmen des Phasenmodells einer trieborientierten Entwicklung. Ich-psychologische Ansätze finden kaum Berücksichtigung. In den wichtigen Kapiteln zu den psychogenen und psychosomatischen Erkrankungen, wie auch zu den Psychosen, wird in alter schulpsychiatrischer Tradition sehr detailliert Symptomatik wie auch Diagnostik und vor allen Differentialdiagnostik beschrieben, Theorien zur Ätiologie kurz umrissen, wogegen therapeutische Ansätze kaum inhaltlich dargestellt werden. In den Ausführungen zur Therapie, die innerhalb der Beschreibung der einzelnen Syndrome den geringsten Raum einnehmen, wird am ausführlichsten die Pharmakotherapie beschrieben und auf die Möglichkeit einer Psychotherapie lediglich verwiesen, ohne diese inhaltlich zu beschreiben.

Bei der Besprechung der Ätiologie werden hauptsächlich orthodox-analytische und neoanalytische Ansätze vorgestellt und fast immer auf mögliche hereditäre und hirnrorganische Beeinträchtigungen verwiesen. Die immer wiederkehrende Diskussion (selbst bei „harmlos“ erscheinenden psychischen Auffälligkeiten wie Daumenlutschen, Lügen, Stehlen) möglicher Einflüsse hirnrorganischer Schäden auf die Erkrankung vermittelt den Eindruck, daß bei hirnrorganischem Befund oder aber bei Verdacht auf denselben eine Psychotherapie für das betreffende Kind bzw. den betreffenden Jugendlichen kaum in Frage kommt. Diese Betrachtungsweise hat letztlich zur Folge, daß das psychisch kranke Kind als weitgehend depersonalisierter Symptomträger gesehen wird, den man bestenfalls heilpädagogisch betreuen und in einzelnen Funktionen trainieren kann. Das heißt aber, daß die in der gängigen Praxis der Kinder- und Jugendpsychiatrie häufig gestellte Diagnose „hirnrorganischer Schaden“ bzw. die Pseudo-

diagnose „Verdacht auf hirnorganische Schädigung“ dieselbe Ratlosigkeit und denselben Pessimismus ausdrückt, wie der Endogenitätsbegriff in der Erwachsenenpsychiatrie.

Es werden im Unterschied zu anderen klassischen schulpsychiatrischen Lehrbüchern zwar psychodynamische Betrachtungsweisen vertreten, aber die Ergebnisse der Ich-Psychologie und Dynamischen Psychiatrie bleiben unberücksichtigt. Es wird auch an keiner Stelle des Buches der Begriff Gruppe erwähnt, geschweige denn ihre Relevanz für die therapeutische Arbeit in der Klinik. Vor allem fehlt ein Konzept zur Strukturierung einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik, die ein therapeutisches Milieu bieten und als therapeutisches Instrument im Sinne der Dynamischen Psychiatrie funktionieren könnte.

Berthold Beck (Düsseldorf)

A. Langelüddeke, P. H. Bresser
Gerichtliche Psychiatrie

Vierte, völlig neubearbeitete Auflage, de Gruyter, Berlin/New York, 1976, DM 98,-

Es handelt sich um die von *P. H. Bresser* besorgte vollständige Neubearbeitung der allen forensisch tätigen Psychiatern vertrauten, 1950 erstmalig erschienenen „Gerichtlichen Psychiatrie“ von *Albrecht Langelüddeke*.

Der Bearbeiter, der Psychiater und Psychologe ist und seine wissenschaftliche Prägung unter *W. Scheid* an der Universitäts-Nervenlinik Köln erhielt, ist seit einigen Jahren als Leiter der Abteilung für gerichtliche Psychologie und Psychiatrie am Institut für gerichtliche Medizin der Universität Köln tätig. Er vertritt eine konsequente schulpsychiatrische Einstellung alten Stils und verläßt sich dabei auf Erfahrungen, die er und seine wissenschaftlichen Freunde sich zu eigen gemacht haben. Dabei übersieht er freilich, daß nur das erfahren werden kann, was auch wahrgenommen wird. Dies gilt z.B. für das Unbewußte, das der Bearbeiter in seiner Relevanz für menschliches Verhalten und Fehlverhalten offensichtlich so wenig wahrgenommen hat, daß er es in der vorliegenden vierten Auflage kein einziges Mal erwähnt.

Obwohl der Bearbeiter einen „rein biologischen Krankheitsbegriff“ im Sinne *K. Schneiders* „vermeiden“ möchte, läßt er als „seelisch-geistige“ Krankheit nur das gelten, „was entweder eindeutig mit pathologischen Körperveränderungen verbunden ist oder sich – wie die endogenen Psychosen – in gleicher Weise eigengesetzlich entwickelt“ (S. 97). Die Feststellung einer solchen eigengesetzlichen Krankheitsentwicklung, zu der die „Nichtverstehbarkeit der einzelnen Symptome“ gehört, ist nach

Ansicht des Bearbeiters eine Frage der Erfahrung des diagnostizierenden Psychiaters und nichts sonst. Wenn die schulpsychiatrische Forensik durch den Bearbeiter solchermassen als Erfahrungswissenschaft dargestellt wird, dann verwundert es umso mehr, daß sie sich so sehr dagegen sträubt, selbst neue Erfahrungen zu machen oder die Erfahrungen anderer zu nutzen.

Der Bearbeiter sieht eine Aufgabe der von ihm besorgten 4. Auflage des Werkes ganz klar in der Bestands- und Einflußsicherung schulpsychiatrischer Forensik, wenn er im Vorwort schreibt: „In der Auseinandersetzung zwischen den meinungsbildenden Juristen sowie den höchst-richterlichen Entscheidungsinstanzen einerseits und den literarisch besonders produktiven Fachvertretern andererseits ist es vor allem deshalb in so weitem Umfang zur Verunsicherung gekommen, weil wissenschaftlich durchaus wertvolle oder theoretisch interessante Hypothesen und Konzepte voreilig als gesicherte Erkenntnisse in die Begutachtungspraxis übernommen worden sind. Dabei sind einzelne überwiegend schlagwortartige Formulierungen mit einem bemerkenswerten rhetorischen Geschick in Urteilsbegründungen oder Rechtsnormen eingebaut worden, ohne daß sich die Folgerungen auf dem Hintergrund des gesicherten Erfahrungswissens einleuchtend nachvollziehen lassen . . .“ In dem Bestreben, derartigen Entwicklungen entgegenzutreten, hat sich der „alte“ *Langelüddecke* unter der Feder des Bearbeiters zu einem polemischen Werk entwickelt mit dem Ziel, den Ausschließlichkeitsanspruch schulpsychiatrischer Urteils- und Vorurteilsbildung im Gerichtssaal zu zementieren.

Hat man diesen Anspruch, den man ja nicht teilen oder akzeptieren muß, zur Kenntnis genommen, kann man dem Bearbeiter dankbar sein für die Klarheit, mit der er die Meinungen der schulpsychiatrischen Forensik nicht nur vertritt, sondern überhaupt einmal ausspricht. So erwähnt er einen „Defekt bei Schizophrenie“, obwohl ein solcher „Defekt“ sogar von der schulpsychiatrischen Klinik (*M. Bleuler*, 1973, 1975) nicht mehr gesehen wird. Weiterhin hält er es „im Sinne der Worte von *F. J. Krause*“ für nützlich, bei stark rückfallgefährdeten Sexualdelinquenten mit der operativen Entmannung „endgültige Verhältnisse“ zu schaffen (S. 311). Berichte von *H. Orthner* und Mitarbeitern und anderer Autoren über die Durchführung stereotaktischer Eingriffe an den Gehirnen rückfallgefährdeter Sexualdelinquenten hält der Bearbeiter für „erfolgversprechend“ (S. 311).

Im Gegensatz zur „naturwissenschaftlichen Schulmedizin“ oder „anderweitiger ärztlicher Kunst“ (S. 98), denen nach der Meinung des Bearbeiters offenbar keine Grenze gesetzt ist, hat die „Domäne der Psychotherapie“ nach Ansicht des Bearbeiters ihre Grenzen „genau da, wo wir Krankheit von Nichtkrankheit unterscheiden“, sie gehört auf die Seite der „Nichtkrankheit“ (S. 98). Psychoanalyse wird vom Bearbeiter gesehen als „methodenorientierte Technik“, neben der „auch ganz pragmatische Ver-

fahren eingesetzt“ werden können, so z.B. (vom Bearbeiter zit. n. *H. Plenge*) „jene zwanglose Seelenheilkunde, die in ihrer Form der Beratung, Betreuung und Erziehung seit jeher ein Bestandteil der ärztlichen Hilfe gewesen ist“ (S. 305). Eine solche Wertung „zwanglosen“ ärztlichen Handelns führt u.E. in die Nähe ärztlicher Omnipotenzansprüche.

Wie dem auch sei, der forensisch tätige Anstaltspsychiater alten Stils findet im „*Langelüddeke-Bresser*“ eine zuverlässige Hilfe bei der Erstellung von Gutachten schulpsychiatrischer Observanz, und der dynamische Psychiater erfährt aus der Lektüre des Buches, das ja auch von Juristen gelesen wird, mit welchen Erwartungen er im Gerichtssaal konfrontiert wird, Erwartungen, denen er am ehesten mit einer klaren und präzisen Erhellung psychodynamischer Zusammenhänge in einer verständlichen Sprache begegnen kann. Auf diese Weise wird er in der Lage sein, den Richter in seinem Bemühen, einen humanen Zugang zum Delinquenten zu finden, zu unterstützen.

Walter Mentzel (Düsseldorf)

Harry Guntrip

Psychoanalytic Theory, Therapy and the Self

A Basic Guide to the Human Personality in Freud, Erikson, Klein, Sullivan, Fairbairn, Hartmann, Jacobson, and Winnicott

Basic Books, New York, 1973, 104 Seiten,

In diesem Buch greift *Guntrip* Gedanken auf, die er bereits in vorausgegangenen Schriften wie „*Personality Structure and Human Interaction*“ (1961) und „*Schizoid Phenomena, Object-Relations and the Self*“ (1968) vorgelegt hatte. In der Auseinandersetzung mit *Freud, Erikson, Klein, Sullivan, Hartmann, Jacobson* und *Winnicott* faßt *Guntrip* nun in seinem letzten Werk die Quintessenz seiner theoretischen und praktischen therapeutischen Arbeit zusammen und entwickelt eine psychodynamische Theorie der menschlichen Persönlichkeit. Dabei geht es nicht so sehr um eine abstrakte theoretische Abhandlung; vielmehr ist an jeder Stelle des Buches *Guntrips* methodisches Grundprinzip im Umgang mit allen auftauchenden wissenschaftlichen und therapeutischen Fragen der Psychoanalyse spürbar: „Die Sorge um den Menschen ist wichtiger als die Sorge um Ideen.“ Durchgehender Schlüsselbegriff ist dabei das „Ich“ bzw. das „Selbst“ in seinen interpersonellen Bezügen, und zwar nicht als abstraktes, isoliertes „System-Ich“, wie er es bei *Freud* und *Hartmann* kritisiert, sondern – und das ist zweifellos die am entscheidendsten vorgetragene

These dieses Buches – als ein psychodynamisch verstandenes Ich des realen und personalen Menschen, wie er dem Therapeuten in der Beziehung zu seinen Patienten begegnet.

Das Buch ist in zwei Teile und sieben Kapitel gegliedert, wobei der erste Teil vor allem der theoretischen Auseinandersetzung gewidmet ist, während der zweite die therapeutische Praxis betrifft. Bereits die Überschrift des ersten Kapitels („Seeing *Freud* in Perspective“) macht deutlich, daß *Guntrip*, ähnlich wie seine Lehrer *Fairbairn* und *Winnicott*, das Werk *Freuds* nicht als absoluten Maßstab für die psychoanalytische Forschung setzt, sondern aus der Perspektive seiner eigenen therapeutischen Erfahrung und Forschung sieht und daher neu interpretiert. Nicht so sehr, was *Freud* geschrieben hat, sei wichtig, sondern was sich inzwischen aus *Freuds* fundamentalen Anstößen entwickelt habe. Dabei unterscheidet er klar zwischen der Fülle an klinischem Material, das *Freud* im Umgang mit psychischen Störungen und Krankheiten gesammelt, und den theoretischen Schlußfolgerungen, die er dann daraus gezogen und vor allem in seinem Triebkonzept niedergelegt habe. *Freuds* Triebkonzept hat, wie *Guntrip* hervorhebt, bis heute fatale Konsequenzen für die therapeutische Praxis; denn jeder Analytiker, der von der Determiniertheit menschlichen Handelns überzeugt ist, wird allzu leicht Mißerfolge in einer Therapie auf überstarke konstitutionelle Faktoren zurückführen, beispielsweise auf die sogenannte destruktive angeborene Aggression. Auch *Guntrip* weiß, daß sicherlich nicht jeder Patient geheilt werden kann; aber therapeutische Fehlschläge sind seiner Meinung nach mit größter Wahrscheinlichkeit darauf zurückzuführen, daß der Therapeut nicht in der Lage gewesen sei, eine tragende Beziehung zu seinem Patienten herzustellen. Er selbst habe nie einen Patienten kennengelernt, dessen Symptome nicht auf der Beziehungsebene hätten verstanden werden können, sowohl genetisch als Ergebnis fehlender mütterlicher Zuwendung als auch aktuell in der Beziehung zwischen Therapeut und Patient.

Gerade auf dem Hintergrund dieser therapeutischen Erfahrung fordert *Guntrip* die Entwicklung einer Theorie der Objektbeziehungen, die sich radikal befreit von *Freuds* naturwissenschaftlichem, intrapsychischem und unpersönlichem Denken. Die Wurzeln einer solchen Theorie seien allerdings schon enthalten in *Freuds* Ödipuskomplex und Phänomenen wie Übertragung und Widerstand. Den eigentlichen Wendepunkt sieht *Guntrip* im Werk *Melanie Kleins*. Obwohl sie *Freuds* Trieblehre verhaftet bleibt, geht sie in ihrer Theorie der internalisierten guten und bösen Objekte über *Freud* hinaus und betont die Wichtigkeit von Objektbeziehungen in frühester Kindheit. Das wesentliche an *Melanie Kleins* Werk besteht nach *Guntrip* darin, daß sie im Gegensatz zu *Freud* ein Person-Ich und nicht lediglich ein System-Ich beobachtet, studiert und beschrieben habe. Dazu muß jedoch kritisch angemerkt werden, daß *Guntrip* an dieser Stelle *Melanie Klein* zu sehr im Sinne des von ihm selbst postulierten personalen

Ichs und einer psychodynamischen Ich-Entwicklung interpretiert; denn da *Melanie Klein* ausdrücklich *Freuds* biologischem Determinismus beipflichtet, ist vor diesem Hintergrund ein personales Ich und sein interpersoneller Ursprung nur schwer vorstellbar.

Viel deutlicher und entschiedener setzt sich *Guntrip* im fünften Kapitel seines Buches mit *Heinz Hartmann* auseinander. In der Nachfolge *Fairbairns* und *Winnicotts* legt er größten Wert darauf, daß sich die Psychoanalyse nicht mit einem abstrakten System-Ich, sondern mit der realen menschlichen Person beschäftigen solle. *Freud* und *Hartmann* behandeln psychische Strukturen wie „Ich“ und „Es“ in einer Weise, als wären sie in sich abgeschlossene Entitäten. Die eigentliche Grenze dieser Theorie liegt in der Tatsache, daß die Es-Triebe als primäre Energien gedacht werden, außerhalb des Ichs und losgelöst von ihm. Das führt zu einem Dualismus, der sowohl theoretisch uneinfühlbar bleibt als auch therapeutischen Pessimismus nach sich zieht. Der einzige Ausweg aus diesem Dualismus zwei radikal gegeneinander gerichteter Strukturen besteht darin, den Begriff des „Es“ fallen zu lassen und stattdessen das „Ich“ als einen Begriff für die grundsätzlich ganze und einheitliche Psyche zu reservieren. Diese verfügt dann über ein angeborenes Potential, um sich in interpersonellen Beziehungen zu einem wahren Selbst und einer ganzheitlichen Person zu entwickeln.

Es bleibt jedoch unklar, wie sich in *Guntrips* Konzept seine Schlüsselbegriffe „Ich“, „Person“ und „Selbst“ differenzieren lassen. Das hängt mit der Tatsache zusammen, daß er gerade den Personbegriff als letztlich vorgegebene und nur philosophisch faßbare Entität voraussetzt und auch das Ich weder gruppensdynamisch noch strukturell versteht, wie dies in der Dynamischen Psychiatrie der Berliner Schule geschieht. Gerade ein Ich-struktureller und gruppensdynamischer Ansatz würde jedoch helfen, das von *Guntrip* beschriebene Krankheitsbild der Schizoidie differentialdiagnostisch abzugrenzen und eine entsprechende therapeutische Strategie zu entwerfen.

Abschließend muß gesagt werden: Auch wenn *Guntrip* diese Konsequenzen nicht gezogen hat, bleibt sein Buch äußerst lesenswert. Nicht zuletzt wegen seiner unvoreingenommenen Auseinandersetzung mit der orthodoxen Psychoanalyse und wegen des therapeutischen Optimismus, der sich daraus entwickelt.

Friedrich Diergarten (Düsseldorf)

W. Böker

*Klassische und dynamische Psychiatrie –
Antithesen oder Scheingegensatz
– Versuch einer Begriffsklärung –*

In: Confinia Psychiatrica 19, 236–251 (1976)

Dem Autor dieses Aufsatzes aus der psychiatrischen Universitätsklinik am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (Direktor: H. Häfner), Mannheim, ist eine Entwicklung der Psychiatrie des 20. Jahrhunderts aufgefallen, die zu gegensätzlichen Bezeichnungen einer „klassischen“ und „dynamischen“ Psychiatrie für verschiedene theoretische Ansätze geführt hat. Das Ziel der hier besprochenen Arbeit ist es, zu untersuchen, ob dieser Gegensatz existiert; das Ergebnis sei vorweggenommen: er existiert nach Meinung des Autors nicht. Die Methoden der Untersuchung sind jedoch höchst fragwürdig, allerdings in ihrer Naivität, Unlogik, sachlichen Unkenntnis und teilweisen Arroganz für den mit Theorie und Praxis verschiedener psychiatrischer Ansätze vertrauten Leser leicht durchschaubar.

Zur Methodik des Autors: er versucht in keiner Weise, real bestehende theoretische Vorstellungen einer vorherrschenden zeitgenössischen Schulpsychiatrie, die vage mit dem Begriff „klassisch“ identifiziert wird, und theoretische Konzepte einer psychoanalytischen Dynamischen Psychiatrie zu untersuchen und zu vergleichen (die jeweilige therapeutische Praxis berücksichtigt er überhaupt nicht). Vielmehr definiert er die Begriffe „klassisch“ und „dynamisch“ z.T. mit Hilfe der Brockhaus-Enzyklopädie und entwickelt mit diesen Begriffsbestimmungen jeweils eine Geschichte einer „klassischen“ und einer „dynamischen“ Psychiatrie in höchst eigenmächtiger Weise. Da er aber in seiner Beschreibung der Geschichte der „klassischen“ Psychiatrie durchaus „dynamische“ und in der der „dynamischen“ Psychiatrie durchaus „klassische“ Ansätze findet, kommt er mit einer gewissen kurzschlüssigen Logik zu dem Ergebnis, daß dieser Gegensatz wohl aus der Luft gegriffen sein müsse und realiter nicht existiere. Zum Beispiel: Da doch niemand *Freuds* Entdeckungen das „Klassische“ mehr absprechen könne („allein seine . . . Sprache rückt ihn . . . in den Rang eines Klassikers der deutschen Sprache.“ S. 239), er aber für die „dynamische“ Psychiatrie Voraussetzungen geschaffen habe, gebe es keinen Gegensatz. Oder umgekehrt: da *Philippe Pinel* und die Psychiater der Romantischen Medizin doch „dynamisch“ gedacht hätten und *Böker* sie aber als Vertreter der „klassischen“ Psychiatrie (mit welchem Recht?) einordnet, sei auch der Gegensatz aufgehoben.

Die Arbeit, die immerhin in einer renommierten Schweizer psychiatrischen Zeitschrift erschien, sucht in ihrer Unwissenschaftlichkeit und Unklarheit ihresgleichen, von enthaltenen schlichten falschen Tatsachen einmal abgesehen. Sie entpuppt sich in ihrer Motivation als peinliche

Rechtfertigung heutiger noch überwiegend menschenunwürdiger Anstaltspraxis mit dem dazugehörigen Endogenitätskonzept durch einen Sozialpsychiater und wirft darüberhinaus ein grelles Licht auf die Konzeptionslosigkeit in Theorie und Praxis der Sozialpsychiatrie, deren Vertreter in Deutschland *Häfner* ist. Es ist nur zu offenbar, daß die hier besprochene Arbeit der Verschleierung der Identitätslosigkeit der Sozialpsychiatrie in Deutschland dienen soll.

Über eine Definition einer „klassischen“ Psychiatrie kann man wahrlich streiten. Nicht aber die konzeptionell streng abgegrenzte Theorie und therapeutische Praxis der Dynamischen Psychiatrie verleugnen, die seit den Dreißiger Jahren in den USA (zu nennen sind *F. Alexander* und *K. Menninger*) und seit über 10 Jahren in Deutschland von *Günter Ammon* aufgebaut und ständig weiterentwickelt wurde.

Es ist gerade die Realität (und nicht der bloße Begriff) der Dynamischen Psychiatrie, die die Krise herkömmlicher psychiatrischer und auch sozialpsychiatrischer Konzepte deutlich macht, da sie als praktikable Alternative den therapeutischen Pessimismus „klassischer“ Endogenitätstheorien und der ihr entsprechenden Anstaltspsychiatrie entlarvt.

Mathias Hirsch (Düsseldorf)

Helm Stierlin

Familientherapeutische Aspekte der Übertragung und Gegenübertragung

In: *Familiendynamik*, (2), Heft 3, 1977, Hrsg.: H. Stierlin und J. Duss-von Werdt

Nach *Stierlin* lehnen die meisten Familientherapeuten ein psychoanalytisches Vorgehen mit der besonderen Berücksichtigung von Übertragung und Gegenübertragung ab, und so scheint es ein verdienstvoller Versuch *Stierlins* zu sein, hier psychoanalytische Ansätze einzubringen. Zentral in seinem Aufsatz ist die Darstellung verschiedener „übergreifender Gesichtspunkte, die zunehmend die Arbeit der Heidelberger Gruppe bestimmen“ und die er in ihrer Bedeutung für die Familientherapie den bekannten psychoanalytischen Gesichtspunkten, die *Hartmann* um den adaptiven Gesichtspunkt erweitert hat, gleichstellt. Er nennt: 1. die bezogene Individuation, 2. die Interaktionsmodi von Bindung und Ausstoßung, 3. die Delegation und 4. die Mehrgenerationsperspektive von Vermächtnis und Verdienst.

Bezogene Individuation soll die Fähigkeit bezeichnen, sich bei Abgrenzung der eigenen Person auf einen anderen Menschen beziehen zu können. Es gehe hier um Probleme der Selbst-Objekt-Differenzierung (wobei sich *Stierlin* auf *Mahler* und *Jacobsen* bezieht). Bei Schizophrenen sei sie oft gestört, und der Therapeut müsse dann erst durch Strukturierung der

Situation eine bezogene Individuation als Voraussetzung für eine „Übertragungsreaktion im Sinne der psychoanalytischen Theorie“ herstellen. In der Gegenübertragung könne der Therapeut hier zu zwei Fehlern verleitet werden: Zu symbiotischer Verschmelzung mit dem Patienten oder zu zu starker empathie-arter Abgrenzung.

Bindung und Ausstoßung bezeichneten langfristig wirkende Interaktionsmodi, in denen sich die Dominanz zentripetaler oder zentrifugaler Kräfte bei der intergenerationalen Trennungsdynamik widerspiegeln. Beim Bindungsmodus verzögere sich die Trennung, was auf drei Ebenen wirksam sein könne: Der Ebene des Es, des Ich und des Über-Ich. Gegenübertragungsreaktionen führen hier zu unendlichen Analysen, Verklammerungen von Analytiker und Patient oder einem Absprechen der Übertragungsfähigkeit des Patienten seitens des Analytikers. Der Interaktionsmodus der Ausstoßung führe dazu, daß sich das Kind als überflüssig empfinde und zu frühreifer Autonomie gelange. Zum Analytiker entwickle der Patient dann eine kompensatorische idealisierende oder Spiegelübertragung. In der Gegenübertragung könne der Analytiker dann in den Fehler verfallen, frustriert zurückzuschlagen oder die Idealisierung zu zerschlagen. Es gehe hier aber darum, vertrauende, nicht-pathologische Bindungen ohne aktive Lockerung der bestehenden pathologischen aufzubauen.

Mit dem Begriff der Delegation sei ein Element von Beauftragung und transgenerationaler Verpflichtung gegeben, das im psychoanalytischen Übertragungskonzept fehle. Aus dem Delegationskonzept, das eng mit der nicht näher ausgeführten Mehrgenerationsperspektive verbunden sei, ergebe sich letztlich die Familientherapie, die eine Konfliktbewußtmachung und Bewältigung am Ursprungsort in intrafamiliärer Versöhnung suche. Die therapeutische Zweierbeziehung der Psychoanalyse und auch der Verhaltenstherapie verhindere diese Versöhnung und therapiere die Familienangehörigen auseinander. In der Gegenübertragung mache der Therapeut oft den Fehler, transfamiliär verschobene Konflikte nicht im intrafamiliären Kontext zu sehen und „zurückzuverteilen“. Nur eine Familientherapie könne der Gefahr einer mangelnden „Allparteilichkeit“ und der des Auseinandertherapierens begegnen.

Stellt die Arbeit von *Stierlin* hier wirklich einen Fortschritt dar? Er schreibt, daß in seinen vier „beziehungsdynamischen Perspektiven sich sowohl individuelle wie Systembeiträge, transitive wie reziproke Beziehungsmomente“ darstellen und daß diese Perspektiven „zum Teil auseinander hervorgehen und sich überschneiden“. Er kann aber nicht darstellen, wie sie real miteinander in Beziehung stehen sollen, und ihren Zusammenhang konzeptionell darlegen. Wenn *Stierlin* von Psychoanalyse spricht, meint er immer nur die orthodoxe Einzelanalyse und bleibt dort in seinen weitesten Schritten bei *Kohut* stehen. Das was er hier aber mit den Begriffen „Bezogene Individuation“ und „Bindung und Ausstoßung“

mühsam darstellt, ist von *Ammon* in dessen grundlegenden Arbeiten über die archaischen Ich-Krankheiten wesentlich weiter entwickelt worden, wobei auch der Zusammenhang verschiedener Übertragungsdynamiken behandlungspraktisch durchgearbeitet ist. Auch der Inhalt dessen, was *Stierlin* mit dem Begriff der „Delegation“ und im weiteren dem von „Vermächtnis und Verdienst“ bezeichnet, ist seit *Bion* im Begriff der Gruppenkultur besser aufgehoben.

Dabei ist sicher davon auszugehen, daß *Stierlin*, der sich als Schizophrenietherapiespezialist versteht, *Ammons* Arbeiten gelesen hat. Frappierend ist hier, wie gerade eine Auseinandersetzung mit *Ammons* grundlegendem Ich- und Gruppenkonzept umgangen wird, was sich als auffälligste Tendenz durch die ganze Zeitschrift zieht. Die Herausgeber stellen die Realität dann so dar: Neben der orthodoxen Psychoanalyse sind noch die Verhaltenstherapie und die Systemtheorien bedeutsam. Von der Verhaltenstherapie soll der Psychoanalytiker lernen, direkt und aktiv zu intervenieren, und von den Systemtheorien könnten sowohl Verhaltenstherapeuten als auch Psychoanalytiker lernen, ihre monadische Denkweise zu erweitern. Der Mitherausgeber *Duss-von Werdt* schreibt: „Für psychoanalytische wie auch verhaltenstherapeutische Therapeuten ist es nicht selbstverständlich, über die Monade Patient oder die Dyade Patient-Therapeut hinauszudenken . . .“ Darum sei eine Ergänzung durch „Elemente aus Theorien über menschliche Kommunikation und menschliche Systeme“ nötig. Daß solche Synthesen verschiedenster theoretischer Grundlagen nicht nur von den traditionellen Vertretern der psychoanalytischen und verhaltenstheoretischen Richtung, sondern auch von den Vertretern der Systemtheorie abgelehnt werden, sei vom theoretischen Standpunkt aus verständlich – die kausal-deterministische Denkweise monadisch orientierter Theorien (wie der Psychoanalyse) ließe sich ja auch nicht ohne weiteres mit der kybernetischen Grundlage systemorientierter Therapien verschmelzen. Das seien aber die Sorgen der Theoretiker und nicht die der Praktiker auf dem Gebiet der Familientherapie.

So werden hier Widersprüche aufgebaut, die in *Ammons* Ich- und Gruppenkonzept längst und ohne künstliche Trennung von Theorie und Praxis in einem integrativen Konzept überwunden worden sind. In *Ammons* psychoanalytischem Gruppenkonzept sind auch die von *Stierlin* beschworenen Gefahren der psychoanalytischen Therapie nicht gegeben – im Gegenteil: Bei der zentralen Arbeit (auch direkt familientherapeutischen Arbeit) mit der pathologischen Familiendynamik der Patienten bleibt die Therapie hier nicht nur bei einer bloßen Versöhnung im Rahmen der Familie stehen, sondern schreitet im Sinne einer Identitätserweiterung über die Familiengrenzen hinaus. Grundlegend ist hierbei, daß die Familie als eine Sonderform von Gruppenbildung verstanden wird, wie es schon *Nathan W. Ackerman*, der Begründer einer analytisch orientierten Familienpsychotherapie, seit 1937 herausgearbeitet hat. Genau an diesem Punkt

schließen Autoren und Herausgeber der Zeitschrift *Familiendynamik* die Augen.

In der Einführung der Herausgeber in der ersten Nummer der Zeitschrift heißt es: „. . . Keine Betrachtung von Individuen, Paaren oder von Gruppen und ganzen Gesellschaften kommt um die Familie herum.“ Das ist richtig – aber richtiger und konzeptionell weiterführend ist zu sagen: Keine Betrachtung von Individuen, Paaren, Familien und ganzen Gesellschaften kommt um ein Verständnis von Gruppen und Gruppendynamik herum. Es ist wichtig, die Familie als eine Sonderform der Gruppe zu begreifen, der als Primärgruppe eine spezifische Bedeutung zukommt.

Der Tendenz der Zeitschrift entsprechend enden dann auch Beiträge, in denen es um die Geschlechterproblematik geht, mit Vorschlägen zu einer neuen Rollenverteilung von Mann und Frau, die die heutige Familie funktionsfähiger machen soll. Daß sich zwei Partner aber so oder so nie alles das geben können, was sie im Rollendenken verhaftet voneinander erwarten müssen, wird nicht reflektiert.

Die beschworene Krise der Familie ist nicht so sehr eine Krise der Familie, die als solche auch noch keine sehr lange Geschichte hat, sondern Ausdruck einer Krise der Gruppen, in denen der Mensch lebt. Der Mensch ist kein Familienmensch, sondern ein Gruppenmensch.

Der Titel der Zeitschrift „*Familiendynamik*“ hat assoziativ Verbindung zum Begriff *Gruppendynamik*, Tendenz der Zeitschrift ist aber nicht die Beziehung zur, sondern die Verdrängung von *Gruppendynamik*.

Thomas Culemann (Berlin)

Nachrichten

Wochenendtagung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM)

Die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM) veranstaltet vom 11.–13. 11. 1977 eine Wochenendtagung mit wissenschaftlichen Vorträgen zur Psychosomatischen Medizin und themenzentrierten Balintgruppen für Ärzte im Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP).

Wissenschaftliche Vorträge:

Freitag, den 11. 11. 1977

20.00 Uhr Vortrag *Dr. med. Günter Ammon* (Berlin)

„Psychosomatische Forschungsmethoden im Rahmen internistischer, psychiatrischer und psychotherapeutischer Kliniken“

Samstag, den 12. 11. 1977

14.30 Uhr Vortrag *Dipl.-Psych. Wolfgang Rock* (Düsseldorf)

„Zur kombinierten Behandlungsmethode bei Anorexia nervosa“

18.30 Uhr Vortrag *Dr. med. Hartwig Volbehr* (Berlin)

„Die Rolle der Psychosomatik in der Dynamischen Psychiatrie“

20.00 Uhr Vortrag *Dr. med. Jan Pohl* (München)

„Die Klinik als interpersonelles Feld psychosomatischer Behandlungswissenschaft“

Sonntag, den 13. 11. 1977

14.30 Uhr Vortrag *Dr. med. Karin Schibalski* (München)

„Abgrenzung des spezifischen Ich-Defizits psychosomatisch Kranker im Rahmen der Krankheitslehre der Dynamischen Psychiatrie“

Themenzentrierte Balintgruppen:

- I. *Dr. Biebel/Gülsdorff* „Gynäkologische Psychosomatik“
- II. *Dr. Schneider/Dr. Heuschen* „Der schwierige Patient. Vegetative Dystonie“
- III. *Dr. Hirsch/Krüger* „Der psychiatrische Notfall“
- IV. *Dr. Schmidts/Dr. Hertkorn* „Der suizidale Patient“
- V. *Dr. Volbehr/Dr. Weiger* „Tod und Sterben“
- VI. *Dr. K. Schibalski/Nickel* „Psychosomatische Erfahrungen während des Medizinstudiums“ (Junior-Balintgruppe)

Zeiten der Balintgruppen:

Freitag, 11. 11. 1977 von 18.00–20.00 Uhr

Samstag, 12. 11. 1977 von 10.00–12.00 Uhr und
von 16.00–18.00 Uhr

Sonntag, 13. 11. 1977 von 10.00–12.00 Uhr und
von 16.00–18.00 Uhr.

Teilnahmegebühr:

DM 30,- pro Doppelstunde, Studenten DM 10,- pro Doppelstunde.

Ort und Anmeldung:

Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für
Psychoanalyse (DAP), Schadowstr. 86–88, 4000 Düsseldorf,
Telefon (0211) 364900.

DEUTSCHE GRUPPENPSYCHOTHERAPEUTISCHE
GESELLSCHAFT (DGG)

PSYCHOANALYTISCHE GRUPPENDYNAMIK

Selbsterfahrung in Gruppen

18.–20. November 1977

Die Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft veranstaltet im Rahmen ihrer gruppenspezifischen Arbeit regelmäßig gruppenspezifische Wochenendtreffen in

Aachen, Bremen, Erlangen, Essen, Freiburg, Gießen, Göttingen, Hamburg, Hannover, Heidelberg, Kempten, Kiel, Koblenz, Köln, Konstanz, Mainz, Mannheim, Marburg, Münster, Passau, Regensburg, Saarbrücken, Stuttgart, Tübingen, Würzburg, Zürich.

Die Gruppenspezifischen Wochenendtreffen setzen sich zum Ziel, neue Formen eines menschlichen Zusammenlebens erfahrbar zu machen, für die die Berliner Schule Günter Ammons nicht nur ein Konzept, sondern auch konkrete Entwicklungsmöglichkeiten eröffnet. In der Auseinandersetzung mit dem Gruppenleiter, mit den anderen Gruppenmitgliedern und der gesamten Gruppe kann sich der einzelne als Person im eigenen Recht erfahren: mit eigenen Bedürfnissen, aber auch mit eigenen Grenzen. Es geht darum, diese Grenzen zu erfahren, kreativ damit umzugehen, und einen Entwicklungsprozeß zu beginnen, der eine Erweiterung der eigenen Identität ermöglicht.

Information und Anmeldung bei den Fachbereichen Gruppendynamik der DGG

Lehr- und Forschungsinstitut
für Dynamische Psychiatrie und
Gruppendynamik der DAP und DGG
Ausbildungsinstitut für Psychoanalyse
Wielandstraße 27–28
1000 Berlin 15
Tel. 030/8839324

Münchener Lehr- und Forschungsinstitut
der DAP und DGG
Ausbildungsinstitut für Psychoanalyse
Leopoldstraße 87
8000 München 40
Tel. 089/341444

Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstitut
der DAP und DGG
Ausbildungsinstitut für Psychoanalyse
Schadowstraße 86–88
4000 Düsseldorf
Tel. 0211/364900

DAP-Arbeitsgruppe Saarbrücken
Schwarzenbergstraße 36
6600 Saarbrücken
Tel. 0681/33032

Enke

Forum der Psychiatrie

Neue Folge

Herausgegeben von Prof. Dr. Johann Glatzel, Prof. Dr. Helmut Krüger und Prof. Dr. Christian Scharfetter

Band 1:

Sektorisierte Psychiatrie

Im Rahmen einer Universitätsklinik.
Anspruch, Wirklichkeit und praktische
Erfahrung.

Von Dr. M. BAUER, Hannover
1977. XVI, 224 S., 107 Tab., 45 Abb., 15,5×23 cm
kart. DM 39,-
ISBN 3 432 88981-X

Band 2:

Wahn

Eine deskriptiv-phänomenologische Unter-
suchung schizophrener Wahnns

Von Prof. Dr. G. HUBER und
Priv. Doz. Dr. G. GROSS, Lübeck
1977. XII, 184 S., 15,5×23 cm
kart. DM 39,-
ISBN 3 432 89061-3

Band 3:

Sozialverhalten und Psychose Manisch-Depressiver

Von Priv. Doz. Dr. A. KRAUS, Heidelberg
1977. Ca. 210 S., 15,5×23 cm,
kart. ca. DM 39,-
ISBN 3 432 89071-0

Band 4:

Der Glaube bei Depressiven

Religionspsychopathologische und klinisch-
statistische Untersuchung.

Von Prof. Dr. G. HOLE, Ulm
1977. Ca. 250 S., 15,5×23 cm,
kart. ca. DM 39,-
ISBN 3 432 89051-6



Ferdinand Enke Verlag Stuttgart

DEUTSCHE GRUPPENPSYCHOTHERAPEUTISCHE GESELLSCHAFT(DGG) e. V.

PSYCHOANALYTISCHE GRUPPENDYNAMIK Selbsterfahrung in Gruppen

21. KLAUSURTAGUNG in STELZERREUT/Bayr. Wald
26. 12. 77-4. 1. 78

Ort: Tagesklinik für intensive Gruppenpsychotherapie der DGG in
Stelzerreut bei Kumreut (Nähe Passau)

Information und Anmeldung:

Lehr- und Forschungsinstitut
für Dynamische Psychiatrie und
Gruppendynamik (LFI)
Ausbildungsinstitut f. Psychoanalyse
1Berlin 15
Wielandstr. 27-28
(030) 8839224

Münchener
Lehr- und Forschungsinstitut
der DAP und DGG
8 München 40, Leopoldstr. 87
(089) 341444

Düsseldorfer
Lehr- und Forschungsinstitut
der DAP und DGG
4 Düsseldorf
Schadowstraße 86-88
(0211) 364900

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 Culeman, Ulrike Harlander (Rezensionen), Dietrich Hullmeine,
Dr. med. Elke Jansen, 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. Dieta Biebel, Dipl.-Psych. Christine Bott, Dr. med. Rolf Schmidts, Dr. med.
Karin Schibalski-Ammon, Winfried Schibalski (Rezensionen)
Münchener Lehr- und Forschungsinstitute der DAP, Leopoldstr. 87, 8 München 40

Dipl.-Psych. Berthold Beck, Dr. Friedrich Diergarten, Dr. med. Mathias Hirsch (Rezen-
sionen), Dipl.-Psych. Dr. Kurt Husemann (Nachrichten), Dipl.-Psych. Jürgen Marenbach,
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.