ISSN 0012-740X

1 Z 4365 F

Dynamische Psychiatrie *Dynamic Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse
Herausgegeben von Günter Ammon

Lucio Pinkus
Die epileptische Erfahrung: Ein Borderline-Syndrom

Hubert Požarnik
Ich-Analyse und Verhaltenstherapie bei der Impotenz

L. Miller de Paiva
Etiopathogeny of Sexual Identity Disorders — Application of the Concepts of *Mahler, Klein, Bicudo, Ammon* and *Cesio* in Transsexuality and Transvestitism

Anatole C. Matulis
Schizophrenia: An Experiment in Teaching a New-Foreign Language to the Inpatients as an Analeptic Ego Aid

Dean T. Collins
Das psychiatrische Krankenhaus: Mittel zur Diagnose und Therapie

Rudolf Ekstein
Das Grenzfallkind

10. Jahrgang 6. Heft 1977

47

PINEL-PUBLIKATIONEN BERLIN

Dynamische Psychiatrie / *Dynamic Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse
Organ der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), der
Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG) und der
Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM)
10. Jhg., 6. Heft 1977, Nr. 47

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 – B. Buda, Budapest – E. Ekstein, Los Angeles – A. A. Fischer, Maastricht – Th. Freeman, Antrim – A. Garma, Buenos Aires – K. E. Godfrey, Topeka – J. L. Gonzales, Mexico City – G. H. Graber, Bern – F. Hacker, Wien/Beverly Hills – F. Hansen, Oslo – G. Hidas, Budapest – H. Illing, Los Angeles – I. Jakob, Belmont – H. W. Janz, Hannover – U. Keller, Düsseldorf – M. Khan, London – E. Linnemann, Kobenhavn – G. Murphy, Washington – S. Nacht, Paris – K. Okonogi, Tokio – J. Pohl, München – E. Ringel, Wien – G. J. Rose, Rowayton – E. Rosenblatt, Santiago – H. Searles, Chevy Chase – E. Servadio, Roma – D. Shaskan, Los Angeles – V. Smirnoff, Paris – T. C. Sinha, Calcutta – J. Sutherland, Edinburgh – V. Tähkä, Helsinki – Y. Tokuda, Tokio – E. Weigert, Chevy Chase – W. Th. Winkler, Gütersloh – W. Z. Winnik, Jerusalem – E. D. Wittkower, Montreal.

Seite

Lucio Pinkus (Rom)
Die epileptische Erfahrung: Ein Borderline-Syndrom 425
The Epileptical Experience: a Borderline-Syndrome 435

Hubert Požarnik (Ljubljana)
Ich-Analyse und Verhaltenstherapie bei der Impotenz 438
Ego-Analysis and Behaviour-Therapy with Impotency 445

L. Miller de Paiva (São Paulo)
Etiopathogeny of Sexual Identity Disorders – Application of the Concepts of *Mahler, Klein, Bicudo, Ammon* and *Cesio* in Transsexuality and Transvestitism 448
Ätiopathogenese von Störungen der sexuellen Identität – Anwendung der Konzepte von *Mahler, Klein, Bicudo, Ammon* und *Cesio* in Hinsicht auf Transsexualität und Transvestitismus 455

Anatole C. Matulis (Detroit)
Schizophrenia: An Experiment in Teaching a New-Foreign Language to the Inpatients as an Analeptic Ego Aid 459
Über den Einsatz einer neu zu erlernenden Fremdsprache als Hilfsmittel in der Therapie schizophren reagierenden Anstaltspatienten 471

Dean T. Collins (Topeka/Kansas)
Das psychiatrische Krankenhaus: Mittel zur Diagnose und Therapie 473
The Psychiatric Hospital: Instrument for Change 480

Rudolf Ekstein (Los Angeles)
Das Grenzfallkind 481
The Borderline-Child 494

Bücher- und Zeitschriftenspiegel/*Book and Journal Reviews* 497

Nachrichten/*News* 512

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

Die epileptische Erfahrung: Ein Borderline-Syndrom**

Lucio Pinkus*

Der Autor zeigt in dieser Arbeit, daß der Lebensmodus epilepsiekranker Patienten dem von Borderline-Kranken (Ammon) sehr änlich ist. Als psychoanalytischen Beitrag zu einem umfassenden, wirksamen Behandlungskonzept für diese Patienten untersucht er basierend auf dem Ammonschen Konzept des spezifisch gestörten Symbiose-Komplexes archaischer Ich-Krankheiten die intrafamiliäre pathogene Familiendynamik und deren Auswirkungen auf die Persönlichkeitsstruktur des Epileptikers. Vorherrschend ist dabei die Spaltung von Körper-Ich und psychischem Ich bei hochgradig narzißtischer Schädigung des Körper-Ichs. Im Unklaren bleibt, ob die organische Hirnschädigung die Ursache oder die Folge dieses pathogenen Symbiose-Komplexes ist.

Warum habe ich dieses Thema gewählt?

–Weil ich überzeugt bin, daß die Psychoanalyse ihre Methodik und ihre Inhalte an den Problemen der menschlichen Gesundheit und deren Realisierung messen muß;

– weil ich feststellen konnte, wie fruchtbar es ist, wenn man an diese verschiedenen Probleme – darunter auch die Bedeutung des Krankseins und des Heilens – mit einem Modell herangeht, das mehrere Wissenschaftszweige umfaßt;

– weil die Epilepsie immer noch klinisch und sozialpsychologisch eine äußerst wichtige Gegebenheit darstellt;

– weil ich Gelegenheit habe, in einer neuro-chirurgischen Abteilung gemeinsam mit anderen Forschern (*L. Pinkus, G. Collicio, C. de Pascales, A. Gentilomo, M. Sceratti,* 1977) Patienten mit epileptischen Anfällen systematisch zu beobachten.

Diese Überlegungen haben mich überzeugt, daß wir, wenn wir die Patienten, die an epileptischen Anfällen leiden, besser und wirksamer verstehen wollen, vor allem die psychodynamische Bedeutung der epileptischen Anfälle erfassen müssen.

Ich möchte vorausschicken, daß sich meine Beobachtungen auf Epileptiker beziehen, die alle schon seit längerer Zeit an meist recht schweren Anfällen leiden und auf pharmakologische Therapien nicht ansprechen. Zugleich möchte ich bemerken, daß ich hier vor allem psychoanalytische Aspekte des Problems behandeln werde, und daß sich meine Erfahrungen auf meine Forschungsarbeit beschränken, die vor ca. einem Jahr erst begonnen wurde und noch nicht abgeschlossen ist.

* Professor für Psychologie an der Staatlichen Universität in Rom, Psychoanalytiker

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

Das Ziel der Untersuchung ist, eine neue therapeutische Betrachtungsweise für Patienten mit epileptischen Anfällen zu finden. Dabei haben interessante Beiträge miteinander integriert werden können, die von ganz verschiedenen Richtungen – neurochirurgischen, neurophysiologischen und psychodynamischen – stammen und Aussichten auf eine andersartige Behandlungsweise eröffnen, die hoffentlich den effektiven und menschlichen Bedürfnissen der Kranken wirklich entspricht.

Was mich beim Umgang mit epileptischen Patienten hauptsächlich betroffen gemacht hat, ist die Beobachtung, daß die Epilepsie nicht so sehr ein Leiden oder eine Symptomatik ist, wie in allererster Linie eine zutiefst erlebte Erfahrung, die allmählich zum Lebensmodus wird. Ohne den Einfluß des organischen Elements in der epileptischen Situation zu übersehen, so fällt mir auf, daß sich dieser Lebensmodus in einer ununterbrochenen Folge von verschiedenen diskontinuierlichen Gemütsreaktionen zeigt, die große Ähnlichkeit mit dem psychologischen Zustand aufweisen, den die psychoanalytische Forschung unter der Bezeichnung „Borderline" kennt.

Damit will ich nicht behaupten, daß die Kranken mit epileptischen Anfällen ausschließlich Borderline-Patienten seien. Ich möchte nur sagen, daß man, wenn man die Dynamik bedenkt, die – der psychoanalytischen Erfahrungen und Literatur gemäß – der Borderline-Situation zugrunde liegt, am ehesten in der Lage sein dürfte, diese Kranken zu verstehen und ihnen dann eine wirklich therapeutische Antwort zuteil werden zu lassen. Ohne hier auf das umfangreiche Schrifttum einzugehen, das sich mit der Frage befaßt, inwieweit soziale Dynamik und kulturelle Bedingungen sich auf die Art und Weise auswirken, wie ein Patient die epileptischen Anfälle erlebt, muß ich dennoch betonen, daß die Epilepsie seit Jahrtausenden – genau wie die Geisteskrankheiten – als eine „heilige Krankheit" erfahren und eingeordnet wurde, d. h. als ein Leiden, bei dem der göttliche Einfluß und somit die menschliche Ohnmacht so überwältigend sind, daß der Betroffene und die Gemeinschaft in die Verteidigung getrieben werden. Diese Haltung ist so eingewurzelt, daß sie zu einem starken Gemütssubstrat aus Schuld, Abwehr und Angstgefühlen wird, das wahrscheinlich dramatische Konfliktsituationen erzeugt, besonders im Falle der Ehepaare mit einem Kind, welches sich bei der Geburt oder später als epileptisch erweist.

Das Borderline-Syndrom

Ich möchte hier nicht auf die Untersuchungen zurückkommen, die den Übergang vom ursprünglichen Begriff der Charakterneurose zum heutigen Konzept des Borderline-Syndroms gestatten. Hier halte ich es für angebracht, die wichtigsten Elemente dieses Syndroms zu erläutern, so, wie sie aus der Beschreibung von *Ammon* (1973) hervorgehen, da mir diese in ihrer theoretischen Klarheit und praktischen Anwendbarkeit auf klini-

schem Gebiet für meine Ausführungen hier am besten zu entsprechen scheinen. Nach *Ammon* (1973) liegt der zentrale Konflikt des Borderline-Syndroms in der Persönlichkeit des Patienten, die scheinbar der Wirklichkeit angepaßt ist, aber hinter der Persönlichkeitsfassade eine archaische Ich-Störung verbirgt. Im Gegensatz zu psychotisch Kranken sind die Ich-Funktionen bei der Borderline-Persönlichkeit gewöhnlich unversehrt und oft auch genügend differenziert. Was hingegen fehlt, ist die Fähigkeit, die einzelnen Ich-Funktionen miteinander zu integrieren. Bei einer eingehenden Analyse zeigt es sich, daß zentral bei diesem Syndrom eine Identitätsangst besteht als Folge einer pathologischen Unterbrechung der Symbiose mit der Mutter, die sich als frühzeitige Ich-Störung zeigt. Die hieraus entstehende Ich-Spaltung ist in Wirklichkeit ein Abwehrmechanismus des Kindes, das sich nicht von der Mutter abgrenzen kann, da diese ihm nicht die Möglichkeit gibt, eigene Ich-Grenzen zu bilden und somit die Fähigkeit des Kindes, sich autonom zu entwickeln, von der Wurzel aus unterminiert. So kommt es zu einem Konflikt zwischen dem Wunsch, sich in dem Objekt „Mutter" aufzulösen, und der Notwendigkeit, sich abzugrenzen, was aber als eine Aggression gegenüber der Mutter empfunden wird. Um einerseits die symbiotische Trennungsangst und andererseits die Schuldgefühle wegen des Abgrenzungsbedürfnisses zu umgehen, reagiert das Kind mit dem Abwehrmechanismus der Spaltung, der zu seinem ständigen Verhalten im Umgang mit sich selbst und der Umwelt wird.

In der psychiatrischen Literatur, die sich mit Epilepsie befaßt (*Dreifuss*, 1975), liest man sehr oft, daß dissoziative Tendenzen oder schizophrene Syndrome gehäuft bei dieser oder jener epileptischen Situation vorkommen oder dafür typisch sind. Allerdings gelten Persönlichkeitstheorien oder Krankengeschichten, auf die die Autoren Bezug nehmen, oft nur unter einem gewissen Vorbehalt. Mir schien es, daß sich in der von diesen Autoren angeführten Symptomatik gerade die Elemente finden, die nach *Ammon* für das Borderline-Syndrom charakteristisch sind, besonders wenn man bedenkt, daß die Autoren eben die Spaltungstendenz als häufigstes Element anführen und als das Element, das vom psychiatrischen Standpunkt aus gesehen, nicht nur das typischste, sondern vermutlich auch das von organischen Faktoren unabhängigste ist.

Versuchen wir nun, das bisher Gesagte auf das Krankheitsbild der Epilepsie zu übertragen. Eines der zweifellos wichtigsten Momente, um die Ich-Grenzen zu bilden und folglich ein autonomes Ich zu entwickeln sowie in allen Lebensphasen die Autonomie zu erhalten, besteht in der ständigen und dynamischen Integrationsfähigkeit zwischen psychischer und Körperentwicklung. Und gerade in dieser Dynamik zwischen psychischem Ich und Körper-Ich liegt das für die Patienten mit epileptischen Anfällen so charakteristische „splitting", das die borderline-ähnliche Dynamik auslöst.

Das Problem der epileptischen Anfälle

Der phänomenologisch auffallendste Aspekt der Epilepsie ist der Anfall. Es handelt sich dabei um Alterationen der elektrischen Aktivität des Kranken, der – abgesehen von neuro-physiologischen und klinischen Überlegungen – eine weder voraussehbare noch kontrollierbare Kraft in sich verspürt, die sein Verhalten verändert, ihn zu besonderen Reaktionen und Gemütszuständen zwingt und sein Bewußtsein erheblich modifiziert. All dies stellt ein großes psychisches Problem dar. Als sich *Freud* mit dem Fall Dostojewskis beschäftigte, der als Epileptiker galt, hat er versucht, dieses Phänomen zu deuten. Angesichts der heutigen Kenntnisse über die Epilepsie lassen sich *Freuds* Hypothesen dazu m.E. nicht mehr teilen. Mir scheint es, daß die Kranken die Anfälle als eine destruktive Aggression in ihrem Inneren erleben, die gerade der oben erwähnten Charakteristika wegen die Sicherheit der Persönlichkeit, das Gefühl der Autonomie und Selbstkontrolle, folglich die Identität des Patienten unterminiert.

Wenn auch die Anfälle nur als Symptome einer viel weitergehenderen und bedeutungsvolleren Situation anzusehen sind, so stellen sie doch sowohl in der eigenen als auch in der interpersonellen Wahrnehmung den auffallendsten Faktor dar. Auf der Basis dieser Erfahrung strukturieren sich dann die Eigenarten oder sogar die Distorsionen, die eingehend auf die Persönlichkeit wirken. Allgemein gesehen wehrt sich nämlich der Patient einerseits mit allen möglichen Dynamiken gegen diese Anfälle. Aus Angst, sich mit dem Aspekt seines Ichs zu identifizieren, welches die epileptischen Anfälle erleidet, versucht er zur Verteidigung sein psychisches Ich von seinem Körper-Ich zu trennen. Andererseits erhält der Kranke ein psychosoziales feed-back. Dieses versucht nicht nur, sich vor der Gefahr einer Identifikation mit der an epileptischen Anfällen leidenden Person und den durch sie hervorgerufenen Ängste zu schützen, sondern es gebraucht meist auch einen Ausschluß- oder Isolierungsmechanismus, um die eigene Identität zu bewahren und die eigene Sicherheit sowie die der Gruppe zu gewährleisten.

Der Unterschied zwischen Patienten mit epileptischen Anfällen und Patienten, die an einer Geisteskrankheit leiden, liegt m.E. in der Gewißheit, daß bei der Epilepsie eine organische Grundlage vorhanden ist, die noch dazu ihren Sitz im Gehirn hat. Eine solche Gewißheit führt zu emotionalen Reaktionen, die von Gefühlen der Unvermeidbarkeit und Ohnmacht gegenüber dem Phänomen verbunden sind. Ein anderer Punkt: die Anfälle lassen sich nicht vorhersehen, sind abhängig von bestimmten Medikamenten und bedingen eine Beschränkung der Autonomie. In ihrer Manifestation variieren sie, können vom Grotesken bis ins Dramatische gehen und bringen zugleich recht peinliche Begleiterscheinungen mit sich wie Verlust der Schließmuskelkontrolle, Bewußtlosigkeit oder Halluzinationen. Aus all diesen Gründen lösen sie eine Reihe von Schuld- und Ab-

wehrreaktionen aus, die das emotionelle Gewebe des Patienten und seiner Umwelt darstellen, in dem die Erfahrung, „Epileptiker" zu sein, erlebt wird.

Um die Dynamik dieser Erfahrung aber zu verstehen, muß man eine Unterscheidung treffen:

1. die Fälle, bei denen die epileptische Situation schon bei der Geburt oder kurz danach auftritt;
2. die Fälle, bei denen sich das Leiden erst nach der Lösung aus der ödipalen Situation oder jedenfalls nach Vollendung des dritten Lebensjahres zeigt.

Epilepsie bei der Geburt oder kurz danach

Treten die epileptischen Anfälle bereits bei der Geburt oder zumindest kurz danach auf, so kann das Kind sie nicht als etwas von sich Differenziertes erfahren, auch nicht als ein „Anderssein", ein „Nicht-Funktionieren" seines Körpers erleben. Zahlreiche Forscher haben in der Tat klar bewiesen, daß ein Kind zu Beginn des Lebens nicht imstande ist, zwischen Ich und Nicht-Ich und folglich auch nicht zwischen dem eigenen und dem mütterlichen Körper zu unterscheiden. (*Ammon,* 1974; *Keller,* 1976). Bei den ersten Anfällen bemerken wir jedoch, daß die Mutter das Kind oder besser einen Aspekt des Kindes, nämlich den kranken „Körper" ablehnt. Damit löst sie gewissermaßen eine Unterscheidung zwischen dem eigenen Körper-Ich und dem des Kindes aus, als ob sie etwas Böses ablehnt, das sie mit der ganzen Ambivalenz zwischen destruktiver Aggressivität und Schuldgefühl von sich abstoßen möchte. In diesem Moment beginnt m. E. bei dem Kind mit epileptischen Anfällen die borderline-ähnliche Dynamik. Das Verhalten der Mutter bedingt einen pathologischen Abbruch der normalen Mutter-Kind-Symbiose. Das Kind fühlt unbewußt, daß es mit der Mutter nicht ganz eins sein kann, hat aber dabei nicht die Zeit, die notwendige Differenzierung schrittweise zu vollziehen. Es bemerkt, daß ein Teil seines Selbst wohl akzeptiert wird (sein Lächeln, sein Ausdruck, seine Zärtlichkeit usw.), während ein anderer Teil (der Körper, der den Ursprung der Anfälle darstellt) abgelehnt wird. Es ist also, um es begrifflich auszudrücken, als ob ein Teil – der psychisch affektive – als geliebt, der andere Teil – nämlich der körperliche – als abgelehnt empfunden wird. Da sich die Identität aber aus beiden Ich-Aspekten zusammensetzt, kommt es zu dieser Spaltung, die das Kind akzeptieren muß. Selbst wenn das Kind in der Lage wäre zu fordern, daß sein Körper akzeptiert würde, so brächte dies unüberwindliche Schwierigkeiten mit sich. Denn um zu erreichen, daß etwas akzeptiert wird, von dem man, wenn auch unbewußt, fühlt, daß es abgelehnt wird, muß man sich auf irgendeine Weise durchsetzen, sich auflehnen, es – symbolisch gesagt – bis zum Mut-

termord treiben. Eben deshalb dient der hier entstehende Trennungsmechanismus zwischen Psychischem und Körperlichem dem Kind wie auch dem Erwachsenen einerseits als Abwehr gegen die symbiotische Trennungsangst, andererseits gegen den Wunsch nach einer eigenen, vom anderen voll und ganz akzeptierten Identität (*Kernberg*, 1967).

Diese Situation, die schon so früh die Anwendung des Trennungsmechanismus und die tiefe Bedeutsamkeit der beiden getrennten Pole – psychische Identität und Körperidentität – bedingt, verhindert die Bildung der Ich-Grenzen und folgt einer dementsprechenden Autonomie, beide unentbehrliche Bedingungen für die Integration und die dynamisch-kreative Differenzierung der Ich-Funktionen. Diese Erfahrung führt also zu einem frühzeitigen und pathologischen Abbruch der normalen Mutter-Kind-Symbiose, der eine Schädigung im Ich hervorruft, die man dem Ich-Formationsmodell von *Ammon* (1973, 1974) gemäß als „Loch im Ich" bezeichnen kann. Dieses „Loch" bedingt in unserer Situation den Ausfall eines zugleich symbolischen und realen Verbindungsglieds zwischen Psyche und Körper. Dieser Ausfall führt sodann zur mangelnden Koordination zwischen innerer Erfahrung und Objektbeziehung, woher wiederum Unsicherheit, Gemütsschwankungen, destruktive Aggression usw. herrühren, d. h. all die Dynamik, die in der Literatur meist auf epileptische Anfälle selbst zurückgeführt wird.

Ich möchte auch betonen, daß dieses „Loch im Ich", dieser Mangel an Koordination leider meist mit „Hirngespinsten" ausgefüllt wird. Diese äußern sich in der Abhängigkeit von Medikamenten, in der Bildung von Überfürsorglichkeit sowohl in der Familie als in der Schule und in der Beziehung zum Arzt, in der Akzeptierung all der psychosozialen Normen, die leicht dazu beitragen, in dem Kind das Gefühl der Spaltung noch zu vergrößern, denn nur ein Teil seiner selbst kann akzeptiert werden, wie er ist. Der andere, der körperliche Teil, kann nur dann akzeptiert werden, wenn sich das Kind den Anforderungen der sozialen Abwehr unterwirft, wobei ich natürlich nicht die notwendigen klinischen Maßnahmen meine.

Die Epilepsie im späteren Alter

Eine andere Dynamik läßt sich hingegen bei den Patienten beobachten, bei denen die epileptischen Anfälle nach der von uns zuerst betrachteten Lebensepoche auftreten. Der Einfachheit halber beziehe ich mich hierbei direkt auf erwachsene Patienten. Nach den bisherigen Ausführungen besteht kein Zweifel, daß die epileptischen Anfälle in jedem Fall eine schwere Störung der Körperidentität darstellen und folglich alle damit zusammenhängenden Dimensionen in Mitleidenschaft ziehen. Bei erwachsenen Patienten tritt am deutlichsten der Konflikt zutage zwischen der wirklichen, aktuellen Situation, d. h. ihrem eigenen Real-Ich, und einer phantasierten

Bezugssituation oder Ideal-Ich. Was bei diesen Patienten auffällt, ist nicht so sehr die differenzierte Erfahrung zwischen psychischem und Körper-Ich, sondern vielmehr der Zwiespalt der derzeitigen Wirklichkeit ihres Ichs und der Sehnsucht nach einem anderen, vorherigen und jedenfalls meist ausgiebig idealisierten Ich. Der Zwiespalt, einerseits das Real-Ich – eingeschlossen das Faktum der epileptischen Anfälle – zu akzeptieren, andererseits mit der Phantasie auf das Ideal-Ich Bezug zu nehmen, bringt eine ganze Reihe weiterer Konflikte mit sich, die sich zweifellos auf das Identitätsgefühl auswirken und diesbezüglich Ängste hervorrufen (*Mack*, 1975). Man merkt dann, daß die Kranken eine heftige Angst vor der Trennung von ihrem Ideal-Ich erleben und dabei ihr eigenes Real-Ich nicht zu akzeptieren vermögen. Dieser Konflikt wird oft noch durch die depressive Angst erschwert, sie könnten auch noch dieses Real-Ich verlieren, das ihren Wünschen so wenig entspricht und so schwer akzeptabel ist.

Dieser Konflikt löst meines Erachtens einen neuen Spaltungsmechanismus aus, der ein „Loch" hervorruft, das zwar anders ist als bei der zuvor besprochenen Situation, aber dennoch Ähnlichkeiten damit aufweist. Hier dient die Ich-Spaltung nämlich dazu, eine tiefe narzißtische Wunde zu verbergen, die die Folge der neuen Situation und der sich daraus ergebenden persönlichen und psychosozialen Bedingtheit ist. Dieser Narzißmus stellt die wirkliche Füllung des sich bildenden „Lochs im Ich" dar und führt zu einer deutlich regressiven Dynamik, die die Patienten zu kindlichen Verhaltensweisen und Wünschen treibt. Dahinter verbergen sich symbiotische Wünsche nach der früheren Lebensweise sowie die Ablehnung, oft sogar die Verweigerung des vorzeitigen Lebensmodus. Es scheint mir klar, daß dies zu einer Identitätsspaltung gerade im Sinne der Borderline-Dynamik führt. Unter anderem konnte ich beobachten, daß diese Patienten in der Regression (bei dem unbewußten Versuch, zu einer Zeit zurückzukehren, in der die Spaltung zwischen Wirklichkeit und Ideal noch nicht so konfliktreich war, wie jetzt) auf die Suche nach sexueller Identität zurückkehren. Die männlichen Patienten zeigen sich z. B sehr um ihre Potenz besorgt, hegen Ängste in Bezug auf ihre Virilität: Symptome, die gewöhnlich in der Pubertät auftreten. Bei den Frauen bildet hingegen der Gedanke an Fruchtbarkeit und Mutterschaft – als Ausdruck einer sozial feststehenden Rolle und Quelle einer „sicheren" Identität – die ständige Grundlage für ihre Vergewisserung und Identifikation.

Die Haltung der Angehörigen, die Schwierigkeit, ein neues Verhältnis zu Freunden und zur Gruppe allgemein zu finden, die Schwierigkeiten in bezug auf Arbeit und Eingliederung in das Gemeinschaftsleben: all dies sind Dynamiken, die leider die Regression meist fördern. Die übertriebenen Protektionsangebote sowie die Aufforderung, sich der Rolle des „Kranken" anzupassen, erhöhen außerdem noch das Gefühl der Identitätsdiffusion.

Epilepsie und Aggressivität

Bisher habe ich versucht, einige Elemente aufzuzeigen, die die Psychodynamik der Epilepsie verständlich machen sollen. Nun scheint es mir notwendig, eines der bevorzugten Themen der psychiatrischen Literatur aufzugreifen, nämlich die aggressivsten Manifestationen der Patienten mit epileptischen Anfällen (*Arieti,* 1970).

Dieses Thema nahm die Aufmerksamkeit der Autoren stark in Anspruch. Immer wieder wurde von Kollegen die Gefährlichkeit und Bedeutung dieser Manifestationen betont, vor allem bei Kindern. Bei meinen Kontakten in psychiatrischen Krankenhäusern konnte ich ebenfalls beobachten, wie der Aggressivität dieser Patienten ein „gefährlicher" Bedeutungsgehalt beigemessen wurde. Es scheint auch nicht ohne Bedeutung, daß sowohl die Autoren, die den Ursprung und die Erklärung der aggressiven Manifestation der Patienten mit Epilepsie auf psychologischem Gebiet suchen, als auch diejenigen Autoren, die darin hauptsächlich die Folgerung eines Organschadens sehen, zur gleichen praktischen Beurteilung dieser Verhaltensweisen gelangen. Wenn wir jedoch die Aggressivitätstheorie von *Ammon* und der von ihm gegründeten Schule (*Ammon,* 1973) anwenden, so dürften wir meines Erachtens die Bedeutung dieses Phänomens besser erfassen.

Zunächst scheint es mir klar, daß notwendigerweise ein Zusammenhang besteht einerseits zwischen der Entwicklung der Psychomotorik und der Koordination, zwischen Ideation und Körperinitiative, und andererseits der Aggressivität in ihrer ursprünglichen lateinischen Bedeutung von adgredi mit allen Konsequenzen, angefangen von der Initiative, den psychischen Raum kennenzulernen und zu besitzen, bis hin zur Kenntnis und Beherrschung des Gefühls- und Beziehungsfeldes. Es ist auch klar, daß das Erleben einer geheimnisvollen und keineswegs erklärbaren noch voraussehbaren Aggression aus dem Körperinnern nicht ohne Einfluß auf die gesunde Entwicklung der Aggressivität in konstruktivem Sinne bleiben kann. Meiner Meinung nach hängt aber der Aspekt der Destruktivität, den man bei den Patienten mit epileptischen Anfällen beobachtet, an und für sich nicht unbedingt mit dem von mir zuvor Gesagten zusammen, sondern entsteht als eine reaktive Manifestation auf eine interpersonelle Störsituation.

In der Tat, bei Kindern mit epileptischen Anfällen haben wir es mit einer Primärgruppe zu tun, die sich eben der Krankheit ihres Kindes wegen in Konflikt befindet und die folglich, vor allem auf unbewußter Ebene, eine Reihe von ambivalenten Botschaften gibt, die ständig zwischen Overprotection und Nachgiebigkeit schwanken. Beides wird mit dem „Wohl" des Kindes gerechtfertigt und vertuscht sehr oft Aggressivität, Ablehnungs- und Verleugnungsmechanismen sowie Abwehr und Regression sadistischen Typs. Es ist daher klar, daß das Kind die ganze Verwir-

rung dieser Situation als Aufforderung auffaßt, sich an ein Verhaltensmodell anzupassen, das es nicht erkennen kann (wie sollte es auch?!) und das sich nur bei Akzeptieren einer Abhängigkeitsposition weniger konfliktreich erweist. In dieser Situation wird jegliche Initiative zu einem Risiko und wird meistens – eben um des Wohl des Kindes willen – „bestraft". Das Kind erlebt demzufolge eigene Initiative und Gefahr, bestraft, abgelehnt und zunichte gemacht zu werden, äquivalent. So läßt sich erklären, warum das Kind, um sich selbst auszudrücken, seine Aggressivität „aufladen" und ihr einen destruktiven Aspekt geben mußte. Wenn wir diese Elemente dann in das Bild eines Ichs einreihen, das aus oben angeführten Motiven in seiner Entwicklung schon frühzeitig gehemmt und geschädigt wurde, so dürfte es nicht schwer sein, die wahre Botschaft zu verstehen, die das destruktive Verhalten dieser Kinder enthält, nämlich die Forderung nach Autonomie und Selbstvertrauen.

Beim erwachsenen Patienten (um auf die zweite Gruppe zurückzukommen, die ich vorher anführte) löst das Auftreten der epileptischen Anfälle in seinen Gruppen Tendenzen aus, seine Autonomie und Bewegungsfreiheit zu reduzieren und dabei dauernd zu betonen, wie „unvernünftig" seine Resistenz gegen die Beschränkungen und Vorsichtsmaßnahmen seien, die man von ihm fordert. Die Dynamik dieser Patienten zeichnet sich schon an und für sich durch einen Regressionsmechanismus aus, der dann vor der Gruppe nur noch gefördert wird. Um nämlich den Patienten „regredieren zu lassen", distanziert sich die Gruppe emotional immer mehr von ihm, wodurch es ihr sowohl leichter wird, der Gefahr einer Identifikation zu entgehen, als auch den Patienten mit Hilfe der Protektion zu akzeptieren. Von diesem Gesichtspunkt betrachtet sind die destruktiven Aggressionen, die beim Patienten in Erscheinung treten können, ganz deutliche Verteidigungsmanöver seiner Identität und Autonomie und können als solche entsprechend behandelt werden.

Therapeutische Indikationen

Meine bisherigen Ausführungen sollten aber nicht nur dem besseren Verständnis der psychologischen Dynamik einer klinischen und menschlichen Problematik dienen. Trotz gebührender Anerkennung der pharmakologischen und neurochirurgischen Dimensionen denke ich doch – wie bereits anfänglich betont –, daß auch die Psychoanalyse zu einem anderen therapeutischen Ansatz des Problems beitragen kann (*Pinkus, L.* et al., 1977).

Durch meine bisherigen Beobachtungen in einer besonderen klinischen Situation, nämlich einer neurochirurgischen Abteilung, konnte ich gemeinsam mit den Kollegen die Nützlichkeit und die Bedeutung einer individuellen psychotherapeutischen Behandlung feststellen. Das Ziel derselben

wäre Milderung der inneren Angst der Patienten, Verminderung ihrer Abhängigkeit von Medikamenten sowie von den eigenen und sozialen Stereotypien der epileptischen Situation und schließlich Festigung ihrer Ich-Grenzen, damit sie durch neue Autonomie und Integration unter den verschiedenen Ich-Funktionen das „Loch" in ihrem Ich überwinden können. Aufgrund der theoretischen Erklärung der Psychodynamik der epileptischen Situation würde ich für diese Patienten folgende therapeutische Möglichkeit vorschlagen:

1. In der neurochirurgischen oder auch in der neurologischen Abteilung, die sich mit der Behandlung der Epilepsie befaßt, halte ich den Versuch einer Milieutherapie für äußerst interessant und für meines Erachtens therapeutisch vorteilhaft.
2. Für viele ambulante Patienten könnte es eine wesentliche Hilfe für die Restrukturierung ihres Ichs darstellen, wenn man sie in die Situation einer gruppenpsychotherapeutischen Dynamik einreiht unter Einbeziehung der Angehörigen, und zwar in Gruppen, die in Bezug auf die Pathologie der Teilnehmer heterogen sind.
3. Als letzten Hinweis denke ich für Kinder, die an epileptischen Störungen leiden, an einen Versuch, Milieutherapie und analytisch ausgerichtete psychodynamische Schulgruppen abzuwechseln. Die Therapie müßte auch die Eltern erfassen nach dem Modell des psychoanalytischen Kindergartens von *Gisela Ammon* (1973) und Mitarbeitern in Berlin. Ein solcher Versuch könnte nicht nur zur Heilung der kleinen Patienten beitragen, sondern auch vor allem dazu, daß die neue Generation der Epilepsie gegenüber in Zukunft eine andere Haltung einnimmt.

Schlußfolgerungen

Mit allem, was ich bisher gesagt habe, möchte ich keineswegs den Eindruck erwecken, daß ich die organischen Aspekte der Epilepsie übersehe oder zumindest grob unterschätze. Im Gegenteil: Gerade im Laufe der Zusammenarbeit mit den neurochirurgischen Kollegen konnte ich mich genügend von deren Bedeutung überzeugen. Ich wollte hier nur betonen, daß auch die Psychoanalyse zum Verständnis eines so wichtigen und problematischen menschlichen Phänomens wie der Epilepsie wesentlich beitragen kann. Zugleich wollte ich zeigen, wie sich die psychoanalytische Dimension in ein Arbeitsmodell einreihen kann, das eine Krankheit von verschiedenen fachwissenschaftlichen Seiten untersucht und behandelt. Dadurch hilft sie dem Arzt nicht nur, den menschlichen Erlebnisaspekt eines Phänomens zu verstehen, sondern auch dazu beizutragen, daß die therapeutische Antwort keine auf eine Lebens-„Quantität" bezogene Teilantwort bleibt – wie im Fall der nur pharmakologischen oder nur neurochirurgischen Antwort – sondern zu einer Antwort wird, die die Bedeutung der Krankheit für den

Patienten und die Gruppe erschöpfend analysiert und erfaßt und daher zu einer Antwort wird, die die Lebens-„Qualität" des Kranken verbessert. Und das ist, soweit es uns Psychoanalytiker betrifft, ein erheblicher Beitrag, den wir leisten können und zugleich eine schwere, verpflichtende Verantwortung.

The Epileptical Experience: A Borderline-Syndrome

Lucio Pinkus

In his paper the author refers to his experience with patients suffering from epilepsy in a neurosurgical clinic and he demands the co-working of neurosurgians, neurophysiologists and psychoanalysts in order to find an effective therapeutic "answer" to the epileptic syndrome.

As psychoanalyst he tries to reformulate the psychodynamic aspect of this nosological unit and to develop strategies of treatment which correspond to the patient's real and human needs.

The epileptical experience is felt by the patient not so much as an isolated disease but, following the author, it is a modus vivendi which is marked by a continuous sequence of contradictory reactions of mind. This ego-continuity of experience points out the borderline-conflict underneath the epilepsy. Referring to *Ammon*'s theoretical borderline-concept the author looks upon the epileptical modus vivendi as a result of a specifically disturbed symbiosis complex: a pathological partial interruption of the early mother-child-symbiosis, the child reacts mainly with the defense-mechanism of splitting. The splitting of the ego defends the symbiotic fears of seperation and the needs of demarcation accompanied by guilt feelings of the patient.

The phenomenologically most evident aspect of the epileptical illness is the fit. The patient himself feels it like a force inside himself which can neither be anticipated nor controled and to which he is delivered, which changes his behaviour and modifies his mind. He feels this force as a destructive force ruling inside him, which threatens his safety and autonomy, i. e. his identity. The patient struggels against his fits in fear of identifying himself with this aspect of his personality and tries to split off his body-ego from his psychic-ego. In a similar way the surrounding reacts on the epileptically ill person: isolated out of fear of identification in order to save security and identity of the group.

According to the beginning of the disease the author postulates two different psychodynamics of the symbiosis complex: The first group is characterized by a beginning of the disease before the end of the third year. The young child, according to his ego-development, doesn't feel his

fits like something strange which doesn't belong to him – as does his mother. She refuses the symbiotic relation on the body level, but accepts at the same time the psychically affective part of the child's personality. For the child this refusal of the body means a serious narcissistic damage of his body-ego, while it is not able to revolt against this splitting of body and psyche initiated by his mother. This ambivalent attitude of the mother has to be interiorated and, following *Ammon*'s model of ego-formation, results in a hole in the ego. The second group of epilepsy patients is marked by the beginning of the disease in a later period of life. The dominating conflict of the patients is the splitting of real-ego and ideal-ego. The patients refuse to accept their life situation in reality, longing for an imaginated early situation of relationship. Working with these patients one notices that they react with violent anxiety in view of a threatening loss of their ideal-ego. The existence of this splitting between real-ego and ideal-ego serves to defend a deep narcissistic wound, which is connected with the acceptance of the epileptic disease. The surrounding supports this splitting by exaggerated offers of protection, thus defending the identification with the disease.

The destructive aggression of epilepsy patients is often discussed in psychiatric literature. The author understands it according to *Ammon*'s aggression theory as a reactive manifestation of interpersonally disturbed situations. In the family groups of children suffering from epilepsy very ambivalent relations are dominating. Behind an offer of overprotection to the "welfare" of the child there are hidden tendencies of rejection and negation of the parents towards their child. The child's adaptation to the double-bind-situation is less dangerous for the child than opposition against it. Every own initiative becomes a risk because it will be punished by rejection. The destructive aggression of epilepsy patients can be understood as a reaction as well as an attempt of demarcation to this situation of dependency. It is an attempt to escape with the aim of finding an identity of ones own. The author only hints at his psychotherapeutic concept as an effective answer to the "epilepsy experience". For in-patient treatment he proposes milieu therapy as developed by *Ammon* within a neurosurgical ward; for ambulant epilepsy patients he proposes group therapy as an appropriate form of therapy; for children he proposes milieu therapy and psychodynamic analytic school groups including the parents. The author finds the psychoanalytic contribution to the treatment of epilepsy patients in helping the patient gain a better "quality of life" rather than a better "quantity of life", which can be achieved only by pharmacological or neurosurgical treatment.

Literatur

Ammon, Günter (1973): Dynamische Psychiatrie (Darmstadt: Luchterhand)
– (1974): Psychoanalyse und Psychosomatik (München: Piper)
Ammon, Gisela, Hrsg. (1973): Psychoanalytische Pädagogik (Hamburg: Hoffmann & Campe)
Arieti, S. (1970): Epilessia: male sociale. In: Manuale di Psichiatria, vol. 2° (Torino: Boringhieri)
Dreifuss, F. E. (1975): The Nature of Epilepsy. In: *H. N. Wright* (Hrsg.): Epilepsy Rehabilitation (Boston: Little & Brown)
Gastault, H.; Jasper, H. H.; Pancaud, J. et al. (1969): The Physiopathogenesis of the Epilepsies (Springfield: Thomas)
Keller, U. (1976): Perverse Reaktionen und Störungen der Objektbeziehungen beim Borderline-Syndrom. In: Dyn. Psychiat. (9) 399–419
Kernberg, O. (1967): Borderline Personality Organization. In: J. Am. Psychoanal. Ass. (15) 641–685
Mack, J. E. (1975): Borderline States in Psychiatry (New York: Grune & Stratton)
Menninger, K. (1963): The Vital Balance (New York: Viking Press)
Penfield, W.; Jasper, H. H. et al. (1969): Basic Mechanisms of Epilepsy
Pinkus, L.; Gentilomo, A.; Colicchio, G.; Scerrati, M. (1977): The Relevance of Psychotherapeutic Assistance in the Neurosurgical Treatment of Epilepsy. In: Acta of the VII Symposium of the World Society for Stereotaxic and Functional Neurosurgery (São Paulo)
Rossi, G. F. (1969): L'epilessia. In: *Lugaresi* and *Pazzaglia* (Hrsg.): Neurologia
Wolberg, A. R. (1973): The Borderline Patient (New York: Int. Med. Book Corp.)
Woodburg, M. A. (1969): L'équipe come fattore terapeutico. In: Psicol. Sc. Um., 8–9

Adresse des Autors:
Prof. Dr. phil. Lucio Pinkus
Via Lorenzo il Magnifico, 25
00162 Roma

Ich-Analyse und Verhaltenstherapie bei der Impotenz

Hubert Požarnik*

Der Autor berichtet über seine Erfahrungen in der Behandlung psychogener Impotenz. Dabei definiert er die Behandlungsbedürftigkeit nach Kriterien auf der Verhaltensebene und untersucht die Wirksamkeit des verhaltenstherapeutischen Ansatzes. Er stellt heraus, daß dieser Ansatz nur bei einem kleinen Teil der Patienten indiziert ist und widerlegt die Annahme, daß die Behebung eines Symptoms auf der Verhaltensebene strukturelle Veränderungen einleiten kann. Damit leistet er einen deutlichen empirischen Beweis für die Erfolglosigkeit einer Therapie, die nur das Symptom als die eigentliche Krankheit ansieht. Er betont, daß auch die klassische Psychoanalyse den Problemen der Impotenz nicht gerecht wird, da ihre Ätiologie nicht im unbewältigten Ödipuskomplex, sondern in einer Identitätsverunsicherung bei der nicht gelungenen Abgrenzung von der Mutter zu suchen ist. Er schließt sich wegen der erwiesenen Unzulänglichkeit einer Symptombehandlung dem Ansatz der Dynamischen Psychiatrie Ammons an, die die Impotenz als Ausdruck einer Identitätsstörung begreift. Der Autor kann allerdings keine genaueren Ich-strukturellen, psycho- und gruppendynamischen Analysen der psychogenen Impotenz vorweisen.

Die Zahl der Personen, die wegen psychisch bedingter Sexualstörungen einen Therapeuten aufsuchen, scheint ständig zuzunehmen. Trotz einiger Schwierigkeiten der Abgrenzung zwischen normalem und pathologischem Sexualleben glauben wir, daß heute ungefähr 6–10% aller Männer unter solchen sexuellen Schwierigkeiten leiden, die behandlungsbedürftig sind. Das bedeutet, daß die Erforschung entsprechender therapeutischer Techniken der psychogen bedingten Impotenz immer dringender ist.

Therapeutische Szene

Die sexuellen Störungen beim Manne lassen sich nach *Eysenck* und *Rachman* (1968) unter dem Aspekt betrachten, ob sie eines oder zwei der folgenden Kennzeichen aufweisen:

1. Der Patient ist unfähig, eine passende Stimulation in angemessener Weise zu beantworten,
2. Der Patient reagiert sexuell auf „unübliche" Reize.

Das bedeutet jedoch nicht, daß die Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung schon im voraus leicht festzulegen ist. Es ist selbstverständlich, daß der Therapeut in jedem Falle auch die Erwartungsvorstellungen des Patienten (und des Partners) wie der Gesellschaft überhaupt berücksichtigen muß.

Als Hilfsrahmen für die Beurteilung der Behandlungsbedürftigkeit bei sexuellen Störungen der Gruppe 1 (also bei Impotenz im engeren Sinne

* Dipl.-Psych., Psychotherapeut in der Psychiatrischen Klinik Ljubljana (Klinična bolnišnica za psihiatrijo) Jugoslawien

des Wortes) glauben wir nach unseren mehrjährigen Erfahrungen dennoch folgende Symptome annehmen zu können (*Požarnik*, 1974 b):

– Wenn das Verlangen nach sexuellen Kontakten beim Manne bedeutend unter dem Durchschnitt liegt.

– Wenn er bei einem Viertel seiner sexuellen Versuche oder noch häufiger wegen schlechter Erektion versagt.

– Wenn es bei einer Hälfte der Versuche oder noch häufiger vor einer Minute und bei weniger als 20–25 Friktionen zur Ejakulation kommt.

– Wenn es häufig oder ständig trotz längerer Dauer des Geschlechtsverkehrs (z. B. über eine halbe Stunde) zu keinem Orgasmus und Ejakulation kommt.

– Wenn der Mann beim Geschlechtsverkehr stets kein Lustgefühl empfindet.

Seit *Freud* glauben wir über die theoretische und therapeutische Bedeutung der Impotenz mehr oder weniger Bescheid zu wissen. Aus der Sicht der Psychonanalyse „leiden ausnahmslos alle psychisch impotenten Männer an einer Neurose, d. h. einer Krankheit des Unbewußten" (*Bergler*, 1937). Daraus ergibt sich für die Psychoanalyse auch das Axiom, daß die Heilung eines Impotenzfalles ohne Heilung der dahinter verborgenen Neurose nicht möglich ist. Dabei spielen die sogenannten hysterisch-phallischen Mechanismen die wichtigste Rolle, bei der Erektionsunfähigkeit in 90% und bei Ejaculatio praecox in 70% aller Fälle. Dagegen spielen bei 20% der Patienten die urethral-analen und bei 10% der Patienten die urethral-oralen Mechanismen die entscheidende Rolle.

Die erektive Potenz ist nach der Auffassung der Psychoanalyse also meist aufgrund phallischer Mechanismen gestört. Die Ursache dieser Störung liegt dabei ziemlich an der Oberfläche: Fixiertbleiben an die Mutter der Ödipusphase, Verdrängung der sexuellen Wünsche an die Mutter, Identifizierung aller Sexualobjekte mit der Mutter, konsekutive Impotenz bzw. Abstinenz, da die Mutter sexuell zu verführen verboten war usw.

Anders ist nach der Auffassung der Psychoanalyse die Ätiologie der Potenzstörungen mit analen Mechanismen zu verstehen. Hier setzt sich die Person nach dem ungelösten Ödipuskonflikt an die Stelle von phallischen anale Ziele, gegen welche sie sich dann sekundär durch Reaktionsbildungen (Zeremonielle, Charakterveränderungen im Sinne übertriebener Reinlichkeit, Pedanterie, Ordnungsliebe, Übermoral usw.) zu schützen versucht. Diese Patienten, so glaubt die Psychoanalyse, zeichnet besonders ein übergroßes Ausmaß von verdrängter Aggression aus, gegen die sie ständig ankämpfen. Ejaculatio retardata z. B., eine häufige Form der Potenzstörungen mit analen Mechanismen, entsteht, weil sie bei diesen Patienten die anale Lust am Zurückhalten mit der sadistischen Lust der Objektbeschädigung kombiniert, d. h. mit der Vorstellung, daß die Frau beim protrahierten Koitus irgendwie verletzt oder geschädigt werden könnte.

Der *Freud*'schen Psychoanalyse scheint es gelungen zu sein, auch eine Ätiologie der verschiedenen Arten der Potenzstörungen zu geben, die nur unter spezifischen Bedingungen entstehen und die besonders bei Potenzstörungen mit phallischen Mechanismen sehr häufig sind: z. B. das Sexualobjekt darf nicht die Ehegattin des Betreffenden sein, Potenz nur beim Symptomkomplex des „geschädigten Dritten", Impotenz bei Beginn jeder neuen Beziehung oder Defloration, Bedingung der älteren Frau als Liebesobjekt, Bedingung der sexuellen Abwehr des Weibes usw.

Mit anderen Worten: als Kern der psychoanalytischen Konzeption der Impotenz läßt sich das Gefüge bewußter und unbewußter Beziehungen, Konflikte und Mechanismen bestimmen, das mit dem von *Freud* geprägten Begriff „Ödipuskomplex" bezeichnet wird.

Leider müssen wir im Bezug auf die klassische psychoanalytische Theorie und Therapie sagen, daß sie sich heute in mancher Hinsicht in einer Krise befindet. Das bedeutet aber, daß wir auch die Theorie und die Therapie der psychisch bedingten Potenzstörungen einer kritischen Überprüfung unterziehen müssen. Dazu drängt uns schon die Tatsache, daß neben dem Prinzip der langfristigen Begleitung eines sich über mehrere Jahre erstreckenden Veränderungsprozesses in der Praxis immer häufiger das Prinzip der kurzfristigen intensiven Einflußnahme auf den Patienten: durch eine geschickte Kombination stützender und konfrontierend-interpretierender Interventionen Anwendung findet. Es ist leicht festzustellen, daß besonders in den letzten Jahren verschiedene konkurrierende Heilverfahren in Erscheinung getreten sind, die behaupten, daß sie bessere therapeutische Resultate aufzuweisen hätten, weniger Zeit und somit natürlich auch bedeutend weniger Geld erforderten.

Besonders hat sich die psychotherapeutische Szene bei den Potenzstörungen in den letzten Jahren durch das Auftreten von Behandlungsverfahren, die sich auf experimentelle Psychologie und Lerntheorie stützen, weiter kompliziert.

Das Hauptmerkmal der sogenannten verhaltenstherapeutischen Techniken besteht darin, daß sie auf direkte Verhaltensänderungen durch Lernen zielen. „Das Symptom ist die Krankheit", sagt *Eysenck* (1960) und meint damit, daß die Symptome nicht eigentlich symptomatisch für irgendetwas sind. „Sie sind", so folgert *Eysenck,* „vielmehr einfache konditionierte autonome oder Skelettmuskelreaktionen, die schlecht angepaßt sind und beseitigt werden müssen."

Soll die Psychoanalyse, wenn wir von einer Krise reden, angesichts der behaupteten Erfolge der Verhaltenstherapie bei Potenzstörungen, die mit der klassischen psychoanalytischen Technik kaum erzielbar sind, dieses Gebiet den Verhaltenstherapeuten überlassen; und das trotz der Tatsache, daß diese Therapie weder theoretisch noch praktisch an umfassenden Formulierungen über Persönlichkeit, Persönlichkeitsentwicklung, innerseelischen Konflikt, seelische Krankheit, Persönlichkeitsveränderung oder

Interaktion von Personen interessiert oder orientiert ist – was wir als Voraussetzung der Verwissenschaftlichung unserer analytischen Methode ansehen?

Ist es wirklich überflüssig, das langwierige und tiefgreifende Rüstzeug der Psychoanalyse bei Potenzstörungen anzuwenden? Wir halten diese Auffassung für falsch. Es ist vielmehr so, daß die Psychoanalyse ihre Betrachtungsweise und ihr praktisches Handeln erweitern und differenzieren muß.

Einige praktische Erfahrungen

Die kritischen Einwendungen gegen die Verhaltenstheorie von Seiten der Psychoanalyse, z. B. Kurieren an Symptomen, Symptomverschiebung, Rattenebenbildlichkeit des Menschen, Manipulation, Mißachtung der Autonomie des Individums sind allgemein bekannt. (Nebenbei soll festgestellt werden, daß es schwierig ist, zwei psychotherapeutische Methoden mit so verschiedenen Ansprüchen miteinander überhaupt zu vergleichen. Was für die eine Gruppe von Therapeuten einen Erfolg darstellt – das Verschwinden der Störung – wird von der anderen Gruppe oft als Nebensache angesehen).

Trotzdem müssen wir sagen: Verhaltenstherapie der Impotenz wäre ein Fortschritt, wenn die Ergebnisse in Bezug auf Symptombesserung tatsächlich so hervorragend wären, wie es die ersten Publikationen von *Eysenck* (1960) und *Wolpe* (1958) andeuteten. Liegen aber die Erfolgszahlen in Wirklichkeit so hoch?

An der Poliklink der psychiatrischen Universitätsklinik in Ljubljana (Jugoslawien) haben wir in den Jahren 1971 und 1972 63 junge Männer mit monosymptomatischen psychogenen Potenzstörungen behandelt (*Požarnik*, 1974 b).

Die Auswahl der Patienten erfolgte nach den von *Cooper* (1968, 1969) beschriebenen günstigen Faktoren für den Therapieerfolg:

1. Akuter, plötzlicher Beginn der Störung.
2. Die Schwierigkeiten bestehen seit kurzem.
3. Kaum gestörte Partnerbeziehung.
4. Motivation für die Behandlung ist deutlich vorhanden.
5. Patient und Partner lassen keine Zeichen einer Charakterneurose erkennen.
6. Der Partner ist uneingeschränkt bereit, in der Therapie mitzuarbeiten.

Die Patienten wurden nach folgendem Therapieschema behandelt:

Nach einer sorgfältigen diagnostischen Bearbeitung, die ungefähr 4 Stunden beanspruchte, luden wir die Partnerin des Patienten zur Mitarbei ein. (Ihre Mitarbeit war Voraussetzung für die Therapie). Bei dieser Gelegenheit haben wir folgenden therapeutischen Pakt getroffen:

1. Die Partner dürfen drei Monate lang keinen Geschlechtsverkehr im engeren Sinne des Wortes haben.

2. Die Partner müssen in dieser Zeit möglichst viel beisammen sein.

3. Das sogenannte sexuelle Vorspiel soll in dieser Zeit möglichst intensiv, variationsreich und oft stattfinden. Dabei müssen sich die Partner gegenseitig so lange reizen, bis sie den Orgasmus erleben (außer bei Ejaculatio Praecox, wo das Vorspiel erst nach längeren und genau festgelegten Unterbrechungen zum Orgasmus führen darf).

4. Beim sexuellen Vorspiel müssen beide Partner nackt sein. Der Raum muß diskret beleuchtet sein.

5. Die Partner müssen in dieser Zeit möglichst viel miteinander über Sexualität und eigene Gefühle und Erwartungen sprechen. Der Patient soll (wenn er meint, daß er schlecht informiert ist) einige Bücher über Sexualität lesen.

6. Nach ungefähr anderthalb Monaten soll der Mann beim Liebesspiel die Position einnehmen, die beim Geschlechtsverkehr üblich ist. Dabei muß er von dieser Zeit an weiter mit seinem Penis die Klitoris und die äußeren Genitalien der Partnerin reizen.

Die Patienten nahmen im Durchschnitt an weiteren 10 Therapiestunden teil, wobei klärende, suggestive und supportive Gespräche stattfanden.

Die Ergebnisse zeigen überraschend gute Erfolge (Tabelle 1). Auf den ersten Blick scheint es durchaus berechtigt, in Übereinstimmung mit den Verhaltenstherapeuten zu sagen, daß die Behandlung nicht von den Ursachen, sondern von den Folgen her zu bestimmen ist und daß die Ursachen, die zu einer Störung führen, dabei von zweitrangiger Bedeutung sind.

Tabelle 1: Therapieerfolge auf Grund subjektiver Berichte bei 63 Männern mit Potenzstörungen

Symptomatik	Zahl der Patienten	Wesentliche Besserung
Impotentia erectionis	41	83 %
Ejaculatio praecox	17	71 %
Ejaculatio retardata	5	60 %

Da uns die Psychoanalyse lehrt, niemals an einen Sofort-Erfolg zu glauben, können wir nicht überrascht sein, daß das Bild wesentlich anders aussah, als wir anderthalb Jahre später die Erfolgsdaten einer kritischen Analyse unterzogen.

Tabelle 2: Nachuntersuchung der Therapieerfolge bei Impotenz nach anderthalb Jahren (subjektive Berichte):

1. Verschlechterung der Symptomatik	29 %
2. Potent, aber sonst unzufrieden mit dem Sexualleben und dem Partner	19 %
3. Erscheinen neuer Symptome (besonders Depression und Angstzustände)	17 %
4. Ohne Beschwerden	35 %

Beim Betrachten der Tabelle 2 wird die Problematik einer verhaltenstherapeutischen Position, aber auch der Therapie von Potenzstörungen überhaupt deutlich.

Daß immerhin nach anderthalb Jahren ein Drittel der Patienten ohne nennenswerte Beschwerden ist, nötigt uns trotz allem anzunehmen, daß der Ansatzpunkt für die Verhaltenstherapie in einigen wenigen, verhältnismäßig klar konzipierten und begrenzten Modellen der Intervention und des Umgangs mit ganz bestimmten Potenzstörungen liegt. Mit anderen Worten: Je isolierter, je autonomer ein Symptom ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, daß man es mit Verhaltenstherapie kurzfristig und erfolgreich angehen kann.

Dabei können wir jedoch auf Grund unserer Erfahrungen dem Argument der Verhaltenstherapeuten nicht zustimmen, daß nämlich eine isolierte Symptombesserung tiefgreifende Rückkoppelungswirkung auf das soziale Verhalten und die Resonanz der Persönlichkeit in der Umwelt auslöst, und daß es auf diesem Wege zu Veränderungen in der Persönlichkeitsstruktur kommt. Die suggestiven Einflüsse führen bei der Impotenz nach unserer Meinung nur in seltenen Fällen zu einer Reifung der Persönlichkeit – und zu einer Veränderung der neurotischen Struktur. Es ist sehr fraglich, ob nicht auch in den erwähnten Fällen bisher zu wenig berücksichtigte psychodynamische Momente der Patienten-Therapeuten-Beziehung mitspielen. Auch können wir nicht die Meinung einiger Verhaltenstherapeuten bestätigen, daß Patienten mit vielen Symptomen und einem klar erkennbaren Kardinalsymptom, in diesem Fall der Impotenz, genau so gut geeignet sind für die Verhaltenstherapie, und daß sie eine beträchtliche Besserung in mehreren Symptomen erfuhren, wenn man ihnen zunächst hilft, das Kardinalsymptom abzubauen.

Hier müssen wir anführen, daß die Prozentzahlen der Tabelle 2 nicht nur die Erfolge erwähnten, die die etwas modifizierten Techniken *Masters* und *Johnson*'s zeigen. Die Resultate in einer Kontrollgruppe, die mit der Technik der Desensibilisation nach *Wolpe* und *Eysenck* behandelt wurde, unterscheiden sich statistisch von den Erfolgszahlen in der Tabelle 2 in keiner bemerkenswerten Weise.

Eine Indikation für Verhaltenstherapie ist nach unseren neuen Erfahrungen gegeben in einem Drittel aller Impotenzfälle, wobei die Zahl der geeigneten Patienten bei Erektionsunfähigkeit etwas höher ist als bei Ejaculatio praecox und Ejaculatio retardata.

Bei dem größten Teil der Männer mit Potenzstörungen ist das Symptom jedoch Zeichen einer Neurose. Das bedeutet, daß wir in den meisten Fällen von psychogenen Potenzstörungen annehmen dürfen, daß die Symptome in größeren charakterstrukturellen Zusammenhängen stehen, die sehr eng auf die Erlebnisse in der Vergangenheit der betreffenden Patienten bezogen sind und deswegen nicht als isolierte Daten betrachtet werden können.

Wir glauben berechtigt zu sein anzunehmen, daß das bemerkenswert häufige Vorkommen bestimmter Charakterzüge (eine geringe Frustrationstoleranz, abgewertetes Selbstbewußtsein, häufige und abgesetzte Stimmungsschwankungen, ein ständiger innerer Kampf zwischen Passivität und Aggression, latente Homosexualität, Selbstverachtung mit einem Gefühl von Wertlosigkeit und Schuld, das zu einer masochistischen, selbststrafenden Verhaltensweise führt, starkes Abhängigkeitsbedürfnis und Psychoinfantilismus, wie eine von uns durchgeführte Serie von psychologischen Tests bei den Männern mit Potenzstörungen ergab) nicht als Resultat der Impotenz zu verstehen ist. Darum sind wir überzeugt, daß wir uns im therapeutischen Vorgehen beim größten Teil der psychogenen Potenzstörungen nicht eine Bewußtseinserweiterung, reifende Selbsterfahrung und Selbstverständnis ersparen können.

Das bedeutet jedoch nicht, daß wir bei allen der Verhaltenstherapie nicht zugesprochenen Fällen schlechthin auf das theoretische und therapeutische Modell der klassischen Psychoanalyse zurückgreifen müssen. Es zeigt sich vielmehr, daß auch eine Erweiterung des analytischen Verstehens und der Standardsituation der klassischen Analyse für manche Fälle der Potenzstörungen notwendig ist.

Ich-Psychologische Ansätze bei Impotenz

Die sorgfältige Untersuchung von mehr als hundert Fällen von Potenzstörungen ergab, daß wir die Impotenz zwar als Ausdruck und Ergebnis einer nicht gelungenen Integration der psychosexuellen Entwicklung zu begreifen haben, daß sich aber das – von *Freud* begrenzt verstandene ödipale Geschehen – im Leben in einem größeren Rahmen darstellt. Das bedeutet, daß in vielen Fällen von Potenzstörungen nicht die ödipalen Kastrationsdrohungen die Ausgangslage des Konflikts bilden, sondern die spezifischen Entwicklungsbedingungen des Ich.

Wir haben herausgefunden, daß bei vielen Männern mit Potenzstörungen einige spezifische affektive Wechselbeziehungen zwischen Kindern und Eltern bzw. in der primären Gruppe überhaupt eine ausschlaggebende Rolle spielten. Wir nehmen an, daß in diesen Fällen die Antwort über den Sinn des Symptoms erst durch eine genaue Analyse der präödipalen Ich-Entwicklungen zu finden ist. Die Ergebnisse unserer Untersuchungen bestätigen nämlich, daß es sich bei Potenzstörungen öfter als bisher angenommen um den Ausdruck einer in früher Kindheit erworbenen „Ich-Verunsicherung" handelt. Auch in vielen Fällen von Impotenz können wir der Ansicht von *Ammon* (1970, a, b, 1973) zustimmen, daß die Wurzeln psychischer Schwierigkeiten gegenwärtig häufiger im Symbiosekomplex als im von *Freud* begriffenen Ödipus-Komplex liegen.

Die psychische Impotenz erscheint uns in diesem Sinne als Ausdruck eines unbewußt gewordenen Identitätskonflikts, der sich im Rahmen eines gruppendynamischen Geschehens entfaltet. Es handelt sich – nach unseren vorläufigen Untersuchungen – in mindestens einem Drittel aller Fälle um eine archaische Identitätsangst, entstanden durch eine unbewußte symbiotische Verklammerung, besonders mit der Mutter. Mit anderen Worten: das Symptom der Impotenz ist in diesen Fällen als Resultat einer Abspaltung gewisser Ich-Bereiche entstanden, weil diese Patienten die Aufforderung zu einer Abgrenzung ihrer eigenen Identität, mit der sie im Zuge ihrer psychischen und sozialen Entwicklung konfrontiert wurden, als eine unerträgliche Bedrohung erlebt haben.

Als sinnvolle Gestaltung des therapeutischen Prozesses bei den zuletzt beschriebenen Fällen der Potenzstörung (d. h. bei einem Teil der Potenzstörungen der von *Eysenck* und *Rachman* vorgeschlagenen Gruppe 1 und bei allen Sexualstörungen der Gruppe 2 – also bei der sexuellen Perversion) sehen wir besonders die von *Ammon* beschriebene analytische Gruppentherapie an, bei der es sich um einen nach den Erkenntnissen der analytischen Ich-Psychologie konzipierten Prozeß einer nachholenden Ich-Entwicklung im Medium der Gruppe handelt.

Ego-Analysis and Behaviour-Therapy with Impotency

Hubert Požarnik

Following the study of the author, 6 to 20% of all men suffer from psychogenic impotency. The need for psychotherapeutic treatment is defined by the following critera:

– the strive for sexual contact is significantly under average

– he fails in one fourth of his sexual trials or even more often because of his bad erection

– he ejaculates in one half of his trials or more often before one minute and with less than 20–25 frictions

– there is often or always inspite of a longer lasting of sexual intercourse no orgasm and no ejaculation

– the man never feels lust during sexual intercourse.

In *Freud*'s psychoanalysis impotency is looked upon as an expression of neurosis with mainly hysteric-phallic mechanisms, sometimes with urethral-anal and urethral-oral mechanisms. Neurosis is understood on the background of a oedipal conflict, this means as an unconscious fixation to the mother with suppression of the sexual wishes towards the mother because of the incest-taboo at the same time.

Freud and his scholars have explored many special forms of impotency genetically and psychodynamically. Psychoanalytic therapy, however, is looked upon critically because of its failure in sometimes. Other therapeutic forms try to offer an intensive, shorter and more direct therapy of impotency – in front of all behaviour-therapy. Following *Eysenck,* the symptom itself is considered as the illness. Although behaviour-therapy can neither theoretically nor practically show integrated concepts of personality and personality-development it should be examined whether it is possible to apply it successfully in cases impotency.

In a group of 63 patients with monosymptomatic psychogenic disturbance of potency and good prognosis-criteria (begin of disturbance, not disturbed partner relationship, clear motivation for treatment, no character neurosis of patient and partner, cooperation of the partner) the effectiveness of a therapy following *Masters* and *Johnson* was tried out.

The therapeutic contract said: No sexual intercourse within three months, a closing up to coitus step by step while talking often about the mutual sexual expectation and frequent tender meetings. The patients took part in ten clearing and supporting therapy-sessions.

Erection capability was improved remarkably in 83 % of the patients, ejaculatio praecox 71 % and ejaculatio retardata 60 % following the rating of the patients. Catamnesis 1½ years later shows that only 35 % of the patients were still without complaints, 29 % reportet a deterioration in the symptomatics, 19 % a general dissatisfaction with their sexual life and with the partner, 17 % reported new symptoms (depression and anxiety). This shows, that behavioral therapy is appliable successfully only with one third of the patients. The psychodynamics of the therapist-patient-relationship remains unconsidered.

The result of the study disproves the behaviour therapist's assumption that an isolated improvement of symptoms recalls a change in personality by its effect to the social environment. In most cases the neurotic structure remains unchanged.

Disturbances of potency are looked upon in the context of a character structure, which is generally marked by little frustration tolerance, low self-assertiveness, frequent changes of mood, permanent conflicts between passivity and aggression, latent homosexuality, selfdesdain with a feeling of worthlessness and guilt and a strong need of dependency following testpsychological studies.

After all even classical psychoanalysis is not indictated, because the by *Freud* causally understood oedipus-complex is often the expression of a disturbed ego-development itself; disturbances of potency are based upon a preoedipal 'ego-insecurity very often. The author follows *Ammon* in his opinion that nowadays the symbiosis-complex plays a more important role in the development of psychic illness than the oedipus-complex does.

Psychic impotency can be attributed in many cases to an archaic fear of identity, caused by an unconscious symbiotic clinch with the mother. These patients feel the request for demarcation of their own identity as an unbearable threat.

In cases of potency-disturbance as well as in sexual perversions the analytical group therapy described by *Ammon*, which allows a retreival of ego-development within the group, seems to be a setting of the therapeutic process that makes sense.

Literatur

Ammon, G. (1970 a): Psychoanalyse und Gruppentherapie – Anpassung oder Emanzipation? In: Z. Psychother. med. Psychol. (20) 1–10
– (1970 b): Zur psychoanalytischen Theorie und Praxis von Anpassung und Emanzipation. In: Dyn. Psychiat. (3) 4–16
– (1973): Dynamische Psychiatrie. Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie (Darmstadt/Neuwied: Luchterhand)
Bergler, E. (1937): Die psychische Impotenz des Mannes (Bern: Huber)
Cooper, J. A. (1968): Brit. J. Psychiat. (114) 719–731
– (1969): Brit. J. Psychiat. (115) 709–719
Eysenck, H. J. (1960): Behaviour Therapy and the Neurosis (Oxford: Pergamon Press)
Eysenck, H. J.; Rachman, S. (1968): Neurosen – Ursachen und Heilungsmethoden. Einführung in die moderne Verhaltenstherapie (Berlin: VEB Deutscher Verlag der Wissenschaft)
Požarnik, H.; Lokar, J. (1974 a): Nekateri terapevtski vidiki psihogene impotence. In: Zdrav. vestn. (43) 137–140
– (1974 b): Nekateri teoreticni vidiki psihogene impotence. In: Zdrav. vestn. (43) 153–155
Wolpe, J. (1958): Psychotherapy by Reciprocal Inhibition (Stanford: Stanford University Press)
– (1961): The Systematic Desensitization Treatment of Neuroses. J. Nerv. Ment. Dis. (132) 189–203

Adresse des Autors:
Dipl. Psych. Hubert Požarnik
Kliniča Bolnišnica za
Psihiatriji Poljanski Nasip
6100 Ljubljana
Jugoslawien

Etiopathogeny of Sexual Identity Disorders — Application of the Concepts of Mahler, Klein, Bicudo, Ammon and Cesio in Transsexuality and Transvestitism

L. Miller de Paiva*

In seinem Beitrag beschäftigt sich der Autor mit den Ursachen der Störungen sexueller Identitätsentwicklung. Als Weiterführung seiner Arbeit über die Phasen psychosexueller Entwicklung, die er mit Hilfe der Konzepte von Ammon, Bicudo, Klein, Mahler, Cesio u. a. entwickelt hat, versucht der Autor in dieser Arbeit, den primären und sekundären Transsexualismus, den Transvestitismus, die Homosexualität sowie den Fetischismus in die von ihm entwickelte Phasenfolge psychosexueller Entwicklung einzuordnen und damit einen Beitrag zur Ursachenforschung sexueller Perversionen zu leisten.
Demnach ist die früheste sexuelle Störung, der Transsexualismus, in der Phase der symbiotischen Mutter-Kind-Beziehung anzusiedeln. Ihm folgen in den weiteren Phasen psychosexueller Entwicklung der Transvestitismus, die Homosexualität und der Fetischismus.
In Anlehnung an Ammon nimmt der Autor als Ursache für die sexuellen Identitätsstörungen ein archaisches Ich-Defizit an, das aus der pathologischen Dynamik der Primärgruppe, wie der Autor sie anhand von Falldarstellungen belegt, deutlich hervorgeht. Allerdings reiht er dabei die einzelnen konzeptionellen Ansätze unverbunden nebeneinander auf und kommt zu keinem eigenen strukturtheoretischen Ansatz.

We consider the primary transsexualism or schizosexualism (*Celeste*, 1968) or paranoic sexual metamorphosis (*Krafft-Ebing*, 1932) an entity characterized by biologically normal individuals who insist in transforming their sex, either surgically or by means of hormones.

Secondary transsexualism: The transsexual impulse is temporary or only to satisfy homosexual activity (*Person, Ovesey*, 1974).

Transvestitism: (transvestitism, transvestite, cross-dressing or eonism) (*Person, Ovesey*, 1974): an entity in which individuals present, as a primary characteristic, the adoption of cross-dressing, either for fetishism or as a defense.

Homosexuality: In this case the individual shows obvious preference for intercourse with his own sex. Fetishism: In this entity, individuals present sexual desires that are aroused mainly at the sight or touch of certain objects or parts of the body other than specifically sexual ones, with the objects generally symbolizing the loved one.

In a previous work (*Miller de Paiva, Caracushansky*, 1974) we have sought, in psychoanalysis both individual and group, to study the various phases of child's psychosexual evolution and its transposition into adulthood, with the aim to explain the remote origins of sexual identity.

* M. D., President of the Sociedade Analitica de Psicoterapia de Grupo São Paulo, Brasil

In applying knowledge acquired during the treatment of these disorders we have been able to better elucidate the origins of transsexualism, transvestitism and homosexuality.

Let us recall the several phases of the child's psychosexual evolution in order to understand and explain the sexual identity disorders of the transsexual, transvestite or homosexual adult.

Disturbance in the First Moulding Period

In analytical 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 onces 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 feeling of identity related to the setting up of mental and physical images of the "self". *Mahler* (1958) 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-feeding are the first to intervene in the identity feeling. This whole process of group psychosexual evolution activates several mechanisms, explained in the concepts about to be quoted. 1) *Heimann*'s concept (1962) and *Isaacs* (1962) on the regression and fixation of the libido by internal and external factors; 2) *Klein*'s concept (1962) in the sense of defense (dissociation, idealization and negation, besides introjection and projection), of recuperation in the schizoparanoid and depressiv position, and especially in the resolution of the combined figure; 3) *Resende Lima*'s concept (1964) separating the schizo-paranoid phase into schizoid and paranoid positions, according to his studies on the intensity of the hunger instinct; 4) *Bion*'s concept (1957) about bizarre objects; 5) *Fairbairn*'s concept (1962) on guilt from having evil objects at deeper levels; 6) *Bicudo*'s concept (1964, 1969) about the combined ego-androgyne and preconception; 7) *Isaac*'s concept, developed by *Segal* (1964), on unconscious fantasy as psychic expression of instinct. 8) *Rascovsky*'s (1950) and *Cesio*'s concept (1964) based on fetal psychism 9) and finally *Ammon*'s concept about archaic-ego-illness or "hole in the ego" *Ammon* (1973, 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 (*Miller de Paiva*, 1967) 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 reprogression (*Miller de Paiva* et al., 1968).

By applying these hypotheses and concepts to transsexualism, we are able to conclude that this disorder evolves during the first moulding period, i. e., in the preoedipal stage of psychosexual evolution, through fixation in the symbiotic phase, because of refusal to cope with the separation phase and the bisexual phase – combined figure (which is always persecutory) – and also due to the archaic ego-illness (hole in the ego) (*Ammon*, 1974) predominance of the gynos preconception (if it were not for this predominance, the trauma would produce a greater number of transsexuals), since the individual with an andros preconception and a strong ego, both balanced would be less subject to these identity disorders. The marked aversion of the penis presented by the transsexual can be understood in the light of this psychoanalytical concept since, removing it would unconsciously mean destroying the combined figure or else turning it into an "object in lethargy", according to *Cesio*'s concept (1964).

In transvestitism the disturbance is also preoedipal during the oneness phase, when the baby tries to cope with the combined figure but is not successful due to the archaic ego-illness (*Ammon*, 1974) and a lack of the andros preconception and is then fixed in the separation phase. In this case there is no disturbance of the symbiotic phase because the transvestite is not completely linked to the mother but rather united to her in order to appease fears of being castrated by the father hence the phallic woman fantasy (the transvestite identifies with women because he has sensed the mother as a strong individual).

In homosexuality, as we have seen, the disturbance may have its origin either in the preoedipal or oedipal phase. When the process is triggered in the first year of life, from archaic ego-illness (hole in the ego) and fear of the oneness phase, there is fixation in the bisexuality phase, there occuring also a reinforcement of the gynos preconception (introjected combined figure). When the trauma occurs in the phallic phase, due to a loving and seductive mother, the homosexual becomes fixed in the mother figure and then all women become "taboo" (to indulge in intercourse would be incestuous). If the trauma also occurs in the anal phase, due to a castrating and sadistic mother, it would result in fear of women, for the latter have "vaginae dentatae", i. e., they are, in the homosexual's unconscious fantasy, destructive. A lack of identification with the father, either because he is weak or violently aggressive, is of the highest importance to the development of the libido fixation in the mother figure. It is in this situation that the combined ego-fantasy develops.

The "combined figure" is encountered particularly in the homosexual, since he lives out the female position, threatened by the pursuing penis and, in living out the male position fears the menace of the castrating mother, feeling, therefore, paranoid anxiety for this persecutory "combined figure". According to *Virginia Bicudo* (1964) the fantasy of the "combined ego" is the ideal to be attained by the manifest homosexual, since,

to him the woman is an ideal being; she is fulfilled like a man because she has the father's penis and like a woman, as a strong individual not destroyed by the father in sadistic coition. Thus, there occurs a regression in the homosexual, in whose fantasy homosexuality is defined as a "combined ego-figure", i. e., he idealizes himself as having two sexes.

Disturbance in the Second Moulding Period – Family environment

As we already pointed out, the parents' personalities exert decisive influence upon the individual who is predisposed from birth, i. e., with a hole in the archaic ego and the gynos preconception already developed or with a deficient andros preconception or, again, fixed in the androgynos preconception due to an insoluble anxiety of separation during the oneness, separation and bisexuality phases of his childhood psychosexual evolution. It is for this reason that certain authors (*Forssman, Lambert,* 1969; *Hunter,* 1968; *Moor,* 1967) wish to attach a genetic character to homosexuality and base themselves, in order to justify this hypothesis, on cases of *Klinefelter's* syndrome, with the appearance of preconception elucidates, as we have seen, the origin of those clinical entities.

Chromosomic aberration, as well as hormonal alteration or even fixation on the symbiotic phasis due to an excess of the androgynos would not determine, but rather would facilitate identity disturbances, the appearance of which would, however, lie in the types of education of the parents.

There is some discord between the opinions of *Stoller* (1968, 1969, 1971) and those of *Person* and *Ovesey* (1974 a, b) as regards the maternal characteristics of bearers of transsexualism.

Stoller (1968) believes that the family constellation consists of: the aggressive, empty, bisexual, unhappy and depressed mother; she has the need to "keep her son locked inside her body, in blissful intimacy, for a longer period of time" and is excessively permissive; the father, on the other hand, is passive and distant, never interfering in the mother-and-son-relationship. In this "setting there is a strong ambivalence in the mother-son-symbiosis, producing an identity of a female type gender and for this reason the boy feels that he "is", consciously, a woman in spite of his masculine anatomy, his motive for wishing to lose his penis and not suffer the masculine process of "castration anxiety".

Person and *Ovesey* (1974) have some difficulty in agreeing with *Stoller*'s findings (1968). The former have not encountered that "blissful intimacy" between mother and child in twelve cases of primary transsexualism; but they have examined, rather, a mother insensitive to her son's emotional needs; their patients would say: "My mother was indifferent to my depression and loneliness"; "she was always worried about her own

problems"; "she was very stubborn"; "she always tried to help, but always failed", etc.; the conclusion being that there was a distance between mother and transsexual son. This type of mother is described by *Wenar* et al. as an annoying mother (1970). *Person* and *Ovesey* (1974) refer to five out of the ten cases of situations where there had been separation from the mother in the first 4 years of age, similar to what *Bowlby* (1960) observed with young thieves; the parents of the transsexuals, however, were, according to *Person* and *Ovesey* (1974), similar to those described by *Stoller* (1968).

When comparing the two studies mentioned, we verified three of *Stoller*'s cases (1968) were not of primary transsexualism, but secondary (transsexual homosexuals) which might modify the final conclusion, since evident change takes place in adolescence. We verified that *Milcinski*'s study (1972) also describes a transvestite case which, as we see it, was primary transsexualism.

In reviewing literature exclusively on primary transsexualism we verified that the description of the 43 patients' mothers did not present special characteristics but, among these cases: 21 of *Stoller*'s (1968, 1969, 1971), 12 of *Person*'s and *Ovesey*'s (1974 a, b), 3 of *Green's* (1972), 3 of *Freund*'s et al. (1974), 1 of *Weitzman's* et al. (1970), 1 of *Golosow*'s (1969), 1 of *Deutsch*'s (mentioned by *Milcinsky*) and 1 of *Milcinsky*'s (1972) only one was found where the parents were apparently normal (they were not studied from the analytical point of view) and all of the parents (including 19 of *Pauly*'s cases, 1965) presented the same classic characteristic: distant, little affectionate, uncommunicative, dominated by the woman or else aggressive and violent.

We can verify in cases that our patient's mothers presented both the characteristics described by *Stoller* (1968) (a weak, insecure, empty woman, submissive to a despotic husband, depressed and having self-elimination ideas, although seductive and in blissful intimacy with her son) some of the characteristics described by *Person* and *Ovesey* (1974) (insensitive to the basic emotional needs of the son, trying to be helpful unsuccessively but very much concerned with their own problems). Our patient's mother desired, consciously, a daughter, who would bring harmony into the home and, therefore, raised him like a woman, displaying unconscious aggressiveness towards the male figure; she connived at her son against her unfaithful husband, whose conscious aggressiveness had become evident from the start of their marriage. The couple's unhappy life ended up by favouring unconscious guilt feeling on the part of their son from wishing to separate them and, furthermore, because he had failed to be the saviour of the unhappy life his parents led. The patient's desire to be a woman also was unconsciously, an attempt to unite the parents by means of his femininity and thus avoid another competition between father and son (recall that the father also wanted him to be born a girl) and dodge the

masculine process of castration anxiety. It is this anxiety that makes it difficult for the transsexual to undergo psychoanalysis and thus achieve masculine identity and security in life.

Our observations bring to light that the type of mother that "seduces in blissful intimacy" or that absorbs and stifles or yet is insensitive and indifferent is not as important as the fact that she conveys, consciously or not, a negative image of the male, the penis being envied or not; in other words, an aggression towards the male figure (most mothers of transsexuals wished their son had been born a woman; in other instances they did not want a daughter, but favored the son's femininity). This devaluation of the male, evidenced by the mother through deformed unconscious fantasies of the male figure probably favoured by the very error in the parents' education, is picked up by the son and creates, in him, true horror in facing the father due to an absolute lack of confidence in him.

This fear will be more or less intense under the dependency of a very frail ego, with a greater potential of aggressive unconscious fantasies of the male figure. Therefore, the ego is very frail in the case of the transsexual and a reason for him to become fixed in the symbiotic phase (he becomes united with the mother) from fear of losing his mother; if, even unconsciously, she favours the situation, the identification of the son with the father becomes difficult, since the latter is devalued or else sensed as evil, conditions which aggravate, even further, the envy the son has of their combination; on the other hand, quarreling and divorce will increase, even more, his guilt of having had unconscious fantasies of wishing to separate them or, even, murdering the father. It is our opinion that separation for the parents, both in reality and in fantasy, caused by parental indifference, are of primary importance, since they enhance the feelings of guilt. If the patient ends up by having aversion of the penis it is because he finds it very persecutory and menacing (a very mean father with filicide feelings [*Rascovsky,* 1950] according to the son's unconscious fantasy). The obsessive idea of emasculation is the desire to lose, definitely, an organ that symbolizes something dangerous to his integrity, i. e., the combined figure, which is always persecutory, (sadistic coition between the parents, wished by him, though fears of participating in the situation because he is afraid of either destroying or being destroyed); while he has not undergone surgery, the transsexual makes his penis an "object in lethargy", according to *Cesio*'s expression (1964), i. e., the primary ego remains unmodified and menacing, being placed "in lethargy" by the secondary ego, consequently paralysing the internal world; if he frees the archaic contents from the id and the weak ego, he is unable to work them out and feels in dangerous anxiety. The regression of the ego in the transsexual is, therefore, intense and acts as a defense mechanism, which is the reason why he also resorts to negation, loss of initiative revealing a character that is frankly psychotic.

We were also able to observe that, regarding our patients with transvestitism that their parents and those of transsexuals were very much alike; the mother of the former, however, is not as annoying (psychotic), is more secure, has a personality that is more stable for the struggle for life, but is ambivalent with love and hate, showing herself more stubborn, engulfing and bisexual feeling, which will allow the son to admire her in order to identify with her, a figure sensed as strong. The transvestite's father, however, is apathetic, a dim figure in the home, without any dialogue with the son or else violent and aggressive which, just as well, will not allow for satisfactory identification. This identification may be processed in a smaller scale, which differentiates him from the transsexual, where there is no identification whatsoever.

The transvestite's ego is frail (not as frail as in the case of the transsexual) and consequently presents the trauma in the separation phase and in the bisexual identity phase, which hampers satisfactory identification with the father. In our case, because he persisted in the psychoanalytical treatment, he was able to identify with the analyst and consequently become mature, solving his social and sexual conflict in a satisfactory way (*Greenson,* 1968).

In effeminate homosexuality we will find either a docile, tender, involving and seductive mother or one who is aggressive, loving (ambivalent), domineering and castrating with a father who is either passive and distant or violent and aggressive, conditions which will favor the appearance of the several forms of homosexuality active, passive, masochistic or not, fetichist or not. It is the degree of frailty in the effeminate transvestite homosexual's ego that is going to determine the type of conduct, with a greater or lesser degree of transvestitism or fetichism or even secondary transsexualism. Our patient, extremely intelligent and cultured, succeeded brilliantly in his profession, began his individual psychoanalytical treatment at the age of 16 and persisted in it for eight years, during which he identified with the analyst, causing his effeminate mannerisms to disappear, avoiding homosexual intercourse and overcoming the insecurity caused by the weak father and by the mother's engulfing and stifling. During the final phase of the analysis this patient revealed the following dream: he sees a girl from the group, smiling, and just then cuts off his own penis so that one half remains in his right hand and the other half, with its base in the pubes, appears to have two attached parts, forming an ugly organ. Through the association of ideas, the patient finds the smiling girl to be his wife-mother-analyst; cutting off his penis would mean putting his evil part (a part having evil things, the envied penis and the desire of incest, in his right hand, as if masturbation were incestuous and forbidden, while the attached part was still poorly developed, revealing that he was not sure of his masculine identity, still suffering from castration anxiety. The dream reveals a fantasy of emascula-

tion, because of the removal of the forbidden and dangerous object, i. e., in an attempt to destroy the combined figure, causing a fragmentation of the penis (the self with an image of objects).

Social environment

Both the primary or secondary transsexual and the effeminate homosexual are the laughing stock of their friends, a fact that begins in childhood, in the home, on the part of their brothers and sisters, relatives and friends, who critizise and confront them because of their negation to clumsily participate in games and sports, for which reason they do not want to compete in order not to suffer, becoming isolated and showing a preference for female companionship, since the latter is felt as less competitive. The same fact occurs in their school and social life. The ego is so frail that it cannot endure these mishaps, therefore, it defends itself by means of a protective link with the mother, without getting along with the father.

The incisive social environment would be a co-operating factor for the exacerbation or externalization of the clinical entity of the sexual identity disturbance that had already been formed during the first moulding period.

Ätiopathogenese von Störungen der sexuellen Identität – Anwendung der Konzepte von Mahler, Klein, Bicudo, Ammon und Cesio in Hinsicht auf Transsexualität und Transvestitismus

L. Miller de Paiva

In seiner Einführung erläutert der Autor die Begriffe des primären und sekundären Transsexualismus, des Transvestitismus, der Homosexualität und des Fetischismus und stellt sie als klinische Entitäten dar, die in der ersten Entwicklungsstufe der psychosexuellen Persönlichkeitsreifung entstanden sind.

Nach dem Konzept des Autors hat beim Transsexuellen eine Fixierung in der symbiotischen Phase stattgefunden, und zwar aufgrund eines archaischen „Loch im Ich" (*Ammon*), aus Angst vor einer Konfrontation mit dem „Tertius" Vater. Die Aversion gegen den Penis des Vaters entsteht durch die Introjektion der Vater-Imago als „lethargisches" Objekt (*Cesio*) und durch die Angst, sich mit der phantasierten "combined figure" (*Klein*) auseinandersetzen zu müssen.

Der Transvestit ist fixiert in der Phase der „Separation" (*Mahler*), ebenfalls weil er eine Konfrontation mit der "combined figure" fürchtet.

Die Homosexualität kann entweder eine Störung in der ersten Entwicklungsphase sein (aus Angst vor der Phase der „Einheit" ist der Transvestit fixiert in der bisexuellen Phase) oder auch in der zweiten Entwicklungsphase (Fixierung im Oedipus-Konflikt oder Mangel an Identifikation mit dem Vater). Der Fetischismus ist eine eindeutige Störung in der zweiten Entwicklungsphase (familiäre Umgebung). Bei der Darstellung dieser Phasen muß die Bedeutung des „Gynos"- und „Androgynos"-Konzeptes (*Bicudo*) hervorgehoben werden, das sich auf hormonelle Untersuchungen bei Tieren bezieht.

Der Autor diskutiert *Person* und *Ovesey*'s Hypothesen über die Primärgruppe (schizophrenogene Mutter) und vergleicht diese mit *Stoller*'s (aggressive und depressive Mutter, die trotzdem in glückseliger Innigkeit mit ihrem Sohn vereint ist) und versucht, anhand seiner Studien zu belegen, daß der dargestellte Typ der Mutter weniger bedeutsam ist als vielmehr ihre Art, dem Sohn ein negatives Image des Vaters (wertlos, gefährlich oder schwach) zu vermitteln, an dem der Vater auch real nichts ändert.

Der Autor beendet seine Arbeit mit einer Darstellung des Einflusses der sozialen Umgebung auf die Persönlichkeitsentwicklung, die die familiären und persönlichen Konflikte (das defizitäre Ich oder „Loch im Ich", *Ammon*) nur noch verhärtet.

Literature

Ammon, G. (1973): Dynamische Psychiatrie – Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie (Darmstadt: Luchterhand) – 1974): Das narzißtische Defizit als Problem der psychoanalytischen Behandlungstechnik. Ein Beitrag zur Theorie und Praxis der nachholenden Ich-Entwicklung. In: Dyn. Psychiat. (7) 201–215

Benjamin, H. (1964): Clinical Aspect of Transsexualism in Male and Female. In: Am. J. Psychother. (18) 458–469

Bicudo, V. L. (1964): Homosexualidade e defêsas maníacas. Conferência na Sociedade de Psicanálise de São Paulo

Bicudo, V. L. ; Rufino, A. (1969): Problemas do ego face a identificações miticas e identidade de sexo. In: Rev. Brasil. Psicanálise (3) 267–282

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: Zahar)

Bowlby, J. (1960): Separation Anxiety. In: Int. J. Psychoanal. (41) 89–113

Canepa, F.; Dimarco, A. (1972): Indagini criminologiche sull'anomalia cromosomica 47 XYY in un grupo de Minorenni Antisociali. In: Ressegna Criminal (3) 5–21

Celeste, V. (1968): Il problema medico-legale della schizosessualita. In: Med. Legale Assid. (190) 210

Cesio, F. (1964): El letargo, una reacción a la perdida de objecto. In: Rev. Psicoanal. (21) 19–27

Deutsch, D. (1972): In: *Milcinski, L.* opus cit.

Dorner, G.; Hinz, G. (1968): Induction and Prevention of Male Homosexuality by Androgen. In: J. Endocrinol. (40) 387–390

Fairbairn, W. R. (1962): Estudios psicoanalíticos de la personalidad (Buenos Aires: Paidos)

Forssman, H.; Lamberg, G. (1969): Chromosomes and Antisocial Behavior. In: Exc. Crim. (7) 113–120
Freund, K.; Langevin, R.; Zajac; Steiner, B. (1973): The Transsexual Syndrome in Homosexual Males. In: J. Nerv. Ment. Dis. (158) 145
– (1974): Parent-Child Relations in Transsexual and Non-Transsexual Homosexual Males. In: Obst. Gynec. Survey (29) 817–818
Friend, M. R.; Schiddel, L.; Klein, B.; Dunaeff, E. (1954): Observations on the Development of Transvestitism in Boys. In: Am. J. Orthopsychiat. (24) 563–575
Golosow, N.; Weitzman, E. L. (1969): Psychosexual and Ego Regression in the Male Transsexual. In: J. Nerv. Ment. Dis. (149) 328–336
Green, R.; Rewmann, L. E.; Stoller, R. J. (1972): Treatment of Boyhood Transsexualism. In: Arch. Gen. Psychiat. (26) 213–217
Green, R.; Money, J. (1968): Transsexualism and Sex Reassignment. (Baltimore: John Hopkins Univ. Press)
Greenacre, Ph. (1958): Early Physical Determinants in the Development of Sense of Identity. In: J. Am. Psychoanal. Ass. (6) 612–27
Greenson, R. R. (1968): Dis-Identifying from Mother: Its Special Importance for the Boy. In: Int. J. Psychoanal. (49) 370–374
Harris, G. W.; Levine, S. (1965): Sexual Differentiation of the Brain and its Experimental Control. In: J. Physiol. (181) 379–392
Heimann, P. (1962): Algunas funciones de introjección y projección en la temprana infancia. In: *Klein, M.:* Desarrollos en psicoanálisis. (Buenos Aires: Hermes)
Hirsch, M. (1974): Technik der Konfrontation in der Gruppen- und Einzelanalyse. In: Dyn. Psychiat. (7) 291–300
Hunter, H. (1968): Klinefelter Syndrome and Delinquency. In: Brit. J. Crim. (8) 203–208
Isaacs, S. (1962): Naturaleza y función de la fantasia. In: *Klein, M.* Desarrollos en Psicoanálisis. (Buenos Aires: Hermes)
Klein, M. (1962): Contribuciones al psicoanálisis. (Buenos Aires: Hermes)
Krafft-Ebing, R. (1932): Psychopathia Sexualis (Chicago: Logen-Brothers)
Kreutz, L. E.; Rose, R. M.; Jennings, R. J. (1972): Suppression of Plasma Testosterone Level and Psychological Stress. In: Arch. Gen. Psychiat. (28) 478–483
Mahler, M. S. (1958): Autism and Symbiosis: Two Extreme Disturbances of Identity. In: Int. J. Psychoanal. (29) 77–85
Miller de Paiva, L. (1966): Medicina psicosomática – etiopatogenia e terapêutica. (Artes Medicas: São Paulo)
– (1967): Psicose endógena: Doênça endócrino e auto-imune. A importância dos periodos de molde como fatores desencadeantes. In: Polha Med. (55) 587–603
– (1969): On Schizophrenic-Type Reactions in Therapeutic Groups. In: GAIPAC (2) 62–65
Miller de Paiva, L.; Caracushansky, S. (1974): Fases da evolução psicosexual em grupo. Tentativa de desfazer a figura combinada. Apresentado o II° Congresso Brasileiro de Psicoterapia Analítica de Grupo (Rio de Janeiro)
– (1970): Figura combinada – sua importância em psicanálise – monografia apresentada na Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo
– (1970): Purposeful Regression, Loss of Identity, "Foetalization", Homosexuality and Splitting in Therapeutic Groups. In: GAIPAC (3) 75–79
Miller de Paiva, L.; Blay Neto, B.; Mariz, E. O.; Koch, A. (1968): Reprogressão nas doenças psicosomaticas. In: Rev. Brasil. Psicanal. (3) 315–322
Milcinski, L. (1972): Transvestizen in Transsiksualiszem s Psichodinaskeda Vidika. In: Psihiatricna Klinika Medicinske Fakultate. Ljubljana, Yugoslavia
Money, J.; Hampson, J. G.; Hampson, J. L. (1957): Imprinting and Establishing of Gender Role. In: Arch. Neurol. Psychiat. (77) 333–336
Moor, L. (1967): Aberrations chromosomiques portant sur les gonosomes et comportment antisocial. In: Ann. Int. Crim. (6) 459–463
Ovesey, L.; Person, E. (1973): Gender Identity and Sexual Psychopathology in Men. In: J. Am. Acad. Psychoanal. (1) 53–72
Pauly, I. B. (1965): Male Psychosexual Inversion: Transsexualism. In: Arch. Gen. Psychiat. (13) 172–181

Person, E.; Ovesey, L. (1974 a): The Transsexual Syndrome in Males. I. Primary Transsexualism. In: Am. J. Psychother. (28), 4–20
– (1974 b): Secondary Transsexualism. In: Am. J. Psychother. (28) 174–193
Rascovsky, A. (1950): El psiquismo fetal (Buenos Aires: Paidos)
Resende Lima, O. (1964): Estágio esquizoide anterior á fase esquizoparanoide. Visão através da psicoterapia de grupo. In: Rev. Psiquiat. Dinam. (4)191–194
Segal, H. (1964): Fantasy and Other Mental Processes. In: Int. J. Psychoanal. (45) 191–197
Stoller, R. J. (1968): A Further Contribution to the Study of Gender Identity. In: Int. J. Psychoanal. (49) 364–369
– (1969): A Biased View of Sex Transformation Operations. In: J. Nerv. Ment. Dis. (149) 213–317
– (1971): The Term Transvestitism. In: Arch. Gen. Psychiat. (24) 230–237
Ward, I. L. (1972): Prenatal Stress Feminizes and Desmasculinizes the Behavior of Males. In: Science (175) 82
Weitzman, E. L.; Shamoian, C. A.; Golosow, N. (1970): Identity Diffusion and the Transsexual Resolution. In: J. Nerv. Ment. Dis. (151) 295–303
Wenar, C.; Handlon, M.; Garner, A. M. (1962): Origins of Psychosomatic and Emotional Disturbance (New York: P. Hoeber)
Young, W.; Goy, R.; Phoenix, C. (1964): Hormones and Sexual Behavior. In: Science (143) 212–218
Zuger, B. (1970): Effeminate Behavior Present in Boys from Early Childhood. In: J. Pediat. (69) 1098–1107

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

Schizophrenia: An Experiment in Teaching a New-Foreign Language to the Inpatients as an Analeptic Ego Aid

Anatole C. Matulis*

In dem vorliegenden Beitrag stellt Matulis einen neuen, psycholinguistischen Ansatz zur Psychotherapie schizophrener Patienten vor. Ausgangspunkt dieses Ansatzes ist die allgemeine Erkenntnis, daß die Sprache schizophrener Patienten in ihrem Kommunikationscharakter deformiert ist und geradezu ein diagnostisches Kriterium darstellt; daß jedoch nur wenig linguistische Forschung darüber betrieben, geschweige denn praktikable Konsequenzen beschrieben wurden.
Matulis sieht Schizophrenie an als Abwendung des Ichs von der Realität, verbunden mit einer Regression auf eine frühe Stufe der Kindheit, in der sich das Individuum und auch die Sprache zu formieren beginnt, und das Kind sich seines Selbsts bewußt wird. Dabei verhilft die Sprache zur Trennung zwischen innerer und äußerer Welt und stellt somit eine wichtige Ich-Funktion dar. Hier setzt Matulis ein, indem er dem Ich des Patienten ein neues und neutrales „linguistisches Werkzeug" anbietet in Form einer Fremdsprache, mittels der der Patient sich eine neue Realität aufbauen kann. Damit verbunden ist die Annahme, daß die neue Realitätserfahrung durch die emotional weniger besetzte Fremdsprache die bedrohliche Sphäre der Muttersprache durchdringt und korrigierende Erfahrungen dann erst ermöglicht werden. Ausgehend von didaktischen Überlegungen bezüglich eines Fremdsprachenprogramms stellt der Autor sein Experiment vor und diskutiert die interessanten Ergebnisse unter dem Aspekt, daß die neue Sprache als eine linguistische Brücke zur Wiederentdeckung und Prüfung der Realität dienen kann.
Vom dynamisch-psychiatrischen Standpunkt der Berliner Schule aus betrachtet ist es fraglich, ob die Fremdsprache an sich als das therapeutisch wirksame Agens betrachtet werden kann oder ob nicht viel mehr gruppendynamische Vorgänge im Stationsleben die Veränderung in den Patienten bewirken. Die Fremdsprache ist vielmehr als drittes Objekt anzusehen, das eine neue Kommunikationsbasis bietet, ähnlich wie die Funktion des Projekts in der Milieutherapie.

Preamble

In surveying the past and more recent writings pertaining to the language of schizophrenics, solely few capital aspects seem to preoccupy the minds of the researchers and the clinical reporters. Beginning with *Emil Kraepelin, Eugen Bleuler* and arriving at the late edition by *Kasanin* or *Harold J. Vetter,* the emphasis seems to be directed mainly upon the thought processes, the semantic and the linguistic-descriptive analysis of the schizophrenic language and speech. Other monographic contributions to some extent include discussions of the disturbances in communication, reflecting in such formulations as the cipher and avoidance hypothesis; the aspects of speech redundancy, associational properties and the predictable preferences in the concrete-abstract orientation. Additional research

* M. D., The University of Wisconsin-Green Bay, College of Creative Communication, Green Bay, Wisconsin, USA

directions even lead to a more aesthetic literary studies comparing poetics with the linguistic (deep and surface) structures of the schizophrenics. If one only briefly glances at the more modern articles dealing with the schizophrenic syndrome, such as the well-known Annual Review edited by *Robert Cancro* or the International Pilot Study of Schizophrenics by the World Health Organization, one would discover only comparatively few pages dedicated to the language in schizophrenia. Even these parts are usually incorporated in the sections on attention, cognition and perception. Certainly, it is pleasing to see at least these few dozen pages of linguistic work out of thousands of pages of manuscripts, but a more pragmatically oriented reader or a clinician might be just a little uneasy and uncertain about their esoteric quality and applicability. This last aspect was the original stimulant for the following hypothesis, which as obvious and basic as it is, strangely did not receive any attention whatsoever in the national or international research activities regarding the schizophrenic syndrome.

Remembering the advantages a polyglot has in the psychoanalytic situations or in incidents of cerebral accidents with aphasic consequences, one cannot help but speculate on what happens to this multilingual competency in schizophrenia. It has been already noticed by the author that a polylingual schizophrenic patient was able to translate correctly and excellently (semantically and grammatically) into two foreign languages (Russian and German) when his own native tongue (English) was corrupted by a lack of syntactic structure and associative intrusions, thus still remaining within the perimeter of a meaningful communication. The same patient when asked during an interview with sodium amytal (intravenous) what language he would like us to use, answered "the language least emotional to me". Consequently, a natural question arises why not give to the schizoprenic patients a new – "least emotional" – foreign language as an analeptic aid to their ego and thus assisting them in the process of returning to reality.

The Psycholinguistic Hypothesis: An Explanation

The following one may regard as a kind of repetitive exposition of general premises, but this is needed in an attempt to review and to establish a more distinct link between the schizophrenic psychopathology and the author's psycholinguistic hypothesis.

Thus for our purpose, schizophrenia is viewed here as a regression to the early stages of development and restraining from any judgement as to the psychogenic or somatogenic aetiology of this regression. It is, then a return to the period of the infantile life, when the ego is not yet fully established or is just beginning its formation. In consequence, the

schizophrenic patient has lost his objects and broke his ties with reality. It must be also mentioned, that here we are assuming the origin of the sense of reality and the ego as two aspects of one developmental stage. This is inherent in the definition of the ego as that part of the mind that deals with reality. As *Otto Fenichel* so well stated „the concept of reality also creates the concept of ego". The loss of objects, however, is not necessarily a total one and on numerous occasions one can also observe the patient's attempt to regain the lost world. These restitutional attempts reflect in his acute transference reactions (positive or negative), his bizarre behavior as an allegorical attempt to regain his contact with objects, his speech idiosyncracies as an attempt to communicate; his hallucinations and delusions as an effort to recreate the lost reality or parts of it. Furthermore, the schizophrenics' regression to the primary narcissism is never a complete one, there are still present in him some residues of reality and relationships. All of these elements combined certainly do not seem to represent a hopeless schizophrenic condition.

In recontemplating these thoughts it soon becomes evident that there must exist an intimate relationship between the above mentioned ego-concept in its regression and the language in its acquisition. One should firstly note that the ego (nonarchaic) and the language as a communication tool come into being at approximately the same time, approaching at the beginning of the second year of life when the child is in the process of achieving the awareness of self, not anymore as a physical and psychic essence but as a social entity. Secondly, we know that the ego-functions such as the reality testing and adaption, which also happens to begin at this period, depend eminently on the faculty of language. It is the language with its labelling of inner states that enhances the separateness between the inner and outer worlds, thus providing a better mastery of both; it is the language that enables the distinction between the reality oriented world and its the magical, paleological predecessor. Then it is quite obvious that the language is a vital organ of the ego. The ego's development depends directly on the functions of the language and its defect of any origin reflects spontaneously in the disturbances of language. Returning now to the ego's departure from reality and its endeavors to create a new one, which is to be a more suitable and a less threatening one, a stimulating question arises why not come to the aid in this ego's effort by providing it with a new and neutral linguistic-creative tool. This novel linguistic instrument would be obviously a language that to a large extent is foreign – unknown to the schizophrenic patients. In learning it the patients would once again initiate an activity of labelling, adopting to a "new" reality which obviously is the "old" one only with different, foreign names. Consequently, this new-foreign "Reality" would not possess any of the past conflicts, hostility, threats and the unbearable emotional injuries. The new word-representations would not entertain

any of the old anxieties and thus be more acceptable and friendlier to the schizophrenic patients. Also, this newly acquired language would constantly penetrate the native linguistic sphere. It would become sort of a cathartic sponge drawing out of the native disturbed language its psychological burdens and inhibitions. In all, it should provide the schizophrenic patients with a temporary linguistic shelter from any emotional turmoil until their ego is strong enough to face the "native" world. However, even after their return to reality the foreign language could serve the patients as a kind of linguistic statocyst in cases of any future disturbances.

In addition, one should remember that a schizophrenic patient employs his language not solely for communication purposes, but also as a much needed defense mechanism. Thus at the same time when he attempts to communicate with words-phrases-sentences, he also seeks to protect himself against the anxieties of an interpersonal relationship. Since the newly acquired (or in the process of acquisition) foreign language reflects a neutral value and since the external world is being labelled with less threatening, new perceptual terms, the schizophrenic patient would not have this great need for defense and protection, consequently, releasing more energy for the ego.

Besides the communicative amelioration, the new-foreign language would contribute notably to the stabilization and clarification of the schizophrenic patient's self-concept. It would provide new distinct contours to the vaguely present "old self" – the "I" – or at least its remaining part; it would give a more prismatic, other-cultural glance into the external world, the return reflection of which cannot help but enrich the fragile ego.

The General Guidelines for the Experiment in Teaching the New-foreign Language

The principal aim in teaching the schizoprenic inpatients the new-foreign language is the building of a new bridge to reality and to the mental stability. In doing so every effort should be made: to keep the patients continuously interested in the new-foreign language by the fresh music of words, the more they are preoccupied with reality of the foreign language, the less they will be tempted into the world of hallucinations and delusions; to sustain the positive transference at all times; to relabel all objects and things in the patients' environment and return them to the mastery and the "possessions" of the ego; to show contrasts for the sake of clarity; to keep the patients oriented to time, place and persons by applying the new-foreign language epithets, their reality should penetrate and be anchored well in the world of reason; to stimulate an interest

and awareness of self by relabelling the clothing and the parts of the body (we know that in the development of reality the conception of the body assumes a significant part. Thus the body image is of basic importance in the formation of the ego, not forgetting its outer shell – the clothing.) In teaching the new-foreign language the attention and concentration will have to be constantly stimulated. Also to achieve the exactness and distinctness of the new-foreign reality, the teaching to most part will take a form of precise questions and answers. Further, by encouraging the patients to communicate and giving him a new neutral tool for this purpose will be the best approach in blocking the state of mutism and keeping the patients out of social isolation. All these efforts will find assistance in the patient's impulse to make themselves understood, to imitate and to obtain an accurate correlation between a thing-object and its name.

With the above in mind a special text of 16 Lessons (later rearranged to 15 Lessons) was designed with the intent of being repeated at least once. As for the instructor, she/he must be at all times the representative of reality. He must know who and what he is; he should be secure in his inner and outer world. The patients will have to trust him since he will be their guide back to the lost reality. He will teach them the new, differently sounding names of the avenues of life. These names will not carry any more the emotional burdens and sufferings of previous journeys. They will be safe for a time, at least until the ego is strong enough to be able to read the original signs with much less pain and distress.

In order to record the findings of the experiment a record on the progress (linguistic and behavioral) of every patient, individually and as a group, will be kept. The pertinent medication charts will be periodically reviewed for possible negative or positive interferences with the experiment. There will be one general evaluation by the ward staff after six months of experimentation and a plan for a follow-up study.

A Collective Profile of the Experiment: Settings, Dates and Participants

In order to test the hypothesis a linguistic experiment was conducted at the Lafayette (Psychiatric) Clinic in Detroit, Michigan. It began on March 11, 1975 and ended on February 5, 1976. Further it may be subdivided into 48 weeks or 105 class sessions. From March 11 to June 19 and from August 4 to September 18, 1975 it met twice a week, mostly on Tuesdays and Thursdays at 10:00 a.m. However, from June 19 to August 4, 1975 it met once weekly (Thursday, 10:00 a.m.) and from September 24 to February 5, the sessions were scheduled as follows: Monday, 12:45 p.m.; Wednesday, 2:00 p.m. and Thursday, 10:00 a.m. Each session on the average lasted 35 minutes. It was found that the schedule of

three times weekly, expecially morning sessions (10:00 a. m.), appeared to be most beneficial.

The immediate setting was an Inpatient Ward of male chronic schizophrenics. An open area within the ward was selected, thus providing the participating patients a voluntary and not a restricted movement. Consequently, any patient who wished to join or leave the class could do so at any time.

The patients were not specially selected or screened but came as an entire ward. The diagnostic profile consisted of 18 patients diagnosed as schizophrenic, chronic undifferentiated type (295.90) and five patients diagnosed as schizophrenic, paranoid type (295.3). Physical and laboratory examinations for the patients, with three exceptions (two cases with a positive tuberculin test and one case of diabetes mellitus), fell within normal limitiy. The average age of the group was 36.9 years (the oldest being 47 years of age and the youngest 29). The average length of confinement at mental institutions indicated 12.8 years, ranging from a maximum of years to a minimum of years that the patient has spent in mental hospitals. At a various irregular intervals only eight patients were taking psychotropic medication such as trifluoperazine, chlorpromazine and haloperidol. In general, however, the drugs did not seem to interfere intolerably with the pertinent patients' intellectual functioning necessary for the experiment. But in a few instances, and with two patients solely, the drowsiness did impair noticeably their mental alertness indicating that a careful monitoring of the drug dosage is recommended.

The sociocultural background of the class reflected a unique diversity. It ranged from a low to a middle class status. In the spectrum of education, at one level there were two patients with college degrees at the other a patient with only a background in special education and the majority did not even complete their high school education. Appropriately, we should also note that out of 23 patients participating, only six patients had any foreign language experience. Also during the time of the experimentation most of the patients continued to take part in regular ward activities, which included the Occupational Therapy, the token economy program and four patients had for four weeks some assertive training. However, in the experimenter's opinion these activities did not in any discernable way, positively or negatively, influence the results of the linguistic experiment.

The selection of the new-foreign language was made by the ward staff. Obviously, the choice had to be limited to the linguistic competency of the experimenter-instructor, who was adequately fluent in Lithuanian, German, Russian and French. Remembering that the new linguistic tool had to possess a neutral value, at least known to the patients participating, the final choice fell to German. Being still a Germanic language, the German language is just distant enough from the English language in order

to fullfill the minimal requirement for neutrality. As already mentioned, a special text was designed by the experimenter which consisted of 16 lessons, and the teaching method was to take an aural-oral form (with visual aids). Regarding the medical and nonmedical staff on the ward – it was suggested at the beginning that the staff should attend the classes together with the patients, thus creating a more milieu therapy oriented situation. However, the well-known frustrations in learning a new language, the time factors and the fact that the patients began to learn much easier, faster and more proficiently, the attendance of the staff gradually and unfortunately waned.

The Findings of the Psycholinguistic Experiment: A Behavior-Clinical Description

After a longer consideration, the experimenter decided against any Galtonian statistics of progress or results and decided to follow a more descriptive method of measuring. Consequently, during the time of experimentation careful clinical records were kept on the pertinent linguistic progress and on the general behavoir patterns of the individual patient and the group as a whole. One question was constantly being contemplated – does the hypothesis of the author make any sense or not? The answer will rest in the following behavioral-clinical descriptions, which while being condensed developed into a form of capital observations and achievement peaks by both the individual patient and/or the group.

Before beginning the descriptive part one should underline a few additional guidelines which were to be followed throughout the experiment. Foremostly, there was to be a linguistic dignity in all dealings with the patients. The proper address form was to be a formal and dignified one (e.g., Mr. X). Further, any patient displaying hostility, hallucinations and profanity should not be removed instantly from the class, but the instructor should have the opportunity in attempting to control this behavior by short-circuiting it with an intrusion of and the involvement of the patient with the new-foreign language. An openly hostile patient was asked in a firm but calm manner to join the class and shout in German or remain silent and not to disturb the class. This was only in a few instances unsuccessful, at which time the attendant asked patient to leave until he became calm. The auditory hallucinations and profanity were similarly tranquilized with the infiltration of the new-foreign language. The hallucinating patient did not seem to mind the penetrating questions in German and cooperated well in whatever linguistic exercise was in progress (naming or counting). Unfortunately, the instructor's attention toward the individual had to be limited since the experiment was designed mostly for a group, often the patient returned to his hallucinations but

was willing to give them up again in favor of the new-foreign language. A patient, who once used an English profanity in labelling an article in German, was not reprimanded in any manner but was asked kindly to repeat the German label until he complied. Since that time he did not resort to any more profanity during the entire experiment. It is very important that any criticism or any negative reaction or action should be totally avoided. Every effort must be made to encourage, to compliment, to support every patient in this new linguistic effort directed in rebuilding the lost reality and his ego. One should remember the patient's tendency to imitate and to identify. Any negative portraiture is here not acceptable.

Another aspect of significance is the flexibility in regard to the length of a session and the topic of a lesson. One should observe carefully the patient's span of attention and terminate as soon as it reaches the state of boredom. It is like teaching children, everything should be made interesting, playful and amusing. Never insisting on a reply and not exceeding the limits of what is possible. One should be prepared to change two topics that seem of interest to patients; never to lose the opportunity to follow their selected path to learning and to a more suitable reality. Most of these guidelines are nothing but common sense, but they must be kept in mind nevertheless. A good intuition of the instructor should be an invaluable aid. With this opportunity, we should mention the recommended professional qualifications for the instructor. She/he must have an adequate knowledge of a foreign language (with a neutral value), some ability to teach and ideally should have and/or a psychiatric, psychoanalytic and some psycholinguistic training.

Entering the behavioral-clinical description it is valuable to depict the first and the final session of the experiment as reflected in the patient's general behavior. One remembers well the initial day (March 11, 1975) – a ward filled with hallucinatory shouts, profanity, autistic neologisms; the unruly rocking of the chairs, the restlessness of the patients, unable to sit or pay attention, signs of incontinence. And then the last meeting (February 5, 1976) where the class sat appropriately and calmly, the attention was not free floating; the bizarre behavior absent; only three patients succumbed temporarily to their hallucinations; and a previously mute patient repeated gently in German. All latter aspects reminded one of a regular classroom condition. There appeared even the well-known touch of sentimentality, an affect usually found in a final meeting. The reality has once again made its appearance.

Looking at the individual patient's or the group's achievement peaks, the support for the hypothesis becomes substantial. In two weeks the patients were able to ask for immediate articles such as cigarettes, a newspaper, etc. in an acceptable German. They began to name correctly the furnishings of the ward by answering to "Was ist das?" and the objects to "Wer ist das?" The associative intrusions and the neologisms were al-

ready coming under the patient's control. After seven weeks four patients named and pointed at objects in a picture, indicating the present ability for intersemiotic communication. At this time also the first intragroup exchange took place: three patients, with a foreign language background, asked their colleagues such basic questions as "Sprechen Sie deutsch?" and "Wie geht's" and receiving a rewarding response. Furthermore, the usage of German found its way to the outside of the ward in a form of a sudden greeting or a replying phrase. Following two months (eight weeks) the patients moved from the labelling of the ward and outside environment to the awareness of their own body. They named in German the body parts, touched and moved them. They counted to ten and enjoyed its musical cadence. By the ninth week four patients taught the class by showing and labelling food items and the pertinent utensils. In four and a half months the patients learned how to respond in German to such questions as to location of the Clinic, to the element of time (the calendar and the clock) and acknowledge their and the instructor's identity by answering to the question "Wie heißen Sie?"

After eight months of instruction (28 weeks, 50 sessions), a general review was made recording the most outstanding behavioral changes in ten patients (two were already discharged). In general it was agreed that the introduction of the new-foreign language gave the entire ward a tranquilizing affect – all patients calmed down. In addition they were better oriented to time, location and personal identity. The world did not seem to be as threatening to them anymore, the anxiety cathexes were constantly being depleted with the assistance of German. They covered the lessons well by moving from the newly labelled inanimate and animate environment on to the better awareness of self. Because of the growth in the ego-strength and the reality testing, the hallucinations and delusions were on a significant decrease. From a more linguistic point of view, it was noticeable that the pronunciation and the handling of the German language by the patients was in general much better than that of the participating staff members. But this is not at all surprising since we are dealing here with a kind of regression to the infantile situation, an aspect which is to the greater advantage and more tolerable to the patients but not to the staff.

After 29 weeks (53 sessions) more outstanding and individual changes were noticed and recorded. Mr. T. C., a mute patient since 1959 began to respond in German softly but still audibly to the experimenter and later continued in gaining strength in his articulation. Another mute patient since 1961, Mr. R. L., stopped his rocking in the chair and joined the group, but his good prognosis was interrupted by an untimely transfer to another state hospital. By the 32nd week, an extremely hostile patient (Mr. W.S.) took a seat among his fellow patients without any sign of the customary (to him) hostility. Two additional patients (Mr. V. H. and Mr.

R. K.) displayed outstanding progress in comprehension and participation. On October 27, 1975 (43 weeks, 65 sessions), a patient (Mr. O. H.) who at the beginning of the experiment was totally disoriented as to time, place and person, met the experimenter, who came early to the ward, and asked very intelligently about the correct time of the class.

Another achievement peak was reached at the eighth month limit (37 weeks, 74 sessions). The general progress was remarkable. Now the patients themselves, without prompting, prepared the meeting area (arranging chairs, etc.), then sat orderly, silently and with dignity. All seemed to enjoy the German sessions as if they have found another colorful window to look at the world. The ward staff noticing the outstanding progress of the patients picked up even their own slacking enthusiasm. The first week in December (39 and 40 weeks, 82 sessions), Mr. G. W., a chronic patient with some knowledge of German who at the beginning of the experiment displayed most bizarre behavior, tremor, incontinence, lack of personal grooming and a typical "schizophrenic" speech pattern now cleanly dressed, taught the class (describing in German two pictures and labelling numerous foot items). His behavior was appropriate and speech patterns normal. The group's reaction was also favorable. The patients were cooperative, amused and laughed heartily when Mr. G. W. made a mistake in his presentation. Another patient (Mr. V. H.), who the following week assisted the experimenter in teaching, even suggested in good nature to Mr. G. W. that he should speak louder.

On December 18, 1975 (41 weeks, 87 sessions) the intragroup communication was clearly established and by January 26, 1976 (47 weeks, 101 sessions) the most reluctant patients in the ward have in some form or another participated in the German class activities. Thus after ten months there was a new feeling of community spirit in the group. Even if a patient did not actively-verbally participate in the class, he sat among other patients and listened. There was by now even a greater measure of reality. The hallucinations did come, but they were readily given up with the patient's involvement in the present and the real happenings in the class. Reaching the final session (48 weeks, 105 sessions) the improvement of the patients' total behavior was clearly evident, especially in their personal appearance. Three patients (Mr. R. A., H. S., A. M.) finally surrendered their hostility and joined the group. The most recalcitrant and cantankerous patient (Mr. G. L.) complied willingly to the proper classroom etiquette. At this time the future of the ward was uncertain, some patients were in the process of being transferred, but the patients still came to the class, sat down peacefully and participated. There was, as previously mentioned, the characteristic affect of the last meeting, the class knew and felt that this was the final session. As to the achievement in learning the German language, there was a diversity of accomplishment. Ten patients have learned well the German lessons and were able to use it comprehensively

and spontaneously and six achieved only a moderate linguistic success. The remainder did not progress much than just a repetition of the prompting phrases of the instructor. However, irrelevant to the degree of achievement, a new linguistic bridge back to reality was open and every patient, in his own fashion and the degree of ability, used it. Most of them crossed it, others came part way and others began their journey.

At the end of these findings, two aspects should probably be added. Firstly, as a result of the linguistic experimentation, a patient (Mr. G. W.) after 21 years in mental institutions has adequately recovered and is in the process of being discharged. Four other patients benefited directly from the experiment and became outpatients at the Clinic. In the latter cases, however, the pharmacotherapy assumed a supportive role, but this is not the case for Mr. G. W., where numerous psychotropic drugs and somatic therapies were attempted without any success. Secondly, one should not ignore at least a few significant remarks made by the patients themselves regarding the German class and by implication the psycholinguistic hypothesis itself. Toward the end of the experiment, Mr. V. H. stated to the instructor that German helped him, it made his stay (at the Clinic) a more interesting one (thus he was referring to the new-foreign language as an important intellectual stimulation which was by itself rewarding without any encouragement by the token economy). Another patient (Mr. R. K.) also mentioned about the help the German language gave him and extended his thoughts by saying: "It is nice to express oneself in a foreign language – it is easier." The already mentioned Mr. G. W. supplied a more penetrating insight, when asked what he thought of the German class he responded by firstly agreeing with the above patients that it helped him a lot and added that it was good for thinking; it unclouded his mind and helped him think clearer (but he did not know why or how); it brought back good memories and it was interesting and entertaining. One should keep in mind that these words are of a patient who a year ago was unable to put one single phrase together. Let us also not forget the mute patient (Mr. T. C.) who spoke after 16 years of mutism or Mr. O. H., whose hyperactivity, logorrhea, incoherence and hostility kept him closed to the world, saying to the instructor after the linguistic experiment had ended (February 27, 1976): "Hi, man, are we going to have a class today?"

Pertaining to the follow-up studies, there will be a continuous contact retained with the patients involved in the psycholinguistic experiment. In addition, there are plans for regular visits with the patients at the six month interval in the first year, then yearly for at least two years. During these personal interviews the attention will be directed to the mental status and the general orientation of the patient. There will be a questionnaire pertaining to the new-foreign language experience, seeking such information as how much the patient has retained of the new-foreign language labels, the present ability to communicate and the emotional factors

in the verbal behavior during the interview. A request will be made of the patient to tell the interviewer in his own words whatever he remembers of the linguistic experiment. This will appropriately be analyzed and included in the final report.

The Conclusion

The findings of this psycholinguistic experiment show, at least to us, that the hypothesis has become more like a thesis. What we predicted was verified by facts or close implications. Teaching of the new-foreign language to the schizophrenic inpatients as an analeptic ego-aid is now ready to take its place as a unique treatment procedure, especially where a group or milieu therapy is already in practice.

We reaffirmed the concept that the ego's development depends prominently on the functions of the language (competency and performance) and its defect of any kind and source will reflect in various disturbances of language. We also reconfirmed the author's thought that the schizophrenic ego's-regression is related to the process of language acquisition. In the ego's-autistic attempts to return to reality, we provided an assistance by teaching the schizophrenic patients a totally new-foreign language as a reconstructive implement. By relabelling the things and objects in the environment, the ego – of the schizophrenic patients "repossessed" them and consequently grew stronger. This was clearly manifested in the patients' behavior and socialization. We always knew that the native language (cf. the language of the id) carried a powerful emotional charge, but now we also know that with an assistance of another neutral, novel language we can deplete it to an appropriate degree and bring it under the reasonable ego's-control. This is of special significance in schizophrenia, where the ego-suffered separation from reality and object relationships because of an excessive amount of disturbing effect. It was the new-foreign language with its neutrality that helped the ego – in adopting at least temporarily to the reality with different and less emotional signs. The new words free of suffering, distress and painful memories served as a linguistic bridge back to the real moments of life. The ability to communicate free of anxiety further supported the ground for the crossing. When the ego was given this new powerful tool, it was ready to face his own world – not any more as a meek, regressing entity but one which has found a comforting and strong alliance in another culture. The findings of the experiment carry enough proof for these assumptions, but mainly this endeavor has helped the patients to regain their lost world and their mental health, and this was really the only purpose and goal for this psycholinguistic experiment.

Über den Einsatz einer neu zu erlernenden Fremdsprache als Hilfsmittel in der Therapie schizophren reagierender Anstaltspatienten

Anatole C. Matulis

In der wissenschaftlichen Literatur zur Sprache Schizophrener wurden bisher nur wenig relevante Aspekte zur Psycholinguistik und ihrer Anwendung in der Psychotherapie erforscht. *Matulis'* Ansatz zur Therapie schizophrener Patienten wurde mit angeregt durch die von ihm gemachte Erfahrung, daß schizophrene Patienten in Fremdsprachen sicher sprechen und kommunizieren können, wogegen die Muttersprache sich in der Regel durch Mangel an syntaktischer Struktur und assoziativen Einbrüchen auszeichnet. Ein Patient gab z. B. auf die Frage, in welcher Sprache er sich am liebsten unterhalten würde, an: die, die am wenigsten emotional für ihn sei.

Der Autor stellt dann eine psycholinguistische Hypothese auf, die er durch ein Experiment, über das er anschließend berichtet, verifizieren will. Nach dieser Hypothese sieht *Matulis* Schizophrenie als Regression auf frühe Entwicklungsstadien, in denen das Ich des Patienten sich erst zu formieren beginnt, verbunden mit Realitätsverlust und somit auch mit einem – partiellen – Objektverlust, wobei schizophrene Symptome einen pathologischen Restitutionsversuch darstellen, die verlorene Welt wiederzugewinnen. Dabei hat die Sprache eine wichtige Funktion, da sie ein Mittel darstellt, eine Trennung zwischen innerer und äußerer Welt herbeizuführen.

Hier setzt der Autor seine Bemühungen ein, indem er dem Patienten eine fremde, neutrale Sprache anbietet als Hilfsfunktion für das Ich, sich eine neue Realität zu eigen zu machen und somit eine Ich-Stärkung zu bewirken.

Sodann stellt *Matulis* ein 16 Lektionen umfassendes Sprachlernprogramm vor und diskutiert einige didaktische Prinzipien, die zu beachten sind. Wichtig ist dabei, daß der Lehrer Vertreter der Realität ist und genug Identität haben muß, um für die Patienten eine Stütze zu sein.

Das Programm wurde 1975/76 in elf Monaten durchgeführt an insgesamt 23 chronisch schizophrenen Anstaltspatienten mit einem durchschnittlichen Alter von 37 Jahren. Die Patienten hatten teilweise bis zu 25 Jahren in psychiatrischen Einrichtungen gelebt. Als Fremdsprache wurde Deutsch gewählt, das den meisten völlig unbekannt war und mithin den neutralsten Charakter hatte. Zur Beschreibung der Verhaltensänderung wurden klinische Berichte verfaßt.

Der Autor schildert sodann in eindrucksvoller Weise, wie die Patienten zunehmend in die Lage versetzt werden, ihre Halluzinationen, Neologismen etc. aufzugeben und ihr Interesse zunächst auf die Gegenstände der Umwelt, später auf ihr eigenes Gefühlsleben und auf die Menschen ihrer

Gruppe und näheren Umgebung zu richten, ihren Körper bewußter wahrzunehmen und zu kommunizieren. Eine follow-up-Studie soll die Stabilität der Verhaltens- und Erlebensänderung prüfen.

Literature

Abroms, G. M. (1969): Defining Milieu Therapy. Arch. of Gen. Psychiat. (21) 553–560
Ammon, G. (1973): Dynamische Psychiatrie – Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie (Darmstadt: Luchterhand)
Blanck, G.; Blanck, R. (1974): Ego Psychology: Theory and Practice (New York: Columbia Univ. Press)
Butler, R. N. (1975): Psychotherapy in Old Age. In: Am. Hdb. of Psychiat.
Buxbaum, El. (1949): The Role of a Second Language in the Formation of Ego and Superego. In: Psychoanal. Quart. (18) 279–289
Fenichel, O. (1945): The Psychoanalytic Theory of Neurosis (New York: Norton)
de Hirsch, Katrina (1975): Early Language Development. In: Am. Hdb. of Psychiat., ed. *Arieti, S.* (New York: Basic Books)
Isakower, O. (1939): On the Exceptional Position of the Auditory Sphere. In: Int. J. Psychoanal. (20) 340–348
Jaffe, J. (1960): Formal Language Patterns as Defensive Operations. In: Psychological and Psychiatric Aspects of Speech and Hearing. Ed.: *Barbara, D. A.* (Springfield: Thomas Publ.)
Knapp, H. P. (1959): The Ear, Listening and Hearing. In: Psychological and Psychiatric Aspects of Speech and Hearing. Ed.: *Barbara, D. A.* (Springfield: Thomas Publ.)
Krapf, E. E. (1955): The Choice of Language. In: Psychoanal. Quart. (24) 343–357
Laplanche, J.; Pontalis, J. B. (1973): The Language of Psycho-Analysis. (New York: W. W. Norton)
Lewis, W. C. (1960): Elements of Influence in Psychotherapies. In: Am. Hdb. of Psychiat.
Luria, A. R. (1932): The Nature of Human Conflicts. (New York: Liveright)
– (1960):The Role of Speech in the Regulation of Normal and Abnormal Behaviour (New York: Liveright)
Matulis, A. (1975): Human Language: New Perspectives in Modern Psychiatry. In: Medicina (51) 135–140
Pierce, J. R. (1964): The Relevance of Communication Theory to Disorders of Communication. In: Disorders of Communication (Baltimore: Williams and Wilkins)
Rado, S. (1958): Psychotherapy: A Problem of Controlled Intercommunication. In: Psychopathology of Communication. Ed. *Hoch, P. H.; Zubin, J.* (New York: Grune and Stratton)
Ruesch, J.; Bateson, G. (1951): Communication: The Social Matrix of Psychiatry (New York: Norton)
Sechehaye, M. S. (1939): Symbolic Realization (New York: Int. Univ. Press)
Spitz, R. A. (1957): No and Yes. On Genesis of Human Communication. (New York: Int. Univ. Press)
Stengel, E. (1939): On Learning a New Language. In: Int. J. of Psychoanal. (20) 471–479

Author's Address:
Anatol Matulis, M. D.
1425 Hibbard Street
Detroit, MI 48214
USA

Das psychiatrische Krankenhaus: Mittel zur Diagnose und Therapie**

*Dean T. Collins**

Ausgehend von einer historisch motivierten Kritik der Anstalten für sog. Geisteskranke untersucht der Autor die notwendigen Funktionen moderner psychiatrischer Krankenhäuser und ihre Bedeutung für die Lebensführung psychisch kranker Menschen vor allem, wenn ihre Symptomatik charakterpathologische Züge aufweist. Die innere Struktur psychiatrischer Kliniken hat unter den übergreifenden Leitvorstellungen, dem Patienten geistiges Wachstum und Aufhebung von Charakterdeformationen wie von Fehlern im Stil der Lebenshaltung zu ermöglichen, auf einer grundsätzlichen Methodenverflechtung von Diagnose seelischer Unterstützung und therapeutischer Strategie aufzubauen. Dabei ist das Anstaltsmilieu selbst ein wesentliches Element für den Vollzug diagnostischer Erkenntnisse hinsichtlich der Verhaltensweisen des Patienten und ihrer unbewußt gebliebenen psychodynamischen Beweggründe. Für die diagnostische Arbeit bietet der stationäre Aufenthalt zudem Möglichkeiten, in umfassender Weise die psychosomatischen Zustandsbilder des Patienten und seine charakterologischen Eigentümlichkeiten im Rahmen der psychopathologischen Gesamtsymptomatik zu koordinieren. Die häufig außerordentlich existentiell sich darstellende Problematik hospitalisierter Patienten erfährt eine in mehrfacher Beziehung stützende Therapie, die sich auf Störungen der Ich- und Über-Ich-Funktionen wie auf diejenigen der Triebregulation erstrecken. Die Ziele therapeutischer Interventionen vor, während und nach der Phase des Klinikaufenthaltes bestehen in weitgreifenden Durcharbeitungsprozessen von Kommunikationsstruktur, Verhaltensweisen und allgemeinen Fragen von technischen und interpersonellen Formen der Lebensbewältigung. Dieses breit gefächerte therapeutische Angebot wird optimal durch eine multidimensional angelegte gruppendynamische Gliederung des Krankenhausmilieus herbeigeführt, in welchem sich Gruppen von pflegerischen und medizinischen Kräften in Zusammenarbeit mit Psychologen, Psychoanalytikern und Sozialarbeitern um den Patienten bemühen. Unter dem Aspekt derartiger Modellvorstellungen birgt das psychiatrische Krankenhaus gegenüber einem eingefahrenen Abgleiten in verwahrpsychiatrische Praktiken die Perspektive einer therapieintensiven Transparenz seiner gesamten Organisation; insofern kommt der Autor von dieser Seite her in die Nähe von Ammons Konzeption einer Dynamischen Psychiatrie.

Obwohl es Anstalten für Geisteskranke in der westlichen Welt seit der Gründung des „Bethlehem Hospital" (Bedlam 1247) in London, „Bicêtre" in Paris (1250) und „Spital de Nostra Donna Santa Maria de los Inocentes" in Valencia (1409) gab, wurde erst zur Zeit der französischen Revolution angefangen, die Kriminellen von den Geisteskranken zu trennen. Während des beginnenden 19. Jahrhunderts diente jedoch die Anstalt für Geisteskranke weiterhin im wesentlichen zur Kontrolle für abnormes Benehmen. Die soziale Reformbewegung, die am Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts stattfand, begann solche Anstalten zu kritisieren. Man warf ihnen besonders entmenschlichende Behandlung der Insassen vor, die auf den Versuch zurückzuführen war, die Gesellschaft

* Dr. med., Psychiater und Psychoanalytiker, Ass. Dir. of the C. F. Menninger Memorial Hospital, Topeka/Kansas

** Vortrag gehalten vor der Landesnervenanstalt des Saarlandes, Merzig, Mai 1974

vor der Gefahr solcher Elemente zu schützen und gleichzeitig die Anstalten unverändert im alten Stil weiterzuführen.

Die „Community Mental Health Center"-Bewegung, die zwischen 1940 und 1960 rege war, fuhr fort, Kritik an den Anstalten für Geisteskranke zu üben, womit sich deren Ruf weiterhin verschlechterte. Schließlich erschienen um 1970 mit der Entwicklung der „Consumarism"-Bewegung in der Fachpresse Fürsprecher für die Rechte der Patienten, die dafür zu kämpfen begannen, die Heilanstalt in ihrer Struktur zu ändern und eventuell abzuschaffen.

Im Lichte dieser historischen Entwicklung möchte ich über den heutigen Wert des psychiatrischen Krankenhauses in unserer Zeit sprechen. Ich möchte Ihnen meine eigenen Ideen über die Funktion der psychiatrischen Anstalt als ein Mittel für Diagnose und Behandlung mitteilen; insbesondere für Personen, die eine Charakterpathologie aufweisen, die über das übliche Symptombild hinausgeht. Ich habe Menschen im Sinne, deren Schwierigkeiten in ihrem Lebensstil zum Ausdruck kommen und zu sich wiederholenden Schwierigkeiten und mißglückten Anpassungsmethoden zu ihrer Umwelt führten. Der Lebensstil dieser Menschen selbst nimmt eine Bedeutung an, die weit über psychophysiologische, neurotische und selbst psychotische Symptome hinausgeht, auch wenn diese im Krankheitsverlauf beobachtet werden können.

Einige Gemeinsamkeiten, die diese Patienten aufweisen, sind z. B. Charakterzüge, die mehr für die Umwelt als für den Patienten selber unangenehm und störend sind. Ferner eine Abneigung solcher Patienten zu reflektieren und Fluchttendenzen zur Erleichterung des drohenden Unbehagens. Dies geschieht z. B. durch Szenenwechsel, durch Gebrauch von Drogen oder Handlungen, die das passive innere Unbehagen in eine aktive äußere Streßsituation verwandeln. Und endlich die psychopathologische zwischenmenschliche Beziehung zu ihrer Umwelt, die als Abwehrfunktion gegen inneres Unbehagen verstanden werden muß (alloplastische Symptome).

Das psychiatrische Krankenhaus in seiner heutigen Struktur soll dem Patienten als Hilfsmittel für sein geistiges Wachstum und für die korrigierende Beeinflussung seiner Charakterpathologie dienen. Dies wird durch drei verschiedene, aber miteinander verbundene Methoden ermöglicht: 1. Diagnose; 2. seelische Unterstützung und 3. therapeutische Eingriffe, zu denen auch das Unterbrechen der bestehenden krankhaften Beziehungen des Patienten zu seiner Umwelt gehört. Obwohl ich diese drei Seiten des therapeutischen Geschehens getrennt diskutieren möchte, muß ich betonen, daß zu jeder Zeit alle drei Komponenten in dem Behandlungsprogramm vorhanden sein können und sich in einem dynamischen Gleichgewicht und Wechsel befinden.

Diagnose: Die diagnostische Beurteilung eines Patienten, die von Therapeut und Patient vorgenommen wird, wird wesentlich erleichtert durch

das Anstaltsmilieu, wenn letzteres dazu benutzt wird, Verhaltensweisen des Patienten zu beobachten, besonders in Bezug auf die dem Patienten unbewußten Komponenten in seinem Verhalten, die sich erst nach längerer Zeit bemerkbar machen. (Im Gegensatz zu dem Eindruck, der während eines Interviews gewonnen wird und der nur ein vages Bild der Charakterstruktur geben kann). Während eines stationären Aufenthaltes wird besonders die Beziehung des Patienten zur Umwelt klar, seine charakterologischen Abwehrfunktionen und seine zur Zeit bestehenden charakterologischen Schwächen und Stärken.

Die diagnostische Arbeit in dieser Perspektive muß als ein fortlaufender Prozeß gesehen werden, der drei Dimensionen des Patienten beurteilt und beleuchtet:

a) seinen physiologischen Zustand (z. B. organische Erkrankungen oder Schäden),

b) seine charakterologische Struktur (dauernde oder wiederholte Verhaltenweisen zu seiner Umwelt),

c) seinen Symptomenkomplex (die dynamische Funktion von psychopathologischen Symptomen oder einer psychiatrischen Erkrankung).

Die Diagnose in diesem Sinne macht es notwendig, daß die diagnostische Arbeit fortlaufend ist und sich bemühen muß, Ungewißheiten in den drei Dimensionen zu erhellen. Daß man in einem Patienten eventuell bedeutende organische Veränderungen findet, schließt die Beurteilung seines neurotischen oder psychotischen Symptomkomplexes nicht aus. Der Befund von organischen Veränderungen im Gehirn bei einem geistesschwachen Patienten sollte uns nicht davon abhalten, die psychologische Bedeutung z. B. seiner Wahnvorstellungen zu untersuchen und zu verstehen. Gleicherweise macht die Entdeckung von Zeichen, die auf eine Depression hinweisen, es notwendig, bestehende Verhaltensweisen eines Patienten in seiner Beziehung zur Umwelt zu untersuchen, in welcher die Depression eine spezifische Rolle spielen mag, aber auch die Folge einer körperlichen Erkrankung, wie z. B. Myxödem, sein kann. Diese Art zu diagnostizieren macht sicher, daß jeder Patient in seinen physiologischen, charakterologischen und symptomatischen Zügen beschrieben ist.

Seelische Unterstützung: Die akute Bedürftigkeit eines Patienten für aktive Hilfe und Unterstützung ist der häufigste Grund für seine Aufnahme in ein Krankenhaus, das geeignet ist, den Patienten damit zu versorgen, obwohl dieser spezifische Grund im Laufe des Krankenhausaufenthalts allmählich an Bedeutung verliert. Hilfe und Unterstützung ist für verschiedene Faktoren der Persönlichkeitsstruktur des Patienten notwendig:

1. Unterstützung der „Ich-Funktion", die in der Kontrolle von selbstzerstörerischen oder anderen aggressiven Impulsen besteht,

2. Unterstützung der „Über-Ich-Funktion" durch Entwicklung einer größeren Bewußtheit seiner Verhaltensweise und deren Wirkung auf andere,

3. eine Unterstützung des Patienten, die es ihm ermöglicht, seine Trieb- oder „Es"-Impulse (in sublimierter Form) auszudrücken und in seinen Gefühlen und seinem Verhalten offener zu werden. Letzteres besonders bei einem Patienten mit schweren Hemmungen, die ihn von einer normalen Verhaltensweise abhalten.

Therapeutischer Eingriff: Die Behandlung eines hospitalisierten Patienten muß als eine besondere Behandlungsart angesehen werden, die sich von anderen Formen therapeutischer Arbeit unterscheidet: z. B. von solchen wie die Arbeit mit dem Patienten vor der Krankenhausaufnahme, die Konsultationen, Psychotherapie und Arbeitstherapie einschließen kann, oder halbtägige Behandlung im Krankenhaus oder die Unterbringung des Patienten in besonders geschützter Umgebung außerhalb des Krankenhauses.

Die therapeutischen Interventionen (Eingriffe) während der Krankenhausbehandlung eines Patienten können als eine Reihe von sich überschneidenden Behandlungsphasen angesehen werden:

1. die Trennung von der Familie und bisherigen Umwelteinflüssen,
2. die Entwicklung der „Übertragung" (und „Gegenübertragung") im Krankenhausmilieu,
3. die Festsetzung der für den Patienten geeigneten Behandlungsmethoden mit bestimmter Zielsetzung,
4. die Klärung und Formulierung von bestimmten Verhaltensweisen in psychologischen Termini,
5. die Entwicklung einer Hypothese bezüglich der unbewußten seelischen Faktoren, die das Verhalten des Patienten bestimmen,
6. ein Verfahren, die offen oder latent bestehenden Fähigkeiten des Patienten zu benutzen oder zu verstärken, z. B. für seine allmählich zunehmende Eigenverantwortlichkeit,
7. den Patienten für formale Psychotherapie vorzubereiten und
8. ihn wieder in eine Lebensgemeinschaft einzuführen sowie ihm zu helfen, einen neuen Lebensstil zu entwickeln.

Bei der Beschreibung der verschiedenen Phasen soll nicht außer acht gelassen werden, daß es an jedem Punkte des Behandlungsweges unbedingt notwendig ist, den Patienten an dem therapeutischen Prozeß aktiv mitarbeiten zu lassen. Dies geschieht durch therapeutische Maßnahmen, die sowohl von dem Therapeuten als auch von Mitpatienten vorgenommen werden. Diese Beeinflussungen ermöglichen es dem Patienten, seinen Weg durch die verschiedenen Behandlungsphasen zu gehen. Die Arbeit mit dem Patienten zu Beginn seiner Behandlung mag sich z. B. hauptsächlich darauf konzentrieren, daß der Patient, im Gegensatz zu seiner bewußten Absicht, noch nicht seine früheren, pathologischen Beziehungen zu seiner Familie aufgegeben hat und – ihm nicht bewußt – fortfährt, seine krankhaften Verhaltensweisen beizubehalten und die pathologischen Familienbeziehungen auf seine Anstaltsumgebung überträgt.

Der therapeutische Eingriff während des Krankenhausaufenthalts wird im Wesentlichen darin bestehen, den Patienten mit der Diskrepanz zwischen seinen bewußten Wünschen und seinen Verhaltensweisen zu konfrontieren, die in Wirklichkeit von unbewußten und sehr abweichenden Faktoren motiviert sind. Die Behandlung im Krankenhaus gibt dem Patienten die Möglichkeit für inneres Wachstum und Verstärkung seiner seelischen Kräfte. Ob solche Veränderungen von seiner Familie akzeptiert und benutzt werden, ist ein Problem, das zu neuen Schwierigkeiten führen mag. Jedenfalls wird man im Krankenhaus nicht versäumen, den Patienten in zunehmendem Maße mit der Tatsache zu konfrontieren, daß sein ausgesprochener Wunsch, ein anderes, besseres Leben zu führen, fortwährend von seinem Zögern sabotiert wird, seine bisherige Lebensweise aufzugeben und nach einer neuen, besseren zu suchen.

Der therapeutische Eingriff in den Lebensstil des Patienten soll im Rahmen gegenseitigen Verstehens in einem psychologischen Arbeitsbündnis erfolgen. Mit dem Abschluß eines solchen Bündnisses kann man das Verhalten des Patienten klarer und tiefer erfassen. Man gewinnt Verständnis für die unbewußten Kräfte, die im Patienten vorhanden sind. Doch solch ein Kontrakt besagt nicht, daß der Patient bezüglich der festgesetzten therapeutischen Struktur unbedingten Gehorsam zeigen muß oder daß jede Abweichung davon unbedingt negative Folgen zeitigen müsse. Im Gegenteil, die Unfähigkeit des Patienten, entsprechend dem ursprünglich vereinbarten Arbeitsbündnis zu leben, kann den Weg für ein besseres Verständnis sowohl für den Patienten selbst, als auch für den Therapeuten bahnen, indem es die Widerstände im Patienten zu erkennen und zu überwinden erlaubt.

In diesem Lichte gesehen besteht das Behandlungsprogramm hauptsächlich in der therapeutischen Einstellung und Verhaltensweise des therapeutischen Teams und bedeutet weit mehr als nur die Anwendung von äußeren Kontrollmaßnahmen. Dies schließt in keiner Weise aus, daß für den Patienten äußere Kontrollmaßnahmen zur Verfügung stehen, sobald er sie als Selbstschutz und Hilfe benötigt, um seine selbstzerstörerischen oder aggressiven Impulse gegenüber anderen einzudämmen. Um dem Patienten im Krankenhaus alle diese verschiedenen Behandlungsweisen bieten zu können, haben wir ein System entwickelt, welches versucht, individuelle Behandlung mit Therapie in kleinen Gruppen mit den therapeutischen Maßnahmen für die gesamte Patientengemeinschaft einer Abteilung zu integrieren. Auf meiner Abteilung z. B. arbeitet ein Behandlungsteam jeweils mit 10 Patienten. Das Behandlungsteam schließt sowohl Krankenschwestern als auch Pfleger ein; außerdem einen Arbeitstherapeuten, einen Sozialarbeiter, einen Psychologen und einen Psychiater.

Krankenschwester und Pfleger haben nicht nur die Aufgabe, Pflege- und Schutzvorrichtungen für den Patienten herzustellen, sondern auch die dauernde Aufgabe, das Verhalten des Patienten zu beobachten und ihn

zu ermuntern, die inneren Triebkräfte, die ihn in seinem Verhalten bestimmen, zu reflektieren.

Beschäftigungstherapie (Occupational Therapy) beinhaltet u. a. Freizeitgestaltung, Berufsausbildung und formale Schulung. Sie gibt uns Gelegenheit, die Fähigkeiten und Kräfte eines Patienten zu entwickeln und abzuschätzen und ermöglicht ihm, mit anderen in Beziehung zu treten; eine Beziehung, die nicht unbedingt in sprachlichem Austausch zu bestehen braucht.

Sozialarbeit erforscht und wirkt in einem Feld, das vor allem die Verhaltensweisen des Patienten zu seiner sozialen Umgebung in Betracht zieht – sein Verhalten in der Familie, mit dem Personal und anderen Patienten auf der Station und in der Gemeinschaft außerhalb des Krankenhauses.

Die Arbeit des Psychologen mit dem Patienten verschafft uns Einsicht in den Aufbau seiner Persönlichkeit, seine Wahrnehmungs- und Denkfunktionen, seine Affektivität und seine dynamischen Konflikte. Er erzielt dies vor allem durch formale Interviews und psychologische Testmethoden. Außerdem trägt er zur Prognose der verschiedenen Behandlungstechniken bei.

Der Psychiater hat die Aufgabe, das Gesamtbild des Patienten zu entwerfen. Hierfür hat er seine eigenen Beobachtungsergebnisse über den Patienten mit den physiologischen (organischen) Befunden sowie den psychologischen Testbefunden in Einklang zu bringen und zu einem klaren Plan hinsichtlich der therapeutischen Strategie und der Zusammenarbeit von Team und Patienten zu kommen. Jeder einzelne Patient, der auf meiner Abteilung aufgenommen wird, wird von einem "Team" studiert, das sich aus dem Sozialarbeiter, der Krankenschwester, dem Beschäftigungstherapeuten, dem Psychologen und dem Psychiater zusammensetzt. Es ist die Verantwortung dieser Gruppe, den Patienten intensiv zu untersuchen und zu studieren, um dann eine diagnostische Formulierung durch ihr gewonnenes Verständnis des Patienten zu geben. Weiterhin hat sie die Aufgabe, eine psychodynamische Hypothese aufzustellen und Hinweise auf die bestangezeigte Behandlungsweise zu geben.

Das etwas größere "Subunit-Treatment Team", d. h. Unterabteilungsbehandlungsteam, das sich aus dem restlichen Krankenpflegepersonal und allen zehn Patienten dieser Unterabteilung zusammensetzt, kann dann mit diesen Erkenntnissen folgende Aufgaben bei der Behandlung des Patienten übernehmen:

1. Sammlung von Informationen aus allen verfügbaren Quellen, um den Krankheitsverlauf und das Behandlungsprogramm eines Patienten ständig zu verfolgen und eventuell Änderungen herbeizuführen,

2. Bildung eines Forums, wo in aller Öffentlichkeit Entscheidungen des Behandlungsteams besprochen werden können, die einen jeden Patienten angehen,

3. Hilfe für den Patienten bei seiner Anpassung an die Umwelt durch aufklärende Hinweise über die Wirkung seines Verhaltens auf die Personen seiner Umgebung,

4. Anregung des Patienten, seine eigenen Hilfskräfte anderen Patienten zur Verfügung zu stellen. Er kann dies durch die Mitteilung seiner eigenen Beobachtungen und Erfahrungen und seines Verständnisses für andere; ferner durch seine Bereitschaft, einen Teil der Verantwortung für eventuelle Änderungen im Behandlungsplan anderer Patienten zu tragen.

Alle diese Funktionen werden ermöglicht und durchgeführt durch vier Konferenzen pro Woche, an denen alle Patienten und das Behandlungspersonal der Unterabteilung teilnehmen. Außerdem treffen sich Patienten und Personal aller vier Teams, die alle zusammen die ganze Abteilung bilden, einmal wöchentlich zu einer großen gemeinschaftlichen Konferenz. In dieser werden Informationen und Erwägungen von den verschiedenen Teams, Fachdisziplinen und Patientengruppen ausgetauscht. Auskünfte von Konferenzen des Verwaltungsrats der Abteilungen werden übermittelt und auch von den Konferenzen der Patienten unter sich. Es findet eine Diskussion statt, die die "Inter-Team" Probleme berührt oder Fragen klärt, die sich auf die ganze Abteilung beziehen. Durch dieses System von miteinander verbundenen, aber selbständig funktionierenden Gruppen wird versucht, den Kontakt zwischen Patient und Behandlungspersonal zu erweitern und zu vertiefen. Die aktive Mitarbeit des Patienten in seiner Gruppe, sowohl der kleinen Untereinheit als auch der großen Gemeinschaftsgruppe, gibt ihm Gelegenheit, seine inneren Konflikte in einem therapeutischen Milieu öffentlich auszudrücken und auszuleben und damit Hand in Hand seine Einsicht in die Triebfedern seiner Verhaltensweisen zu entwickeln, die anfänglich so unvollkommen vorhanden waren.

Diese kurze Zusammenfassung beschreibt, so hoffe ich, die Funktion unserer psychiatrischen Anstalt als ein besonderes Behandlungsmittel, indem ein interdisziplinäres Team versucht, die alloplastischen Tendenzen des Patienten in autoplastische umzuwandeln. Ferner bemüht es sich, die Neigung des Patienten, seine Psychopathologie zu verleugnen und seine Konflikte auf dem Rücken seiner Umwelt auszutragen, wirksam einzudämmen. Damit wird dem Patienten ermöglicht, ein echtes Behandlungsbündnis zu schließen, das als Grundlage für spätere Psychotherapie fungieren kann.

The Psychiatric Hospital: Instrument for Change

Dean T. Collins

Recent decades have seen a push for the dismantlement and eventual demise of the psychiatric hospital. But, particularly for persons with significant character pathology, the psychiatric hospital offers more intensive (or even unique) opportunities for change than do other treatment modalities. Three distinct but interrelated functions contribute to growth in the hospital milieu: comprehensive diagnosis, support and intervention.

Diagnosis is a continuous process of assessing three dimensions of a person's functioning: structural or physiological status and mechanism, characterological structure (stable or persistent patterns of interpersonal interactions), and symptomatic manifestations (the dynamic function of psychologic symptoms or a psychiatric syndrome).

The need of support is the most frequent indication that precipitates admission to a hospital, although its importance relative to other functions diminishes over time, as the patient gains more internal resources and is better able to assume responsibility for himself and his actions.

Intervention in the psychiatric hospital encompasses the mutative interactions with an interdisciplinary team and other patients in a milieu setting. This function may be conceptualized as a series of overlapping phases: 1. separation from family, community and previous external influences; 2. development and definition of transference (and countertransference) patterns within the hospital setting; 3. definition of the structure of treatment with limit setting; 4. translation of behaviour into psychological terms; 5. development of hypotheses and translation of the unconscious determinants of behaviour; 6. facilitation of the exercise of capabilities in the form of exercising responsibility; 7. setting the stage for and feeding issues into formal psychotherapy; 8. reentry into the "community" and the developmet of a new life style.

A unit structure that combines patient-staff meetings in small groups and as a community, integrated together with individual work with patients can best accomplish these goals.

Author's Adress:
Dean T. Collins, M. D.
C. F. Menninger Memorial Hospital
Box 829
Topeka, Kansas 66601

Das Grenzfallkind**

Rudolf Ekstein*

Die nachstehende Arbeit ist ein Vortrag, den Rudolf Ekstein in der Reihe der Gastdozenturen am Berliner Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik gehalten hat.
Wer hier ein theoretisches Konzept der Borderline-Erkrankung bei Kindern erwartet, wird enttäuscht. Ekstein schickt seiner Arbeit jedoch den Hinweis voraus, daß er an dieser Stelle kein vorbereitetes Material darzustellen beabsichtigt, sondern daß er den Zuhörer auffordern möchte, mit ihm gemeinsam spielerisch mit den Ideen und Gedanken umzugehen, die er vorträgt. Und gerade das ist es, was diese Arbeit so interessant macht: Eksteins flexibles Umgehen mit den eigenen Gedanken und Ideen in einer lebendigen Gruppe und der Mut zu einem unverkennbar individuellen Stil demonstriert in eindrucksvoller Weise, was Ammon „Kreativität" nennt. Bemerkenswert ist darüberhinaus die Direktheit und Echtheit, mit der er über die therapeutische Arbeit mit seinem Patienten berichtet, aber auch über seine Begegnungen mit Pionieren der Psychoanalyse wie Aichhorn und Kemper. So viel unmittelbare Lebendigkeit spricht den Zuhörer spontan an, regt an, läßt eigene Assoziationen entstehen und macht nachdenklich. Diese Eigenart von Eksteins Persönlichkeit, aber auch die Tatsache, daß hier ein Pionier der psychoanalytischen Theorie kindlicher Psychosen in seine Arbeit blicken läßt, gibt der vorliegenden Arbeit ihren Stellenwert.
Inhaltlich werden die Begriffe „Spielraum" und „Übergangsobjekt" in einem unmittelbaren Bezug gebracht und dienen als Blickwinkel, aus dem heraus die vorliegende Fallgeschichte eines jugendlichen Verwahrlosten betrachtet wird.

Zunächst möchte ich Dr. *Ammon* und allen Mitgliedern der Deutschen Akademie für Psychoanalyse danken, daß sie mich eingeladen haben, nach Berlin zu kommen, denn Berlin ist für uns alle, wo immer wir unsere analytische Erziehung erhalten haben, die Stadt, in der das erste psychoanalytische Institut gegründet worden ist, und zwar vor Wien. Viele Menschen haben hier gewirkt und wirken noch immer.

Die Berliner haben, wie wir alle, die Begabung, daß sie sich nicht immer miteinander vertragen. Ich kenne fast keine amerikanische Großstadt, die nur eine psychoanalytische Vereinigung hat. Die Berliner sind da keine Ausnahme, und ich frage mich, warum man in einer Großstadt nur eine dieser Organisationen haben sollte, denn je mehr Organisationen, umso mehr Wettbewerb. Je mehr Organisationen wir haben, umso mehr müssen wir nach der Wahrheit suchen und umso mehr können wir leisten. Ich fühle mich sehr wohl in einer solchen Stadt, selbst wenn ich im Augenblick nur zu einem Teil von Ihnen sprechen kann.

Heute nachmittag habe ich zwei Stunden mit einem alten Führer der Psychoanalyse verbracht, Dr. *Kemper*. Wir sprachen über die alten Zeiten der Psychoanalyse, über die Analyse vor und nach dem Krieg. Dann begannen wir natürlich, auch über meine Stadt Wien zu sprechen und vor

* Dr. phil., Klin. Prof. an der University of California, Los Angeles
** Vortrag gehalten im Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik der DAP in Berlin

allem über einen Mann: *August Aichhorn*. Ich erwähne *August Aichhorn* deshalb, weil ich in der Arbeit, die ich Ihnen gleich vorstellen will, auf ihn Bezug nehme. *Kemper* erzählte mir, wie er mit *Aichhorn* zusammengesessen und ihn gefragt habe, wie es ihm möglich sei, mit Verwahrlosten zu arbeiten. *Aichhorn* habe darauf geantwortet: „Mit Verwahrlosten? Für mich sehr leicht; ich bin selbst ein verhinderter Verwahrloster, und nur der, der ein verhinderter Verwahrloster ist, kann mit solchen Menschen arbeiten." Diejenigen von Ihnen, die die Arbeiten von Dr. *Kemper* kennen, werden sich daran erinnern, wieviel Wert er darauf gelegt hat, die Gegenübertragung zu verstehen. Davon ging auch *Aichhorn* aus. Wenn man Gegenübertragung nicht erleben, deuten und verwenden kann, z. B. die Gegenübertragung, daß man selber ein verhinderter Verwahrloster ist, kann man eigentlich nicht helfen. Wenn wir in uns nichts haben, um die andere Person ansprechen zu können und wenn da nichts in uns ist, was von der anderen Person anzusprechen ist, kann man eigentlich nicht arbeiten. Ich habe dann über mein letztes Gespräch mit *Aichhorn* berichtet. Ich war kurz vor der Auswanderung verzweifelt damals, wie ich wegkommen könnte. Durch Zufall habe ich *Aichhorn* auf der Straße getroffen. Ich sagte ihm, daß ich nun bald auswandern würde. Ich war voll von Gefühlen, die andere sich nur schwer vorstellen können: Ich war erleichtert darüber, daß es mir nun vielleicht doch gelingen würde, bald auszuwandern, und wollte gleichzeitig nicht weg. *Aichhorn* wußte als verhinderter Flüchtling genau, was er mir sagen wollte: „Wissen Sie, ich habe einen Traum gehabt. Ich habe geträumt, ich wäre ein Jude; ich war glücklich, ein Flüchtling zu werden und weggehen zu dürfen. Ich wäre dann auch nach London gegangen und wäre wieder mit *Freud* beisammen." Und dann gab er mir die Hand und ging.

Ich habe später manchmal geträumt, wie schön es wäre, kein Jude zu sein, wenn ich meine Heimat nicht hätte verlassen müssen. *Aichhorn* hat *Freud* nie wieder gesehen. Ich bin aber wieder nach Wien und nach Berlin zurückgekommen, denn wir haben alle diese schrecklichen Jahre überwunden.

Aichhorn war für viele von uns ein ausgezeichneter Lehrer und manchmal erinnere ich mich, daß ich es ihm verdanke, in meine eigene Richtung gegangen zu sein.

Der Fall, über den ich heute hier sprechen werde, hat etwas mit dem zu tun, was ich von *Aichhorn* gelernt habe. Deshalb möchte ich diesen Vortrag zur Erinnerung an *August Aichhorn* halten.

Aichhorn hat, wie Sie wissen, mit Verwahrlosten gearbeitet und hat ihnen helfen können, obwohl er zunächst keine analytische Ausbildung hatte. Er war nicht analysiert und hatte keine akademische Ausbildung dieser Art; aber er hat trotzdem mit dem Instinkt, den er mit dem Satz ausgedrückt hat „Ich bin ein verhinderter Verwahrloster" solchen Menschen helfen können. Er wurde dann später analysiert, und er meinte da-

nach, daß er nun durch die eigene Analyse und durch die Ausbildung nicht nur verwahrlosten Menschen helfen könnte. Er verstand nun auch, warum er helfen konnte, was eigentlich in diesen Menschen vorging, und er konnte es anderen verständlich machen. Was zuerst die Begabung eines einzelnen Menschen war, die nicht nachahmbar war, konnte nun gelehrt werden. Ich glaube, daß jeder, der sich an ihn erinnert, bestätigen wird, daß ihn niemand wirklich nachahmen konnte. Er war in seiner Weise ein unglaublich begabter Mensch, und viele von uns haben sehr viel von ihm gelernt.

Ich möchte mich heute mit einem Fall von Verwahrlosung beschäftigen und zunächst ein paar Dinge vorausschicken. Hauptsächlich möchte ich gerne sagen, daß es wahrscheinlich leichter wäre, wenn ich vorbereitetes Material hätte, das theoretisch einwandfrei ist. Ich denke aber, daß ich es so machen möchte, wie es im Wartezimmer von *Freud* immer vorgegangen ist: Hier trafen sich jeden Mittwochabend ältere Analytiker – unsere alten Lehrer – und sprachen über die Analyse. Sie haben es derart getan, daß sie sich an ein von *Freud* gestelltes Tabu hielten: keine vorbereiteten Arbeiten.

Wenn man mit dem Unbewußten und dem Vorbewußten arbeiten will, wenn man wirklich erfinderisch sein und mit neuen Ideen spielen will, ist es am besten, unvorbereitet zu sein. Ich möchte mir wünschen, daß sie meinen heutigen Vortrag als ein solches Gespräch ansehen, ein Gespräch, in dem Sie mit mir sprechen, in dem Sie sich Ideen erlauben, in dem Sie mit den Ideen, die ich Ihnen bringe, spielen. Das führt mich dazu, ein paar Bemerkungen zu machen, die mir wichtig sind. Wenn man Kinder, aber auch Erwachsene beobachtet, sieht man, daß sie eigentlich mit Ideen spielen. Kinder drücken es dadurch aus, daß sie mit Spielzeug spielen; Erwachsene drücken es im Spiel mit freien Assoziationen aus. Was da auf der Couch vorgeht, ist im Grunde ein Spiel mit Ideen. Manchmal spielt man so intensiv, daß man die Ideen sehr ernst nimmt. Man kann dabei weinen, hassen, lieben, verärgert sein; man kann unglaublich an Ideen leiden, man kann Angst vor den Ideen haben. Wir lernen dann durch unsere Analytiker, daß wir doch eigentlich mit den Ideen spielen. Sie helfen uns, Einsicht zu gewinnen und neue Lösungen zu finden. Als *Freud* mit der Analyse begann, dachte er, daß es die Aufgabe der Analyse sei, das Unbewußtsein bewußt zu machen. Später wurde dann deutlich, daß es nicht genügt, gewisse Ideen nur bewußt zu machen. Man muß auch nach neuen Lösungen suchen, denn die alten Ideen, die zur Neurose und den Symptomen geführt haben, werden nicht dadurch verschwinden, daß sie sichtbar geworden sind. Die sichtbar gewordene Idee macht es ja nur möglich, nun mit neuen Ideen zu spielen und sich zu fragen, ob die Art, wie man die Welt sieht, wirklich die einzige Art ist, und ob man sich selbst und andere Menschen sehen kann.

Mit anderen Worten: die Analyse ist ein Spiel mit Ideen. Dasselbe gilt auch für das Kind. Das Kind spielt, der Jugendliche agiert und beide ver-

wenden das Spielen und das Agieren, um dadurch ihre Ideen darzustellen. Aber die Ideen, die dargestellt werden, sind oft unbewußte Ideen, sind in solcher Weise vergröbert und versteckt, daß man sich darüber nicht sofort klar sein kann. Ich sprach einmal über die Natur des Spiels, und hatte das Glück, mit *Erik Erikson* über meine Arbeit zu diskutieren. Er machte mich darauf aufmerksam, daß es in der deutschen Sprache ein Wort gibt, das es in der englischen Sprache nicht gibt und auch nur sehr schwer übersetzt werden kann, das Wort „Spielraum". Wir alle wissen, was es heißt und denken an so etwas wie Ellenbogenraum: Man muß z. B., um Fußball spielen zu können, einen Fußballplatz haben; man muß, um Schach spielen zu können, einen Tisch, ein Schachbrett und Figuren haben, d. h. man denkt dabei an etwas physisches. Zum Teil ist es auch physisch. Wenn wir mit Kindern arbeiten, haben wir ein Behandlungszimmer und Spielzeug, und wir möchten gern, daß innerhalb dieses Raumes etwas geschieht. Wenn wir jemanden analysieren, brauchen wir auch eine Art von Spielraum; wir sagen z. B., daß nicht agiert werden darf; wir verwenden die Couch und der Analytiker sitzt in einer bestimmten Weise. Da gibt es gewisse Regeln für das Spiel, d. h. jeder Spielraum muß Grenzen haben. Man kann nicht spielen, wenn der Raum unbegrenzt ist. Das wäre so, als wenn ich von Ihnen verlangen würde, Sie sollten in der Wüste Fußball spielen. Das Wort „Spielraum" meint, daß wir einen Raum brauchen, um spielen zu können, daß der Raum nur dann benutzt werden kann, wenn er eingegrenzt ist. Das ist der äußere Spielraum. Wir sprechen manchmal über die therapeutische Situation als einem Spielraum, der Grenzen hat, z. B. die Regeln der analytischen Situation: Wir treffen uns vier oder fünf Mal in der Woche, wir haben 50 Minuten Zeit. Wir haben Regeln, nach denen sich die Analyse abspielt und innerhalb dieser Regeln, die von beiden Partnern akzeptiert sind, geht es dann los. Da gibt es einen sogenannten Vorspielraum: Sagen Sie mir, was Ihnen einfällt, Sie müssen sagen, was Ihnen einfällt. Jede Idee soll ausgesprochen werden. Da gibt es aber auch Grenzen, die analysiert werden müssen, denn sonst ist der Spielraum verletzt, z. B. durch Ausagieren. Die Spiele der Kinder und Jugendlichen hängen jedoch nicht immer vom Spielraum ab, den man gibt.

Auch in der analytischen Situation funktioniert der Spielraum nicht immer. Man kann natürlich einem erwachsenen Menschen sagen, er soll alles sagen, aber es kann sein, daß der Spielraum nicht gegeben ist, denn die Freiheit der Sprache, wenn Sie wollen „der Sprachraum", d. h. der Spielraum, den die Sprache benutzt, ist nicht derselbe wie der meinige. Was macht man, wenn jemand in der einen Sprache nicht sprechen, wohl aber in einer anderen sich ausdrücken kann. Ich habe ein paar Mal Gelegenheit gehabt, die Einleitung für deutsche Bücher in englischer Übersetzung zu schreiben. Ich habe die Bücher in beiden Sprachen gelesen und habe gefunden, daß die englische Sprache oft nicht über deutsche Wortbegriffe verfügt. Wenn wir das Wort „Spielraum" mit "playspace" über-

setzen, so macht das in Amerika überhaupt keinen Sinn. Wenn ich also über den Spielraum spreche, spreche ich zum Teil über etwas, was man definieren kann und z. T. über etwas, was der, der den Spielraum benutzen soll, nicht benutzen kann, weil er ihn nicht hat. Ich möchte also sagen, daß Spielräume – äußere wie innere – sich während der Therapie oder während des Lebens einer Persönlichkeit verändern und ganz besonders im Jugendlichenalter.

Der Begriff Spielraum ist bereits schon in einem alten psychoanalytischen Buch von *Groddek* verwendet worden. *Groddek* hat ein Buch über Frauen geschrieben; es liest sich wie ein moderner Beitrag zur Frauenemanzipation. Ich zitiere: „Der Mensch braucht freien Spielraum, um spielend eigenes Denken und Wissen, eigene Kultur, Menschenkultur zu gebären. Ein weiterer Spielraum sei dem Menschen die Welt. Jedwedes Ding sei ihm ein Spiel und das Spiel sei ihm heiliger Ernst." *Groddek* konnte so sprechen, ebenso wie *Freud,* weil er niemals daran dachte, daß Spiel etwas Verspieltes sei, etwas um sich die Zeit zu vertreiben, sondern daß Spiel etwas sehr Ernstes sei, nämlich daß hier innere Probleme ausprobiert würden. Dieses Wort von *Groddek* galt den Frauen, denn er war der Ansicht, daß, wenn man Frauen nicht mehr Spielraum gäbe als den Spielraum, in dem sie bestenfalls Hausfrau sein könnten, man dann von ihnen keine Beiträge zur Gesellschaftsordnung erwarten könne. Das Buch ist bereits 1902 geschrieben.

Während der therapeutischen Arbeit wird der Spielraum vom Patienten diktiert, der gewisse eigene Spielräume braucht. Ich möchte so sagen: Wenn man Kindern zusieht, entdeckt man, daß sie die Spielräume diktieren, die sie brauchen. Sie spielen mit uns, was sie brauchen; sie erfinden Regeln, um ihre Ideen darstellen zu können; sie führen Spiele ein, die uns gelegentlich ganz fremd sind; sie führen Spielregeln ein. Für mich ist der Eindruck entstanden, daß die Verwendung des Spielraumes ein epigenetisches Gesetz sei, denn welche Spielräume gebraucht werden, hängt davon ab, wie alt das Kind ist und auf welcher Entwicklungsstufe es sich befindet. Jeder, der mit Kindern arbeitet, weiß das; und ich meine, es seien auch bereits verschiedene Arbeiten über die Epigenese des Spiels geschrieben worden, so z. B. von *Lilly Peller,* die in "The Psychoanalytic Study of the Child" eine Arbeit veröffentlicht hat, in der sie die Veränderung der Spielräume und der Spiele der Kinder während ihres Heranwachsens beschreibt.

Bevor ich auf meinen Fall eingehe, möchte ich mich noch mit einem zweiten Begriff beschäftigen. Es ist der Begriff des Übergangsobjektes, der von *Winnicott* stammt. *Winnicott* hat es verstanden, in einer Sprache zu schreiben, die menschlich und klinisch war. Er hat sich um theoretische Kämpfe wenig gekümmert, vielmehr ging es ihm in allererster Linie darum, Kindern und kranken Menschen zu helfen.

In Bezug auf den Begriff des Übergangsobjektes sprach *Winnicott* davon, daß das Kind, z. B. um schlafen und um die Mutter aufgeben zu können, ein Übergangsobjekt braucht, z. B. die Decke, den Lutscher, den Teddybär. Ich fand später, daß der Begriff des Übergangsobjektes viel nützlicher und tiefer sei, als es *Winnicott* in seiner berühmten Arbeit damals ausdrückte. Nicht nur das Kleinkind braucht Übergangsobjekte, sondern wir finden, wenn wir uns z. B. an den Loslösungsprozeß des Menschen erinnern, daß wir uns in jeder Lebensphase neue Übergangsobjekte suchen. Ich denke z. B. an die Oper „Hoffmanns Erzählungen", wo Hoffmann, als er seine drei Leben schildert, eigentlich nur Übergangsobjekte schildert und darlegt, wie ein junger Mann ein reifer Mann wird, der dann endlich eine Liebeswahl treffen kann, die permanent ist. In seinen vorherigen Wahlen hatte er sich Übergangsobjekte ausgesucht. Auch die Suche nach Übergangsobjekten zieht sich durch das ganze Leben. Die Idee des Spielraums und des Übergangsobjektes kann nur dann verstanden werden, wenn man sich klarmacht, daß beide in die Epigenese des Menschen eingebaut sind.

Ich möchte, daß Sie die beiden Begriffe des Spielraumes und des Übergangsobjektes nicht als statisch ansehen, sondern als dynamische Begriffe, die ununterbrochen Änderungen erfahren. Und zweitens möchte ich versuchen klarzumachen, daß wir, wenn wir über Spielraum und Übergangsobjekte sprechen, nicht nur über etwas sprechen, was außen ist, sondern daß wir auch darüber sprechen, was innerlich vorgeht. So z. B. die Kraft, Spielräume verwenden zu können oder die Unfähigkeit, sie zu verwenden; oder die Notwendigkeit, sie zu verändern, so daß z. B. neue Übergangsobjekte in einen neuen Spielraum aufgenommen werden können.

Ich möchte jetzt zu meinem Fallbeispiel übergehen: Ich bekam einen Telefonanruf, der von auswärts aus einem anderen Staat kam. Ich fragte den Mann: „Wie kommen Sie auf mich?" da nannte er mir jemanden wieder aus einem anderen Staat und es stellte sich heraus, daß ich dort einmal vor vielen Jahren Vorträge gehalten hatte.

Sie sehen diesen unglaublichen Spielraum, den Psychoanalytiker verwenden, wenn sie an jemanden denken und ihm ein Übergangsobjekt geben wollen; denn eigentlich ist auch der Analytiker ein Übergangsobjekt. Er ist kein permanentes Objekt. Er ist jemand, mit dem man spielt, damit man über ihn hinauswachsen und sich freimachen kann, um dann vielleicht Objekte zu finden, bei denen man für immer bleiben kann.

Der Vater in der anderen Stadt erzählte mir also, daß sein 15jähriger Sohn mit seiner Mutter in Californien lebt. Vater und Mutter sind geschieden. Während der Scheidung haben sie einen entsetzlichen Kampf um die Kinder und das Geld geführt. Der Vater ist wohlhabend vor allem, weil er noch von seinen eigenen Eltern unterstützt wird. Eines Tages rief die Mutter den Vater an und hat ihm erzählt, daß der Sohn begonnen habe zu stehlen. Er hat dann einen Psychotherapeuten bekommen, der ihn be-

handeln sollte. Der Psychotherapeut hat seinerseits den Vater angerufen und ihm gesagt: „Sehen Sie, der junge Mann ist jetzt bald 16 Jahre alt und geht in Beverly Hills in eine Schule, in die nur reiche Kinder gehen. Der Junge denkt, daß er auch einen reichen Vater hat, und er muß stehlen, denn er sieht fortwährend, daß die anderen mehr haben. Wenn Sie ihm ein Auto kaufen, wird er zu stehlen aufhören." Danach war der Vater sehr verstört, berechtigterweise, denn diese Art von analytischem Ratschlag gibt man auch in Amerika nicht so schnell. Der Vater hat sich mit irgend jemandem beraten, der ihm meinen Namen genannt hat. Es dauerte einige Wochen, bis sich die Mutter bereiterklärt hat, zu mir zu kommen, um mit mir zu sprechen.

Tatsächlich hatte der Junge zu stehlen begonnen. Der Vater war über die Interpretation und den Ratschlag des Therapeuten so zornig gewesen, daß er die Therapie abgebrochen hatte. Beide Eltern waren nun bereit, daß ich den jungen Mann sehen und sprechen sollte. Wir machten aus, daß ich zunächst mit ihm allein reden wolle, und erst wenn ich seine Erlaubnis hätte, würde ich mit dem Therapeuten reden, um entweder die Beziehung wieder herzustellen oder einen anderen Vorschlag zu machen.

Und nun zum Therapiebericht: Die Mutter ruft mich morgens an und fragt: „Sollen wir heute noch kommen?" „Ja, ich erwarte Sie." Der Junge war in der Nacht verhaftet worden. Er war mit einem Freund zu seiner Schule gegangen, war in den Musikraum eingebrochen, und beide hatten zusammen Musikinstrumente im Wert von mehreren hundert Dollar gestohlen. Sie wollten sie in einem Auto wegschleppen, waren dabei aber von der Polizei erwischt worden. Jetzt befände er sich auf der Polizeiwache. Was sollte sie, die Mutter, auf der Polizei sagen. „Ich weiß nicht, lassen Sie mich den Jungen sehen." Der Junge kam. Er saß so da wie einer, der gerade erwischt worden ist. Er erzählte mir ein bißchen davon, so ehrlich, wie er nur konnte, in der Hoffnung, daß ich bei der Polizei intervenieren würde, damit er wieder frei käme und in die Schule zurück könne. Als er mir die Geschichte erzählt hatte, fragte ich ihn: „Hast Du gewußt, daß Du mich heute sehen würdest?" „Ja." Ich sagte darauf: „Du hast also gewußt, daß Du mich heute sehen würdest; hättest Du da nicht ein bißchen warten können, bis Du mich siehst?" Er reagierte so, als ob er nun wüßte, ich hätte es ihm ja doch ausgeredet; ich hätte ihm nur gesagt: „Das darfst Du nicht, wie kannst Du so etwas machen. Du hättest es doch vorher mit mir besprechen sollen, und ich hätte Dir gesagt, daß es eine schlechte Idee ist." Stattdessen sagte ich zu ihm: „Wenn Du mich gefragt hättest, hätte ich Dir zeigen können, wie man erfolgreich stehlen kann. Es war ja eine unglaubliche Dummheit, wie Du es angestellt hast." Der Junge wußte nicht recht, was er mit mir anfangen sollte. Ich hatte dann eine Idee, die ich nicht recht verteidigen kann. Ich entdeckte plötzlich unter der Glasscheibe meines Schreibtisches das Bild meines Sohnes. Dieser Sohn ist ein guter Geräteturner, der in der Stadt am Ende seiner Schul-

karriere den 1. Preis für Geräteturnen bekommen hat. Ich sagte: „Schau Dir das an", und er las: „1. Preis" und verstand natürlich, daß es sich um meinen Sohn handelte. Zum Glück hatte mein Sohn so lange Haare wie der Junge selbst – es war am Ende der Hippie-Zeit –, und ich sagte: „Der stiehlt nicht", und er sagte zu mir: „Hm, weißt Du, warum der nicht stiehlt, der stiehlt nicht, weil er wirklich Erster werden will. Es gibt die Wahl zwischen Stehlen und Erster werden." „Kannst Du etwas, was besser ist als Stehlen?" Und der Junge sagte: „Ja, im Turnen bin ich besser. Ich bin Hochspringer." „Wie geht es da?" „Wenn ich wirklich arbeiten würde, würde mich die Schule dann zurücknehmen?" Jetzt hatten wir ein Geschäft gemacht. Der Junge war auf meiner Seite; ich war für das Hochspringen, der Junge hatte sich mit mir identifiziert.

Wir haben die Polizei dazu gebracht, ihn mit der Auflage der Therapie freizugeben, die Schule hat ihn ebenfalls zurückgenommen, und wir haben die Therapie begonnen.

Der tiefere Sinn dieses Diebstahls war, daß ihm die Mutter wiederholt gesagt hatte: „Der Vater hält Dinge von uns zurück. Wir haben ein Recht auf diese Dinge." Sie hatte auch den anderen Therapeuten beeinflußt, dem Vater zu sagen, er solle ihm ein Auto kaufen. Der Junge hatte Mutter und Therapeut so erlebt, als hätten sie ihm gesagt: „Der Vater hat gar kein Recht, Dinge von Dir zurückzuhalten. Du hast ein Recht zu protestieren." Und er hat dann protestiert auf die Art und Weise, wie Sechzehnjährige protestieren können.

Ich habe ihm mitgeteilt, daß ich ihm gern helfen würde, aber unter einer Bedingung: Ich wolle kein Botschafter für den Vater werden und zum Vater gehen müssen, um etwas von ihm zu verlangen. Wenn er etwas vom Vater wolle, dann müsse er es dem Vater selbst sagen. Ich wolle nur ein Therapeut sein, der ihm helfen wolle, womit auch immer er zu mir käme. Dazu kam der Vorwurf der Mutter, der Junge ziehe sich allein in sein Zimmer zurück und rede weder mit ihr noch mit seiner Schwester. Er käme schweigend zu Tisch. Er sei vollkommen zurückgezogen, er sperre sich stundenlang ein, ohne daß sie wisse, was er in seinem Zimmer mache. Ich versuchte ihr zu erklären, daß Psychotherapie etwas ist, wo nicht fortwährend beim Therapeuten interveniert werden könne. Sie müsse mir erlauben, den Jungen langsam zu entdecken, was er vorhat und was er macht. Ich habe ihr gesagt, daß ich verstehe, daß sie sich Sorgen mache darüber, was er tue, wenn er allein sei, und daß er Dinge mache, die sinnlos erscheinen, daß er phantasiere etc. Eine Zeit lang hat sich sehr wenig in der Therapie abgespielt. Er hat irgendwie gespürt, daß ich ihn davor schützen wollte, daß sich die Außenwelt ununterbrochen um seine Ideen kümmert; ich habe mich um seine Ideen nur in der Weise gekümmert, daß ich die Ideen, die er zu mir brachte, mit ihm besprochen habe. Ich erwähnte zwar, daß die Mutter immer wieder neugierig war, etwas zu erfahren, daß ich ihr aber gesagt habe, das sei seine private Sache, und was

mich beträfe, sei mein Interesse dann da, wenn er den Wunsch habe, mir etwas mitzuteilen. Und dann hat er begonnen, langsam mir etwas mitzuteilen.

Sie sehen, daß ich jetzt einen großen Sprung mache. Der erste Spielraum, den er verwendet hat, war irgendwie die ganze Welt. Er hat ausagiert, daß der Vater ihm nicht genug gibt, daß er ihm mehr geben muß; er hat versucht, den Therapeuten zu verwenden, um das Auto zu bekommen. Als ihm dies nicht gelang, und der Vater ihm die Therapie verbot, hat er gemeint, selbst etwas stehlen zu müssen, um auf diese Weise die Liebe zu bekommen, die ihm der Vater und die Mutter nicht geben wollten. Dann brach diese ganze Welt zusammen; er gab diesen ganzen großen Spielraum auf und gründete sich einen neuen. Er war hinter der zugesperrten Tür und niemand wußte, was er hinter der Tür machte. Diesen Spielraum teilte er mit mir. Es gab ein Programm im Fernsehen, das immer den Weltenraum zeigte mit Schiffen, die in die Welt hinaus fuhren, die von Kapitänen gesteuert wurden und Personal hatten. Plötzlich hat er mir gestanden, daß er gefühlt habe, daß ich nichts erzählen werde, daß ich zum ersten Mal in seinem Leben jemand bin, der ihm sicher ist. Er hat mir gestanden, daß er sich verliebt habe und daß ihm das unglaubliche Schwierigkeiten mache. Er könne nicht schlafen, müsse immer an seine Liebe denken. Diese Liebe sei das einzige, was ihn interessiere. Seine Liebe war schwer zu erreichen, denn sie fuhr immer in den Weltenraum. Sie war eine dieser Damen, die am Computer arbeiten und die sehr hübsch angezogen sind und die so wie Maschinenmenschen aus Raumschiffen aussehen. Er hat sich nun damit beschäftigt, über sie endlose Phantasiegeschichten zu schreiben, sie abzuzeichnen, sie abzuphotographieren vom Bildschirm, sogar Diapositive; endlich hat er auch den Wunsch ausgedrückt, mir diese Diapositive und Zeichnungen zu zeigen. Wir begannen, die Stunden dazu zu verwenden, die Diapositive anzusehen. Dann ging es weiter: Die Frau nämlich, deren Bild er in allen möglichen Posen aufgenommen hatte, erfüllte ihn mit einer Geschichte. Er hatte jetzt eine Rolle eingenommen. Er war plötzlich ein Teil dieses Raumschiffs und als Teil desselben fragte er sich, in welcher Weise er ihr nahe kommen könne, der Phantasiegestalt aus dem Raumschiff; dieser Dame, die nie lachte, die unglaublich anziehend war, die er aber nicht zu erreichen wußte. Es hat wochenlang gedauert, bis er diese Geschichten entwickelt hatte – ein 16jähriger Jugendlicher, der vor der Mutter floh und sich allein einsperrte, um Phantasien über Mädchen zu haben. Es gab zwei Arten, um sie kennenzulernen. Einmal war er der Kapitän, der führende Leiter des Raumschiffes, der alles über die Ingenieursarbeit wußte, alles über Maschinen, wichtige Befehle erteilen konnte und über ein ausgezeichnetes technisches Wissen verfügte. Dann war er aber auch ein Sänger, der zur Gitarre oder zu anderen Musikinstrumenten sang und die Leute unterhielt. Er verstand es nun, in diesem Raumschiff so zu spielen, daß die betreffende Dame nie wußte, daß er beide Personen

war. Und ich mußte mich stundenlang damit beschäftigen, daß er nicht wußte, wie er sich an sie heranmachen sollte. Sie hat immer mit beiden gesprochen, aber nie gewußt, ob er der eine oder der andere sei; und er mußte sein Doppelleben vollkommen vor ihr verstecken. Mir fiel dazu ein, daß auch seine Eltern gegensätzliche Ansprüche an ihn gestellt hatten, daß der eine diese Ausbildung wollte, der andere jene. Es war für ihn unglaublich wichtig, daß ich sah, wie er die Frau zeichnete. Er bemühte sich unglaublich lange, sie richtig zu zeichnen und sprach stundenlang davon, wie unangenehm es ihm war, daß er ihre Gesichtszüge nicht richtig darstellen konnte: daß die Gesichtszüge entstellt waren, daß er den Hals nicht richtig herausbrachte, den Oberkörper, die Gestalt des Mädchens. Er rang ununterbrochen mit Problemen, die darin bestanden, daß er sich ein Bild von ihr machen wollte, aber das Bild niemals behalten konnte und auch nie sicher wurde, wen sie annehmen würde, den Kapitän oder den Sänger. Mir wurde nach und nach klar, daß er in sie die Frage hineinprojizierte, die er an sich selbst hatte. D. h. er stellte sich die Frage, was ihn liebenswürdig machen könne, unter welchen Umständen würde er von dieser Frau, die er selbst erfunden hatte, geliebt werden. Er hatte sich also ein Übergangsobjekt geschaffen. Er wollte von seiner Mutter weg, er hatte sich eingesperrt und nachgedacht, wie ein Mädchen ihn annehmen würde – eine Frau, die er erfunden, geborgt hatte. Um dieses durchzuführen, hatte er sich ununterbrochen Gedanken über die Frau macht, d. h. er wollte sie manchmal ändern: Sie lächelte, wenn er Gitarre spielte, schöne Lieder sang; da sie lächelte, war dies wohl die Art, wie er sein sollte, dann lächelte sie wieder gar nicht und sah so aus, als langweilte sie sich. Und dann versuchte er wieder, auf eine andere Weise an sie heranzukommen.

Sie verstehen nun, daß er sich ein Übergangsobjekt phantasiert hatte, um nachzudenken, was für ein Mensch er eigentlich sein wollte. Ob er zum Beispiel seine Schule abbrechen sollte und Sänger werden oder ob er weiterstudieren und einmal später sein technisches Studium vollenden sollte; d. h. wie konnte er sich selbst erleben.

Manchmal, wenn ich nicht recht weiß, was ich Patienten sagen soll, ob ich z. B. mit meiner Deutung recht habe, schaue ich zu *Freud*'s Bild hinauf, das in meinem Konsultationszimmer hängt. Wenn er ein bißchen lächelt, dann wage ich zu deuten, und wenn er streng aussieht, weiß ich, daß ich mit der Deutung noch ein bißchen warten soll.

Mir ist ganz klar geworden, daß das, was der junge Mann getan hat, wir alle tun. Wenn man sich ein Pornoheft kauft, um durch dieses Heft Phantasien zu haben, handelt es sich nicht darum, wie man masturbiert, sondern darum, daß man sich Liebessituationen ausphantasiert, die die Frage beantworten, was für ein Mensch man sein will; die Frage: Was macht mich wirklich liebenswert? Nun hatte sich der Junge eine ganz neutrale Person ausgesucht, die unglaublich geschäftsmäßig war, so geschäftsmäßig, daß sie ihm daher auch gar keine Phantasien erlaubt hatte. Deshalb

ging es endlos weiter. Es war meine Aufgabe, an diesen Phantasiegesprächen teilzuhaben: Soll sie lachen oder nicht; soll sie heute einen kurzen oder langen Rock haben; was würde passieren, wenn er sie einmal nackt zeichnete; würde sie streng sein? Sollte er lieber der Sänger oder der Kapitän sein? Der Junge wollte wissen, was er einmal sein würde. Die Frau, die er erfunden hatte, war ja nichts anderes als die Projektion seines eigenen Narzißmus, wie es in dem alten Märchen hieß: „Spieglein, Spieglein an der Wand . . .", er hat doch eigentlich gesagt: „Fernsehapparat an der Wand, wer ist der netteste und schönste Mann im ganzen Land?" Er wurde langsam jemand, der sich mehr annehmen konnte.

In der Therapie sah es manchmal über lange Zeit so aus, als ob über fast gar nichts gesprochen würde. Trotzdem war es ihm ausgesprochen angenehm, an sich selbst zu arbeiten. Langsam erreichte die Geschichte ein anderes Ziel. Er sagte eines Tages, er beschäftige sich mit der unglaublich interessanten Frage, ob er ihr sagen solle, daß er beide Männer darstelle. Er könne das aber nicht, denn wenn sie dies wüßte, würde sie ihn möglicherweise zurückweisen, denn vielleicht wolle sie nur den einen oder vielleicht nur den anderen. Dann sagte er plötzlich, er habe das Gefühl, sie käme langsam darauf, daß er beides sei. Ich habe ihn weder gestört noch ermutigt in seinen Zweifeln, sondern ihn nur gefragt, was da wohl in ihr vorgehen würde. Würde sie beide annehmen? Dann kam er plötzlich zu einem Punkt, wo sie es entdeckt hatte; er hatte sie es entdecken lassen. Monatelang hatte er an diesen Phantasien gearbeitet.

Er war ein Grenzfall in der Schule; er fiel fast durch. Aber in dieser Zeit, als er mit mir seine Phantasien austauschte, ohne dabei verlacht zu werden, wurde er plötzlich ein besserer Schüler. Die Wahl war nun wirklich schwer, ob er nach der Schule zum College gehen sollte oder abbrechen, um ein Musiker zu werden. Er war plötzlich realistisch geworden. Er hatte das Phantasiemädchen entdecken lassen, daß er beide Personen war, und wunderte sich unglaublich, daß es so einfach war und sie ihn annahm. Sie sagte: Nach der Arbeit spielen wir.

Das Spiel und die Arbeit kamen zusammen. Und Sie sehen auch, wie seine getrennten Spielräume, der Raum des Kapitäns und der Unterhaltungsraum des Musikers nun zusammenkamen. In dieser Zeit nahm er wieder mehr Kontakt zu seiner Mutter und seiner Schwester auf. Er traute sich auch, in anderen sozialen Bereichen Kontakt aufzunehmen.

Eines Tages sagte er zu mir: „Während des Wochenendes waren wir in Palm Spring. Es hat sich etwas Unglaubliches ereignet." Er hatte ein Mädchen getroffen, und er würde mit ihr gemeinsam zu irgendwelchen sportlichen Ereignissen gehen. Der Phantasie-Spielraum war plötzlich ein realistischer Spielraum geworden. Die Träume wurden lebendig und das Leben traumhaft.

Die Arbeit in der Schule verbesserte sich. Die Mutter nahm ihn mehr an. Wir kamen zu einem Punkt, wo er zu mir sagen konnte, er sei mit der

Phantasie fertig, er wolle nicht mehr darüber reden, er brauche sie nicht mehr. Die Phantasie versank. Es war, als hätte er genügend Arbeit damit geleistet.

Ich entsinne mich ähnlicher Ereignisse mit Kindern, die plötzlich Spiele abbrechen, wenn sie Jugendliche werden. Sie räumen die Spielzeuge der Kindheit weg. Die Übergangsobjekte werden wertlos und haben nur noch Erinnerungswert. An ihre Stelle sind andere Übergangsobjekte getreten.

Was sich nun bei dem Jungen abspielte, war, daß dieses wirkliche Mädchen im Grunde auch ein Übergangsobjekt darstellte. Er war jetzt 17 Jahre alt und ging ein paar Mal mit dem Mädchen aus. Vermutlich wird es ein paar Monate dauern, und dann findet er jemand anderen. Diese Objektbeziehungen, die sich in diesen Übergangsobjekten ausdrücken, sind nun wirkliche. Sie sind nicht mehr Beziehungen zu phantasierten Objekten, sondern sind nun Beziehungen zu realen Menschen.

In der Zeit veränderte sich aber noch viel mehr. Eines Tages rief er mich an und sagte mir, er hätte die Goldmedaille im Turnen gewonnen; er war der beste Turner der Schule geworden und hatte verwirklicht, wozu ich ihn in unserer ersten Stunde aufgefordert hatte.

Dies alles sind sehr labile Ergebnisse. Ich kann nicht sagen, daß der junge Mann ein vollkommen gesunder Mensch geworden ist. Die Probleme halten an, aber sozusagen auf einer höheren Ebene. Während die Phantasien des 16jährigen mit dem Fernsehapparat und den Zeichnungen zu tun hatten, stehen nun Charakterstörungen im Vordergrund, die neurotisch erscheinen.

Wenn ein Therapeut mit Jugendlichen arbeitet, hat er die Schwierigkeit, daß die Eltern seiner Patienten ihn fortwährend in die Realität stoßen wollen. Die Eltern erwarten, daß er in der Schule gut ist, daß er nicht stiehlt, daß er sich nicht in sein Zimmer zurückzieht, daß er Freunde hat. Mit anderen Worten: Die Eltern wollen eine sofortige Antwort im Sinne der Anpassung. Es ist sehr schwer, Eltern zu überzeugen, daß Anpassung eine zweiseitige Geschichte ist. Daß man damit nicht nur Nachgeben, sondern auch die Veränderung der Welt meint.

Im Augenblick macht der junge Mann sein Abitur. Vor anderthalb Jahren noch war er ein Dieb, der ernste Strafen hätte verbüßen müssen und dessen Karriere vielleicht vernichtet worden wäre. Nun wird er eine Hochschulausbildung beginnen mit Aussicht auf Erfolg.

Ich wollte mit diesem Fallbeispiel darstellen, daß man manchmal psychotherapeutische Arbeit machen kann, die scheinbar sehr oberflächlich aussieht. Dies hier war keine Psychoanalyse. Ich sah ihn anfänglich ein bis zweimal in der Woche, später nur einmal. Und trotzdem bekam ich eine Einsicht, die mir sehr wichtig war. Wie unter dem Mikroskop konnte ich erkennen, in welcher Weise Jugendliche Übergangsobjekte verwenden. Manchmal sind es reine Erfindungen wie z. B. die Phantasie des Mädchens. Manchmal sind die Übergangsobjekte wirkliche Menschen, die zeitweise

verwendet werden. Auch die Spielräume verändern sich. Zuerst ist die ganze Welt der Spielraum, in dem man spielt. Dann ist es der Fernsehapparat und das Zeichenpapier. Später ist es das Konsultationszimmer des Therapeuten. Dann ist der Spielraum plötzlich die Schule, in der Kontakte geschlossen werden, und das Sportfeld, wo man gewinnen kann.

Ich meine, daß Fälle dieser Art anregen darüber nachzudenken, ob es während der Therapie von sich rasch entwickelnden Menschen eine Epigenese der Spielräume und der Übergangsobjekte gibt. Manche der Sprech- und Spielräume sind innerlich. Es dauert sehr lange, bis sie dem Therapeuten mitgeteilt werden können, bis sie interpersonell werden; man muß sie durch Empathie zu erfassen suchen; bei autistischen Kindern gelingt dies fast nie. Jeder, der mit solchen Kindern arbeitet, weiß, wie schwer es ist, in ihre Spielräume Einsicht zu bekommen.

Ich denke aber, daß das Wissen um unbewußte, vorbewußte und bewußte Sprach- und Spielräume und Übergangsobjekte, die alle eine Geschichte haben, sehr dazu beiträgt, den psychotherapeutischen Kontakt zu beleben.

Ich möchte jetzt mit *Aichhorn* schließen. Ich meine, auch *Aichhorn* hat um Spielräume gewußt; er hat den richtigen Spielraum verwendet, um Kinder behandlungsfähig zu machen. Ich habe meinen Patienten eigentlich durch eine verführerische Bemerkung dazu gebracht, mit mir Kontakt zu haben. Ich habe ihm irgendwie angedeutet: ich gehe nicht mit der autoritären Welt, ich gehe mit Dir und nicht mit den Eltern.

Aichhorn erzählte mir folgende Geschichte: „Vor einigen Wochen sah ich zufällig ein Bild von dem Heim Hellabrunn. Dort habe ich nach dem ersten Weltkrieg gearbeitet. Es war Winter, kalt, Schnee, alle im Heim waren Flüchtlingskinder. Da kam ein Kind an, das sich wie viele andere durchs Leben gequält hatte, stehlend wie ein Berufsdieb." Der Junge kam in das Heim von *Aichhorn;* eigentlich wollte man ihn einsperren. *Aichhorn* wußte nicht, was in dem Jungen vorging, aber er wußte, wie er Kontakt zu ihm aufnehmen konnte. Er fragte ihn nämlich, ob er der Kassierer der Gruppe werden wolle. Er bot ihm die Kassiererstelle an. *Aichhorn* war natürlich nicht erstaunt, als er hörte, daß der Junge einen Tag später mit dem ganzen Geld davongelaufen war. Er hatte gestohlen. *Aichhorn* hatte ihm dazu den einzigen Spielraum angeboten, der möglich war, um mit dem Jungen zu spielen. Ich hoffe, Sie verstehen jetzt, was ich mit Spielen meine, mit Ideen spielen. Er hatte das Geld durchgebracht und kam eines Tages verfroren in das Heim zurück. *Aichhorn* saß gerade beim Abendessen, da kam der Junge ohne Wintermantel voll Angst zurück. *Aichhorn* sagte: „Du armer Kerl, komm' herein, hab' ein Nachtmahl mit uns, erzähl' mir nichts." Der Junge hat sich ungeheuer geschämt. Er hat gestohlen, ist zurückgekommen, besiegt. „Ich kann mit der Familie nicht essen." „Iß mit der Familie". Der Junge hat kaum essen können. Als das Essen vorbei war, wollte er ein Geständnis machen. „Schlaf dich erst aus, wir reden morgen."

Aichhorn sagte dazu: „Am nächsten Morgen habe ich den Burschen voll Angst und Depression gehabt, aus einem Verwahrlosten ist ein Neurotiker geworden. Und in diesem Augenblick hat man mit ihm reden können." *Aichhorn* setzt aber hinzu: „Meine Begabung ist, aus einem Verwahrlosten einen Neurotiker zu machen. Dann wird es für mich langweilig, dann muß die Therapie jemand anders fortsetzen."

Der Unterschied zwischen mir und *Aichhorn* ist der, daß ich nicht so viel Begabung für Verwahrloste habe, aber genügend, um solche Menschen zu verstehen. Mir sind neurotische Patienten nicht langweilig. Als der Junge ein Neurotiker geworden war, anstatt zu stehlen, und zu Phantasien übergegangen ist, habe ich genug Geduld gehabt, mit ihm weiterzuarbeiten. Vielleicht schließe ich so am besten, wenn ich sage, daß man mit solchen Jungendlichen am besten arbeitet, wenn man ein verhinderter Verwahrloster und ein verhinderter Neurotiker ist. Und dies erreicht man am besten durch eine gute Lehranalyse.

The Borderline-Child

Rudolf Ekstein

The author opens his lecture with his expression of thanks to Dr. *Ammon* and his co-workers for the invitation to speak at the Berlin "Lehr- und Forschungsinstitut". He reminds that it was Berlin, where the first psychoanalytic institute was founded.

Ekstein speaks about his meeting with an old leader of psychoanalysis, Dr. *Kemper,* in this afternoon and that he talked with him about *August Aichhorn. Aichhorn* had given him an answer, so *Kemper,* to the question, how he could work with waywards: 'because I am a would-be wayward myself'. *Aichhorn* was supposed to mean, he could understand any juvenile wayward so well because there was something of a wayward in him. He had known him as an unbelievably talented analyst, as a good teacher, who could not be imitated. For *Ekstein* he was leading in his work, he owes a lot to him and because of this he dedicates this evening's lecture to him; it shows so much that he had learned from *Aichhorn.*

Ekstein asks the audience to step into a talk with him, which is not supposed to be prepared, theoretically an objectionable material, but – similar to *Freud*'s Wednesday evening circle – is something, where both interlocutors play with ideas, and where while playing with ideas there are coming new insights and ideas. He compares the analytical situation with a play in which the analyst plays together with the analysand with the analysand's ideas, here associations. In every play there has to be a space of action, a defined room, e. g. a football-ground, a chess-board, but also

the analysis room. Playing is not possible without any space of action. Children ask for the space they need, they play with what they need.

Ekstein suggests to think about the use of the space of action following an epigenetical law, being dependent on the age and stage of development of man. Spaces of action are subject to permanent changes.

In the space of action there are in use transitory objects *(Winnicott),* which can be given up when the space of action is left.

The following case-study is looked upon from the terms 'space of action' and 'transitory object'. A father asks *Ekstein* for help with his son. The 15 year old son had begun to steal. The parents are divorced, the father is wealthy thanks to the support of his parents; the son is living with his mother. Having begun to steal, the son got psychotherapy. The therapist had asked the father after a while to make a present of a car to the son, then he would stop his stealing. The father was very angry about this advice and ceased his son's therapy. *Ekstein* promised to have a look at the boy.

In the morning of the appointment the mother told *Ekstein,* that the boy had been arrested because he had stolen music instruments together with a friend. In spite of this, the boy came to the appointment and was very depressed and felt guilty. He talked about what had been going on as well as he could. Then *Ekstein* said to him: 'You knew, you would see me today; could you not have waited with your stealing that long? I should have shown you how to steal successfully.' So *Ekstein* had offered an alliance to the boy, 'I shall go with you, not with your parents.'

The deeper sense of this stealing was that the mother as well as the therapist being influenced by the mother meant the father would have no right to keep things away from the son, and the boy had to protest against this. The mother complained that the boy had retired completely into himself, that he did not speak at all, neither to her nor to his sister and that he would lock himself up into his room. Nobody would know what he would do behind locked doors.

After *Ekstein* had assured him, that he would not tell his mother and he should only talk about what he wanted the boy told him what he had done behind the closed door: he had fallen in love with a girl whom he could see in a space-ship in television. He was so much involved in his love that he could hardly sleep. He wrote countless fantastic stories about her, he drew her, took photos of her and could not stop thinking of her. He himself had overtaken a double role trying to come near her: sometimes he was the captain of the space-ship who knew about all machines and gave serious orders, sometimes he was a singer, singing with his guitar entertaining the people aboard the ship. The girl did not know that he was both persons and to her he had to hide his double life. For hours he tried hard to draw her picture and it was important for him that *Ekstein* saw his struggles.

In his locked room he had created a space of action in which he was continuously occupied with the girl – a transitory object which he had created. He wanted to find out what a person he was: how could he make this woman love him, should he be a singer or a technician? The question he had about himself he projected on her. It was *Ekstein*'s task to take part in these fantastic stories and to take part in this game. The boy had much fun to work on his self in this manner.

After a long time he suddenly changed his aim: he wanted to know whether he could tell her that he was both men. And he suffered from the uncertainty that she might push him back because she only wanted one or the other.

After he had let his imagined girl find out that he was both persons he made a decision for his further career. Both spaces the one of the captain and the one of the singer became one. A fact which intensified his contact to real life. He became better in school and started talking again with his mother and his sister.

One day he gave up his imaginated girl after having dared to make an appointment with a real girl to go to a sport event. His imagined space of action became a space of action in reality, and his imagined transitory object, the space-ship-girl became a real transitory object. The space of action and transitory object became useless and meaningless in favour of a new space of action and transitory object. Every person finds mature permanent relations after having found transitory objects and having left them again.

Ekstein finishes with a case study from *Aichhorn* in which *Aichhorn* offers the position of a cashier in a hostel to a boy known as a thief in order to get into contact with this boy within this space of action. The boy took off with the money but came back half frozen and full of shame. Without any reproach *Aichhorn* gets into contact with the boy and talks with him in an atmosphere of confidence. *Ekstein* explains *Aichhorn*'s behaviour who claims that he himself is a "would-be wayward". And it is his opinion that one becomes a "would-be wayward" by a good teaching analysis.

Adresse des Autors:
Prof. Dr. Rudolf Ekstein
536 South Westgate Av.
90049 Los Angeles, California
USA.

Bücher- und Zeitschriftenspiegel

Otto Kernberg
Borderline Conditions and Pathological Narcissism

Jason Aronson, New York, 1975, 361 S.

In dem vorliegenden Buch sind *Kernbergs* Aufsätze, die er in den Jahren zwischen 1967 und 1974 zum Problem der Borderline-Erkrankung in amerikanischen Zeitschriften veröffentlicht hat, zusammengefaßt und durch zwei Arbeiten ergänzt, die er gesondert für dieses Buch verfaßt hat. Ausgangspunkt seiner systematischen Beschreibung der symptomatischen, strukturellen und genetisch-dynamischen Aspekte der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist der Begriff der Borderline-Persönlichkeitsorganisation. Er vermeidet den bislang verwendeten Begriff des Borderline-Zustandes, weil es sich hierbei nicht um eine zwischen Neurose und Psychose flukturierende Persönlichkeitsstruktur handelt, sondern um eine spezifische pathologische Persönlichkeitsorganisation.

Charakteristischstes Kennzeichen dieser Persönlichkeitsorganisation ist eine spezifische Ich-Schwäche, die ihren Ausdruck findet in der Prädominanz primitiver Abwehrmechanismen, dem Mangel an Impulskontrolle und entwickelten Sublimierungs- und Neutralisierungsmöglichkeiten, der Tendenz zum primärprozeßhaften Denken und in der Schwäche der Realitätstestung. Die zeitweilig unter extremen Belastungen zusammenbrechende Fähigkeit zur realitätsgerechten Differenzierung intrapsychischer von äußeren Ereignissen wird von *Kernberg* gleichwohl als das Ergebnis einer pathologischen Ich-Entwicklung gesehen und auf die Pathologie der internalisierten Objektbeziehungen zurückgeführt. Zum Verständnis des theoretischen Ansatzes und der daraus zwangsläufig erwachsenden therapeutischen Konsequenzen sind *Kernbergs* Vorstellungen und Überlegungen zur Ich-Entwicklung und zur Pathogenese des borderlinehaft gestörten Ichs von zentraler Bedeutung.

Nach *Kernberg* stellt sich die Ich-Entwicklung als ein intrapsychisches Geschehen dar, wobei die das Ich aufbauenden und gliedernden Differenzierungs- und Integrationsprozesse zum einen als Anpassungsvorgänge im Sinne *Hartmanns*, zum anderen als triebdynamisch regulierte Internalisierungsvorgänge im Sinne *Melanie Kleins* verstanden werden.

Voraussetzung und Bedingung für die Integration von libidinös und aggressiv determinierten Selbst- und Objektimagines ist die Differenzierung von Selbst und Nichtselbst, welche sich nach *Kernberg* unter dem Einfluß der primär autonomen Ich-Apparate vollzieht. Wahrnehmungs- und Erinnerungsspuren helfen bei der Sondierung der unterschiedlichen Reizquellen und beim Aufbau einer sich allmählich entwickelnden Fähig-

keit zur perzeptiven Unterscheidung von Selbst und Objekt. Ein weiterer Schritt im Aufbau des Ichs, der die emotionale Bewertung und Wertigkeit der Selbst- und Objektwahrnehmungen zum Gegenstand hat, vollzieht sich unter dem Einfluß libidinöser und aggressiver Triebansprüche, die auf die Außenwelt und ihre Objekte gerichtet und deren Schicksal durch diese Objekte bestimmt werden. Wie schon gesagt, liegen diesen Überlegungen zwei unterschiedliche Konzeptionen und damit verbunden zwei unterschiedliche Ich-Begriffe zugrunde. Die für die Internalisierung der Objektbeziehungen konstitutiven Mechanismen der Projektion und Introjektion setzen bereits ein Ich primärer Autonomie voraus, dessen Zusammenhang mit dem aus Internalisierungsprozessen abgeleiteten Ich schwer einsehbar ist.

Das in *Kernbergs* Überlegungen zur Borderline-Pathogenese implizite Auseinanderklaffen von letzlich im Sinne *Hartmanns* konfliktfreien, perzeptiven und kognitiven Differenzierungsprozessen und triebdynamisch regulierten, affektzentrierten Integrationsprozessen hat auch für die Therapie des Borderline-Patienten weitreichende Konsequenzen.

Im Unterschied zur Psychose, der eine Entwicklungsstörung beider Prozesse zugrundeliegt, ist beim Borderline-Patienten in erster Linie die emotionale Realitätsanpassung gestört. Diese ist gefährdet durch die Pathologie der internalisierten Objekte, wobei das Ich aufgrund seiner Schwäche nicht in der Lage ist, mit Hilfe neutralisierender und sublimierender Abwehrmechanismen eine Synthese der negativen und positiven Introjekte und Identifikationen herbeizuführen.

Um eine relative Stabilität des Ichs zu gewährleisten, greift das Ich zu primitiven Abwehrmechanismen, die ihm helfen, die zerstörerischen, extrem aggressiven Selbst- und Objektimagines von den beziehungserhaltenden, libidinös besetzten Selbst- und Objektimagines zu dissoziieren. Die das Bild der Borderline-Erkrankung weitgehend bestimmende orale Aggression, die nach *Kernberg* aus einer extremen Frustration in der frühen Entwicklungsphase des Borderline-Patienten resultiert, wird durch den Abwehrvorgang des Splitting dem Bewußtsein enthoben, bleibt aber in der vielfältigen Symptomatik dieser Erkrankung wirksam.

Der Abwehrvorgang des Splitting erstreckt sich ebenfalls auf die Entwicklung des Über-Ichs, wo gleichzeitig sich widersprechende Wertsysteme und durch die unklare Abgrenzung von Ich und Über-Ich weiterhin vorherrschende sadistische Über-Ich-Vorläufer nebeneinander bestehen bleiben. Bei Borderline-Patienten neigen die Über-Ich-Funktionen dazu, personifiziert zu bleiben, sie entwickeln sich daher nicht zu einer Abstraktion und werden aufgrund ihrer sadistisch quälenden Thematik leicht in die Außenwelt projiziert.

Im Zusammenhang mit der Pathologie der Ich- und Über-Ich-Strukturen stehen Unverbundenheit und Dissoziation von Ich-Zuständen des Borderline-Patienten. Jeder dieser dissoziierten Ich-Zustände enthält

eine bestimmte Objektimago verbunden mit der komplementären Selbstimago und der spezifischen Affektdisposition, die während der Zeit ihrer Internalisierung vorherrschend war.

Kernberg sieht die Notwendigkeit, Störungsquellen und Ursachen für die Borderline-Erkrankung in frühe, präödipale Entwicklungsabschnitte zu legen, macht aber die Loslösung von der Mutter und die Individuation des Kindes zu einem letzlich nur intrapsychisch determinierten Vorgang. Die inneren Objekte sind nicht primär durch interpersonelle Erfahrung, sondern durch die innere Wirkung von sogenannten biologischen Faktoren, dem Konflikt von libidinösen und aggressiven Trieben, der dann auf äußere Objekte projiziert wird, geformt.

Wenn auch *Kernberg* das Verdienst zukommt, die Borderline-Erkrankung als ein abgegrenztes Krankheitsbild einer intensiven strukturellen und genetischen Analyse zugänglich gemacht zu haben, so wird dennoch deutlich, daß der von *Hartmann* entlehnte Ich-psychologische Ansatz nur in einem begrenzten Maße diesem Krankheitsbild gerecht wird. Daß darüberhinaus die Pathogenese der Borderline-Erkrankung von frühen Objektbeziehungen abhängig ist, hat *Kernberg* wohl erkannt. Er bleibt aber bei der Erklärung dieser Vorgänge der spekulativen Metapsychologie *Melanie Kleins* verhaftet. *Melanie Klein* konnte aber, da ihre theoretischen Überlegungen lediglich auf die Lebensmöglichkeiten und -notwendigkeiten des Individuums und nicht auf die einer Gruppe ausgerichtet waren, letzlich nicht auf das *Freud*ianische Triebmodell verzichten, um das Entstehen von Beziehungen überhaupt erklären zu können.

In *Kernbergs* Borderline-Theorie bleiben beide Ansätze nebeneinander bestehen, was im theoretischen Bereich nicht gerade zu Widersprüchlichkeiten, aber zu gewissen Unvereinbarkeiten führt, im therapeutischen Bereich, wie wir unten noch sehen werden, sich aber als hinderlich auswirkt.

Zur Theorie der Borderline-Pathogenese muß von *Ammon* ausgehend gesagt werden, daß pathologische Ich-Schwäche und zersplitterte Ich-Struktur nicht Resultanten eines gestörten intrapsychischen Assimilierungsprozesses sind, der durch extreme Frustrationen, wie im Falle der Borderline-Erkankung, eingeleitet wird, sondern daß es sich hierbei um die Internalisierung einer durch Identitätslosigkeit und Zerrissenheit gekennzeichneten Primärgruppe und ihres defizitären Beziehungsgefüges handelt.

Das scheinbare Funktionieren des Borderline-Kranken, wie es *Kernberg* insbesondere für die narzißtische Persönlichkeitsstörung beschrieben hat, entspricht dem nur scheinbaren Funktionieren der Primärgruppe, welche im Falle der narzißtischen Persönlichkeitsstörung ihre Größenphantasien an das in ihrer Mitte heranwachsende Kind delegiert hat.

Das Ich wird bei *Ammon* nicht als ein Anpassungsorgan verstanden, sondern als eine lebendige, sich in interpersonellen Bezügen entwickelnde

Einheit. Die Konzeption einer Identitätsentwicklung, deren Ausgangspunkt die symbiotische Einheit von Mutter und Kind ist, macht die Entwicklung des Kindes in seinen kognitiven und emotionalen Bereichen abhängig vom Entwicklungsstand und von der Entwicklungsfähigkeit der Mutter und der sie umgebenden Gruppe. In dieser Konzeption ist die Entwicklung kein isoliertes, lediglich durch Ich-Apparate und Triebe reguliertes Geschehen.

Die realen Frustrationen und Traumen, die das Kind in seiner Entwicklung erfährt und die im Zusammenhang stehen mit der Pathogenese der Borderline-Erkrankung, resultieren aus der Erfahrungsunfähigkeit, Verständnislosigkeit und der unbewußt destruktiven Identitätsverweigerung der das Kind umgebenden Gruppe. Das defizitäre und pathologische Beziehungsgefüge der Primärgruppe bestimmt und beeinflußt den Aufbau der Ich-Struktur des Borderline-Patienten, in der sich dieses Beziehungsgefüge widerspiegelt.

Im Zentrum des therapeutischen Vorgehens bei Borderline-Patienten stehen für *Kernberg* auf Veränderung zielende Interpretationen, die aber in besonderer Weise gehandhabt werden müssen. Entsprechend seines theoretischen Ansatzes ist es unerläßlich, manifeste und latente negative Übertragungen aufzudecken, um die konfliktfreie Ich-Sphäre zu erweitern, das beobachtende Ich und damit das therapeutische Bündnis zu stärken. Anderseits sind die Gefahren einer zu tiefen Regression in der Übertragung zu beachten. *Kernberg* vermeidet daher die vollständige genetische Rekonstruktion.

Darüberhinaus vollzieht sich die Therapie bei *Kernberg* unter Beibehaltung des Neutralitätsgebots, so daß sich die Notwendigkeit ergibt, dem Ausagieren der Übertragung mit Hilfe der Einführung von technischen Parametern in die Behandlungssituation entgegenzutreten. Hierbei gerät aber der Therapeut in die Gefahr, in den Teufelskreis der Projektion und Reintrojektion sadistischer Selbst- und Objektbilder zu geraten. Nach *Kernberg* kann der Therapeut aber dieser Gefahr begegnen, indem er zunächst die Übertragungssituation interpretiert, dann die Behandlungssituation strukturiert und anschließend wieder die Übertragungssituation interpretiert, ohne die Parameter aufzugeben.

Hierzu läßt sich kritisch bemerken, daß es wichtig ist, Symptome und Abwehrstrukturen des Borderline-Patienten gleichermaßen auch als einen Restitutionsversuch der pathologisch arretierten Symbiose zu verstehen. *Ammon* hat darauf hingewiesen, daß es unerläßlich ist und lebensnotwendig, die symbiotischen Übertragungen des Borderline-Patienten therapeutisch anzunehmen. Vor dem Hintergrund des Verständnisses der Borderline-Erkrankung als einer Schädigung des Ichs, welche auf die defizitäre Gruppendynamik der symbiotischen Primärgruppe zurückzuführen ist, steht im Zentrum der therapeutischen Bemühungen der Begriff der nachholenden Ich-Entwicklung. In einer derart verstandenen therapeu-

tischen Situation ist der Therapeut als realer Mensch mit einbezogen, der sich nicht als neutraler Beobachter begreift, sondern als Partner und als „neues Objekt", dessen Internalisierung Baustein einer neuen Identität des Patienten ist.

In einem gruppentherapeutischen und milieutherapeutischen Rahmen kann die der Borderline-Erkrankung zugrundeliegende pathogene, defizitäre Dynamik der Primärgruppe wiedererlebbar und verständlich gemacht werden und so verändert werden, daß es zum Nachholen und zum Wiederaufbau einer identitätsgerechten Ich-Struktur kommt. Ich-strukturelles Arbeiten ersetzt hierbei das interpretative Verfahren *Kernbergs* und das nur äußerlich bleibende Setzen von technischen Parametern.

Im therapeutischen Vorgehen *Kernbergs* wiederholt sich in gewisser Weise das in seiner Theorie implizierte Nebeneinander von kognitiven und emotionalen Entwicklungsprozessen im Nebeneinander von therapeutischen Maßnahmen, die auf die Erweiterung der konfliktfreien Ich-Funktionen abzielen, von Gegenübertragungsgefühlen, deren Analyse dem Therapeuten helfen, die intrapsychischen Prozesse des Patienten besser verstehen zu können, und einer von *Kernberg* postulierten therapeutischen Haltung der Sorge (concern) für den Patienten, wobei diese Haltung wie das Band erscheint, das die nicht von einem integrativen Verständnis her verbundenen, nebeneinanderherlaufenden therapeutischen Prozesse zusammenhalten soll.

Trotz dieser Einwände bleibt *Kernbergs* Buch lesenswert. Wie bei anderen Autoren, deren Interesse und Engagement der Behandlung und theoretischen Durchleuchtung archaischer Ich-Krankheiten gilt – zu erwähnen wären hier *E. Jacobson,* die die depressiven Erkrankungen beschrieben hat, und *Mahler,* die über die schizophren-psychotischen Erkrankungen bei Kindern berichtet hat –, werden auch bei *Kernberg* die Grenzen seines Ich-psychologischen Ansatzes deutlich. Das Nachvollziehen der theoretischen und praktischen Überlegungen *Kernbergs* lassen den Schritt, den *Ammon* vollzogen hat, als zwangsläufige Notwendigkeit erscheinen, nämlich bei der Erklärung und Behandlung von archaischen Ich-Krankheiten primär von der Gruppe und der Interdependenz von Ich- und Gruppenentwicklung auszugehen, und nicht vom Individuum, dessen Selbstverwirklichung und Entwicklung von Anpassungsnotwendigkeiten und Triebbedürfnissen abhängig sind.

Helmut Cox, Jürgen Marenbach (Düsseldorf)

Heinz Kohut
Narzißmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen

Suhrkamp, Frankfurt/Main, 1973, 385 Seiten

Heinz Kohut legt in seinem Buch eine Theorie der Entstehung und Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen auf der Grundlage der Übertragungsformen in der Therapie vor. *Kohut* ist Professor für Psychiatrie an der University of Chicago und ist seit 1965 einer der Vizepräsidenten der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung.

Das Neue in dem Beitrag von *Kohut* ist, daß er versucht, ein theoretisches Konzept für narzißtisch gestörte Persönlichkeiten zu entwickeln, und die Auffassung vertritt, daß narzißtische Persönlichkeiten therapiefähig sind. Er stellt damit die Ansicht in Frage, daß narzißtische Persönlichkeiten deshalb nicht analysierbar seien, da sie keine Übertragung entwickeln können.

In seinen einführenden Überlegungen grenzt er analysierbare narzißtische Persönlichkeitsstörungen ab von „nicht analysierbaren" psychotischen Ausprägungsformen des Narzißmus sowie von Borderline-Erkrankungen und von den klassischen Übertragungsneurosen. Dabei unterscheiden sich narzißtisch gestörte Persönlichkeiten von psychotischen oder Borderline-Persönlichkeiten dadurch, daß diese ein kohärentes Größen-Selbst und kohärente idealisierte archaische Selbst-Objekte errichtet haben, deren Zerfall in der Analyse nicht bedrohlich ist. Von neurotischen Erkrankungen unterscheiden sich narzißtisch gestörte Persönlichkeiten dadurch, daß vom Selbst abgegrenzte, echte Objektbeziehungen noch nicht entwickelt wurden.

In seinen diagnostischen Überlegungen entwickelt *Kohut* eine Theorie der Entstehung des Narzißmus. Für ihn stellt das Hauptdiagnostikum das Wesen der spontan sich entwickelnden Übertragung dar, wobei er von der theoretischen Überlegung ausgeht, daß der primäre Narzißmus des Säuglings durch die – unvermeidlichen – Begrenzungen mütterlicher Fürsorge gestört wird. Normalerweise ersetzen alle Kleinkinder nach *Kohut* die vorherige Vollkommenheit

- durch den Aufbau eines „grandiosen Bildes des Selbst" (Größen-Selbst mit Omnipotenzcharakter),
- durch Zuweisung der vorherigen Vollkommenheit zu einem bewunderten Selbst-Objekt, den Elternimagines, die aber als Teil des Selbst phantasiert werden nach dem Motto: Du bist vollkommen, aber ich bin ein Teil von Dir.

Bei der gesunden Entwicklung wird das archaische Größen-Selbst durch reale Erfahrungen schrittweise gezähmt und das idealisierte Elternimago in die reifende Persönlichkeit integriert in Form des idealisierten Über-

Ichs. Erleidet aber das Kind schwere narzißtische Traumen, so bleiben Größen-Selbst und idealisierte Selbst-Objekte abgespalten und archaisch und werden nicht in die Persönlichkeit integriert. Demnach begreift *Kohut* die narzißtische Persönlichkeitsstörung als eine Regression auf die Stufe des primären Narzißmus mit seinen spezifischen Größen-Selbst-Konfigurationen und archaischen, narzißtisch besetzten Selbst-Objekten.

Aus dieser theoretischen Position, die lediglich eine Erweiterung der orthodoxen Auffassung darstellt, ergeben sich für die Therapie nach *Kohut* folgende Übertragungsmöglichkeiten:

1. die Übertragung, die aus der therapeutischen Mobilisierung der idealisierten Elternimagines entsteht (idealisierte Übertragung) und den Analytiker als omnipotenten Teil seines Selbst erscheinen läßt,
2. die aus der therapeutischen Mobilisierung des Größen-Selbst entstehende Übertragung (Spiegelübertragung), in der der Analytiker weitgehend als Teil des Selbst wahrgenommen wird.

Dieser Ansatz zur Erklärung des Narzißmus und seiner Übertragungsdynamik bleibt jedoch dem alten Strukturkonzept und der biologistisch-orthodoxen Triebauffassung verhaftet. *Kohut* spricht zwar von Ich-schädigenden Einflüssen archaischer Traumen, macht diese aber nicht zum Gegenstand seiner Untersuchungen, sondern verfolgt das individuelle Schicksal des Patienten. Würde er nämlich die „Traumen" zum Untersuchungsgegenstand machen, würde dies zu einer Revision der triebtheoretischen Position führen und die Erkrankung als Resultat internalisierter defizitärer Primärgruppendynamik verstehbar machen. Der Narzißmus erscheint somit bei *Kohut* als letztlich aus der biologischen Konstitution abgeleitete triebpsychologische Größe, in der das Individuum sich in unterschiedlicher Weise mit seiner Umwelt auseinandersetzt, jedoch gewissermaßen schicksalhaft von seiner Triebstruktur und den scheinbar unvermeidlichen Traumen der frühen Kindheit determiniert bleibt.

Im Unterschied dazu hat *G. Ammon* in seinem Narzißmus-Konzept gezeigt, daß die Entwicklung des Narzißmus und seine pathologischen Ausprägungsformen (tertiärer Narzißmus) das Ergebnis einer interpersonellen Dynamik in der Primärgruppe in der Zeit der frühen Kindheit darstellt. Damit werden die verschiedenen Formen des gestörten Narzißmus wie Psychosomatik, sexuelle Perversion und Sucht differenziert aus der pathogenen Primärgruppendynamik abgeleitet und verstanden.

Die Kluft zwischen Theorie und Praxis ist bei *Kohut* offensichtlich, wenn er das therapeutische Vorgehen des Analytikers beschreibt. Demnach gilt für den Analytiker, daß er die archaischen Übertragungsmanifestationen zunächst annimmt und seine Gegenübertragungsmanifestationen kontrolliert, um dann durch Bearbeitung unvermeidbarer narzißtischer Kränkungen dosiert eine Ich-Stärkung herbeizuführen und die narzißtische Libidoenergie dem Real-Ich zur Verfügung zu stellen. Liest man seine Fallbeispiele, so steht die unorthodoxe Handhabung therapeutischer Tech-

niken in keinem sichtbaren Zusammenhang zu dem orthodox-theoretischen Ansatz. So bleiben auch die Überlegungen zur psychoanalytischen Technik unbefriedigend und willkürlich. Gerade die Ausführungen zur Therapie zeigen, wie dringend notwendig ein therapeutisches Konzept ist, das sich an den Bedürfnissen des Patienten mit seiner spezifischen Ich-Struktur orientiert. Die Ich-Struktur wird verständlich aus der Gruppendynamik der Primärgruppe in ihren fördernden und defizitären Aspekten. Es ist daher konsequent, die internalisierte Primärgruppendynamik zum Gegenstand der Forschung zu machen, wie es *G. Ammon* in seinen neueren theoretischen Ansätzen geleistet hat.

Das Buch stellt einen Versuch dar, die engen Grenzen der orthodoxen Metapsychologie zu erweitern, um präödipale Persönlichkeitsstörungen theoretisch zu erfassen und zu behandeln. Dabei wird jedoch deutlich, wie entscheidend eine grundlegende Neuorientierung der Psychoanalyse wird, will sie den archaisch gestörten Patienten wirklich verstehen und helfen.

Bertold Beck, Manfred Link, Willi Rohrwasser (Düsseldorf)

Frank M. Lachmann
Robert D. Stolorow
Idealization and Grandiosity
Developmental Considerations and Treatment Implications

In: The Psychoanalytical Quarterly, Vol XLV, 1976, 565–587

In diesem Artikel versuchen die beiden Autoren die Kontroverse zwischen *Kernberg* und *Kohut* um narzißtische Persönlichkeitsstörungen als Mißverständnis darzustellen. Die Position *Kernbergs* und *Kohuts* sind nach ihrer Meinung nur deshalb kontrovers, weil beide unterschiedliche narzißtische Störungen beschreiben. In dieser Arbeit wird nun der Versuch unternommen, ansatzweise eine übergreifende Theorie des pathologischen Narzißmus zu entwerfen, die beide Positionen miteinschließt.

Die Autoren gehen von einer Diskussion des Begriffs des Abwehrmechanismus der Verleugnung aus, dessen Entwicklungen sie sich in zwei Schritten vorstellen: eine Vorstufe des Abwehrmechanismus der Verleugnung wäre die Unfähigkeit, die Realität wahrzunehmen, was einem Ich-Strukturdefekt entspricht, während dem ausgebildeten Abwehrmechanismus bereits Strukturen zugrundeliegen, die eine realitätsgerechte Wahrnehmung ermöglichen könnten, wenn nicht libidinöse bzw. aggressive Triebkonflikte dies unmöglich machen würden. In diesem Fall würde dann eine Regression auf die eben beschriebene Vorstufe mit ihren typischen Phantasien (Größenvorstellungen etc.) stattfinden. Kritisch wäre

hier schon anzumerken, daß ein Ich, welches einem unerträglichen Aspekt der Realität mit Hilfe der Verleugnung ausweicht, ebenfalls ein strukturelles Defizit aufweisen muß. Die Idealisierung wäre demnach ein Aspekt der Verleugnung und müßte somit auf einen Ich-Strukturdefekt oder eine konfliktuös-gehemmte Wahrnehmung zurückzuführen sein. *Kohuts* und *Kernbergs* Positionen werden diesen beiden Möglichkeiten zugeordnet, wobei eben *Kohut* die Untergruppe der Patienten mit strukturellem Ich-Defizit und *Kernberg* diejenige mit konfliktuös-gehemmten Ich-Strukturen beschrieben hat.

Es ist nun interessant, daß die beiden Autoren versuchen, Ich-strukturelle Kategorien einzuführen, um die Narzißmusdebatte zu klären. Da aber die Struktur der Triebentwicklung abgerungen bleibt, ist der Begriff Ich-Struktur in diesem Zusammenhang ein Pseudo-Strukturbegriff, da ein konzeptioneller Ich-struktureller Ansatz nicht eingeführt wird. In seinem grundlegenden Referat zum Borderline-Syndrom (Dyn. Psychiatrie 40 [317–348]) hat *Ammon* jedoch nachgewiesen, daß narzißtische Störungen dem Borderline-Syndrom und damit den archaischen Ich-Krankheiten zuzuordnen sind. Auf dem Boden der Ich-strukturellen Theorie *Ammons* erweisen sich somit die Positionen *Kohuts* und *Kernbergs* als relativ und ihre Debatte verliert vor diesem Hintergrund ihren grundsätzlichen Charakter. Die Symptomatik und Psychopathologie narzißtisch gestörter Patienten, wie Störungen des Selbstwertgefühls und der Arbeitsfähigkeit, tendenziell perverse Sexualität, Gefühle der inneren Leere und Beziehungslosigkeit, Depressionen und archaische Abwehrmechanismen beweisen, daß hier gravierende Ich-Strukturdefekte vorliegen, wobei jeder Einzelfall selbst innerhalb einer diagnostischen Kategorie unterschiedlich ausgeprägte und individuelle Defizite aufweist. Gerade an Patienten mit diesen Störungen erweisen sich die Schwierigkeiten des triebpsychologischen Konflikt- und Strukturmodells, welches nur durch immer künstlichere Erklärungsversuche gerettet werden kann.

Die Verfasser führten zwei Fallbeispiele zur Untermauerung ihres Narzißmuskonzeptes an, wobei gerade diese beiden Patienten gravierende Ich-Strukturdefekte aufweisen. So müssen z. B. gerade die Arbeitsstörungen der beiden Patienten als einschneidende Defekte der Identität gesehen werden, in welchem auch Defizite weiterer Ich-Funktionen eingehen, wie z. B. der Kreativität. Die Verwendung archaischer Abwehrmechanismen wie der Verleugnung und der Idealisierung enthüllt Defekte der zentralen Ich-Funktionen wie Ich-Regulation und Abgrenzung, insofern nämlich strukturell gesehen innerpsychische Realität Objekten der Außenwelt zugeordnet werden. Weisen die beiden Patienten auch viele Gemeinsamkeiten auf, so ist jedoch das Schicksal der Aggression bei jedem einzelnen unterschiedlich, wobei gerade hier der Zusammenhang zwischen Ich-Struktur und der von den Autoren gut beschriebenen Familiendynamik ins Auge springt, was von ihnen offensichtlich übersehen

worden ist. So ist die Familie des einen Patienten neben anderem gekennzeichnet durch ein völliges Fehlen offener Aggression, die sich aber durch unbewußte Ablehnung und durch Abgrenzungsverbote indirekt manifestierte. Diese Dynamik spiegelte sich dann auch bei der Patientin wider, deren Aggression autodestruktiv als Identitätsverbot verinnerlicht worden ist, bei gleichzeitiger offener symbiotischer Abhängigkeit von den wichtigen Bezugspersonen. Im anderen Fall wurde die Aggression zwar destruktiv doch offen insbesondere von der Mutter ausgetragen, wodurch dem Patienten hier ein Schritt der Abgrenzung möglich war.

Gerade an diesen Fallbeispielen, die von den Autoren als grundsätzlich unterschiedlich und für die Theorie als entscheidend angesehen werden, und den auf diese folgenden theoretischen Konzeptionen, erweist sich die Überlegenheit der Ich-strukturellen Theorie, welche die mit viel Aufwand an Tiefsinn und Aufregung geführte Narzißmusdebatte ihres grundsätzlichen Charakters entkleidet und ihr einen Ort innerhalb des gleitenden Spektrums der archaischen Ich-Krankheiten zuweist.

André Hertkorn (München)

Edward R. Shapiro, Roger L. Shapiro, John Zinner, David A. Berkowitz
The Borderline Ego and the Working Alliance: Indications for Family and Individual Treatment in Adolescence

Dan H. Buie
Discussion of the Paper by E. R. Shapiro, R. L. Shapiro, J. Zinner and D. A. Berkowitz on "The Borderline Ego and the Working Alliance: Indications for Family and Individual Treatment in Adolescence"

Alle Beiträge in: Int. J. Psycho-Anal. (1977) 58, Part 1

Der Anspruch der Autoren ist, die Auswirkung bestimmter Ich-Defizite des Borderline-Patienten auf das „Arbeitsbündnis" im Hinblick auf „technische Modifikationen" zu untersuchen. Schon in diesen Begriffen zeigt sich, daß der orthodoxe Standpunkt *Kernbergs* zugrunde gelegt wird, Schwierigkeiten, ein Bündnis herzustellen, seien ein ausschließliches Übertragungsphänomen: Wut über die Trennung in der frühen Kindheit wird projiziert, der Therapeut somit zum feindlichen „Objekt". Als therapeutische Konsequenz wird vorgeschlagen, eine familientherapeutische Situation herzustellen, wo der jugendliche Patient im Unterschied zur einzeltherapeutischen Situation den Therapeuten als freundlich erleben kann, indem er ihm hilft, Klarheit zu gewinnen über die Familienkonstellation, wo sich während der Adoleszenz die Trennungsproblematik wiederholt;

die Hilfe des Therapeuten besteht darin, daß er sein „beobachtendes Ich" zur Verfügung stellt.

Buie greift in seiner Diskussion diesen offensichtlichen Widerspruch auf, nämlich ob die Fokussierung auf den Abwehrmechanismus Splitting eine Hilfe ist beim Konflikt des Jugendlichen zwischen Abhängigkeit und Autonomiestreben, wo doch der Therapeut den jugendlichen Patienten gerade auch gegen die Familie unterstützt. Aus seiner klinischen Erfahrung sieht er eher die Auswirkungen realer Frustrationen von Wünschen des Kindes als die Projektion von oraler Aggressivität. Außerdem betont er den Wunsch nach Autonomie als ein grundsätzliches menschliches Bedürfnis.

Nur wird diese Kritik leider nicht weitergedacht. Ein Defizit kann ja nur durch reale Schädigung entstanden sein; was sich in der Identitätskrise des Jugendlichen wiederholt – bezeichnend, daß das Wort Identitätskrise nicht gebraucht wird – ist nichts anderes, als Verbot und Einschränkung durch die umgebende Familiengruppe, wie in der frühen Kindheit. Daß die Autoren „technische Schwierigkeiten" haben in der distanzierten Haltung bei jugendlichen Patienten, ist nicht verwunderlich. *Ammon* (1976) betonte, „daß die therapeutische Interaktion lebenswichtige Funktionen für den Patienten aufbauen hilft", daß Identifikationsangebot und von Empathie getragene Aktivität des Therapeuten notwendig ist. Dies ist aber nur möglich aufgrund eines Konzeptes menschlicher Entwicklung von Identität und Ich-Aufbau in einer umgebenden Gruppe. Die therapeutische Konsequenz in der von *Günter Ammon* entwickelten Dynamischen Psychiatrie ist gerade das Arbeiten an der Ich-Struktur, welches dem Jugendlichen helfen kann, die Aufsplitterung seiner Identität zu bearbeiten. Bedauerlich, daß in einer Zeitschrift wie dem „International Journal" nicht solche Wege der neuen Forschung vorgestellt werden, sondern klinisch längst nicht mehr haltbare Theorien; die Diskussion um *Kernberg* ist längst antiquiert.

Wolfgang Rock (Berlin)

Zwölf Jahre Gruppendynamik in Deutschland – Eine Bilanz

Lothar Nellessen
Zwölf Jahre Gruppendynamik in Deutschland – Bilanz und Perspektiven

Erich Lennertz
Zur historischen Funktion und Dysfunktion der gruppendynamischen Bewegung

Klaus Doppler und Bert Voigt
Entwicklung und Tendenzen angewandter Gruppendynamik in Deutschland – Ein Befragungsergebnis und einige Vermutungen über die nähere Zukunft.

In: Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, Bd. 12, Heft 1/2, Mai 1977

Zum 60. Geburtstag von *Alf Däumling* versuchen einige Autoren eine Würdigung der Gruppendynamik in Deutschland. Zur Besprechung sollen hier die drei Aufsätze herangezogen werden, die unter dem Titel: „12 Jahre Gruppendynamik in Deutschland – Bilanz und Perspektiven" einen Überblick über die Gesamtentwicklung vermitteln wollen. *Nellessen*, der gleichzeitig auch Herausgeber dieses Heftes ist, beginnt mit der Entwicklung der Gruppendynamik in Deutschland in Angleichung an die amerikanischen NTL-Trainings. Die ersten Gruppen *Däumlings* seien sozialpsychologisch fundiert gewesen und hätten gleichzeitig der Verbesserung der Selbst- und Fremdwahrnehmung und dem Erwerb sozialer Fertigkeiten gedient. Ab 1969 sei im „Laboratorium mit flexiblen Strukturen" die Auseinandersetzung mit den funktionalen und fundamentalen Strukturen und Dimensionen von Organisationen und Institutionen . . ." in den Vordergrund gerückt. Ab 1970, aber stärker ab 72, seien Versuche mit anderen Techniken erfolgt, wie Gestalttherapie, Kommunikations- und Verhaltenstherapie, Psychodrama und Meditation innerhalb gruppendynamischer Laboratorien.

Weiter heißt es: „. . . analytisch orientierte Psychotherapie ist zwar eine von Gruppendynamikern praktizierte Wahrnehmungs- und Interventionsform, sie hat sich jedoch nicht in für mich wahrnehmbaren strukturellen Eingriffen in den Laboratoriumsverlauf bemerkbar gemacht, was wohl auch darin liegt, daß die analytisch orientierte Psychotherapie in den letzten Jahren keine nennenswerten, unbedingt zu berücksichtigenden neuen Ergebnisse gezeigt hat. Es herrscht grauer Suboptimierungsalltag."

Jeder Kommentar erübrigt sich dazu. Wer vom „Engpaß persönliche Beziehung" spricht, entlarvt sich als einfach inhuman. Einer technischen Denkweise muß das analytische Verstehen und die Annahme der Gruppe als die conditio sine qua non jeglicher menschlicher Entwicklung zumindest fremd sein.

So findet die DAGG nur noch Teilnehmer für ihre Gruppen in Institutionen, die sich bei einer „technischen" Gruppendynamik am wenigsten hinterfragt fühlen, während die Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft (DGG) als eine aktive Gruppe lebt und arbeitet. Dies zeigt sich an den Menschen, die von ihr erreicht werden. In diesem Jahr hat die DGG fünf Klausurtagungen durchgeführt, z. B. Ostern unter der Leitung von *Günter Ammon* mit nahezu 200 Teilnehmern. Ab November führt sie regelmäßig Gruppendynamische Wochenenden in 25 Städten der Bundesrepublik gleichzeitig durch, ein Beitrag, der mit der Verantwortung an der Gesellschaft ernst macht.

Bei der Suche nach einer übergreifenden Theoriebildung wird bei *Nellessen* der analytische und dabei vor allem der Ich-psychologische und Gruppenansatz mit ein paar Worten abgetan, der die Entwicklung der letzten Jahre und Jahrzehnte im nicht-orthodoxen analytischen Bereich nicht wahrnimmt oder nicht wahrnehmen will. *Däumlings* Votum – hier von *Nellessen* zitiert und übernommen – „in der Praxis eklektisch, in der Theorie synoptisch", klingt solange praktisch, wie sich die eigenen blinden Flecke verbergen lassen und übergreifende Theoriebildungen verleugnet werden können. Die Gruppe ist anscheinend für *Däumling* und *Nellessen* etwas Künstliches, eine gelebte und erlebte Gruppendynamik scheint ihnen unvorstellbar.

Der Autor legt dies dar in seinen Thesen, die er seinen Ausführungen anhängt und in denen deutlich wird, daß die von *Nellessen* vertretene Gruppendynamik immer technokratischer geworden ist und wohl auch noch werden wird:

„14. Mit der Verlagerung des Arbeitsfeldes des Gruppendynamikers in bestehende Institutionen wird die Bedeutung der ‚persönlichen Beziehung' für die Arbeitsweise und berufliche Identiät weiter zugunsten institutioneller Faktoren abnehmen.

15. Auch aus diesem Grund müssen aus Gruppendynamikern z. B. Management- und Organisations- und Entwicklungsmanager werden. . . . Mit verringerter persönlicher Freiheit erkauft er sich höheren Einfluß und Entscheidungsspielraum."

Als zweiter Autor befaßt sich *Lennertz* mit dem Thema: „Zur historischen Funktion und Dysfunktion der gruppendynamischen Bewegung". *Lennertz* geht in seiner historischen Betrachtung auf *Lewin* und auf das Jahr 1946 zurück, in dem mit einem Ausbildungsseminar in New York unter Leitung von *Bradford, Benne* und *K. Lipitt* und unter Beobachtung von *Lewin, R. Lipitt* und *Deutsch, Horwitz* und *Seeman* ein Meilenstein in der gruppendynamischen Bewegung gesetzt wurde. Dieses Seminar wird als Vorläufer der späteren „laboratories" (labs) gesehen. Der Autor verweist weiter auf zwei Ansätze der Gruppendynamik und -therapie, nämlich die T-Gruppen in Amerika und die eher medizinisch orientierten Therapiegruppen des Londoner Tavistock Instituts. Der Autor diskutiert

weiter die Feststellung *Argyles*, „daß gefährdende Trainings solange nicht durchgeführt werden sollen, bis sichergestellt ist, daß den Teilnehmern ernste emotionale Störungen erspart bleiben." Interventionen seien nach *Argyle* zulässig, wenn sie zur Verbesserung sozialer Fertigkeiten beitragen. *Lennertz* weist mit Recht darauf hin, wie unterschiedlich das Klientel und deren Erwartungen sind.

Wenn der Autor weiter die Frage *Argyles* über „Entscheidungskompetenz" (Welches Ziel soll die angestrebte Veränderung haben?) und „Änderungskompetenz" (Wie erreiche ich die angestrebte Veränderung?)diskutiert, so wird auch hier deutlich, daß ein übergreifendes Konzept fehlt. Das Ich-strukturelle Konzept der Berliner Schule hat dieses Problem nicht und muß demgemäß auch nicht vom „Klientenstandort" im Gegensatz zum „Therapeutenstandort" reden: Gruppe als Lebensform und Naturgeschehen gegenüber künstlicher Technik!

Lennertz vertritt weiter den Standpunkt, „daß Interaktionen im gruppendynamischen Geschehen von allgemeinen gruppentherapeutischen Wechselwirkungen nicht prinzipiell unterschieden werden müssen". Wie bereits oben angesprochen, fehlt hier wohl der übergreifende Ansatz, der es dem Autor ermöglichen würde, klarere Linien zu ziehen. Es bleibt allerdings der Eindruck, daß *Lennertz* sich, indem er schreibt, den Problemen entzieht.

Doppler und *Voigt* sind die Autoren des dritten Aufsatzes: „Entwicklung und Tendenzen angewandter Gruppendynamik in Deutschland". Auch diese Autoren sind nicht in der Lage, ihrem Titel gerecht zu werden. Sie beziehen sich lediglich auf die Sektion Gruppendynamik der DAGG. Direkt zu Beginn zeigt sich an einem Indiz – von 93 angeschriebenen Sektionsmitgliedern beantworten nur 23 den zugeschickten Fragebogen – wie wenig Gruppenselbstverständnis hier vorliegt. Wer so wenig Gruppenzugehörigkeit zeigt, der kann wohl kaum ernsthaft die Gruppe als tragendes Milieu erlebt haben. Nimmt man die Gruppe aber in diesem wesentlichen Punkte nicht ernst, so bietet sie sich als Spielplatz eines mit Omnipotenzphantasien behafteten Trainers an. Der Gedanke der eigenen Gruppe – die Sektion oder eine Trainergruppe – als Kontrollgruppe scheint fremd zu sein. Es erhebt sich die Frage, wie eine Gruppe, die selbst keine Gruppe ist, mit Gruppen arbeiten kann?

Die Autoren stellen verschiedene Trainingskonzepte gegenüber und betrachten deren Entwicklung (Häufigkeit) von 1970–1976. Die lebhafteste Entwicklung haben danach im Bereich der DAGG das Sensitivity-Training und das Skill-Training. Während das Skill-Training bis heute kontinuierlich ansteigt, erreichte das Sensitivity-Training 1974 einen Höhepunkt und fällt auf die Ausgangsbasis zurück. Ebenfalls stetig ansteigend zeigt sich das Organisationstraining, während das thematisch fokussierte Skill-Training der Entwicklung des Sensitivity-Trainings folgt. Deutlich wird im weiteren Verlauf des Aufsatzes, daß die Gruppendyna-

mik der hier vertretenen Autoren mehr und mehr eine Gruppendynamik der Institutionen und im selben Maße immer „trainierender" im Sinne von Anerziehen wird. Auffallend ist auch die Tatsache, daß fast viermal soviel Trainer durch Institutionen beauftragt als Trainings durch die Trainer frei angeboten werden.

Wie eine weitere Darstellung zeigt, ist mittlerweile die Industrie/Verwaltung zum eigentlichen – weil wichtigsten – Partner der hier beschriebenen Gruppendynamik geworden. Dies zeigt sich auch darin, daß sich offensichtlich in diesem Kreis auch die Arbeitswoche als äußerer Rahmen für Trainings durchgesetzt hat. Die Autoren schreiben zwar, daß neben diesem Bereich die personorientierte, teilweise therapeutische Gruppendynamik weiter bestehen würde, aber hier drängen sich wieder alle Probleme auf, die bei den anderen Autoren schon angesprochen wurden.

Zurück bleibt nach dem Lesen der Aufsätze nur Unbehagen: einmal über die traurige Entwicklung der gruppendynamischen Praxis der DAGG in Richtung eines angepaßten Management- und Verwaltungstrainings und zum anderen über das Fehlen jedes eigenen theoretischen Gruppenkonzepts, das über die Anfänge der Arbeiten *Lewins* vor nunmehr dreißig Jahren hinausgeht. Letztlich liegt genau in diesem Punkt der Grund für die Ignoranz und die Hilflosigkeit, sich mit anderen Konzepten auseinanderzusetzen. Daß in einem geschichtlichen Überblick *Günter Ammon* und die von ihm ins Leben gerufene Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft (DGG), die erste Fachgesellschaft in Deutschland für Gruppenpsychotherapie, nicht erwähnt werden, ist unbegreiflich.

Hier offenbart sich Identitätslosigkeit hinter einer gruppendynamischen Technik. Weder wissenschaftlich noch menschlich kann diese Haltung überzeugen.

Klaus Kuhlmann (Düsseldorf)

Nachrichten

Bericht über die 5. ordentliche Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM) e. V.

Am 24. 4. 1977 fand in den Räumen des Müchener Lehr- und Forschungsinstitutes der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) die 5. ordentliche Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM) e. V. statt.

Neben der Auseinandersetzung um die Weiterentwicklung der theoretischen Konzeption sowie der Fort-, Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten stand die 5. ordentliche Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM) zentral im Zeichen eindeutiger konzeptioneller und institutioneller Abgrenzung in bezug auf ihre Identität und ihr Selbstverständnis gegenüber anderen psychosomatischen Vereinigungen im In- und Ausland.

Im Rahmen ihrer Ansprache hob die Präsidentin Dr. med. *Karin Schibalski-Ammon* die Entwicklung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM) hervor, die inzwischen 188 Mitglieder umfaßt. Sie umriß die neuesten Ergebnisse der Forschung sowie die konzeptionelle Weiterentwicklung fachspezifischer Gruppen für psychosomatisch tätige Ärzte.

Bedeutsam für die Entwicklung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM) in Lehre, Forschung und Prophylaxe ist die in diesem Jahr erfolgte Anerkennung ihrer Gemeinnützigkeit.

Nach Rücktritt des alten Vorstandes wurde der neue Vorstand gewählt. Er setzt sich folgendermaßen zusammen:

Präsident:	Dr. med. *Jan Pohl* (München), Leiter des Münchner Lehr- und Forschungsinstituts der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP).
1. Vizepräsidentin:	Dr. med. *Dieta Biebel* (München), Fachärztin für Gynäkologie, Lehranalytikerin der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP).
2. Vizepräsident und Exekutivsekretär:	Dr. med. *Hartwig Volbehr* (Berlin), Lehranalytiker der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP).
Schatzmeister:	Dr. med. *Klaus Heuschen* (Düsseldorf), Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Lehranalytiker der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP).

Als Beisitzer
wurden gewählt: Dr. med. *Mathias Hirsch* (Düsseldorf),
Dr. med. *Brigitte Marsen* (Berlin),
Dr. med. *Willi Rohrwasser* (Düsseldorf),
Winfried Schibalski, Psychiater (München),
Dr. med. *Rolf Schmidts* (München),
Ingeborg Urspruch, Psychiaterin (Berlin).

Der neugewählte Präsident Dr. *Pohl* betonte in seiner Antrittsrede die Beziehung zwischen dem notwendigen psychosomatischen approach und einer damit verbundenen grundsätzlichen Haltung in Forschung, Lehre und Balintgruppenarbeit, deren kompromißlose Abgrenzung als Ausdruck einer therapeutischen Haltung auch die internationale Zusammenarbeit bestimmen muß. In diesem Sinn besteht die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin darauf, voll ihren Platz innerhalb des International College of Psychosomatic Medicine als erste und größte Fachgesellschaft für psychosomatische Medizin in Deutschland zu beanspruchen.

In diesem Zusammenhang wird auf dem 4. Kongreß des International College of Psychosomatic Medicine in Kyoto eine Delegation der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM) unter Leitung von Dr. *Pohl* teilnehmen und in Haupt- und Kurzreferaten die klinische und wissenschaftliche Arbeit unserer Schule im internationalen Rahmen vertreten. Als derzeitiger Delegierter für Deutschland im International College of Psychosomatic Medicine schlug Dr. med. *Günter Ammon* Dr. med. *Jan Pohl* (München) als Delegierten und Dr. med. *Karin Schibalski-Ammon* (München) als alternierende Delegierte vor. Die Wahl wurde entsprechend der Satzung des International College of Psychosomatic Medicine durchgeführt und die Wahlvorschläge mit absoluter Mehrheit angenommen.

Entsprechend dem Auftrag der letzten Mitgliederversammlung vom 5. 12. 76 berichtete Dr. med. *Regine Schneider* über den Stand der Verhandlungen im Hinblick auf die Vertretung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM) in der World Federation for Mental Health, innerhalb derer sie inzwischen als zweite nationale Delegierte für Deutschland gewählt wurde.

An weiteren Aufgabenbereichen wurde die Entwicklung von Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Ärzte vorgetragen, wobei die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM) jetzt auch mit großem Erfolg Juniorbalintgruppen für Medizinstudenten in klinischen Semestern in München, Berlin und Düsseldorf eingerichtet hat, um dem Ausbildungsdefizit innerhalb des Medizinstudiums entgegenzutreten. Diese Arbeit wird in einen systematischen Ausbildungsgang für Medizinstudenten integriert. Ebenso wurden Ausbildungsrichtlinien für Leiter von themenzentrierten gruppendynamischen Gruppen für psychosomatisch tätige Ärzte entwickelt. Es wurde ein überregionaler Fachbereich

unter der Leitung von Dr. med. *Dieta Biebel* für fachspezifische Gruppendynamik für Ärzte und Medizinstudenten und psychosomatische Forschung eingerichtet.

Wesentlich für diese Forschungsprojekte der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM) ist die Weiterentwicklung des Persönlichkeitsprofils nach *Ammon* und dessen Standardisierung, wobei erste Ergebnisse bezüglich der Ich-Funktion der Aggression vorliegen, die auf dem IX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 10.–14. 6. 1977 vorgetragen wurden.

Nach einer großen Zahl von Neuaufnahmen in die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM) wurden aufgrund ihrer Verdienste in Forschung, Lehre und Therapie folgende Mitglieder nach einstimmigem Beschluß der Mitgliederversammlung die Fellowship verliehen:
Gisela Ammon (Berlin), Dr. med. *Karin Schibalski-Ammon* (München), Dr. med. *Béla Buda* (Budapest), Prof. *Nicholas Destounis*, M. D., Ph. D. (Michigan), Dr. med. *Wilfried Dorfmann* (New York), Dr. phil. *G. H. Graber* (Bern), Dipl.-Psych. *Ursula Keller* (Düsseldorf), Prof. Dr. *Jules Massermann* (Chicago), Prof. *Lucio Pinkus* (Rom), Prof. Dr. med. *Erwin Ringel* (Wien), Dr. med. *Regine Schneider* (Düsseldorf).

Karin Schibalski-Ammon, Winfried Schibalski (München)

*IX. Internationales Symposium der DAP****

Béla Buda

In diesem Jahr wurde das Internationale Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) in München in den Konferenzräumen eines der größten technischen Museen Europas, des auf einer Insel der Isar liegenden Deutschen Museums, veranstaltet. Das Symposium wurde nach ähnlichen Prinzipien gestaltet wie in früheren Jahren: Das Programm umfaßte einen breiten Themenkreis, die Referenten waren ausgewählt, die Vorträge sorgfältig vorbereitet und die Zuhörer in den Diskussions- und Arbeitsgruppen zu aktiver Teilnahme angeregt.

Das Thema des Symposiums war in diesem Jahr „Theorie und Praxis der Dynamischen Psychiatrie". Im Laufe der letzten fünf Jahre hatte ich Gelegenheit, an allen internationalen Symposien der DAP teilzunehmen. Meine Berichte, die die Zielsetzung und die Entwicklung wie auch die Organisationsform der internationalen Symposien der DAP behandelten,

* Dr. med., Psychoanalytiker und Psychiater, Budapest
** Übersetzung eines Kongreßberichtes, veröffentlicht in „Orvosi Hetilap" (ungarisches ärztliches Wochenblatt) 118. Jhg., Nr. 33

wurden in der Zeitschrift Orvosi Hetilap veröffentlicht: Über Taormina 1975 in 1976/117. Jg., 29, S. 1775–1776, über Düsseldorf 1976 in 1976/117. Jg., 51, S. 3119–3120. Mit dem Hinweis auf diese Berichte möchte ich hier nur anmerken, daß die DAP eine moderne Richtung der Psychoanalyse darstellt, die sich inzwischen zu einer dynamisch-psychiatrischen Schule entwickelt hat. Sie integriert die klassische Psychoanalyse mit neuen therapeutischen Methoden, zum Beispiel der ambulanten Milieutherapie und der Gruppentherapie, teils macht sie Psychotherapie durch eine Konzeptänderung breiteren Kreisen psychiatrischer Patienten als bisher zugänglich.

Die DAP wird auch – nach ihrem Sitz – als Berliner Schule der Psychoanalyse bezeichnet. Diese Richtung gründet sich auf die theoretische und praktische Tätigkeit des in Berlin arbeitenden Psychiaters und Psychoanalytikers *Günter Ammon* und entwickelt sich unter seiner Leitung fort. In Kürze wird neben den psychotherapeutischen Praxen und den Ausbildungsinstituten in Berlin, München und Düsseldorf noch ein weiteres Institut in Hamburg eröffnet. Die Zahl der sich um Ausbildung bewerbenden Ärzte und Diplom-Psychologen ist sehr hoch, die therapeutische Arbeit ist beträchtlich. Auf dem Symposium wurde erwähnt, daß im Rahmen der DAP gegenwärtig 1200 Patienten behandelt werden. Das wissenschaftliche Gewicht dieser Richtung wird immer größer, das Interesse der Fachkollegen wächst ständig, woraus sich erklärt, warum das Jahressymposium, das ursprünglich kleine Teilnehmerzahlen bevorzugte, diesmal zum Treffpunkt für 500 Fachkollegen wurde und sich somit in vieler Hinsicht den großen internationalen Kongressen näherte.

Das immer größer werdende Interesse ist wohl auch der Tatsache zuzuschreiben, daß diesmal ein sehr umfangreiches und aktuelles Thema auf der Tagesordnung stand, die Frage nämlich der Entwicklung und Praxis einer Dynamischen Psychiatrie durch die psychoanalytische Schule der DAP und die Frage, wie diese in der Praxis der psychiatrischen Versorgung ihre Aufgabe erfüllt. Hierüber gaben die aus vierzehn Ländern kommenden Referenten Rechenschaft, wobei die größte Gruppe der Referenten von den leitenden Mitarbeitern der DAP gebildet wurde. Das Symposium wurde feierlich durch die Begrüßungsworte des Bürgermeisters von München und des Vertreters der Bayrischen Landesregierung sowie ausländischer Teilnehmer eröffnet. Wie auch auf den früheren Symposien stand *Ammons* Hauptreferat als erstes auf der Tagesordnung. Er gab eine Zusammenfassung und einen Überblick über das Thema des Symposiums. *Ammons* Referate waren schon auf den früheren Symposien außerordentliche wissenschaftliche Ereignisse, die die häufig sehr komplizierte Thematik detailliert erörterten. Diesmal stand das Grundproblem der Dynamischen Psychiatrie im Mittelpunkt seines Vortrages, und zwar die spezielle Krankheitslehre, die dynamisch-psychiatrische Nosologie. Diese besteht darin, daß die psychiatrischen Erkrankungen im Spek-

trum der Störungen bzw. der Defizite der Ich-Entwicklung gedeutet werden und daß jeder charakteristischen Störung eine spezielle Pathologie zugeordnet wird, je nach dem, wann die Schädigung oder Verzerrung der Ich-Entwicklung eingetreten ist und welche Art von interpersoneller Pathologie der umgebenden Primärgruppe, der Familie, daran beteiligt war. Dem Konzept des Borderline-Syndroms wird in dieser Theorie eine wichtige Rolle zugewiesen und mit seiner Hilfe wichtige theoretische und praktische Fragen geklärt (s. dazu meinen Bericht über das Symposium 1976 in Düsseldorf). Ebenfalls bedeutend ist die funktionelle Interpretation des Symptoms und des Symptomverhaltens – das Symptom als eine Erscheinung, die die Ich-Funktionen vor totaler Desintegration schützt und ihre strukturellen Mängel kompensiert – und auch die These der nachholenden Ich-Entwicklung, die das Gerüst der Theorie bildet. Für dieses theoretische System brachte *Ammon* sehr viele Beweise und Daten in seiner sehr logischen Erörterung. Er nahm ausdrücklich gegen die erbbiologische Krankheitslehre Stellung, plazierte die Ätiologie psychiatrischer Krankheitsbilder in die Ontogenese der Persönlichkeit bzw. des Ichs und der Identität. Er berichtete über die therapeutischen Ergebnisse der DAP, über die anstehenden katamnestischen Untersuchungen sowie über die Bemühungen um die Ausarbeitung neuer persönlichkeitsdiagnostischer Testmethoden. Er hielt die Kombination verschiedener therapeutischer Methoden in der Dynamischen Psychiatrie für angebracht, da die Behandlungsmethodik sich nach der Art und Schwere der Ich-Störung richten muß.

Jan Pohl, der Leiter des Münchner Instituts, schloß sich in seinem Referat *Ammons* Vortrag an, indem er über die Aktivitäten der im Sinne der Dynamischen Psychiatrie gegründeten und geleiteten Münchner Dynamisch-Psychiatrischen Klinik berichtete. Obgleich der Vortrag viel Theorie enthielt, war er trotzdem von großer praktischer Bedeutung, da *Jan Pohl* eine detaillierte Zusammenfassung der Arbeit in der Münchner Klinik gab. Sie arbeitet nach den Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft, die psychologische Motivation des Personals ist hoch, woraus sich auch erklärt, daß sogar die Mitarbeiter, die nicht unmittelbar an der Krankenversorgung beteiligt sind, an der ständigen gruppendynamischen Arbeit der Personalgruppe teilnehmen. In der Klinik werden Milieu- und Gruppenpsychotherapien durchgeführt, die je nach Notwendigkeit mit Einzeltherapie kombiniert werden. Die Basis des ganzen Systems der Dynamischen Psychiatrie bildet die ambulante Behandlung, so daß in die Klinik nur die schwerstkranken, für eine selbständige Lebensführung unfähigen Patienten aufgenommen werden. Die Therapieerfolge der Klinik sind sehr gut. *Jan Pohls* später vorgeführter Film stand hierfür als überzeugender Beweis. (Dieser Film wurde von verschiedenen bundesdeutschen Fernsehanstalten ausgestrahlt.) Der Film zeigte überzeugend, wie erfolgreich die Münchener Dynamisch-Psychiatrische Klinik arbeitet und

wie sie die für das Funktionieren einer therapeutischen Gemeinschaft so wichtige demokratische Atmosphäre schafft. Eines der größten Verdienste in *Pohls* Vortrag bestand darin, daß er aufwies, daß die in *Ammons* Vortrag aufgezeigte Theorie für die Tätigkeit in der therapeutischen Gemeinschaft eine wesentlich stabilere Grundlage bieten kann als jede andere in der Literatur bekannte Theorie, und zwar dadurch, daß sie ungleich umfassender ist und Einzelbemühungen anderer Autoren in einem Gesamtsystem integriert.

Für mich bedeutete es eine große Ehre, als derjenige ausländische Kollege, der mit der DAP in der engsten Verbindung steht, Chairman bei diesen Vorträgen sein zu dürfen.

Die weiteren deutschen von DAP-Vertretern gehaltenen Vorträge waren ähnlich gestaltet wie in den früheren Symposien, sie waren sorgfältig ausgearbeitet, verfügten über ein hohes Niveau, brachten konkrete Angaben und sehr interessante Falldarstellungen, die sich an *Ammons* Erörterungen illustrierend anschlossen. Wie ich aus persönlichen Mitteilungen erfuhr, wurden alle Referate im Kreis der DAP-Mitarbeiter vorher ausführlich diskutiert und erst nach eingehender Durcharbeitung vor das Symposium gebracht. Als Ergebnis zeigte sich, daß alle Referate außerordentlich logisch aufgebaut und interessant waren. *Ursula Kellers* Vortrag war hervorragend, sie stellte die Behandlungsstrategie der Dynamischen Psychiatrie am Beispiel der Therapie eines exhibitionistischen Patienten vor; *Gisela Ammons* Referat über die Beobachtungen und Untersuchungen in den psychoanalytisch geleiteten Kindergärten brachte weitere Belege für *Ammons* Theorie; *Gerd Röhling* sprach über eine neue Interpretation und Typologie der Akohol- und Suchtkrankheiten, die auf *Ammons* Krankheitslehre aufbaute. Man hörte weitere sehr interessante Beiträge über bestimmte therapeutische Momente oder psychopathologische Erscheinungen, die einer besonderen psychotherapeutischen Methodik bedürfen, z. B. die Referate von *Winkelmann, Biebel, Karin Ammon-Schibalski* und anderen. Die Vorträge über die Anwendungsmöglichkeiten der in der DAP praktizierten therapeutischen Methoden in traditionell geführten Institutionen oder auf somatischen Stationen brachten neue Aspekte in das Symposium. Wenn es nämlich gelingt, mit dem Personal zu arbeiten und die Arbeitsbedingungen für die Dynamische Psychiatrie auf diesem Wege zu sichern, können die Ergebnisse trotz äußerlich schwieriger Umstände sehr gut ausfallen.

Die ausländischen Referenten behandelten verschiedene interessante Fragen. Unter ihnen waren *Igor Caruso* (Salzburg), *Dan G. Hertz* (Jerusalem), *Erwin Ringel* (Wien), *Claus B. Bahnson* (Philadelphia), *Herman Musaph* (Amsterdam) und weitere aus der Fachliteratur bekannte Persönlichkeiten. Ein polnischer Kollege berichtete über die Anwendung der Dynamischen Psychiatrie in der Behandlung von Alkoholikern. *Ringel* behandelte Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Dynamischer

Psychiatrie und Antipsychiatrie. Nach *Ringel* will die Dynamische Psychiatrie weder das Konzept der Krankheit noch die Berechtigung der Nosologie aufgeben, sie sucht lediglich Wege, die von den traditionellen abweichen. Sie will die Institution Psychiatrie nicht annullieren, wünscht jedoch eine humanere und psychisch kranken Patienten mehr entsprechende Krankenversorgung. Mein Vortrag behandelte die Rolle der Ehe- und Familientherapie innerhalb der Theorie und Praxis der Dynamischen Psychiatrie.

In den thematischen Arbeitsgruppen diskutierten die Teilnehmer verschiedene Fragen. Fragenkomplexe waren zum Beispiel die Kritik der traditionellen Nosologie, *Ringels* Thesen, verschiedene methodologische Aspekte der in den DAP-Instituten laufenden Forschung, etc. Ich selbst leitete eine Arbeitsgruppe, in der wir die Frage diskutierten, wie die psychotherapeutischen Bedingungen oder im allgemeinen die Bedingungen der psychiatrischen Krankenversorgung die Diagnose und die Therapieführung beeinflussen können.

Während des Symposiums tagte der wissenschaftliche Beirat der DAP. Als Mitglied des Beirats konnte ich mir ein eingehendes Bild über die Entwicklung und die weitere Perspektive der DAP verschaffen. Es wurde dort z. B. berichtet, wie die audiovisuelle Registrierung der in den verschiedenen Instituten laufenden Therapien im Dienste von Forschung und Ausbildung voranschreitet, welche Bemühungen um katamnestische Untersuchungen im Gange sind und wie der weitere Ausbau der Institute vorgenommen wird. Neben dem demnächst zu eröffnenden Institut für Ausbildung und ambulante Versorgung steht als wichtigster Punkt die in West-Berlin geplante Dynamisch-Psychiatrische Klinik auf dem Programm. Für die Zunahme der Bedeutung der DAP spricht auch, daß der Senat der Stadt West-Berlin einen großen Teil der Kosten für das nächste Symposium übernehmen will, das im Herbst 1978 in West-Berlin stattfinden wird. Bisher erhielt die DAP nur wenig offizielle Anerkennung und die Veranstaltungen wurden finanziell nicht unterstützt.

Die Organisation des IX. Internationalen Symposiums war beispielhaft, obwohl die große Teilnehmerzahl und das umfangreiche Programm die Veranstalter vor eine schwere Aufgabe stellte. Das Programm lief pünktlich und ohne Störungen ab. In den Räumen des Hotels Bayrischer Hof fand ein großartiger Empfang statt. Dieser sowie die gemeinsamen Mahlzeiten und die Diskussions- und Arbeitsgruppen machten rege Kontakte und einen intensiven Informationsaustausch auch außerhalb des offiziellen Programms möglich. Wie auch auf den früheren Symposien fanden die Referenten aus den sozialistischen Ländern eine besonders herzliche Aufnahme. Ich habe es besonders deutlich gespürt und bin Herrn *Ammon,* Herrn *Pohl* als dem regionalen Veranstalter des Symposiums und der gesamten Leitung der DAP besonderen Dank schuldig. Sowohl in theoretischer als auch in therapeutisch-technischer Hinsicht war das

Symposium für mich sehr fruchtbar, und ich kehre auch diesmal mit dem Gefühl nach Hause, daß ich viel mehr Kenntnisse, Anregungen, neue Daten, Kritik und "feed-back" erhielt, als man auf anderen internationalen Kongressen oder Veranstaltungen gewöhnlich erwerben kann. Die Teilnahme hatte für mich Sinn und Nutzen. Durch die Vielzahl der angemeldeten Referate war die DAP diesmal gezwungen, Parallelveranstaltungen zu organisieren, so daß ich dadurch einige Vorträge nicht anhören konnte. Ich mußte aber einsehen, daß bei so großer Teilnehmerzahl und so reichem Programm für die DAP keine andere Wahl blieb.

Für die Möglichkeit, der Einladung der DAP folgen zu können, gilt mein Dank Herrn Professor *Istvan Tariska,* meinem Arbeitsvorsteher, und der Abteilung für internationale Beziehungen des Ministeriums für das Gesundheitswesen. Sämtliche Kosten meiner Teilnahme wurden durch die DAP übernommen.

Béla Buda (Budapest)

4. Kongreß des International College of Psychosomatic Medicine

Eine Delegation der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM) nahm unter Leitung ihres Präsidenten und gewählten Delegierten für Deutschland im ICPM, Dr. *Jan Pohl,* vom 4. bis 9. September 1977 am 4. Kongreß des International College of Psychosomatic Medicine in Kyoto (Japan) teil. Mit großem Interesse wurden dabei die wissenschaftlichen Beiträge der Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin aufgenommen, in denen in Abgrenzung von orthodoxen, neo-Freudianischen und psychophysiologischen Konzepten das von *Ammon* entwickelte Strukturmodell, in dem die enge Verflechtung des psychosomatischen Krankheitsgeschehens mit dem Ergebnis einer realen Familiendynamik in der Ich-Struktur des Kranken dargelegt und zu neuen therapeutischen Strategien jenseits der Analyse einer triebpsychologischen Konfliktdynamik in Beziehung gesetzt wurde.

Stellvertretend trug Dipl.-Psych. *Andreas von Wallenberg* den Vortrag von *Ammon* "Psychosomatic Illness as a Result of a Deficit in Ego-Structure under Consideration of the Genetic, Dynamic, Structural and Group Dynamic Point of View" vor. In diesem Konzept wurden die Ichstrukturellen Defizite für die psychosomatische Krankheit als einer in der Familiendynamik verkrüppelten Kommunikation dargelegt. *Ammon* legte gleichzeitig eine differenzierte Diagnostik vor, die mit einer entsprechenden therapeutischen Strategie und Psychogenese korreliert wurde. Erst so kann eine Forschungssituation erstellt werden, die über ein umschriebenes Konzept triebpsychologischer oder anderer Provenienz hinausreicht und detaillierte familiendynamische Aspekte der psychosomatischen Erkrankung adäquat berücksichtigt.

Anhand der im Sinne der *Ammon*schen Theorie konzipierten Modellklinik für Dynamische Psychiatrie in München sprach *Pohl* in seinem Vortrag zu dem Thema "The Dynamic Psychiatric Clinic as an Interpersonal Field of the Science of Psychosomatic Treatment". Er legte dar, daß die Klinik als Beobachtungsfeld zwischenmenschlicher Wahrnehmung gerade für den Psychosomatiker von hervorragender therapeutischer Wichtigkeit ist, weil seine verkrüppelte Emotionalität reduziert ist auf eine psychosomatische Wahrnehmung, die emotionale Lebensäußerungen weitgehend bindet. Der nachholende Strukturaufbau des psychosomatisch Kranken, bei dem vor allem eine Schädigung der zentralen Ich-Funktionen der Identität, des Körper-Ichs und der Aggression vorliegt, ist durch die integrative Funktion der verschiedenen Gruppenebenen der Klinik möglich und kann so auch als Gruppenstrukturaufbau beschrieben werden. *A. von Wallenberg* schilderte dabei als Mitarbeiter dieser Klinik detailliert den Prozeß eines Strukturgewinns, der möglich ist, wenn psychosomatisches Krankheitsgeschehen zum Gegenstand der Kommunikation der Klinikgruppe wird. In zwei Referaten wandte sich *K. Schibalski-Ammon* gegen die mit dem Begriff „Unbehandelbarkeit" verknüpfte sogenannte mangelnde Motivation psychosomatisch Kranker, indem sie die mangelnde Motivation als ein Ich-defizitäres Geschehen psychogenetisch beschrieb. Mit Hilfe inhaltsanalytischer Methodik wurden die klinischen Erfahrungen einer vorwiegend nach innen gerichteten Destruktivität zusätzlich unterstützt. Resultierend aus dem Verständnis der psychosomatischen Erkrankung, die bei sehr unterschiedlichen Krankheitsbildern zu beobachten ist und kompensatorische Funktion hat, die der Stabilisierung eines defizitären Ichs dient, beschrieb *H. Volbehr* die spezifischen Indikationen zur gruppenpsychotherapeutischen Behandlung. Dieser Indikation zu einer analytischen Gruppenpsychotherapie, die *Ammon* immer wieder insbesonders aufgrund des Aggressionsdefizits psychosomatisch Kranker betonte, wandten sich auch *W. Rock* in der speziellen Anwendung bei einer anorektischen Patientin und *R. Krüger* bei einem Patienten mit Enuresis nocturna zu.

Interessant war in diesem Zusammenhang die Parallelität der Haltung verschiedener Vertreter der einzelnen Länder auf wissenschaftlicher und organisatorischer Ebene und zwar insofern, als die eindeutige und ehrliche Position der DGPM innerhalb des Governing Body und des House of Delegates einer manipulativen Unredlichkeit von Seiten führender Vertreter des ICPM gegenüberstand. Neben freundschaftlicher Kooperation mit Vertretern vieler Nationen, insbesondere von Israel, Griechenland und Brasilien, ergaben sich vor allem interessante Parallelen in der wissenschaftlichen Position der DGPM und der japanischen psychoanalytischen Gruppe um *Okonogi*. Sie alle werden im nächsten Jahr am X. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse in der Kongreßhalle Berlin mit dem Thema „Psychosomatische Erkrankung und Depression" teilnehmen.

Karin Schibalski-Ammon (München)

Weltkongreß der World Federation for Mental Health (WFMH)

Die World Federation for Mental Health (WFMH) führte vom 21.–26. August 1977 in Vancouver/Kanada ihren diesjährigen Weltkongreß durch, der unter dem Thema stand: "Todays Priorities in Mental Health: Knowing and Doing."

Die Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft (DGG) wurde auf dem Kongreß von Dr. *Regine Schneider* vertreten. Außerdem nahm Dr. *Regine Schneider* als stellvertretende Delegierte des Deutschen Nationalkomitees der WFMH an der Sitzung des Executive Board der WFMH teil. Der Kongreß fand in der British Columbia University von Vancouver statt und wurde von 2000 Teilnehmern aus 44 Nationen besucht.

Entsprechend seinem Thema hatte sich der Kongreß als Arbeitsprogramm die Aufgabe gesetzt, innerhalb der Vorträge und besonders in den zahlreichen Workshops sowohl eine Bestandsaufnahme der Gesundheitsfürsorgeprogramme der einzelnen Nationen (Mental-Health-Programme) zu machen und diese hinsichtlich ihrer Effektivität und ihrer Schwächen zu prüfen. Zum anderen war es inhaltlich Ziel des Kongresses, in einem intensiven Informations- und Erfahrungsaustausch über im Sinne der Mental-Health-Bewegung real durchgeführte Gesundheitsfürsorgeprogramme Prioritäten und Schwerpunkte in den Plänen, Arbeitsprogrammen und Behandlungskonzepten des öffentlichen Gesundheitswesens zu erarbeiten und festzulegen. Damit konnte jeder Kongreßteilnehmer durch aktives Partizipieren praktisch realisierbare Anregungen und Erkenntnisse gewinnen, um diese im eigenen Arbeitsbereich anwenden zu können. Die Themen und Diskussionen in den Workshops zeigten, daß die Probleme der Gesundheitsfürsorge nicht für bestimmte Länder spezifisch, sondern weltumfassend sind. Es handelte sich um Themen wie: die Versorgung psychisch Kranker in Kliniken; die ambulante Behandlung psychisch Kranker als Vor- und Nachsorge der stationären Behandlung; Prävention und Prophylaxe psychischer Erkrankung; der Umgang mit dem weltweiten Drogen- und Alkoholproblem; Selbstmordprophylaxe; präventive Gesundheitsfürsorge für Kinder und Jugendliche; der Umgang mit Tod und Sterben und dem Altwerden; der Umgang mit der Gewalt, mit Inhaftierten usw.

Nach meinen Beobachtungen ist der Trend der Mental-Health-Bewegung der, daß immer mehr als Priorität die wissenschaftliche und empirische Erforschung menschlichen Verhaltens in den Vordergrund rückt, wobei die Persönlichkeit des Menschen, die sich in seinem Verhalten ausdrückt, mit ihren Störungen ganz eindeutig und übereinstimmend im Zusammenhang mit den Persönlichkeiten der Familiengruppe und im weiteren Sinne mit der Großgruppe der Gesellschaft gesehen wird. In allen Diskussionen konnte ich feststellen, daß wir mit dem theoretisch integrierten und praktisch angewendeten Ich- und Gruppenkonzept nicht

nur im Zentrum der weltweiten Mental-Health-Bewegung stehen, sondern bereits therapeutisch praktizieren, was der Weg der Zukunft sein wird.

Unter den namhaften Wissenschaftlern, die auf dem Kongreß sprachen, waren *Margret Mead, Karl Menninger, Virginia Satir* und *Bertram Brown.* Eine der meist beachteten Sprecherinnen war *Rosalynn Carter,* die eine Grußbotschaft des Präsidenten der Vereinigten Staaten verlas.

Jeweils am späten Nachmittag fanden die regionalen Workshops statt. Im European Workshop unter der Leitung von *Marianne Cederblad,* Vicepresident for Europe, versammelten sich 56 Kongreßteilnehmer aus Europa. Auch hier bildeten die Teilnehmer kleine Gruppen, um sich selbst gestellte Themen der Gesundheitsfürsorge zu diskutieren. Diese Arbeitsergebnisse wurden in einer Schlußveranstaltung vorgetragen. Dabei entstand auf Anregung von *Edith Morgan* (London), die Dr. *Cederblad* als Vizepräsidentin in den kommenden zwei Jahren ablöst, der Plan, diesen wertvollen Erfahrungsaustausch in Form eines Europäischen Bulletins fortzusetzen. *Edith Morgan* schlug vor, daß jedes im European Workshop vertretene Land jährlich einen Vertreter wählt, der die einzelnen Mitgliederorganisationen der WFMH seines Landes auffordert, kurze Berichte über ihre Aktivitäten (d. h. Arbeits- und Forschungsprojekte, wissenschaftliche Veranstaltungen, Kongresse usw.) zu erstellen. Diese werden dann in einem von *Edith Morgan* herausgegebenen Europäischen Bulletin veröffentlicht. Ziel ist es, den begonnenen wissenschaftlichen und praktischen Erfahrungsaustausch auf europäischer Ebene fortzusetzen. Für die BRD bin ich von *Edith Morgan* und den anwesenden deutschen Teilnehmern vorgeschlagen worden, die Berichte über die Aktivitäten der einzelnen Mitgliedsorganisationen zur Veröffentlichung im Europäischen Bulletin zusammenzutragen.

Trotz der hohen Teilnehmerzahl ist es der Kongreßorganisation unter der Leitung von Präsident Dr. *Lin* gelungen, eine anregende Arbeitsatmosphäre auf dem Kongreß zu schaffen.

Regine Schneider (Düsseldorf)