ISSN 0012-740X

1 Z 4365 F

Dynamische *Dynamic* Psychiatrie *Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse
Herausgegeben von Günter Ammon

DYNAMISCHE PSYCHIATRIE II

Günter Ammon
Die psychosomatische Erkrankung als Ergebnis eines Ich-strukturellen Defizits

Günter Ammon
Destruktion und Autorität: Eine psychoanalytische Studie

Regine Schneider
Die Anwendung der Deutung in der Therapie von Grenzfallkindern

Friedrich Diergarten
Störungen zwischen verbaler und averbaler Sprache

Wolfgang Rock
Zur stationären Psychotherapie von jugendlichen Borderline-Patienten

Emil Wieczorek
Heimstruktur und Dynamische Psychiatrie — eine Analyse der Wechselbeziehung, dargestellt am Beispiel eines Kinder- und Jugenddorfes

Erda Siebert
Trennungstrauma und Identitätssuche im Kinderheim

Igor A. Caruso, Edith Frank-Rieser
Latente Borderline-Syndrome als Gefährdung der Ich-Bildung

11. Jahrgang 4. Heft 1978

51

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)

11. Jhg., 4. Heft 1978, Nr. 51

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 – 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, København – G. Murphy, Washington – S. Nacht †, Paris – K. Okonogi, Tokio – L. Miller de Paiva, São Paulo – 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.

Günter Ammon (Berlin)
Die psychosomatische Erkrankung als Ergebnis eines Ich-strukturellen Defizits 287
The Psychosomatic Disease as the Result of an Ego-structural Deficit 297

Günter Ammon (Berlin)
Destruktion und Autorität: Eine psychoanalytische Studie 300
Destruction and Authority: A Psychoanalytic Study 310

Regine Schneider (Düsseldorf)
Die Anwendung der Deutung in der Therapie von Grenzfallkindern 312
The Application of Interpretation in the Therapy of Borderline-Children 326

Friedrich Diergarten (Düsseldorf)
Störungen zwischen verbaler und averbaler Sprache 329
Disturbances between Verbal and Nonverbal Language 337

Wolfgang Rock (Berlin)
Zur stationären Psychotherapie von jugendlichen Borderline-Patienten 339
On Stationary Therapy with Juveniles 345

Emil Wieczorek (Berlin)
Heimstruktur und Dynamische Psychiatrie – eine Analyse der Wechselbeziehung, dargestellt am Beispiel eines Kinder- und Jugenddorfes 347
Home Structure and Dynamic Psychiatry
An Analysis of their Interdependence Pointed out in an Example of a Children's and Adolescents' Village 355

Erda Siebert (Düsseldorf)
Trennungstrauma und Identitätssuche im Kinderheim 357
The Search for Identity and the Trauma of Separation in a Home for Children 364

Igor A. Caruso, Edith Frank-Rieser (Salzburg)
Latente Borderline-Syndrome als Gefährdung der Ich-Bildung 367
Latent Borderline-Syndromes as a Danger for Ego-Formation 375

Bücher- und Zeitschriftenspiegel/*Book and Journal Reviews* 378

Nachrichten/*News* 395

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

Mit Absicht stellen wir an den Anfang dieses Heftes zwei Arbeiten von *Günter Ammon,* die zeitlich und scheinbar auch thematisch weit auseinanderliegen. Aber sowohl die frühe Arbeit über „Destruktion und Autorität" (1969) als auch der 1977 auf dem IV. Internationalen Kongreß über Psychosomatische Medizin in Kyoto (Japan) gehaltene Vortrag über „Die psychosomatische Erkrankung als Ergebnis eines Ich-strukturellen Defizits" machen eines exemplarisch deutlich: die Frage nach dem Bezug von Krankheit und Gesellschaft steht in *Ammons* Dynamischer Psychiatrie nicht nur zeitlich am Anfang seiner Reflexion, sondern bildet grundsätzlich ein Prinzip, das sowohl die Theorie als auch die therapeutische Praxis bestimmt. In der Arbeit über „Destruktion und Autorität" grenzt *Ammon* seine Aggressionstheorie entschieden ab von anderen Ansätzen, die im Dienste der Erhaltung autoritärer Strukturen stehen und derart mit unserer Gesellschaft verflochten sind, daß sie die unvoreingenommene Sicht auf die Möglichkeiten konstruktiver Aggression immer wieder verhindert haben. *Ammons* Theorie dagegen macht den Blick frei für eine differenzierte Erforschung der Aggressionsfunktion, gerade auch für den Zusammenhang von Psychodynamik und der Struktur pathogener Familiengruppen. Erst vor diesem Hintergrund wird es dann möglich, adäquate Therapieformen für die verschiedensten psychischen Erkrankungen zu finden, beispielsweise auch für die Psychosomatik – mit der sich die zweite Arbeit befaßt –, die in besonderer Weise durch die defizitäre Entwicklung von Aggression gekennzeichnet ist.

Die Redaktion

Die psychosomatische Erkrankung als Ergebnis eines Ich-strukturellen Defizits
Eine Betrachtung unter genetischen, dynamischen, strukturellen und gruppendynamischen Gesichtspunkten**

Günter Ammon*

Diese Arbeit ist zu verstehen vor dem Hintergrund von Ammons theoretischer und behandlungsmethodologischer Systementwicklung. Er sieht den Menschen als in einem ständigen Entwicklungsprozeß stehend und begreift ihn immer abhängig von gesellschaftlichen Prozessen, mit denen er sich ändert und wandelt. Damit verbunden sind auch die sich wandelnden Krankheitsbilder. So hebt Ammon in der psychosomatischen Forschung das Befunddenken zugunsten eines gruppendynamischen, strukturellen und genetischen Verstehens einer Identitätsentwicklung auf, die Behandlung sucht den Menschen jenseits seines Symptoms zu erreichen.

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

** Vortrag gehalten beim 4th Congress of the International College of Psychosomatic Medicine, 5.–9. Sept. 1977, Kyoto (Japan)

Detailliert zeigt der Autor Forschungsmethodik, Behandlungsstrategie und theoretisches System als ein Prozeßgeschehen miteinander verbunden. Das Ich-strukturelle Persönlichkeitsmodell der primären, zentralen und sekundären Ich-Funktionen wird objektiviert und meßbar zur diagnostischen Grundlage. Diese psychotherapeutische Behandlung stellt dem so aufgezeigten Defizit in den Ich-Funktionen eine neue gruppendynamische Situation gegenüber im Sinne einer nachholenden Ich-Entwicklung. Die von dem Patienten in Szene gesetzte Primärgruppendynamik in der Gruppenpsychotherapie und in der ambulanten Milieutherapie wird bearbeitbar und korrigierbar im Sinne einer neuen verinnerlichten Erfahrung und eines Strukturgewinns. Zentral ist die Rolle der konstruktiven Aggression, die destruktiv verformt, gegen das eigene Selbst gerichtet, zu einem Spektrum psychosomatischer Erkrankung führt mit jeweils entsprechendem Grad verinnerlichter destruktiver Aggression. Der von Ammon und Mitarbeitern entwickelte Ich-Strukturtest ist für Diagnose, therapeutische Strategie und Verlaufskontrolle grundlegend, weil unmittelbar unbewußte Strukturen meßbar werden, phänomenologische Einteilung von Krankheitsbildern überwunden und der pathogene unbewußte Konflikt direkt zum Kriterium wird.
Störungen in der frühen Symbiose, vor allem in der Entwicklung der Körper-Ich-Grenzen, führen zur pathologischen Identität des Psychosomatikers, nur noch seine Krankheit ist der Versuch, die Persönlichkeit zu integrieren. Heilen der somatischen Krankheit allein läßt die Selbstzerstörung andere Wege suchen. Vor allem die gruppendynamische Stellung des psychosomatisch Erkrankten als Symptomträger in seiner Familiendynamik führt zur Notwendigkeit des gruppendynamischen und psychogenetischen Verstehens des frühen narzißtischen Defizits: Einer Anpassung an die Krankheit steht konstruktiv aggressive Selbstverwirklichung in Identität gestattenden Gruppen gegenüber. Alle Behandlungswissenschaft, die sich in diesem Denken weiterentwickelt, sucht den humanitären und gesellschaftlichen Auftrag psychotherapeutischer Forschung und Behandlung zu erfüllen.

Die psychosomatische Erkrankung ist eine Erkrankung der Ich-Struktur als Ergebnis eines narzißtischen Defizits. Hinsichtlich der frühen Beziehung zur Mutter und Primärgruppe findet sich eine enge Verbindung zur anaklitischen Depression. Ich verstehe die psychosomatische Erkrankung als angesiedelt auf einem gleitenden Spektrum von Ich-Krankheiten und seiner Beziehung zu Identitätsstörungen. Das psychosomatische Symptom garantiert die Integration der Persönlichkeit und stellt die Identität des psychosomatischen Patienten dar. Die Rolle der Gruppendynamik werde ich besonders in Bezug auf die Psychogenese, Psychodynamik und den Wechsel innerhalb der Symptome herausarbeiten.

Innerhalb einer Gruppe von 1000 Patienten fand ich 80%, die an psychosomatischen Symptomen unterschiedlicher Art und Stärke litten, von der neurotischen Konversion über funktionelle Störungen bis hin zu echten psychosomatischen Symptomen. Ich verstehe diese verschiedenen Ausprägungen psychosomatischer Reaktionen als unterschiedliche Orte auf dem gleitenden Spektrum von Ich-Defiziten.

Daher habe ich in meiner Theoriebildung endgültig den Bezugsrahmen der Triebtheorie und der Beziehung zwischen Libidokonflikten und psychosomatischen Reaktionen verlassen. Das später zu besprechende Persönlichkeitsprofil stellt eine exakte Methode zur Erfassung der Struktur bestimmter primärer, zentraler und sekundärer Ich-Funktionen, sowie ihre Beziehungen zu psychosomatischen Erkrankungen dar, soweit es um psychologische Diagnostik und Behandlung geht. Insbesondere wurde die

Rolle der destruktiven Aggression von mir mit meinem Forschungsteam untersucht (*Ammon*, 1978; *Beck, Bott, Rock, Wiehl-Volbehr*, 1978).

Die Methodik unserer Forschung bestand in der Verlaufsbeobachtung von Kindern und Elterngruppen des Psychoanalytischen Kindergartens wie von Patientengruppen. Ferner wurde mit Direktbeobachtung, mit Video-Tape, dem Studium der Lebensgeschichte, dem *Höck*schen Beschwerdenfragebogen, Zeichentests, wie „zeichne einen Mann, eine Frau, Familie, Tier, Baum, Haus usw." sowie insbesondere der Untersuchung psychosomatischer Symptomveränderung im gruppenpsychotherapeutischen Prozeß gearbeitet. Dabei hat sich das Arbeiten mit Video-Tape als außerordentlich nützlich und wichtig erwiesen, sowohl als ein therapeutisches Instrument und gleichzeitig als ein Instrument für die Lehre und Forschung.

Die Patienten lernen leicht, abwechselnd das Video-Tape zu bedienen, um die gruppenpsychotherapeutischen Sitzungen aufzunehmen. Beeindruckend ist ihre Reaktion, sich nachher im Video-Tape selber zu erleben, wie sie sprechen, wie sie aussehen, wie sie gekleidet sind, was sie sagen und wie sie sich auf andere beziehen. Das besondere Problem des psychosomatisch reagierenden Patienten ist es gerade, daß die Welt seiner Gefühle weit entfernt ist von seinem Bewußtsein, daß er sehr schwer sich beziehen kann auf andere Menschen, daß er sehr mit seinem ganzen Da- und Sosein in sich selbst und seine psychosomatischen Symptome verankert ist. In Form des Video-Tapes wird eine dritte Person angeführt, in der sich der Patient selbst gespiegelt und in der Stellung, die er in der Gruppe hat, sich selbst erlebt. Ähnlich wichtig ist es für den Gruppenpsychotherapeuten zu sehen, wie viel und was er redet, ob er schweigt, wie sein Gesichtsausdruck ist usw.

Dabei ist ein wesentlicher Punkt der Übertragungsbearbeitung für den Patienten zu sehen und zu erleben, wie ihre Gruppenpsychotherapeuten in der Gruppe eigentlich aussehen. Sie haben eine starke Gefühlsübertragung auf ihn in der Hier und Jetzt-Situation der Gruppenpsychotherapie, die auf dem Fernsehbild fehlt. So ist es mir gegangen, daß Mitglieder einer Gruppe, die mich auf dem Video-Tape gesehen haben, erstaunt und verwundert waren, wie interessiert und geduldig, schweigend und ruhig ich ihnen zuhörte und wie mein Geschichtsausdruck ihnen vermittelte, wie ich ihre Sache interessant und ernst annahm, entgegen ihrem Erleben in der aktuellen Gruppensituation, daß ich desinteressiert war usw.

Eine wichtige Erweiterung des Forschungsrahmens bedeutet der Austausch von Video-Bändern mit anderen Forschern und Instituten, weil er eine kritische distanzierte Auswertung der Forschungsstrategie mit sich bringt.

Alle diese Beobachtungen und Ergebnisse werden zusammengefaßt und aufeinander bezogen im Ich-strukturellen Persönlichkeitsprofil unserer Patienten. Dieses Persönlichkeitsprofil stellt eine exakte Methode zur

Erfassung der Struktur bestimmter primärer, d. h. der neurovegetativen Funktion, auch der organischen, biologischen Ich-Funktion, der zentralen Ich-Funktion und der sekundären Ich-Funktion sowie ihre Beziehung zur psychosomatischen Erkrankung dar, soweit es um psychologische Diagnostik und Behandlung geht. Da aber alle Ich-Funktionen der strukturelle Niederschlag der Primärgruppenerfahrungen sind, will ich zunächst die psychosomatische Erkrankung und ihre Beziehung zur Primärgruppendynamik untersuchen.

Die Bedeutsamkeit gruppendynamischer Bezüge wie die Entstehung psychischer und somatischer Symptome ist uns immer deutlicher geworden. Innerhalb einer Stichprobe von 1000 Patienten fanden wir 80%, die an unterschiedlichsten psychosomatischen Symptomen erkrankt waren. Bei vergleichenden Untersuchungen der Familiendynamik fanden wir nicht nur einen Symptomwechsel im Verlauf der Persönlichkeitsentwicklung innerhalb einer Familie, sondern auch unterschiedliche Reaktionen in einer Familiengruppe, so etwa psyschosomatische Symptome, wie z. B. Hauterkrankungen am Patienten, Depression bei der Mutter, Drogenabhängigkeit eines Geschwisters, wohingegen ein anderes Geschwister zwanghaft und sozial erfolgreich war und einen übergesunden Vater, wie *Karl Menninger* zu sagen pflegte, gesünder als gesund.

Als der Patient sein psychosomatisches Symptom verlor, änderte sich die ganze homöostatische Balance der Familie. Immer wieder ist in der klinischen Praxis zu sehen, daß ein Familienmitglied in die Krankheit gewissermaßen hineingetrieben wurde, so daß der eigentlich Schwache übergesund sein konnte, weil ein Krankheitsträger gefunden war. Wenn dann durch die Behandlung, die erst durch die Familie zwangsweise induziert worden war, sich dieses Familienmitglied entwickelte und gesünder wurde, Identität und Interessen entdeckte, Symptome verlor, wurde im gleichen Maße und in der gleichen Schwere dann das übergesunde Mitglied in der Familie kränker und krank und erlebte große Angst. Dieses setzte dann alles daran, die Behandlung zu zerstören, d. h. den Patienten aus der Klinik zu nehmen, was manchmal schwerstwiegende Folgen hat, wie z. B. Selbstmord des Symptomträgers.

Ähnliche Beobachtungen über die Familiendynamik sind in der Schizophrenie-Forschung (*Bateson,* 1969) und in der Krebsforschung (*Bahnson,* 1978) gemacht worden. Von höchstem Interesse war jedoch für uns die Beobachtung, daß sich in heterogen zusammengesetzten psychoanalytischen Gruppen die Primärgruppendynamik, wie ich sie eben beschrieben habe, wiederherstellte. An anderer Stelle (*Ammon,* 1974) habe ich ausführlich einen derartigen gruppenpsychotherapeutischen Prozeß mit psychosomatischen Patienten beschrieben. Analoge Beobachtungen machten *Pohl* (1972) und *Volbehr* (1977).

Von zentraler Bedeutung ist die Rolle einer gestörten ursprünglich konstruktiven Aggression, die sich in destruktive Aggression verwandelt,

gegen das eigene Selbst gerichtet wird und solchermaßen zu unterschiedlichen psychosomatischen Reaktionen mit dem jeweils ihm entsprechenden Grad verinnerlichter, destruktiver Aggression führt. Ferner konnten wir eine zeitweilige Verschiebung von nach innen gerichteter zu nach außen gerichteter Aggression beobachten (*Ammon*, 1970, 1974, 1977). So konnten wir beispielsweise Ende der 60er Jahre, in der Zeit der Studentenunruhen in West-Berlin, folgende Beobachtungen in Psychotherapiegruppen machen: Die psychosomatischen Symptome dieser Studenten besserten sich in Zeiten von Demonstrationen deutlich für einige Zeit. Sie tauchten jedoch in demonstrationsfreien Phasen wieder auf. Eine ähnliche Beziehung zeigte sich zwischen Perioden von Depressionen einerseits und Perioden nach außen gerichteter destruktiver Aggression andererseits. Rein phänomenologisch ist diese Beziehung zwischen Psychosomatik und Depression, glaube ich, weitgehend schon erfahren und bekannt, aber die wesentliche Entdeckung ist die Verwandtschaft von Ich-Struktur und Genese bei Depression und psychosomatischer Erkrankung. Diese Beziehung werde ich weiter unten im Zusammenhang mit ihren Ich-strukturellen Gemeinsamkeiten beschreiben. Zunächst werde ich die objektive Messung der zentralen Ich-Funktion beschreiben, basierend auf dem von uns entwickelten Persönlichkeits- und Ich-Strukturtest. Er geht aus von den aus der Einheit der Ich-Identität bestehenden zentralen Ich-Funktionen, wie die der konstruktiven Aggression, der Kreativität, der Ich-Regulation nach innen und außen, der Frustrationstoleranz, der Integrationskraft des Ichs, des Narzißmus u. a. m. Dabei sind selbstverständlich auch die sekundären Ich-Funktionen aufzunehmen, weil sie häufig als einzig gesunde Ich-Anteile die Brücke für ein therapeutisches Bündnis darstellen.

In diesem Test versuchen wir Krankheitsbilder, Threapieverläufe und therapeutische Strategien objektiviert darzustellen. Für die einzelnen Ich-Funktionen wird jeweils ein umfangreicher Fragenkatalog in Form eines Fragebogens vorgelegt. Eine besondere Schwierigkeit bei der Herstellung des Fragebogens war anfänglich die Tatsache, daß Ich-Strukturen, insbesondere die zentralen und primären Ich-Funktionen im Unbewußten verankert sind und durch einfache Verhaltensanalyse nicht immer schlüssig erfaßt werden können, daß jedoch auf der anderen Seite Verhalten und Einstellung Ausdruck unbewußter Strukturen sind. Bezüglich der defizitären Aggression ist es uns gelungen, bei psychosomatisch kranken Patienten die Ich-Funktion der destruktiven Aggression zu messen und so Rückschlüsse auf die Stärke nach innen, d. h. gegen den eigenen Körper gerichtete Aggression, ziehen zu können, wobei die Stärke des klinischen Befundes korrespondierte mit der Stärke des Defizits der Aggression. *Beck, Bott, Rock* und *Wiehl-Volbehr* (1978) wiesen durch verschiedene statistische Verfahren der Datenverarbeitung wie Itemanalyse, Faktorenanalyse und Diskriminanzanalyse eines Fragebogens zur Ich-Funktion der Aggression nach, daß sich zwei hochsignifikant unterscheidbare Aggressionsfor-

men aufweisen lassen: konstruktive Aggression und destruktive Aggression, wobei die defizitäre Aggression eine Sonderform der destruktiven Aggression ist. Bei einer Trennschärfe auf dem 1 %-Niveau zeigten sich folgende Unterschiede:

1. die Kontrollgruppe unterscheidet sich signifikant von den beiden anderen Gruppen, der psychosomatisch Erkrankten und der Borderline-Erkrankten hinsichtlich des hohen Ausprägungsgrades an konstruktiver Aggression und den empirisch ermittelten Faktoren destruktiver und defizitärer Aggression.
2. Die Borderline-Gruppe unterscheidet sich von den beiden anderen Gruppen durch signifikant höhere Werte auf der Skala der destruktiven Aggression.
3. Die Gruppe der psychosomatischen Patienten unterscheidet sich von der Kontrollgruppe durch niedrige Werte auf der Skala der konstruktiven Aggression und durch höhere Werte auf der Skala der defizitären Aggression von der Gruppe der Borderline-Patienten durch niedrigere Werte auf der Skala der destruktiven Aggression.

   Dieses Ergebnis entspricht der Aggressionslehre wie ich sie seit 1968 vertrete. Die destruktive Aggression teilt sich auf in destruktiv nach innen gerichtete Aggression bei psychosomatisch Kranken und destruktiv nach außen gerichtete Aggression bei den Delinquenten. Testprofile können natürlich nur eine der Grundlagen zur Erfassung der psychodynamischen und Ich-strukturellen Bedingtheiten neben anderen darstellen. Das Messen von positiv und negativ vertretenen Ich-Strukturen erlaubt aber ein höheres Maß an Objektivität bei der Dokumentation therapeutischer Prozesse. In der Abbildung 2, dem Persönlichkeitsprofil von psychosomatischer Erkrankung und depressiver Erkrankung wird die strukturelle Verwandschaft beider Krankheitsbilder deutlich. Im Folgenden werde ich mich auf diese Darstellung beziehen.

Wie bereits in anderen Arbeiten beschrieben (*Ammon,* 1971a, 1971b, 1971c, 1972a, 1972b, 1973, 1974, 1975a, 1975b, 1977) verstehen wir die psychosomatische Erkrankung letztlich als das Ergebnis eines narzißtischen Defizits, dessen Entstehungsgeschichte in die frühe Mutter-Kind-Beziehung zurückgreift. Das Über-Ich, hier verstanden als eine frühe archaische zentrale Ich-Struktur spielt andererseits mit seinen feindseligen Anteilen eine besonders entscheidende Rolle bei der Bildung von Konversionssymptomen, die auf einer mehr oder minder neurotischen Skala variieren können.

Je früher die Störung der Ich-Entwicklung, desto gravierender die Folgen. Diese Tatsache wird deutlich, wenn wir die Bedingungen ins Auge fassen, die ein Kind für eine optimale Ausbildung grundlegender Funktionen und Fähigkeiten benötigt. In der frühesten Lebensphase erlebt das Kind die Mutter als einen Teil seines eigenen Körpers. Der eigene Körper hat noch keine Körpergrenzen, und das Kind ist noch nicht imstande,

ohne Unterstützung die eigenen Körperfunktionen wahrzunehmen. Mutter und Kind bilden eine psychosomatische Einheit, sie leben in einer dyadischen Symbiose. Jenseits der materiellen Versorgung muß diese Symbiose das postnatale Klima bereitstellen, innerhalb dessen das Kind durch den eigenen körperlichen und emotionalen Kontakt mit der Mutter seine eigenen körperlichen Bedürfnisse und Reaktionen kennenlernen kann und auf diese Weise ein Gefühl für seinen eigenen Körper erlangt. Diese interpersonelle Situation schließt die grundlegenden Bedingungen ein, mittels derer das Kind sich selbst erleben und erfahren kann.

Das archaische Existenzgefühl, das die Mutter dem Kind zuerst auf der Ebene des Haut- und Geruchskontaktes vermittelt, hat bereits auf dieser Stufe eine einmalige Konfiguration (*Lichtenstein,* 1961), die vorwiegend in der Erfahrung und im Erleben des mütterlichen Verhaltens besteht. Diese spezifische und eigenartige Konfiguration einer sogenannten primären Identität stellt nach meiner Ansicht einen Vorläufer der Ich-Grenze dar, die im Kind durch den engen körperlichen Kontakt mit der Mutter allmählich entsteht.

Die Welt der Urhöhle (*Spitz,* 1955) ist solchermaßen nicht einfach eine notwendige Voraussetzung für die Möglichkeiten des Ichs und seiner psychisch-physischen Strukturen, vielmehr garantiert sie überhaupt erst die Entwicklung der Ich-Funktion im Zusammenhang der psycho-physischen Einheit der menschlichen Persönlichkeit. Deswegen verweisen Manifestation psychosomatischer Störung regelhaft auf zugrundeliegende Störungen in der Beziehung zur Mutter und der umgebenden Familiengruppe.

Pathologische Veränderungen in der gleichzeitigen psychosomatischen Entwicklung, ein Begriff, der am besten die dyadische Struktur der Kommunikation in der Primärgruppe darstellt, bewirken folglich Brüche in der psychosomatischen Organisation der kindlichen Persönlichkeit. Der Gruppenaspekt ist eng an das Verständnis der Entwicklung von Ich- und Körper-Ich-Grenzen gebunden. Deshalb kommt der Qualität der frühen Interaktion zwischen Kind und Mutter eine zentrale Stellung innerhalb der Theorie von Ich- und Körper-Ich-Identität zu. Gleichzeitig ist dies der Schlüssel für das Verständnis der Frage der Ausprägung des psychosomatischen Symptoms. In der frühesten Phase seiner Entwicklung ist das Kind auf die Anwesenweit der Mutter als eines Hilfs-Ichs angewiesen. Durch adäquates Reagieren auf die Bedürfnisse des Kindes schafft sie die Grundbedingung für die Bildung seiner Körper-Ich-Grenzen. Wenn die Mutter dieser Aufgabe nicht gerecht wird, kann das Kind während dieser ersten Phase seiner Entwicklung bereits schwere Schädigungen erfahren. Ich spreche dann von dem narzißtischen Defizit, das sich durch alle späteren Phasen seiner Entwicklung ziehen wird. Eines dieser „Löcher-Ichs" wird gesetzt durch das Fehlen der psychischen Anwesenheit der Mutter für das Kind. Psychische Anwesenheit kann sein, daß sie sitzt oder kocht, aber das Kind in diesem intermediär gebildeten Raum spielen oder

phantasieren kann. Fehlt dies, entsteht die Unfähigkeit, allein zu sein, denn erst dadurch entwickelt der Mensch die Fähigkeit, allein sein zu können, daß er aufgrund der verinnerlichten Mutter mit sich selbst in Zwiesprache sein kann, Gedanken, Ideen haben, sich beschäftigen kann und nicht dieses grausame Gefühl der inneren Leere, Langeweile und Einsamkeit zu haben. Auch nicht von dem Gefühl bestimmt zu werden, selber nichts wert zu sein, sondern nur etwas wert zu sein in Gegenwart anderer, die er sich dann irgendwie suchen muß. Dieses Krankheitsbild ist oft mit der psychosomatischen Erkrankung verbunden, wobei die Brücke zum anderen und die Wichtigkeit der eigenen Person gebunden ist an die Identität der psychosomatischen Erkrankung.

In der therapeutischen Strategie ist das Entscheidende die Erarbeitung der Diagnostik der Ich-Strukturen und dementsprechend Ich-strukturelle therapeutische Methoden zu entwickeln, was ich als nachholende Ich-Entwicklung bezeichne. Ich möchte dies am Beispiel des Nichtalleinseinkönnens darstellen. Durch die Gegenwart des Therapeuten im Sinne einer nachholenden Ich-Entwicklung wird dieser intermediäre Raum neu geschaffen, ein Raum, in dem der Patient frei phantasieren kann, sich mit Gedanken beschäftigen und spielen kann, Pläne entwickeln, in die Vergangenheit schauen, träumen, Träume analysieren kann, usw. Bei besonders schwerer Erkrankung ist dieser intermediäre Raum dann gegeben, wenn der Patient ständig mit anderen Menschen auch mit dem Therapeuten zusammen ist, wie z. B. in der von uns entwickelten ambulanten Milieutherapie, wo für einen längeren Zeitraum Lebenssituation und therapeutische Situation identisch sind. Aber auch in der Gruppenpsychotherapie ist dies gegeben, wo die Patienten in Gegenwart anderer denken, experimentieren, Phantasien entwickeln, reden und sich auseinandersetzen können und so eine nachholende Ich-Entwicklung vollziehen.

In meiner Arbeit mit psychosomatisch reagierenden Patienten habe ich wiederholt beobachtet, daß die Mütter während der Kindheit dieser Patienten mit besonderer Hilflosigkeit auf aktive und aggressive Regungen ihres Kindes reagierten. Aufgrund ihrer eigenen Unfähigkeit, konstruktive oder destruktive Aggressionen gegenüber der Außenwelt zu äußern, empfanden sie jede spontane und lebendige Äußerung ihres Kindes als Verletzung ihres eigenen Narzißmus.

Wenn diese Kinder dann die Aufmerksamkeit ihrer Mutter auf anderem Wege, nämlich durch übermäßige motorische Aktivität, gewinnen wollten, wurden diese Signale entweder verleugnet oder unterdrückt. Die Folgen sind Immobilität oder Überaktivität und pathologische Umwandlung der ehemals konstruktiven Aggression in Destruktion, die das Kind gegen den eigenen Körper richtet. Der psychosomatisch reagierende Mensch sagt nein zu sich selbst. Dieses Nein drückt sich bereits in der Kindheit als direkte Manifestation der Desintegration der Körperidentität in organpathologischen Reaktionen aus. Es sollte nun klargeworden sein, daß die

Entwicklung der grundlegenden Körperfunktionen und seelischen Funktionen sehr deutlich von der affektiven körperlichen Kommunikation durch Mutter und Kind in der frühen Symbiose abhängt, innerhalb derer das Kind die Einstellung und das Verhalten der Mutter internalisiert. In diesem Prozeß formt sich das Körper-Ich und eine erste Trennung zwischen innen und außen wird vollzogen.

Nur auf dieser Basis kann ein Ich-Gefühl körperlicher Existenz entstehen und die notwendige Voraussetzung für eine aktive Interaktion geschaffen werden. Den Niederschlag finden wir in der Entwicklung und Differenzierung der Ich-Funktionen. Das Kind erlebt die Erfahrungsunfähigkeit der Mutter gleichzeitig als existentielle Verlassenheitsangst, oft in der Form offen feindseliger Ablehnung oder auch in Gleichgültigkeit. Besonders häufig tritt dies auf, wenn die Mutter sich aufgrund ihrer eigenen Bedürfnisstruktur zu frühzeitig vom Kind ablöst. Das Kind ist dann gezwungen unter sehr großem Energieaufwand Abwehrmechanismen zu entwickeln, um den Einklang mit der Mutter wiederherzustellen. Für den psychosomatisch reagierenden Erwachsenen bleibt dieses plötzliche Verlassenwerden eine überdauernde traumatische Erfahrung. In der Folge wird er alle Ich-Kräfte darauf richten, eine erneute Erfahrung dieser Art mit den damit verbundenen Ängsten zu verhindern. Wie ich gezeigt habe, gibt es eine Gemeinsamkeit Ich-struktureller Art, die sich auf das sogenannte „Loch im Ich", d. h., auf das narzißtische Defizit beim psychosomatisch Reagierenden wie beim anaklitisch narzißtisch depressiven Patienten bezieht. Ich benutze den Begriff anaklitische Depression, ursprünglich von *René Spitz* geprägt und auf die kindliche Depression gerichtet, auch für den Erwachsenen, und zwar synonym mit dem Begriff narzißtische Depression. Den Begriff anaklitisch benutze ich in einem allgemeinen Sinn. Er bezieht sich auf den Verlust und die Abwesenheit einer Person, an die sich der Patient in seinem frühesten Leben und auch später dann als Kranker immer wieder anlehnen muß; wenn die Anlehnung nicht da ist und in der Kindheit nicht da war, dann kippt sozusagen das Ich in die Depression, wie viele meiner Patienten sagen: sie fallen in ein Loch.

Besonders ist das natürlich der Fall an Wochenenden und Feiertagen, Begriffe wie Wochenenddepression und Weihnachtsdepression, sind uns allen sehr geläufig. Statistisch gesehen finden die meisten Suizide am „Heiligen Abend" statt.

Wie bereits angedeutet, besteht zwischen der anaklitischen Depression und der psychosomatischen Erkrankung eine enge Beziehung. Der Säugling erlebt zeitlich zuerst die psychische Abwesenheit der Mutter, ein Trennungserlebnis, das zur Deformation der zentralen Ich-Struktur führt.

Für das Kind wird in dieser Situation die körperliche Reaktion und die körperliche Erkrankung zur einzigen Kommunikationsbrücke. Im Sinne einer Hierarchie von Entwicklungen liegt die Depression genetisch vor dem somatischen Kompensationsversuch. Die Art der Depression, wie wir sie

beim psychosomatisch kranken Patienten finden, entspricht der psychotischen Depression.

Psychosomatische Patienten leiden ähnlich wie depressive Patienten unter tief verursachten Trennungsängsten bei gleichzeitiger Abspaltung von ihren Gefühlen und ihrem eigenen Selbst, ihrer eigenen Ich-Identität. Beide können ein Ich-Gefühl und Selbstwertgefühl nur durch die Anwesenheit anderer Menschen erleben. Beide haben real das Verlassenwerden durch die Mutter oder einen Mutterersatz erlebt, zumindest aber eine ständige Angst vor dem Verlassenwerden.

Nach *Bowlby* (1975) haben beide Situationen die gleichen Folgen. Die Ich-Struktur beider Gruppen ist nahezu identisch, und im Verlauf einer psychoanalytischen Therapie reagierten beide Gruppen sehr ähnlich. Eine eindrucksvolle Ähnlichkeit besteht auch hinsichtlich der Fähigkeit mit verschiedenen Formen von Aggression umzugehen. Bei beiden Erkrankungen ist die Ich-Funktion der Aggression defizitär, d. h., die Aggression ist unbewußt gegen den eigenen Körper gerichtet. Der depressive Mensch richtet im Extremfall die Aggression in Form von Selbstverstümmelung oder Selbstmord gegen den eigenen Körper.

Eine dritte sehr wichtige Gemeinsamkeit zwischen beiden Erkrankungen liegt in der defizitären Ausbildung der Ich-Funktion des Denkens. Das Denken ist sehr konkretistisch; es finden sich darüberhinaus Denkblöcke, Gedankenverwirrung sowie ein Denken, das bei gleichzeitigem Verlust an Interesse gegenüber der Außenwelt ausschließlich auf die eigene Person gerichtet ist. Gemeinsam ist auch die Schwierigkeit zu sprechen, als Ausdruck des Verbots innerhalb der Familiengruppe über persönliche Bedürfnisse und Gefühle zu sprechen. Hieraus erklären sich die konkretistischen Denkabläufe. Folglich können Menschen mit einem derartigen Ich-Defizit erst ein Existenzgefühl erleben, sobald sie leiden.

Wenn wir die Ich-Strukturen und unsere aus der therapeutischen Arbeit erwachsene klinische Erfahrung zusammennehmen, kommen wir zu dem Schluß, daß der psychosomatisch reagierende Patient eine depressive Ich-Struktur hat, der depressive Patient eine psychosomatische.

Bei beiden Erkrankungen fanden wir eine starke Schädigung der Ich-Identität und des Narzißmus. Ein Unterschied besteht jedoch hinsichtlich des Körper-Ichs. In beiden Erkrankungen ist die Beziehung zum eigenen Körper gestört, wenngleich unterschiedlicher Richtung. Die Ich-Regulation gegenüber der Außenwelt ist ebenfalls gestört. Während die Ich-Grenzen des psychosomatisch reagierenden Patienten gegenüber der Außenwelt in der Regel rigide und geschlossen sind und er kein Bedürfnis nach sozialen Kontakten verspürt, noch irgendwelche Interessen pflegt, verspürt der anaklitisch narzißtisch depressive Patient hingegen ein enormes Bedürfnis nach der ständigen Anwesenheit von Menschen und benötigt rasch wechselnde Außenweltreize.

Was die sekundären Ich-Funktionen betrifft, stellten wir fest, daß die Motorik bei beiden Erkrankungen auf unterschiedliche Weise gestört ist. Die Abwehrmechanismen sind überkompensiert, wobei Idolisierung, Projektion, Verleugnung und Rationalisierung dominieren. Betreffs der neurophysiologischen Ich-Funktionen müssen wir sagen, daß wir für keine der beiden Erkrankungen aufgrund unseres Persönlichkeitsprofils Erhebungen machen können. Wenn auch aus der pränatalen Zeit Schädigungen bestehen sollten, so können wir diese doch nicht mit unseren psychologischen Testmethoden erfassen. Diese Aufgabe muß vielmehr der neurophysiologischen Forschung überlassen bleiben und ist nicht Gegenstand der Untersuchung gewesen.

The Psychosomatic Disease as the Result of an Ego-structural Deficit

Günter Ammon

The author understands psychosomatic diseases as ego-diseases in relation to identity disturbances. The psychosomatic symptom guarantees the integration of the personality and represents the identity of the patients who suffers from psychosomatic symptoms. This pseudo-identity covers the narcissistic deficit that was caused by deficiencies in the relation between the mother and the child. The disturbances in the structure of the personality that are originated by a pathological dynamics of the primary group are comprised in the personality profile of primary, central and secundary ego-functions. The method of scientific research is the method of observing the dynamic processes in children's groups, in groups of parents and patients. The research is also based on drawing-tests, on anamnestic studies of the changing of symptoms within the therapeutic process and an extensive employment of the video-tape. The control-work with the video-tape has proved most effective. By means of the tape – in the sense of a third person – manners of behaviour and relations within the group formation are visualized. The so caused distance from the emotionally high charged group situation helps to make possible an intensive working with transferences.

All the results of the research are related to one another in the ego-structural personality profile which proves to be an exact method for the comprehension of a patient's structure.

Thus the author does away with the old nosologistic concept of the unity of diseases and is able to define more exactly the therapeutic strategy for a retrieval of ego development. The author is especially interested in the research of family dynamics in the course of which he points out that the psychosomatic symptoms of the patient's psychosomatic symptoms

have the function to keep the homoeostatic balance of the family, thus preventing the so called healthy members of the family from becoming ill.

The function of aggression which has changed into destructive aggression that has turned against the patient's own personality plays an important role. Because of their own deficiencies mothers of patients with psychosomatic reactions experience every aggressive and spontaneous action of their child as an attack against their own desires. These negations led to a negation which the psychosomatic patient directs towards his own ego-personality. As early as in childhood this "no" finds its manifestation in the desintegration of body-identity. In this context the author demonstrates on the structural level the relation between psychosomatic and depressive disease which on the level of phenomenology corresponds to the shift between depressive and psychosomatic symptoms and vice versa. However, the author shows that genetically narcissistic depression must be placed before its somatic compensation.

In details then the author demonstrates the relation between narcissistic depression and psychosomatic diseases above all with regard to the deficitary formation of the ego-functions of thinking and speaking. There are differences, however, as far as the body-ego is concerned; and the ego-regulation towards the outside world is disturbed, though under different phenotypes.

As far as secondary ego-functions are concerned defence mechanisms are overcompensated with projection, denial and rationalisation dominating.

For therapy it is group therapy and ambulant milieu-therapy which are of decisive importance as the development of ego- and body-ego-boundaries are narrowly bound to the group aspect.

This is why a retrieval of ego-development can be achieved in the sense that a new maternal presence offers auxiliary ego-functions so that disturbed structures and boundaries can be changed and rebuilt. Only this way it is possible that beyond the treatment of symptoms the central function of identity can be treated so that the internalized aggression can be changed into constructive aggression and creative ways of dealing with other people and one's own life.

Literatur

Ammon, Gisela, Hrsg. (1973 a): Psychoanalytische Pädagogik (Hamburg: Hoffmann & Campe)
– (1973 b): Vorstufen psychosomatischer Erkrankungen. In: Dyn. Psychiat. (6) 11–32
– (1976): Psychodynamische Probleme in einem psychoanalytisch geleiteten Kindergarten. In: *Biermann* (Hrsg.) Handbuch der Kinderpsychotherapie (München/Basel: Reinhardt)
Ammon, Günter (1965): Fragebogen für die anamnestische Untersuchung. Unveröffentlichtes Manuskript.

- (1971 a): The Psychosomatic Symptom in its Relation to Ego and Group Dynamics. Proceedings of the I. International Congress ICPM, Guadalajara, Mexico
- Hrsg. (1971 b): Bewußtseinserweiternde Drogen in psychoanalytischer Sicht (Berlin: Pinel-Publikationen).
- (1971 c): Zum Problem der Soziogenese psychosomatischer Erkrankungen. Vortrag gehalten am Sozialmedizinischen Institut, Freie Universität Berlin, 16. 11. 1971
- (1972 a): Zur Genese und Struktur psychosomatischer Syndrome unter Berücksichtigung psychoanalytischer Technik. In: Dyn. Psychiat. (5) 223–251
- (1972 b): Zur psychoanalytischen Theorie der psychosomatischen Reaktion. Proceedings of the II. International Congress ICPM Amsterdam. (Basel: Karger)
- (1973): Psychosomatik. In: Derselbe: Dynamische Psychiatrie. Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie (Darmstadt: Luchterhand)
- (1974): The Psychosomatic Symptom Formation as Compensation of an Ego-Structural Deficit. World Journal Psychosynthesis 28–30
- (1975 a): Analytic Group Psychotherapy as an Instrument for the Treatment and Resarch of Psychosomatic Disorders. In: *Wolberg, L. R.: Aronson, M. L.* (eds.): Group Therapy, an Overview (New York: Statton)
- (1975 b): Die Rolle des Körpers in der Psychoanalyse. Integrative Therapie 58–76
- (1975 c): Psychosomatic Group Psychotherapy: an Instrument for the Treatment and Research of Psychosomatic Illness. In: *Antonelli, F.* (ed.): Therapy in Psychosomatic Medicine. Proceedings of the III. International Congress of the ICPM (Rom: Pozzi)
- (1976): Das Borderline Syndrom – ein neues Krankheitsbild. In: Dyn. Psychiat. (9) 317–348
- (1977): Ego-Psychological and Group Dynamic Aspects of Psychoanalytic Group Psychotherapy. In: *Wolberg, L. R.; Aronson, M. L.* (eds.): Group Therapy 1977 (New York: Statton)
- (1978): Das Verständnis eines Entwicklungsdefizits von Ich-Strukturen in Persönlichkeit und umgebender Gruppe als Grundlage für Wissenschaft und Praxis der Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (11) 120–140

Bahnson, C. B. (1978): Psychiatric and Family-Dynamic Factors with Patients suffering from Serious Physical Illness. In: Dyn. Psychiat. (11) (in Press)

Bateson, G. et al. (1969): Schizophrenie und Familie. (Frankfurt: Suhrkamp)

Beck, B.; Bott, Ch.; Rock, W.; Wiehl-Volbehr, A. (1978): Methodische Ansätze zu einer objektivierenden Ich-strukturellen Diagnostik im Rahmen des Ammonschen Ich-Strukturmodells am Beispiel der zentralen Ich-Funktion der Aggression. In: Dyn. Psychiat. (11) 152–164

Bowlby, J. (1975): Bindungen (München: Kindler)

Harlander, U. (1978): Der Begriff der Identität nach Günter Ammon. In: Dyn. Psychiat. (11) 141–151

Höck, K. und *Hess, H.* (1975): Der Beschwerdenfragebogen (BFG) – ein Siebtestverfahren der Neurosendiagnostik für Ärzte und Psychologen. (Berlin DDR: VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften)

Lichtenstein, H. (1961): Identity and Sexuality. A Study of Interrelationship in Men. J. Am. Psychoanal. Ass.

– (1964): The Role of Narcissism in the Emergency and Maintenance of a Primary Identity. Int. J. Psychoanal. (45) 49–56

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

Searles, H. F. (1965): Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects (London: Hogarth)

Spitz, R. (1955): Die Urhöhle: Zur Genese der Wahrnehmung und ihrer Rolle in der psychoanalytischen Theorie. Psyche (9) 641–667

Volbehr, H. (1977): Die Beziehung zwischen psychosomatischer Erkrankung und Borderline-Syndrom. In: Dyn. Psychiat. (10) 252–263.

Anschrift des Autors:
Dr. med. Günter Ammon
Prinz-Friedrich-Leopold-Str. 21
1000 Berlin 38

Destruktion und Autorität: Eine psychoanalytische Studie**

Günter Ammon*

Die Reflexion über den Bezug von Krankheit und Gesellschaft führt den Autor zur Frage nach dem Wesen und den Ursprüngen der destruktiven Aggression und ihrem Verhältnis zur Autorität. Schon in dieser frühen, historisch gewordenen Arbeit unterscheidet Ammon zwischen konstruktiver und destruktiver Aggression.
Destruktive Aggression ist nicht angeboren, sondern hat eine Geschichte und kann in ihren menschlichen Ursprüngen erforscht werden. Die Aggression des Kindes ist ursprünglich konstruktiv; doch schlägt sie um in Destruktion, wenn sie nicht von einer freundlichen Umgebung angenommen und gefördert wird.
Auch ein anderer Kernpunkt des Ammonschen Denkens ist schon in dieser Arbeit deutlich erkennbar: die Generalisierung psychoanalytischen Denkens im Sinne einer gruppendynamischen, strukturellen und psychogenetischen Gestaltbildung der Gesellschaft. Der Beziehungsaspekt – in welcher Dimension auch immer – läßt Menschlichkeit in einem neuen Sinne zu als Grundlage für Erziehung und Prävention, für politische Verantwortung und Auseinandersetzung. Dagegen führt Angstabwehr durch Anpassung und Bürokratisierung in die Erstarrung und bedeutet Einengung jeder Kreativität, genauso wie Angstabwehr durch Flucht in die psychosomatische Krankheit. Eine Kulturnation, die sich ihrer Jugend und deren aggressiven Forderungen nach Auseinandersetzung nicht mehr stellt, verliert ihre Identität und treibt die jungen Menschen in die Destruktion.
Der Autor betont, daß der geschichtlich entscheidende Wendepunkt unserer Gesellschaft darin liegen wird, ob sie Angst und Krisen wieder als zu sich selbst gehörend erleben kann, als Grenzsituationen, die herausfordern, nach neuen Wegen menschlichen Lebens zu suchen und so zur seelischen und geistigen Freiheit des Menschen führen.

Menschliche Destruktion und Autorität, was wir auch immer darunter verstehen wollen, sind offensichtlich in besonderer Weise miteinander verflochten. Es mag uns deswegen keineswegs überraschen, daß in einer gesellschaftlichen Situation, in der gesellschaftliche Veränderungen von einer Generation zur anderen durch den teilnehmenden Beobachter geradezu mit den Händen zu fassen sind, althergebrachte Autoritätsvorstellungen, Haltungen und Wertungen in eine Krise geraten sind, von der kein gesellschaftliches Feld ausgeklammert werden kann und daß zur gleichen Zeit Äußerungen menschlicher Destruktion festzustellen sind. Die Krise der Autorität stellt m. E. gleichzeitig eine Krise von Identitätsfindung dar, wie wir später sehen werden.

Wenn ich von gesellschaftlichen Veränderungen spreche, so beziehe ich mich dabei u. a. auf meine Beobachtungen an über 500 Westberliner Studenten, die ich innerhalb der Psychotherapeutischen Beratungsstelle des Asta der Freien Universität und in meiner Praxis in den letzten vier Jahren

* Dr. med., Präsident der Deutschen Akademie für Psychoanalyse
** Vortrag gehalten auf der Arbeitstagung der Deutschen Kriminologischen Gesellschaft e. V. in Frankfurt/M. am 14. 6. 1969. Vgl. auch Tagungsbericht, Kriminalistik Verlag, Hamburg

beobachten konnte. Dabei stütze ich mich auf meine Beobachtungen im explorierenden und beratenden Einzelinterview als auch in klassischen Psychoanalysen, wie aber ganz besonders in den gruppendynamischen Interaktionen der Studenten in elf Gruppenpsychotherapiegruppen sowie fünf größeren milieu- und arbeitstherapeutischen Studentenpatienteneinsätzen im Bayerischen Wald und in Süditalien.

Wenn ich einmal jenseits psychischer Pathologie Wesenszüge dieser neuen im Aufbau befindlichen Gesellschaft skizzieren darf, so fällt dem unbefangenen Beobachter der älteren Generation auf, mit welcher selbstverständlichen Leichtigkeit die Studenten miteinander umgehen, mit welcher Selbstverständlichkeit sie sich z. B. duzen, direkt befragen – auch hinsichtlich vormals tabuierter sexueller Dinge –, es fällt weiterhin die freundliche Leichtigkeit ihrer Kleidung auf, die Aufgabe starrer männlicher oder weiblicher Rollen, die Aufrichtigkeit ihres geistigen Engagements, Belesenheit und die Aufgabe von emotionellen Abhängigkeitshaltungen hierarchischen Autoritäten gegenüber. Diese Generation spielt die alten Spielregeln einer auf Macht, Herrschaft und letztlich auf vorbürgerlich-feudalistischen Vorstellungen basierenden Gesellschaft nicht mehr mit und entzieht den autoritären Institutionen, die auf sentimentalen Vorstellungen wie Ehrfurcht, Alter, Titel und Stand basieren, jegliche Grundlage. Es sei mir gestattet, noch einmal am Schluß meiner Ausführungen auf die Krise der Autorität zurückzukommen, welche nach meiner Ansicht nicht auf eine „Vaterlose Gesellschaft" hinausläuft, wie *Federn* es bereits 1919 formuliert hat, als nämlich die fürstlichen Landesväter Mitteleuropas ihre Throne sang- und klanglos verlassen hatten, sondern es handelt sich um eine Gesellschaft, die sich in einem Prozeß der Rollenveränderung befindet, in der Väter mit langen Haaren und bunter Kleidung freudig den Wagen mit ihren Kindern spazieren fahren.

Gestatten Sie mir nun, mich mit dem uns alle beschäftigenden Problem menschlicher Destruktion und ihrer Verhütung zu befassen. Mein besonderes Anliegen dabei ist es, Sie auf die große Gefahr hinzuweisen, die in der Annahme eines menschlichen Destruktionstriebes liegt. Es trifft keineswegs zu, wie von manchen Dogmatikern glaubhaft zu machen versucht wird, daß die psychoanalytische Wissenschaft als Ganzes – aufgrund ihrer Erfahrung – einen sogenannten angeborenen Destruktionstrieb postulieren muß. An anderer Stelle haben wir in letzter Zeit ausführlich auf diesen Tatbestand hingewiesen (*Ammon*, 1968, 1969a, 1969b). Von den zeitgenössischen führenden Psychoanalytikern und Psychiatern sei besonders *Bellaks* (1967) Unzufriedenheit mit der *Freud*schen Dualtrieblehre erwähnt (*Freud*, 1920). *Freud* selbst war ja unzufrieden mit dieser Hypothese, die er eine Mythologiebildung nannte. Verhältnismäßig spät war er erst zu dieser Formel gekommen, nämlich als er seine ursprüngliche Formel von den Ich- und Sexualtrieben deshalb nicht mehr aufrechterhalten zu können glaubte, weil er die Triebe in das unbewußte Geschehen ver-

legte und das Ich weitgehend mit dem Bewußtsein verband. Die psychoanalytische Wissenschaft hat seitdem viele neue Erkenntnisse gesammelt, und ich möchte meinen, daß man *Freud* und seiner Wissenschaft keinen guten Dienst erweist, wenn man aus falsch verstandener Pietät zum Dogmatiker wird. Kürzlich hat der Glasgower Verhaltensforscher *Barnett* (1968) den Aggressionstrieb, der seines Erachtens ein ganzes Bündel von Phänomenen umfaßt, als eine Formel bezeichnet, die nichts erklärt und die selbst im Tierreich eine hypothetische Konstruktion zu sein scheint, der nicht einmal heuristischer Wert zukommt. Nach *Barnetts* Ansicht sind der Beobachtung zugänglich lediglich aggressive Verhaltensweisen unter jeweils klar zu definierenden inneren und äußeren Bedingungen.

Wir wollen uns aber mit der Verhütung menschlicher Destruktion beschäftigen. Es ist von entscheidender Wichtigkeit, daß wir uns von dem Fatalismus eines final gegebenen Destruktionstriebes freimachen, da die Annahme eines solchen gefährliche Konsequenzen hat. Es soll hier die Genese und die Dynamik menschlicher Aggression untersucht und nach Möglichkeiten ihrer Verhütung geforscht werden. Die Destruktionstriebhypothese, auf die Anfänge der menschlichen Entwicklung bezogen, beinhaltet ja, daß Kinder mit schlechten und destruktiven Strebungen geboren werden, als „animalische Natur", daß sie nicht Recht von Unrecht unterscheiden können und daß „Charakter", besonders der „gute Charakter" durch ständige Erziehung geformt wird, welche bestrebt ist, die Kinder zu reglementieren und wenn nötig zu strafen, um einen artigen, braven und auf Selbstexpansion verzichtenden Menschen zu erzielen. Die Erfahrung hat erwiesen, daß Destruktion krankhafte Entartung der gesunden Selbsterhaltung und Selbstverwirklichung ist, wie man beim Kleinkind beobachten kann.

Nach psychoanalytischen Erkenntnissen hat eine Unterwerfung der Kinder unter Gehorsamkeitsforderungen der elterlichen Autorität ein hartes und starres Über-Ich als verinnerlichte Instanz im Menschen zur Folge. Dieses Über-Ich verhält sich dann gegenüber dem Ich destruktiv-aggressiv und manipuliert es kontinuierlich in quälende Schuldgefühle und in Situationen hinein, die wiederum Schuldgefühle hervorrufen.

Anna Freud (1936) beschreibt das Wüten gegen den Schuldigen in der Außenwelt als Vorläufer und Ersatz für das Schuldgefühl, Vorgänge, die wir als Psychoanalytiker bei Depressionen und depressiven Charakterneurosen feststellen können. Die Angst, die beim psychisch gesunden Menschen eine Warn- und Schutzfunktion hat, indem sie auf drohende Gefahren aufmerksam macht, hat bei konfliktbehafteten Menschen irrationalen Charakter. Der Patient spürt sie, ihre Ursachen sind ihm jedoch auf Grund der Verdrängung nicht bewußt. Dieses irrationale Moment überträgt sich auf die destruktive Aggression, die man als Abwehr der Angst verstehen kann, wobei die Stärke der Aggression der Intensität der Angst entspricht.

So wird das Ich entweder psychosomatisch, depressiv oder aber feindselig-aggressiv gegen seine Umwelt reagieren. Dieses Wechselspiel konnte ich bei meinen Patienten immer wieder beobachten: In der depressiven Phase wird die Aggression des feindseligen Über-Ichs gegen das eigene Ich gerichtet, während der Patient in der destruktiv-aggressiven Phase sein feindseliges Über-Ich mit der Umwelt identifiziert und seine Aggressionen gegen diese richtet. Ein zentrales Beispiel destruktiver Aggression bei seelischen Erkrankungen ist der unbewältigte Ödipus-Komplex. *Freud* sah ihn als den Kern der Neurosen an. Dem Ödipus-Komplex liegt ein zum Teil im Unbewußten wurzelnder und starke Schuldgefühle hervorrufender Todeswunsch des Sohnes gegenüber dem Vater oder der Tochter gegenüber der Mutter zugrunde.

Beim Studium menschlicher Destruktion hat mir meine 20jährige Erfahrung als Arzt, Psychiater und Psychoanalytiker immer wieder gezeigt, daß es sich bei der breiten Skala geistig-seelischer Erkrankungen eigentlich immer um nach innen, d. h. vom Menschen gegen sich selbst oder nach außen gegen die Umwelt gerichtete pathologische Aggression handelt, die eine Geschichte hat und deren Ursachen auffindbar und damit behandelbar sind. Wenn wir an früheste kindliche Entwicklungsstörungen denken, so kann man sagen, daß die im späteren Leben gezeigte Aggression proportional der von der Mutter in der Kindheit verweigerten Liebe ist. Eine Gesellschaft, die auf Verhütung von Aggression bedacht ist, sollte sich davor hüten, sich ihren Kindern, d. h. den Schwachen und Jungen gegenüber wie eine versagende Mutter zu verhalten. Kürzlich hat *Horn* (1967) die Formel gefunden, daß Erziehung vor allem Erfahrungsfähigkeit gegenüber dem Kind und sich selbst voraussetzt. *Erikson* (1957) ging sogar so weit zu formulieren, daß sich in einer psychisch gesunden Familie die Eltern mit den Kindern entwickeln. *Alexander* (1952) schrieb: „Starre Disziplin, die mit körperlicher Züchtigung und anderen Strafmaßnahmen durchgesetzt wird, ist dazu geeignet, einen militanten, aggressiven Jugendlichen heranzuziehen, wie beispielsweise im alten Sparta und im Hitler-Deutschland . . . Der in der strafenden Atmosphäre des Spielzimmers, der Schule und in den Militärkasernen erzeugte Haß wird gegen fremde Gesellschaften und Minderheiten kanalisiert. Terror verhindert, daß er sich gegen die inneren Autoritäten des Staates wendet."

Die Problematik von „Dressur oder Erziehung, Schlagrituale und ihre gesellschaftliche Funktion" hat *Horn* (1967) detailliert bearbeitet. Bemerkenswert sind dabei seine ausreichend belegten Feststellungen über die Destruktion von oben und es möge uns zum Nachdenken anregen, wenn er die empirischen Untersuchungen von *Brückner* (1966) anführt, nach der im Jahre 1965 neunzig Kinder von ihren Eltern getötet wurden. *Horn* führt ein Beispiel an, bei dem ein Vater seine wenige Monate alte Tochter mit der Faust erschlug, weil sie ihn durch Schreien beim Fernsehen störte, und er meinte, daß die „Präferenz" für das Fernsehen Zeichen einer

weit größeren Entmenschlichung und Versachlichung im Verhältnis von Vater und Kind ist, als es das Verhalten des klassisch autoritären Vaters war, der wenigstens noch, wenngleich auf eine verkrüppelte Weise, sein Kind einem patriarchalischen Über-Ich entsprechend zeremonienhaft strafte und nicht narzißtisch-schizoid reagierte. Es sei erwähnt, daß 1961 bei einer Meinungsumfrage 75 % der deutschen Eltern für die Prügelstrafe bei ihren Kindern eintraten (*Neumann* und *Noelle*, 1958–1964). Es mag daher nicht verwunderlich scheinen, daß der Staatsbürger durch die von ihm unterhaltene Polizei Prügel willig hinnimmt.

Obwohl jeder Psychoanalytiker im Laufe seiner therapeutischen Arbeit Väter und Mütter behandelt, bei denen er destruktiv-aggressive Tendenzen gegen die eigenen Kinder feststellt, verwundert es, daß die psychoanalytische Theoriebildung gerade erst begonnen hat, diesem wichtigen Punkt mehr Beachtung zu schenken.

Die klinische Erfahrung einer psychoanalytisch orientierten Psychiatrie zeigt immer wieder, daß der Selbstmord oder Selbstmordversuch nicht einem angeborenen Todestrieb entspringt, sondern ein letzter Versuch der Kommunikation, ein letzter Ruf nach Hilfe und Verständnis ist. Die hierbei freiwerdende Destruktion richtet sich in der Regel gegen ein verinnerlichtes, ambivalent geliebtes Wesen. Der Selbstmörder sieht keinen anderen Ausweg, sich von diesem Objekt zu befreien. Streng theoretisch kann man sagen, daß jeder Selbstmord auch ein Mord ist. Umgekehrt hat das Studium der Psychodynamik von Morden ergeben, daß jeder Mord auch eine Art Selbstmord ist.

Die moderne psychoanalytische Forschung hat ferner durch Anwendung der Psychoanalyse als Grundlagenwissenschaft für verschiedene Behandlungsmöglichkeiten und durch ihre enge Verbindung mit der Psychiatrie zu neuen Erkenntnissen über die Destruktion jenseits des Ödipus-Komplexes geführt. In meiner Forschung und Therapie mit Patienten, die Schizophrenie oder Borderline-Reaktionen aufweisen (d. h. geistig-seelische Konflikte, die sich im gleitenden Spektrum zwischen den sogenannten Neurosen und Psychosen bewegen), stellte ich fest, daß der früheste Konflikt mit der Mutter für die stärkste Angst und Destruktion im Menschen verantwortlich zu machen ist, daß die destruktive Aggression im Menschen um so stärker ist, je früher sie erlebt wird. Hier ist etwa das erste bis dritte Lebensjahr der symbiotischen Beziehung zur Mutter ausschlaggebend.

M. E. ist die Familiengruppe Modell für alle anderen Gruppen. Der Gegensatz von Groß und Klein bietet sich hier für die späteren Gegensätze von Herrschern und Beherrschten an. M. E. verhält sich in Großgruppen der Gesellschaft das um seine Herrschaft besorgte Establishment gegenüber ihm entgegenwirkenden jungen Kräften oftmals feindselig aggressiv wie der um seine Macht fürchtende Vater oder die Mutter, die wie eine Glucke auf ihren Kindern sitzen bleibt. Dieses psychopathologische Erscheinungsbild einer Gruppe tritt auf, sobald die gesunde, auf

einer Partnerschaft des Starken und Schwachen beruhende Rollenverteilung in irgendeiner Form verletzt und zur Ausbeutung mißbraucht wird. Dies ist eine Feststellung, die sich sowohl im dynamischen Prozeß der Gruppenpsychotherapie als auch beim Studium der Gruppendynamik institutionalisierter und zufälliger Gruppen immer wieder bestätigt. Wie katastrophal sich die Unkenntnis der wichtigsten gruppenpsychologischen Phänomene seitens der beherrschenden Institutionen auswirken kann, beweisen die weltweiten Studentenunruhen. Ihr Verlauf und ihre Folgen haben unter anderem gezeigt, daß oft die machtausübenden Kräfte keineswegs genital im psychoanalytischen oder moralisch im *Kant*schen Sinne sind. Die Tatsache, daß unter demonstrierenden Studenten auch geistig-seelisch Kranke sind, die die Demonstration als einen Fluchtmechanismus vor innerpsychischen Ängsten und destruktiver Aggression gegen die eigene Person benutzen, will keineswegs besagen, daß Demonstration oder die Unruhe in der Studentenschaft an sich psychopathologische Phänomene sind. Hinsichtlich der Prävention menschlicher Destruktion, komme sie nun von den Herrschenden oder von den Aufbegehrenden, ist es m. E. am allerwichtigsten, emotionelle Spannungen in der Vorstellungswelt von Gruppen und Institutionen zu beseitigen und damit Verteufelungen, z. B. der Polizei, der Studenten, der Kommunisten aufzuheben und die Ursachen von destruktiven Tendenzen zu erforschen. Dies erst sind die notwendigen Voraussetzungen für die dann verhältnismäßig leichte gruppendynamische Beseitigung von destruktiver Gefahr: z. B. durch Schulung von demonstrierenden Gruppen, sich nicht zu Tätlichkeiten provozieren zu lassen, oder durch plötzlichen Abzug von Polizeikräften bei der Gefahr drohender Eskalation einer Demonstration.

Damit verbunden ist die wichtige Erkenntnis, daß Destruktion eine Reaktion auf einen frustrierenden Reiz ist und daß durch Aufhebung der Frustration auch die Destruktionstendenzen aufzulösen sind. Seit *Le Bon* (1895) und *Freud* (1921) wissen wir, daß eine massenpsychologische Situation von der Herrschaft unbewußter Kräfte bestimmt ist. Seit *Freud* (1923) verstehen wir das Wirken dieser Kräfte als einen primären, d. h. archaischen Denkprozeß, wie wir ihn vorwiegend während der psychoanalytischen Behandlung vorfinden. Als beratender Wissenschaftler gerät man leicht in die Rolle des technischen Spezialisten für rein technisch verstandene Probleme, ohne die zu Beratenden zu einer geistigen Auseinandersetzung und echten Bewältigung ihrer Probleme zu führen. Eine echte Bewältigung unserer gegenwärtigen Autoritätskrise und der damit verbundenen Problematik destruktiver Tendenzen, würde ich darin sehen, daß die Position der Autorität angesichts der gegenwärtigen Erfordernisse neu verstanden wird, im Sinne von Sachautorität, welche auf begrenzte Zeit übernommen werden muß im Dienste der Jüngeren und Schwächeren, die auf die Autorität angewiesen sind. Daß die autoritäre Persönlichkeit mit *Adorno* (1950) zu den psychopathologischen Krank-

heitsformen gerechnet wird, sei am Rande erwähnt. In autoritären Herrschaftssystemen unserer Gesellschaft kann man die Beobachtung machen, daß die Herrschenden oft aus Unfähigkeit oder Angst vor der Übernahme von Sachautorität zu destruktiven Haltungen und Äußerungen neigen. Destruktive Aggression wird von einer als hierarchisch und pseudolegal zu verstehenden Autorität als Abwehr gegen sich anbahnende gesellschaftliche Prozesse und Veränderungen angewandt. Hierbei handelt es sich um einen weltweiten Prozeß, der am Anfang steht und der noch vieler Forschung bedarf.

Das Problem unserer Jugend stellt häufig eine „Identifizierung mit dem Angreifer" im Sinne von *Anna Freud* (1936) dar. Dieses Denkmodell der „Identifizierung mit dem Angreifer" zeigt die innige Verwobenheit von Autorität und destruktivem Verhalten. Ich zitiere: „Ein Ich, das mit Hilfe dieses Abwehrmechanismus diesen speziellen Entwicklungsweg durchmacht, introjiziert die kritisierenden Autoritäten als Über-Ich und ist im Stande, seine verbotenen Regungen nach außen zu projizieren. Ein solches Ich ist intolerant gegen die Außenwelt, ehe es streng gegen sich selbst wird. Es erlernt, was verurteilt werden soll, schützt sich aber mit Hilfe dieses Abwehrvorganges gegen die Unlust der Selbstkritik." Es erscheint uns für unser Anliegen bedeutsam, daß hierbei die Wechselbeziehung destruktiven Verhaltens deutlich wird, und zwar zwischen Starken und Schwachen, Eltern und Kindern, Staat und Bürgern. Diese Psychodynamik ist der Psychoanalyse seit Jahrzehnten bekannt und man bezeichnet sie auch als sadomasochistisches Verhalten, d. h. wo unterdrückt wird, muß auch ein Empfänger sein, der die Unterdrückung einlädt und wünscht.

Wenn wir das Modell der „Identifizierung mit dem Angreifer" nun auf gesellschaftliche Gegebenheiten beziehen, dann unterstreicht dieses Modell die Tatsache, daß eine autoritäre Obrigkeit durchaus Angreiferfunktion gegenüber den Bürgern haben kann.

Unsere Jugend hat damit begonnen, die Spielregeln der Alten nicht mehr zu beachten. Sie suchte nach neuen Wegen und trat zum friedlichen Protest an unter der Herrschaft der Vernunft oder psychoanalytisch gesagt: Unter der Herrschaft des Ichs. Wie Sie alle wissen, griff die Protestbewegung der Jugend in Deutschland erst dann zu destruktiver Gewalt, als sie selbst von der Obrigkeit zusammengeschlagen wurde und sie ihr erstes Todesopfer zu beklagen hatte. Im Sinne der Prävention wäre zu raten, der Jugend auch andere Identifikationsmodelle anzubieten, als die eines Angreifers.

In meiner psychotherapeutischen Arbeit konnte ich von einst destruktiv reagierenden Berliner Studenten lernen, daß sie aufhören konnten, destruktiv zu reagieren, sobald im Verlauf des therapeutischen Prozesses eine emotionale Korrektur eingesetzt hatte (*Alexander* und *Ross*, 1952), in dem Sinne, daß sie das Verständnis und das Angenommensein erlebten, was ihnen im Elternhaus versagt war. Dieser Prozeß konnte nach meinen

Beobachtungen einsetzen, als es den Patienten gelungen war, sich jenseits von Übertragungsphänomenen mit dem Gruppenpsychotherapeuten zu identifizieren und damit eine Ich-Stärkung im Sinne einer erweiterten Ich-Autonomie (*Hartmann*, 1939 und *Rapaport*, 1951) zu gewinnen. Bei dieser Identifizierung, die schließlich zum Finden der eigenen Identität und Verinnerlichung eines freundlichen Leitbildes führt, handelt es sich nicht nur um eine Übertragungsneurose. Dies sollte nicht unerwähnt bleiben. Auch *Anna Freud* (1962) betonte uns gegenüber, bei ihrem Besuch in Topeka, daß bei der psychoanalytischen Behandlung nicht alles Übertragung sei. Diese jungen Patienten hatten hier erstmalig die Möglichkeit gefunden, sich positiv identifizieren zu können, was ihnen vorher in ihrer Familie und in der Gesellschaft nicht möglich gewesen war. Es wäre daraus zu folgern, daß zu der Sachautorität noch eine Leitbildautorität hinzutreten muß, und daß diese Leitbildautorität genital im psychoanalytischen Sinne und gütig verstehend im gesellschaftlichen Sinne sein muß, also frei von den bekannten Fetischattributen aggressiver Autorität mit Verhaltensweisen, die man den psychoanalytischen Triebentwicklungsstufen oraler, analer und phallischer Art zuschreiben muß. In diesem Sinne können wir es uns gestatten, von Entwicklungs- und Reifungsstufen der Autorität zu sprechen, analog den Entwicklungs- und Reifungsstufen bzw. den Störungen von konstruktiver Aggression als Ich-Funktion. Die eben beschriebene Identifizierung war nur dadurch möglich, daß die schwerer identitätsgestörten Patienten durch die Mutter-Gruppe eine emotionale Korrektur erlebt hatten, die ihnen dann erst die Identifikation mit dem Therapeuten, „dem Vater der Gruppe", ermöglichte. Diese Patienten hatten in der frühen Kindheit während der symbiotischen Phase mit der Mutter eine Störung erlitten, da die Mutter sie als eigene Persönlichkeit emotional nicht freiließ oder aber gröblichst vernachlässigte. Eine unserer Entdeckungen (vgl. auch *Ammon*, 1968, 1969a, 1969b, 1969c), basierend auf unserer verhältnismäßig großen Patientenzahl ist, daß in der heutigen Gesellschaft das Hauptproblem nicht mehr der Ödipus-Komplex zu sein scheint, wie ihn *Freud* beobachten konnte, sondern in präödipalen Störungen in der Objektbeziehung mit der Mutter seine Wurzeln hat. Bei der heutigen Jugend herrscht Depression als klinisches Bild vor, der ein Objektverlust auf präödipaler Stufe zugrunde liegt. Somit steht die Vater-Sohn-Rivalität nicht mehr so stark im Vordergrund, sondern erlebte Aggression in der Beziehung zur präödipalen Mutter. Der junge Mensch erlebt heute in der Begegnung mit den diffusen, undurchsichtigen gesellschaftlichen Strukturen Angst. Er muß befürchten, in eine diffuse Abhängigkeit zu geraten, die er analog zur Abhänigkeit von der Mutter erlebt. So gesehen kann man den Protest auch so deuten, daß er die eigene Identität – und sei sie auch noch so unklar – zu retten versucht gegen eine verschlingende, depersonalisierende Mutter-Gesellschaft.

Dies macht es verständlich, warum gerade die Gruppenpsychotherapie therapeutisch beachtenswerte Erfolge hat, wo die Einzelanalyse von den Analytikern kontraindiziert befunden wird, oder aber als Therapeutikum versagt. Daß die Gesamtgruppe in der Gruppenpsychotherapie als Mutter erlebt wird, ist weitgehend Erfahrungsgut der Wissenschaft der Gruppenpsychotherapie geworden und wurde meines Wissens zum erstenmal von *W. Schindler* (1957) publiziert. Meines Erachtens hängt es damit zusammen, daß das Kleinkind in seinen ersten drei Lebensjahren der symbiotischen Beziehung zur Mutter, die Mutter nicht nur als „Gesellschaft" im psychologischen Sinne, sondern auch als „Umwelt" und „Realität" erlebt.

Auch *Strotzka* hat (1969) in seiner Kritik an *Herbert Marcuses* Freudinterpretation den ähnlichen Standpunkt vertreten, daß die Anonymität und Überorganisation derzeitiger gesellschaftlicher Verwaltung und Fürsorge mit der daraus folgenden Entfremdung und Manipulierbarkeit eine Entwicklung darstellt, die *Freud* nicht voraussehen konnte. Er forderte in diesem Sinne weitere Forschung auf dem Gebiet psychoanalytischer Kulturtheorie.

Im Zuge des gruppenpsychotherapeutischen Prozesses wurde bei den in meiner Behandlung befindlichen Studenten konstruktive Aggression im Sinne des lateinischen ad-gredi frei, sobald die vorher angedeutete Ablösung destruktiver Aggression stattgefunden hatte. In diesem Zusammenhang möchte ich *Aichhorn* (1925, 1959) erwähnen, der als früher psychoanalytischer Pionier mit ähnlich gestörten Jugendlichen mit einem verwandten Ansatz gearbeitet hat. Wie bereits erwähnt, litten die in meinem Institut behandelten Studenten-Patienten vorwiegend unter Depressionen. Eine Depression hat ihre Wurzeln in einem früh erfahrenen Objekt- und Liebesverlust. Dieser Verlust ist auf verschiedenen Ebenen und in verschiedenen Dimensionen zu verstehen. Die Urdimension ist die gestörte Mutter-Beziehung; sei es, daß es sich um eine symbiotisch-repressiv umklammernde oder um eine versagende Mutter-Haltung handelt.

Diese Situation könnte man m. E. auf unsere gesellschaftliche Struktur übertragen und daran denken, daß sie mit deren Entwicklung zum Matriarchat zusammenhängen könnte. Die weit oberflächlichere Schicht würde m. E. den letzten Zuckungen des Patriarchats entsprechen mit seinen Familien- wie gesellschaftlichen Aspekten.

Auf die Psychopathologie des einzelnen Studenten bezogen, ist zu beobachten, daß der Studenten-Patient dann psychisch beim Eintritt in die Universität explodiert, wenn ihm dort eine ähnliche Haltung begegnet, und zwar in Form von manischer oder depressiver Aktivität, in Form einer depressiven Neurose oder in Form von Verwahrlosung, deren Dynamik erstmalig der pyschoanalytische Pionier *Aichhorn* (1925, 1959) aufgedeckt hat. Autoritäres Verhalten, im Sinne einer autoritären Persönlichkeit (*Adorno,* 1950) ist demnach mit *Adorno* genauso als pathologisch anzusehen und in seiner Entwicklungsgeschichte psychodynamisch versteh-

bar wie Destruktion. Somit gibt es m. E. weder eine schicksalhaft gegebene Autorität noch eine fatalistisch zu akzeptierende Destruktion. Beide Verhaltensweisen, die autoritäre wie die destruktive, muß man vom Standpunkt der Psychoanalyse als krank und gesellschaftlich verursacht ansehen.

So gesehen wäre die angstmachende Mutter-Gesellschaft und das Fehlen von Leitbildern, mit denen sich unsere Jugend konstruktiv identifizieren kann, primär und die Revolte der Jugend sekundär. Wenn man mich als Psychoanalytiker nun gebeten hat, Vorschläge zur Verhinderung von destruktivem Verhalten unserer Jugend zu geben, so möchte ich als Fazit der vorherigen Ausführungen meinen, daß es durchaus hilfreich sein könnte, wenn wir das alte Vorurteil in unserer Gesellschaft, daß Kinder und gesellschaftliche Minoritäten genuin böse seien und reglementiert werden müssen, abbauen. Wir sollten uns klar darüber werden, daß eine solche Einstellung, jenseits von philosophischer Wertung, eine wechselseitige, destruktive Dynamik in sich birgt. Sie schafft eine reglementierende, feindselige Haltung dem Schwächeren gegenüber und erzeugt bei Schwächeren durch Reglementierung erzwungene Überanpassung und somit destruktive Aggression, die angestaut wird und sich bei gegebenem Anlaß explosivartig entladen kann.

Auch sollten wir versuchen, dafür Sorge zu tragen, unsere mechanisierte und entmenschlichte Bürokratie wieder zu vermenschlichen. Die Einrichtung von Public Relations Bureaus für die Regierungen wäre allerdings eine genauso oberflächlich-technische Lösung wie eine psychologisch-technische Fachberatung von Polizeidienststellen und würde an den gesellschaftlichen Wurzeln destruktiven wie autoritären Übels vorbeigehen.

Abschließend sei zu bemerken, daß unsere Jugend um so weniger destruktiv-aggressiv zu reagieren braucht, je mehr wir ihr im Hier und Jetzt in unserm Verhalten Leitbilder anbieten im Sinne von Leitbild-Autorität. Wir sollten aufhören, uns gesellschaftlichen Prozessen entgegenzustellen und dringend notwendige Reformen auf allen sozialen Sektoren ohne bürokratische Verzögerung durchführen. Tun wir das, so nehmen wir der Jugend, die wir bisher so bitter enttäuscht haben, die Möglichkeit, sich mit der Gesellschaft als einer als „Angreifer" erlebten Autorität zu identifizieren und bieten ihr die Möglichkeit von konstruktiven Identifikationen.

Destruction and Authority: A Psychoanalytic Study

Günter Ammon

The author gives a critical evaluation of the concept of the destructive or death instinct which *Freud* himself once called a mythology. Destruction is not a primary instinctual entity, but it develops itself only under distinct conditions. Destruction has its history and can be traced back to its roots. A differentiation is made between constructive aggression which is free from guilt, and conflictual destruction. Aggression in the infant is primarily constructive, but if it doesn't meet a healthily reacting environment i. e. a mother who accepts it and responds to it, then the quality of the drive is changed to destruction. As a consequence of frustation, the child experiences the mother as an aggressor and later identifies itself with the aggressor. The destructive tendencies which in later life are directed to the environment, are proportionate to the deficiency of love experienced in early childhood. There is also a turning back of destruction to the Self resulting in the clinical feature of depression. Till now psychoanalytical theory was mainly concerned with the aggression of the child directed against his parents (e. g. in the course of the Oedipus complex), but the reverse, the parental aggression directed against the child (one may denote it as Laios complex), has been widely neglected.

The main conflict of the average patient of our days is not the Oedipus complex. The Oedipus scene has shifted. Preoedipal features have been come to the fore. The main conflict is within the relationship to the symbiotic mother. The ego of these patients is relatively weak, they are not able to restrain themselves to the parrowed psychoanalytical situation. There are strong acting-out tendencies. Therefore these patients profit much more by psychoanalytic group psychotherapy which helps them to work through their relationship to the mother they are transferring to the group.

The author relates extensively to the rebellious youth. An essential cause of the rebellion is the lack of identification objects which are needed for the building up of ego autonomy.

This is the result of experiences gained in the psychotherapeutic students advisory service of the Free University of Berlin and in psychoanalytical group psychotherapy with eleven groups of students.

Literatur

Adorno, T. W. (1950): The Authoritarian Personality (New York: Harper)
Aichhorn, A. (1925): Wayward Youth (New York: Viking Press)
– (1959): Erziehungsberatung und Erziehungshilfe (Bern, Stuttgart: Huber)
Alexander, F., Ross, H. (eds.) (1952): Dynamic Psychiatry (Chicago: The University of Chicago Press)
Ammon, G. (1968): Dynamische Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (1) 6–18
– (1969a): On the Theory of Aggression. A Clinical View. Proceedings of the First International Meeting of the American Ontoanalytic Association, Febr. 22nd–March 2nd, Marbella/Spain
– (1969b): Zur Psychodynamik und Gruppendynamik der Aggression. In: Wege zum Menschen (21)
– (1969c): Oralität, Identitätsdiffusion und weibliche Homosexualität: Eine psychoanalytische Studie. Dyn. Psychiat. (2) 63–82
– (1969d): Verifikation von Psychotherapie bei Schizophrener Reaktion. Confinia Psychiatrica (12)
Barnett, A. (1968): Instinkt und Intelligenz, Rätsel des tierischen und menschlichen Verhaltens (Bergisch Gladbach: Gustav Lübbe)
Bellak, L. (1967): The Broad Scope of Psychoanalysis. Selected Papers (New York, London: Grune and Stratton)
Brückner, P. (1966): Freiheit, Gleichheit, Sicherheit. Von den Widersprüchen des Wohlstandes (Frankfurt a. M.)
Erikson, E. (1957): Kindheit und Gesellschaft (Stuttgart: Klett, 1965)
Federn, P. (1919): „Zur Psychologie der Revolution: Die Vaterlose Gesellschaft". In: Der Aufstieg, neue Zeit- und Streitschriften, Nr. 12–13 (Wien: Anzengruber)
Freud, A. (1936): Das Ich und die Abwehrmechanismen (London: Imago)
– (1962): Persönliche Mitteilung anläßlich ihres Besuches in der Menninger Foundation in Topeka, Kansas/USA
Freud, S. (1920): Jenseits des Lustprinzips. Ges. W., Bd. XIII (London: Imago)
– (1921): Massenpsychologie und Ich-Analyse. Ges. W., Bd. XIII (London: Imago)
– (1923): Das Ich und das Es. Ges. W., Bd. XIII (London: Imago)
– (1938): Abriß der Psychoanalyse. Ges. W., Bd. XVII (London: Imago)
Hartmann, H. (1937): Ich-Psychologie und Anpassungsprobleme (Stuttgart: Klett, 1960)
Horn, K. (1967): Dressur oder Erziehung, Schlagrituale und ihre gesellschaftliche Funktion (Frankfurt: Suhrkamp)
Le Bon, G. (1895): Psychologie der Massen (Stuttgart: Alfred Kroener, 1953)
Noelle, E. und *Neumann, E. P.* (1958–1964): Jahrbuch der öffentlichen Meinung (Allensbach und Bonn)
Rapaport, D. (1951): The Autonomy of the Ego. In: Bull. Menninger Clin. (15)
Schindler, W. (1957): The Role of the Mother in Group Psychotherapy. Zeitschrift für diagn. Psychologie u. Persönlichkeitsforschung, Heft 3/4, Bd. 5
Strotzka, H. (1969): Zur Kritik von Herbert Marcuses Freud-Interpretation. In: Dyn. Psychiat. (2) 134–143

Anschrift des Autors:
Dr. med. Günter Ammon
Prinz-Friedrich-Leopold-Str. 21
1000 Berlin 38

Die Anwendung der Deutung in der Therapie von Grenzfallkindern**

Regine Schneider*

Die vorliegende Arbeit basiert auf der Erfahrung, die in der Behandlung mit 15 Grenzfallkindern im Alter zwischen sechs und zwölf Jahren gewonnen wurde.
Die Autorin beleuchtet die Funktion der Deutung als zentrales Instrument der Psychoanalyse auf dem Hintergrund von Günter Ammons theoretischem und therapeutischem Konzept der Ich- und Identitätsbildung in der Primärgruppe, bzw. der Bearbeitung eines präödipal erlittenen Defizits, dem der Therapeut durch Verstehen und Zuwendung begegnet. Kritisch befragt werden sowohl die Anwendung der klassischen psychoanalytischen Methode in ihrer Beschränkung auf rein verbale Interaktion zwischen Therapeut und Kind als auch die Auslieferung des Kindes an schulpsychiatrische Behandlungsformen.
Das in seiner Kommunikation mit der Umwelt schwer gestörte Borderline-Kind verdrängt nicht – es leidet akut; d. h. es agiert im Hier und Jetzt den Ersatz für Ichstrukturelles Defizit und die Abwehr dieses Defizits in der Symptomatik als Reaktion auf die verinnerlichte destruktive Dynamik der Primärgruppe aus. Die Bildung eines tragfähigen Bündnisses in Form einer nachholenden und korrektiven Symbiose zwischen Kind und Therapeut, der stufenweise Aufbau der strukturell schwachen Ichs und die allmähliche Lösung aus der Symbiose durch verbale Deutung wird an Fallstudien aufgezeigt.

Die Auffassung über die Anwendung und die therapeutische Wirksamkeit der Deutung als zentralem Arbeitsinstrument der psychoanalytischen Behandlungsmethode wird in den einzelnen kindertherapeutischen Schulen sehr widersprüchlich und unterschiedlich gehandhabt.

In diesem Referat soll die Funktion des Deutens innerhalb der therapeutischen Arbeit mit Kindern, die an einem Grenzfall-Syndrom leiden, diskutiert werden. Es sind Kinder, die allgemein als schwer verhaltensgestört gelten und deren Symptomatik in der traditionellen Kinderpsychiatrie als unverständlich, uneinfühlbar, abnorm und damit therapieunfähig abgestempelt wird.

In der vorliegenden Arbeit beziehe ich mich auf meine Erfahrungen aus der therapeutischen Arbeit mit 15 Grenzfallkindern im Alter zwischen sechs und zehn Jahren, von denen zwölf ihre therapeutische Behandlung bereits abgeschlossen haben.

Zunächst soll der Begriff „Deuten" definiert werden. Deuten heißt: den Sinn und die Bedeutung eines Erlebnisses oder Verhaltens entschlüsseln. Den Stellenwert eines Verhaltens, eines Erlebnisses zu bestimmen ist jedoch nur denkbar in bezug auf ein Theoriesystem, welches in sich

* Dr. med., Psychoanalytikerin, Düsseldorf
** Vortrag gehalten auf dem IX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 10.–14. Juni 1977, Deutsches Museum, München.

ein sinnvolles Kontinuum darstellt. Dem Deuten – d. h. dem Suchen des Sinns – geht die Reflexion voraus, die den Ort im Theoriesystem sucht mit dem Ziel der Einordnung. Mit der Einordnung des Ereignisses erhält dieses seine Bedeutung im Sinnzusammenhang der Theorie. Indem ich auf dem Hintergrund meines theoretischen Denksystems ein Ereignis einordne, ist es für mich selbst deutbar, das heißt verstehbar.

In der Psychoanalyse liegt ganz allgemein der Deutung die theoretische Vorstellung und das emotionale Verständnis der menschlichen Persönlichkeitsentwicklung und ihrer Störungen zugrunde.

Im Triebkonzept der orthodoxen Psychoanalyse wird die Persönlichkeitsentwicklung in engster Verbindung mit der Entwicklung der Triebe im Zusammenwirken mit der Entwicklung der psychischen Instanzen aufgefaßt. Das neurotische Symptom ist dabei der Ausdruck eines verdrängten, unbewußten Konfliktgeschehens, welches das Ich partiell funktional behindert. Ziel der Neurosentherapie ist das Bewußtmachen des unbewußten Konfliktes im Übertragungsgeschehen durch die Deutung als intellektuellem Hinweis. Die Bewußtmachung eines unbewußten Konfliktes durch intellektuelle Erklärung ist auch das Ziel der therapeutischen Arbeit mit Kindern in der orthodoxen Kinderpsychotherapie, wie sie insbesondere von *Anna Freud* und *Melanie Klein*, aber selbst auch von *D. W. Winnicott* durchgeführt worden ist. Zitat von *Anna Freud* (1968): „Die Umsetzung unbewußter Es-Inhalte in bewußte Wort-Vorstellungen ist das Wesen jeder Deutung und als solches ein wichtiges Element der Analyse in jedem Lebensalter."

Das kindliche Borderline-Syndrom ist jedoch nicht erklärbar auf dem Boden eines triebdynamisch-orientierten Persönlichkeitskonzeptes. Die Symptomatologie dieser Kinder bleibt fremd, wenn man sie als Ausdruck intrapsychischer Konfliktdynamik ansieht und lediglich danach fragt, was sich in der kindlichen Psyche an Triebmechanismen und Abwehrvorgängen abspielt.

Das psychoanalytische Konzept der Persönlichkeitsentwicklung und ihrer Störungen, das die Symptomatologie aber auch schwerer psychischer Erkrankungen – wie das kindliche Borderline-Syndrom – deutbar und damit versteh- und therapierbar macht, ist das Konzept der Ich- und Identitätsentwicklung und ihrer Störungen im Medium der Gruppe von *Günter Ammon* (1978). *Ammon* hat das Konzept der verdrängten Triebkonflikte durch das Konzept der defizitären Ich-Entwicklung in der Gruppe als Ursache psychischen Leidens ersetzt. Er versteht die menschliche Ich- und Identitätsentwicklung als unmittelbares Ergebnis eines zwischenmenschlichen Dialoges des Kindes mit seiner umgebenden Gruppe. Die Dynamik der konkreten, lebendigen Beziehung zwischen Kind und Mutter bzw. Primärgruppe findet als Erfahrung ihren Niederschlag in den sich entfaltenden Ich-Funktionen und Ich-Strukturen des Kindes. Die Entwicklung, Reifung und Differenzierung der Ich-Strukturen sind

dabei entscheidend an die kontinuierliche Unterstützung, Fürsorge und Zuwendung der Primärgruppe, insbesondere der Mutter gebunden.

Das Verhalten eines Menschen im Hier und Jetzt kann als Ausdruck der in jeder Situation zusammenwirkenden, sich gegenseitig beeinflussenden Ich-Funktionen verstanden werden. Es drückt die Psychodynamik der verinnerlichten Primärgruppe aus, die in der unbewußten Ich-Struktur verankert ist.

Ich möchte hier hervorheben, daß ich innerhalb des *Ammon*schen Konzepts der Persönlichkeitsentwicklung und ihrer Erkrankungen (*Ammon*, 1978) die Bereiche betone und ausführe, auf die ich später im Zusammenhang mit der Funktion des Deutens innerhalb der Therapie von Grenzfallkindern zurückkomme.

Bildet die Dynamik der das Kind umgebenden Primärgruppe jedoch ein konfliktbeladenes pathogenes Kräftefeld, so kommt es reaktiv zu Defiziten und Defekten an den sich entwickelnden Strukturen der Ich-Funktionen und der Identität des Ichs. Das psychopathologische Symptomverhalten des Ich-kranken Patienten, das er unbewußt in das Hier und Jetzt der Realität ausagiert, spiegelt die destruktive Dynamik der verinnerlichten Primärgruppe wider. Es bringt die archaischen Abwehrformationen zum Ausdruck, die in früher Kindheit reaktiv vom kindlichen Ich gebildet wurden. Gleichzeitig weist das Symptomverhalten auf die verkrüppelte und defekte Ich-Struktur des Patienten hin. Diese füllt das „Loch im Ich" (*Ammon*, 1972) aus. Damit dient sie dem Ich als Stütze, die den dahinterliegenden drohenden Ich-Verlust abwehrt. Das Wissen um die Funktion des Symptomverhaltens bei Ich-kranken Patienten hat wesentliche Bedeutung in der therapeutischen Strategie, nämlich Ersatz für Ich-strukturelles Defizit und die Abwehr dieses Defizits. Ein direktes Angehen und Deuten des Symptoms würde den Zusammenbruch des Ichs zur Folge haben.

Ausgehend von dem Entwicklungsdefizit der Ich-Struktur des Patienten hat *Ammon* die psychotherapeutische Behandlungsmethode der „nachholenden Ich-Entwicklung" entwickelt, deren Ziel es ist, durch das spezifisch therapeutische Vorgehen des Ich-strukturellen Arbeitens fehlende Ich-Struktur zu bilden und zu differenzieren bzw. defekte Ich-Struktur zu korrigieren. Der therapeutische Optimismus, der dieses therapeutische Vorgehen trägt, beruht auf der Tatsache, daß die präödipale Beziehung zwischen Mutter und Kind mit ihrer pathogenen Dynamik in der therapeutischen Symbiose zwischen Therapeut und Patient wiedererlebt und emotional korrigiert werden kann durch die Bereitstellung neuer Erfahrungsmöglichkeiten im Sinne des Wiedergutmachens. Das Hauptgewicht dieser Therapie liegt nach *Ammon* auf der Wiedergutmachung des frühkindlichen realen Entbehrungstraumas.

Bevor ich detailliert über die Anwendung der Behandlungsmethode der „nachholenden Ich-Entwicklung" bei borderline-kranken Kindern

berichte und die Rolle des Deutens bei diesem therapeutischen Vorgehen untersuche, möchte ich kurz über die Symptomatik, das verinnerlichte pathogene Konfliktgeschehen des Symbiosekomplexes und die Beschaffenheit der Ich-Struktur bei Borderline-Kindern sprechen.

Ich habe an anderer Stelle die Spezifität des Symbiosekomplexes als eines abrupt wechselnden emotionalen Klimas beschrieben (*Schneider*, 1974a). Aufgrund eigener archaischer Ich-Defizite ist die Mutter unfähig, dem Kind die Erfahrung kontinuierlicher emotionaler Präsenz zu geben. Die symbiotische Erfahrung bewirkt bei dem Kind ein Urmißtrauen in jede Objektbeziehung und in sich selbst. Deshalb finden wir bei Borderline-Kindern hochgradige Störungen der zentralen Ich-Funktionen der konstruktiven Aggression, der Frustrationsregulation, der Ich-Integration, der Ich-Abgrenzung und damit der Ich-Identität.

Diese kranke Ich-Struktur findet ihren Ausdruck in der Symptomatologie, die beherrscht ist durch panikartige Angstzustände, wenn die Mutter real nicht anwesend ist, d. h. die Angst vor dem Objektverlust, extreme Frustrationsintoleranz, unkontrollierte destruktive Aggressionsausbrüche, anklammernde terroristische Verhaltensweisen mit gleichzeitiger Unfähigkeit zu konstanten Beziehungen.

Die hochgradig defekte Ich-Struktur bei Borderline-Kindern wird noch ergänzt durch die altersgemäße Ich-Unreife, die eine Kompensation durch sekundäre Ich-Funktionen kaum zuläßt. Außerdem beruht diese Ich-Schwäche auf der Tatsache, daß das Kind noch in einer starken realen Abhängigkeitsbeziehung zu seiner Primärgruppe lebt, daß es in der Realität von seinen primären Liebesobjekten, die mit seinen verinnerlichten Objekten identisch sind und die Dynamik seiner Objektbeziehungen prägen, umgeben ist. Die Anfälligkeit des kindlichen Borderline-Ichs für passagere psychotische Desintegration hat auch seine Ursache in der mangelhaften Kompensationsmöglichkeit durch Ersatzobjekte.

Ich möchte mich nun dem zentralen Anliegen meiner Arbeit zuwenden und untersuchen, welche Funktion der Deutung innerhalb des Ich-strukturellen Arbeitens in der Behandlungsmethode der nachholenden Ich-Entwicklung zukommt.

Der Weg der Ich-Struktur-Korrektur erfolgt über die emotionale Korrektur der mißlungenen symbiotischen Erfahrungen des Kindes mit seiner Mutter. Das heißt, die defizitäre Interaktion der präödipalen Symbiose wird in der Übertragungsdynamik zwischen Kind und Therapeut voll wiederhergestellt. Durch die Deutung des Symptomverhaltens des Kindes, der Gegenübertragung des Therapeuten und der Interaktion in der Beziehung zwischen Kind und Therapeut ist eine Rekonstruktion der pathogenen Mutter-Kind-Symbiose möglich. Durch die Deutung des Therapeuten für sich selbst kann er das Verhalten des Kindes als sinnvoll erleben und akzeptieren, sich aber nun anders verhalten als die Mutter im Sinne eines echten Wiedergutmachens. Durch dieses Anders-Verhalten wird die

krankmachende symbiotische Erfahrung emotional korrigiert und findet mit der Zeit als geheilte Ich-Struktur in dem strukturellen Geflecht der Ich-Funktionen ihren Niederschlag. Ich-strukturelles Arbeiten bedeutet: Neue Erfahrungsstrukturen ermöglichen. Der Schwerpunkt des Ich-strukturellen Arbeitens besteht in der realen Wiedergutmachung des frühkindlichen erfahrenen Entbehrungstraumas, in der Wiederholung dieses Traumas innerhalb der therapeutischen Symbiose und seiner Heilung. Der Optimismus, der dieses therapeutische Vorgehen trägt, beruht auf der Tatsache, daß ganz besonders Kinder bereit sind, die präödipale Symbiose zu wiederholen, um die narzißtische Zuwendung zu erhalten, die ihnen zu einer gesunden Ich-Entwicklung fehlte.

Ich möchte nun ein Beispiel für das Wiedergutmachen der traumatischen symbiotischen Erfahrung innerhalb der Übertragungsbeziehung zwischen einem siebenjährigen borderline-kranken Mädchen und mir geben: Carola zeigte ihren Kernkonflikt stets am Ende ihrer therapeutischen Sitzung. Sie litt furchtbar unter der Trennung von mir, weil sie diese als Abbruch unserer Beziehung erlebte. Einmal vergaß ihre Mutter sie abzuholen. Da fiel Carola in panischer Angst schreiend und wild schlagend über mich her. Sie war völlig außer sich. Meine Deutung für mich sah folgendermaßen aus: „Ich verlasse Carola genauso wie ihre Mutter; ein anderer Patient wartet. Auch Carolas Mutter schickt Carola immer weg, wenn sie arbeiten will. Carola erlebt jetzt, daß ich die Beziehung zu ihr abbreche, indem ich sie wegschicke. Ihre Aggression ist Ausdruck für ihre furchtbare Verlassenheitsangst." Es wäre nun grundfalsch gewesen, Carola ihr Verhalten in ihrem passager-psychotischen Zustand verbal zu deuten. Damit hätte ich sie vollends verlassen. Wichtig war mein durch die Deutung ermöglichtes, korrigierendes Verhalten gegenüber Carola: Ich nahm die tobende Carola kräftig in die Arme, rief ihren Namen und sagte ihr, was für ein liebes Kind sie sei und wie Recht sie habe, so wütend und böse auf mich zu sein. Carola beruhigte sich. Sie auf meinem Arm haltend, wo sie sich erschöpft an mich klammerte, bat ich den Patienten, der auf mich wartete, zu einem anderen Termin wiederzukommen. Ich sagte ihm so, daß Carola es hörte, daß es ihr im Moment so schlecht ginge, daß ich sie nicht allein lassen könnte. Ich fühlte Wut gegen die Mutter in mir und sagte es Carola; ich versprach ihr, mit ihrer Mutter zu reden. Ziel dieses therapeutischen Vorgehens war die zwischen mir und Carola korrigierte Erfahrung des permanenten Verlassenwerdens. Das Sprechen über ihr Verhalten danach und meine verstehende Zustimmung dazu kräftigte durch meine Identifikation mit ihr das Wir-Gefühl der therapeutischen Symbiose.

Voraussetzung für das Gelingen der Therapie ist die adäquate Haltung des Therapeuten gegenüber dem Kind. Diese Haltung bedeutet das facilitating environment für die Ich-Entwicklung des Kindes. Wie die Haltung einer guten Mutter muß der Therapeut das Kind mit seinem Symptom-

verhalten voll akzeptieren. Er muß bereit sein, das Kind zu unterstützen, es mit Zuwendung zu umgeben, ihm Grenzen zu setzen und ihm das Gefühl von kontinuierlicher Verläßlichkeit geben. Dies verlangt vom Therapeuten vollen, echten menschlichen Einsatz, um in der Symbiose mit dem Kind alle Kränkungen und destruktiven Aggressionen auszuhalten, mit denen er im Übertragungsgeschehen mit dem Kind konfrontiert ist. Diese emotionale Haltung ist die tragende Grundlage der therapeutischen Symbiose. Borderline-kranke Kinder spüren sie als schützende Atmosphäre sofort und lassen sich, wenn die symbiotische Erfahrung nicht zu schmerzhaft erlebt worden ist, sehr schnell in sie hineinfallen.

Hinsichtlich des Arbeitens an der Ich-Struktur innerhalb der therapeutischen Symbiose fordert *Ammon* (1978) die Beachtung von vier Punkten:

1. Das Entdecken und Verbünden mit vorhandener gesunder Ich-Struktur. Dieses therapeutische Bündnis jenseits der Übertragungsdynamik ist absolut notwendig, um das Übertragungsgeschehen, d. h. das Arbeiten an der defekten Ich-Struktur zu ermöglichen, ohne daß es zu einem Kontaktabbruch, d. h. zu einem Therapieabbruch kommt.
2. Das Entwickeln brachliegenden Ich-Potentials durch das Anbieten von Identifikationsmöglichkeiten und das Unterstützen wachsender Ich-Funktionen.
3. Übernahme bzw. Stärkung der zentralen Ich-Funktionen als Hilfs-Ich für den Patienten.
4. Die Heilung der defekten Ich-Struktur durch direkte emotionale Erfahrungskorrektur im Hier und Jetzt der therapeutischen Beziehung.

Die Heilung von Ich-Struktur erfolgt auf keinen Fall durch Erinnerungsarbeit, sondern direkt im Hier und Jetzt des Wiederholens und Wiedergutmachens pathogener symbiotischer Erfahrung zwischen Patient und Therapeut. Im Hier und Jetzt der therapeutischen Beziehung ist der Therapeut als Mensch mit eigener Ich-Struktur das zentrale Behandlungsinstrument.

Ich habe die Erfahrung gemacht, daß die therapeutische Symbiose in ihrer Qualität die Mutter-Kind-Symbiose vom Beginn des Lebens an wiederholt und deshalb chronologisch in drei aufeinanderfolgenden Phasen verläuft:

Erste Phase: Aufbau der therapeutischen Symbiose
Zweite Phase: Die therapeutische Symbiose als Medium der nachholenden Ich-Entwicklung mit dem Ziel der Ich-Abgrenzung
Dritte Phase: Trennung der therapeutischen Symbiose

Ich möchte im folgenden das Ich-strukturelle Arbeiten in jeder einzelnen Phase beschreiben und auf die Funktion des Deutens dabei eingehen.

Erste Phase: Die Herstellung der therapeutischen Symbiose

Ziel der Herstellung der therapeutischen Symbiose ist ein tragfähiges Kommunikations- und Erfahrungsfeld zwischen Therapeut und Kind. Der Therapeut bietet mit seiner Haltung das facilitating environment als Voraussetzung für Ich-Entwicklung an. Weiterhin sucht der Therapeut im Kontakt mit dem Kind nach gesunden Ich-Anteilen, mit denen er sich verbünden kann. Das Symptomverhalten wird zunächst umgangen.

Ich möchte an zwei Beispielen zeigen, wie schwierig es ist, die therapeutische Symbiose aufzubauen, da es Kinder gibt, deren Ich-Struktur zu schwach ist bzw. die sich weigern, ihre katastrophale symbiotische Erfahrung noch einmal zu wiederholen.

Anni war sechs Jahre alt, als sie und ihre Mutter zu einer Simultantherapie zu mir kamen. Anni litt unter panikartigen Angstzuständen, wenn ihre Mutter sie verließ, sie war unberechenbar aggressiv, mißtrauisch und in ihrem Verhalten chaotisch. Zu Beginn ihrer Therapie litt sie häufig unter paranoid-psychotischen Reaktionen. Die erste Zeit unseres therapeutischen Zusammenseins war für uns beide sehr schwierig.

Auf mein Angebot der therapeutischen Symbiose reagierte Anni mit totaler Abwehr. Zusammengekauert saß sie in einer Ecke des Therapiezimmers in großer Distanz zu mir und verfolgte jede meiner Bewegungen mit bösem Blick, weinte, schimpfte und onanierte vor sich hin. Jedes Spielangebot meinerseits benutzte sie, um das Spielzeug kurz und klein zu schlagen. Ich selbst fühlte mich in meiner Gegenübertragung hilflos, ratlos und gereizt. Als ich sie einmal auf ihre Ängste ansprach – was ein großer Fehler war, denn ich bot ihr an, sich mit mir zu identifizieren, mit mir, die ich in der Übertragung alle bösen Aspekte ihrer Mutter trug –, schrie sie gellend und hielt sich die Ohren zu. Ich deutete unsere Übertragungsbeziehung im Hier und Jetzt folgendermaßen für mich: „Anni erlebt mich wie ihre Mutter, und sie hat panische Angst, das Trauma des Angenommen- und Fallengelassenwerdens mit dem Gefühl ohnmächtiger Wut und Verlassenheit mit mir zu wiederholen."

Die Deutung ihres Verhaltens auf dem Hintergrund ihrer Lebensgeschichte für mich selbst und die Deutung meiner Gegenübertragung bestimmte mein Verhalten. Ich blieb ihr gegenüber schweigend und rührte mich nicht. Wenig später entdeckte ich bei ihr ein Stückchen gesunder Ich-Struktur: Ihr Interesse an Büchern, mit dem ich mich verbünden konnte. Während unserer therapeutischen Sitzungen las ich ihr in der Folgezeit vor. Die räumliche Distanz, die sie einhalten wollte, bestimmte sie selbst; ebenso wurde die nötige Distanz durch die Kommunikation über das dritte Objekt, das Buch, aufrechterhalten. Ich sprach sie mit ruhiger, gleichmäßiger Stimme an.

Der Anteil des Ich-strukturellen Arbeitens besteht hier darin, daß ich trotz ihres abweisenden chaotischen Verhaltens meine Gegenübertragung,

die dem Verhalten ihrer Mutter entsprach, korrigieren konnte und aufgrund der Deutung der Übertragungsbeziehung mich anders verhielt, nämlich zunächst schweigend und später gleichmäßig klangfütternd, was allmählich zur Grundlage unserer Beziehung wurde. Da sie die Bilder interessierten, kam sie allmählich näher, stellte sich neben mich, stets sprungbereit, und lehnte sich schließlich an mich. Ich veränderte die Qualität meiner gleichmäßigen Zuwendung nicht, was sofort ihr Erfahrungstrauma hätte wieder wachrufen können. Schließlich kletterte sie sogar auf meinen Schoß. Dabei setzte sie sich so, daß sie mich ansehen konnte, und lutschte, an mich geschmiegt, am Daumen. Während ich sie ansah, wurde mir bewußt, daß sie nicht mehr hörte, was ich ihr vorlas, sondern sich dem Klang meiner Stimme hingab. Ihre Augen waren ganz offen wie ein Spiegel. Ich begriff, daß wir auf einer sehr frühen Entwicklungsstufe unsere symbiotische, emotionale Beziehung aufgenommen hatten.

Dies Beispiel von Anni zeigt das therapeutische Arbeiten in der ersten Phase der nachholenden Ich-Entwicklung. Indem ich mir unsere Übertragungsbeziehung deutete, konnte ich mich anders als die Mutter verhalten, nämlich kontinuierlich zuwendend, so daß über eine Erfahrungskorrektur ein Ich-Struktur-Aufbau erfolgte, der sie befähigte, eine therapeutische Symbiose mit mir einzugehen.

Schwieriger gestaltete sich die Herstellung der therapeutischen Symbiose mit Martin, einem siebenjährigen Heimkind, bei dem ich keine bündnisfähige Ich-Struktur fand. *Ammon* (1978) schlägt in solchem Fall als therapeutisches Vorgehen das Verbünden mit der kranken Ich-Struktur vor, d. h. in unserem Fall eine bewußte Identifikation mit dem bösen verinnerlichten Objekt und dem bewußten Ausagieren der Gegenübertragung. Es kommt dabei zu einer sehr aggressiven Kommunikation, die das Kind dennoch als narzißtische Zuwendung erleben kann, wenn es erfährt, daß aggressives Verhalten nicht mit einem Kontaktabbruch endet. Das destruktive Symptomverhalten wird als mißglückte Objektsuche verstanden und dem Kind das gesuchte Objekt ermöglicht in der konkreten und emotionalen Präsenz des Therapeuten.

Martin, der ein Waisenkind ist, lebte in einem Heim. Seine Therapie begann von eineinhalb Jahren. Als ich ihn kennenlernte, war er ein schwer depressives autistisches Kind, das kaum sprach. Er schien ohne Gefühle und reagierte nur mit Kopfschütteln. Er tat alles, was ich wollte, und seine wortlosen Spiele waren beziehungslos und starr. Ich versuchte zunächst, alle seine Ich-Funktionen mit meinen eigenen Gefühlen zu verbinden, ich versuchte ihn zu interessieren, ich sprach aus, was wir beim Spazierengehen zusammen sahen, ich versuchte, Gefühle, die ich bei ihm vermutete, zu formulieren. Dennoch hatte ich schließlich das Gefühl, daß er mich total ablehnte und wir keinerlei Beziehung zueinander hätten. Von seiner früheren Lebensgeschichte hatte ich nur einige sehr spärliche Angaben: Als uneheliches Kind war er von seiner Mutter derart vernach-

lässigt worden, daß er beinahe verhungert wäre. Er war dann von Heim zu Heim und von Pflegefamilie zu Pflegefamilie gewandert und blieb schließlich, als seine Mutter starb, in dem Heim, von dem aus er zweimal wöchentlich zur Therapie zu mir kommt. Nachdem ich mich drei Monate lang um Martin therapeutisch bemüht hatte, fiel auf, daß er immer passiver wurde, zu nichts Lust hatte, alles verweigerte, herumhing und, wenn er mit mir spielte, mich betrog und belog, wo er nur konnte. Daß er auf mich seine Mutter übertrug und sein Verhalten nun echtes Symptomverhalten in der Übertragungsdynamik war, spürte ich an meiner Gegenübertragung. Nur mühselig konnte ich meine maßlose Wut auf ihn beherrschen. Da ich mit meiner kontrollierten Gegenübertragung ihn nicht erreichen konnte, entschloß ich mich, meine Gefühle der Wut voll auszunutzen. Ich schlug auf den Tisch, daß das Spiel herunterfiel und beschimpfte ihn, daß er ein ekelhafter Kerl sei, daß ich mir sein ewiges Mogeln und Betrügen und dieses Herumhängen nicht mehr gefallen ließe und daß er jedes Spiel mit mir kaputtmache. Mit dieser aggressiven narzißtischen Zuwendung hatte ich ihn erreicht. Er sprang auf und wollte weglaufen; ich hielt ihn jedoch fest und bat ihn, mit mir weiterzuspielen. Diese aggressive Kontaktaufnahme stellte den Beginn einer tragenden emotionalen Beziehung dar. Von dem Tag an gab Martin sein passives Verhalten auf und begann zu sprechen. Die emotionale Korrektur bestand hier, daß Martin erlebte, daß aggressives Verhalten nicht mit einem Kontaktabbruch endet.

Zweite Phase der nachholenden Ich-Entwicklung: Die therapeutische Symbiose als Medium der nachholenden Ich-Entwicklung mit dem Ziel der Ich-Abgrenzung

Die Fähigkeit des Kindes, die therapeutische Symbiose einzugehen, ist abhängig von dem Ausmaß der Schädigung seiner Ich-Struktur. Viele Kinder sind nicht so schwer gestört wie Anni und Martin und sind schnell bereit, wie z. B. auch die vorher beschriebene Carola, sich in das facilitating environment der therapeutischen Symbiose hineinfallen zu lassen.

Ich möchte jetzt den Beginn der Therapie eines psychosomatisch reagierenden sechsjährigen Mädchens beschreiben, das sich sofort in seiner Sehnsucht nach Zuwendung und Abhängigkeit in die therapeutische Symbiose hineinfallen ließ. Ich möchte an diesem Beispiel das strukturelle Arbeiten an einer zentralen Ich-Funktion zeigen, sowie die Notwendigkeit der Übernahme von Ich-Funktionen durch den Therapeuten als Hilfs-Ich: Angela ist von ihrer Mutter nie als Kind angenommen worden. Ihr Vater, der ein mütterlicher Mann ist, hat sie aufgezogen. Sie lebt jetzt im Alter von sechs Jahren mit ihm allein, nachdem die Mutter die Familie verlassen hat. Ihre ungeheure Sehnsucht nach Zuwendung hat es mir möglich gemacht, schnell ein Bündnis mit ihr herzustellen: Ständig sucht Angela

Körperkontakt und ist furchtbar unruhig. Sie möchte etwas mit mir spielen, weiß aber nicht was; ich schlage etwas vor, sie kann sich nicht dafür entscheiden; ich mache ein konkretes Spielangebot, sie lehnt es ab. Ich deute für mich und verstehe, daß unsere Beziehung widerspiegelt, wie ihre Eltern mit ihr umgegangen sind, ein ständiger Wechsel zwischen Kontaktaufnahme und Kontaktabbruch. In ihrer Diffusität stellt sie für mich ein riesiges narzißtisches, undifferenziertes Bedürfnis dar ohne Abgrenzung gegen mich, das der Unstrukturiertheit ihrer Ich-Struktur entspricht wie auch ihre Abgrenzungsunfähigkeit mir gegenüber. Ihr Kontaktangebot bezieht sich vor allem auf ihren Körper: Wir vergleichen unsere Füße, tauschen unsere Schuhgrößen aus, sie probiert meine Schuhe an, wir vergleichen unsere Haare und Frisuren, unsere Hände, wir balgen und schmusen. Die Deutung unserer Beziehung für mich macht mir plötzlich deutlich, daß Angela mir anbietet, mit ihr an ihrer zentralen Ich-Funktion des Körper-Ichs, die bei ihr als psychosomatisch-reagierendem Kind gestört ist, narzißtisch zu arbeiten. Nach dieser Deutung konzentriere ich mein Verhalten und meine Aufmerksamkeit direkt auf Angelas Körper. Ich interessiere mich für alles, was ihren Körper betrifft. Dieses spezifische Interesse für sie befriedigt und beruhigt sie offensichtlich. Daß sie sich mit mir stark identifizieren will auf der Körperebene, zeigt, daß sie mich jedesmal beschimpft, wenn ich statt eines Rockes eine Hose trage.

Mit meinem emotionalen Interesse an Angelas Körper, ihrer Identifikation mit meinem Körper und durch das gemeinsame Sprechen über den ihrigen wird die zentrale Ich-Funktion des Körper-Ichs von Angela nachholend aufgebaut und differenziert.

Es folgen weitere Beispiele für Ich-strukturelles Arbeiten in der zweiten Phase der nachholenden Ich-Entwicklung.

Das folgende Beispiel zeigt die Differenzierung von Ich-Struktur durch eine differenzierte verbale Deutung von Gefühlen. Das adäquate Reagieren auf diese Gefühle führte zu einer neuen Erfahrung, die verinnerlicht wurde. Martin hatte zu Beginn seiner Therapiestunde auf mich warten müssen. Als ich schließlich kam, stand er da mit einem wütend abwehrenden, enttäuschten Gesicht. Als ich ihn ansprach, gab er keine Antwort. Da sagte ich zu ihm: „Wenn ich an deiner Stelle wäre, hätte ich eine Stinkwut auf mich." Er nickte befreit. Indem ich in der Identifikation mit ihm seine Gefühle teilte und sie für ihn aussprach, fühlte er unsere symbiotische Beziehung bekräftigt. Als er das nächste Mal wieder auf mich warten mußte, sagte er anschließend: „Ich habe eine Stinkwut auf dich."

Das folgende Beispiel zeigt das Üben von Ich-Funktionen im facilitating environment der symbiotischen Beziehung: Martin und ich gehen an den Rhein. Er ist ungemein glücklich, daß er besser als ich flache Steine über das Wasser hüpfen lassen kann. Ich bin ehrlich beeindruckt und sage ihm, daß ich gar nicht gewußt habe, wie gut er werfen kann. Da wirft er

noch besser. Ich sage zu ihm: „Du bist ein richtiger Sportskerl." Martin strahlt.

Das folgende Beispiel zeigt, wie Martin die Zuverlässigkeit unserer symbiotischen Beziehung immer wieder ausprobiert hat: Martin verbrachte über lange Zeit seine Therapiestunden damit, im Park auf einem Geländer zu balancieren und sich unverhofft nach meiner Seite fallenzulassen. Damit probierte er meine Zuverlässigkeit auf symbolischer Ebene aus. Nach geraumer Zeit dieser sich immer wiederholenden Erfahrung wagte ich, unsere Beziehung verbal für uns beide zu deuten. Ich sagte: „Du probierst immer wieder aus, ob du dich wirklich auf mich verlassen kannst." Durch die verbale Deutung hatte ich unsere Beziehung bekräftigt und als gemeinsame Erfahrung, schon losgelöst von Raum und Zeit, differenziert. Dieses direkte deutende Ansprechen der Beziehung zwischen Kind und Therapeut im Hier und Jetzt der therapeutischen Symbiose darf aber erst dann erfolgen, wenn die agierte Erfahrung ausreichend gut verinnerlicht ist. Bei Martin hatte ich den Augenblick des verbalen Ansprechens möglicherweise zu früh gewählt. Er reagierte auf das Ansprechen, indem er sagte: „Laß das."

Ziel des Ich-strukturellen Arbeitens in dieser zweiten Phase der nachholenden Ich-Entwicklung ist die emotionale Korrektur im strukturellen Geflecht der Ich-Funktionen, die Differenzierung und Nachreifung des kindlichen Ichs. Am Ende dieser Phase und vor allem, wenn diese abgeschlossen ist *(dritte Phase der therapeutischen Symbiose: Trennung der Symbiose*), ist die Ich-Struktur insoweit gesund, als sich das Kind als abgegrenzte Persönlichkeit erleben kann. Auf eine Abgrenzung reagiert es nicht mehr mit Verlassenheitsangst. Deshalb ist ein verbales Deuten durch direktes Ansprechen des Symptomverhaltens für das Kind möglich.

Hierfür ein Beispiel: Sabine kam wegen eines Tics zu mir in die Kindertherapie. Blitzschnell riß sie die gespreizte Hand neben ihren Kopf und streckte gleichzeitig die Zunge heraus. Mit dieser Geste erschreckte sie Eltern, Lehrer und Klassenkameraden. Ihre Mutter brachte sie zur Therapie, da ihr ein Schulverweis drohte. Sabine war ein fröhliches, kontakt- und spielfreudiges Kind. Neben ihrem Tic fiel eine angedeutete diffuse Aggressivität auf. Nach vier Monaten Therapie konfrontierte ich sie psychodramatisch mit ihrem Symptom. Ich machte ihr unvorbereitet ihren Tic nach. Sie starrte mich verblüfft an und sagte plötzlich: „Du siehst ja aus wie mein Vater." Ich fragte sie, wann ihr Vater denn so aussähe, worauf sie mir zur Antwort gab: immer dann, wenn er schimpfe. Bisher hatte ich nur Positives über die Beziehung zwischen Vater und Tochter gehört. Im Gespräch mit den Eltern wurde deutlich, daß Herr L. immer dann mit seiner Tochter schimpfte, wenn er glaubte, daß sie sich nicht als perfekte Enkelin gegenüber seiner eigenen Mutter verhielt. Er selbst warb im Wiederholungszwang um seine Mutter, indem er ihr ein perfektes Enkelkind anbieten wollte.

Ein letztes Beispiel für eine direkte Deutung des Symptomverhaltens: Mark war als schwerkrankes Borderline-Kind zu mir in die Therapie gekommen. Nach zweijähriger Behandlung ging es ihm bis auf sein Symptom des Stotterns sehr gut. Mark nahm damals an einer Kindergruppentherapie teil. In einer Sitzung versuchten die Kinder gemeinsam herauszufinden, warum er stotterte. Ich deutete der Gruppe, daß nach meiner Meinung Marks Stottern daher käme, daß seine Mutter ihn, als er klein war, nicht liebgehabt hätte und er nun fürchte, daß dies in der Gruppe wieder geschehe. Mark und die Gruppe waren von dieser Interpretation beeindruckt und fanden sie richtig. Im Anschluß an die Sitzung lief Mark herum und erzählte jedem, der es hören wollte, er wisse jetzt, warum er stottere. Er gab in den nächsten Wochen sein Stottern auf.

Abschließend möchte ich noch einmal die Frage diskutieren, welche Bedeutung der Deutung innerhalb des Ich-strukturellen Arbeitens bei Borderline-Kindern zukommt. Da borderline-kranke Kinder ihre Konfliktdynamik nicht verdrängt haben, sondern unbewußt in die Realität ausleben, wird die Dynamik der Beziehung zwischen Kind und Therapeut sehr bald die präödipale Konfliktdynamik wiederholen. Die Deutung des interpersonellen Konfliktgeschehens zwischen Kind und Therapeut durch den Therapeuten im Hier und Jetzt führt zu einem affektiven wie kognitiv-intellektuellen Verstehen der durch das Symptomverhalten abgewehrten Verlassenheits- und Vernichtungsängste. Die Deutung der pathogenen Dynamik des übertragenen Symbiosekomplexes für sich selbst befähigt den Therapeuten zu einer andersartigen Reaktion und einem Verhalten, das einer emotionalen symbiotischen Erfahrungskorrektur im Sinne eines Wiedergutmachens des frühkindlichen Traumas entspricht. Wichtig ist, daß während der Zeit der nachholenden Ich-Entwicklung innerhalb der therapeutischen Symbiose der Therapeut stets nur für sich selbst deutet und seine Deutung nicht ausspricht, solange sie den archaischen Symbiosekonflikt der Übertragungsbeziehung betrifft. Die Übertragungsbeziehung darf erst dann angesprochen und artikuliert werden, wenn ein genügend stabiles Ich des Kindes aufgebaut worden ist, nämlich am Schluß der therapeutischen Symbiose, wenn Ich und Nicht-Ich annähernd getrennt sind. Verallgemeinert kann man sagen, daß die Funktion der Deutung innerhalb des Ich-strukturellen Arbeitens die ist, daß der Therapeut die Dynamik des Symbiose-Komplexes versteht, was ihn dann befähigt, sich anders zu verhalten im Sinne des Wiedergutmachens.

Ich möchte dies für die einzelnen Stadien der therapeutischen Symbiose beschreiben. In der Zeit der Herstellung der Symbiose deutet der Therapeut das Symptomverhalten des Kindes in bezug auf das Übertragungsgeschehen zwischen ihm und dem Kind, und sein Wiedergutmachen besteht in Form einer *aktiven Handlung*. Im Fall von Anni war die Handlung ein aktives emotional und intellektuell begründetes Schweigen. Im Fall von Martin war es mein Festhalten, als er nach unserer aggressiven Konfron-

tation weglaufen wollte. Diese Handlung geschieht vornehmlich auf averbaler Ebene.

Das nächste Stadium zu Beginn der therapeutischen Symbiose ist die *Kombination von Handlung und Artikulation* als wiedergutmachende Aktion. Ich möchte dies an einem Beispiel aufzeigen. Das Kind weint und schreit am Ende der therapeutischen Sitzung. Meine Deutung für mich: „Das Kind weint, weil ich es verlassen will." Die wiedergutmachende Antwort ist folgende: Einmal die Handlung: Ich bleibe da. Zum anderen: die Artikulation: „Du kannst es noch nicht aushalten, wenn ich weggehe, deshalb bleibe ich da."

Im Stadium der fortgeschrittenen Symbiose in der gleichen Situation wird die Deutung für mich selbst die gleiche sein: „Das Kind weint, weil ich es verlassen will." Die wiedergutmachende Antwort: Ich sage: „Ich sehe, daß Du es kaum aushältst, wenn ich jetzt weggehe; ich lasse Dir für mich mein Taschentuch (Übergangsobjekt) da, das Dich daran erinnert, daß ich an Dich denke."

Erst am Ende der guten verinnerlichten symbiotischen Erfahrung – im letzten Stadium der therapeutischen Symbiose – ist es möglich, *die Sprache allein als Kommunikationsmittel* zu benutzen. Wieder deutet der Therapeut für sich selbst, aber die wiedergutmachende Aktion findet jetzt ausschließlich auf der Sprachebene statt: Ich sage zu dem Kind: „Ich weiß, wie schwer es für Dich ist, daß ich jetzt gehe, aber Du kannst ganz sicher sein, daß ich wiederkomme." Das direkte Ansprechen des Symptomverhaltens ist erst dann möglich, wenn die Trennung zwischen Ich und Nicht-Ich vollzogen ist, d. h. wenn der Prozeß der nachholenden Ich-Entwicklung so gut wie abgeschlossen ist. Dann ist ein direktes Ansprechen, wie in den beiden letztgenannten Fallbeispielen von Sabine mit ihrem Tic und Mark mit seinem Stottern möglich, ohne daß das Kind das Ansprechen als Verlassenwerden erlebt, wie z. B. Anni, deren Angst ich viel zu früh ansprach und die dann gellend schrie und sich die Ohren zuhielt. Nicht vorstellbar wäre gewesen, wenn ich die Situation zwischen Anni und mir in orthodoxer Weise gedeutet hätte. Dies hätte dann ungefähr folgendermaßen ausgesehen: „Du schreist und weinst, weil Du Angst vor mir hast und weil ich Dich verlassen könnte. Deine Mutter hatte Dich auch immer verlassen." Eine solche in dieser Weise artikulierte Deutung hätte ein totales Im-Stich-Lassen, möglicherweise sogar ein Vernichtungsgefühl bei dem Kind ausgelöst.

Abschließend möchte ich sagen, daß Deuten im Prozeß der nachholenden Ich-Entwicklung die Funktion hat, mit der Deutung des interpersonalen Konfliktgeschehens zwischen dem Therapeuten und dem Kind als übertragener Symbiosekomplex, dem Kind eine reale narzißtische befriedigende Antwort geben zu können, im Sinne eines widergutmachenden Verhaltens. Durch die Korrektur der emotionalen symbiotischen Erfahrung erfolgt eine Heilung der defekten Ich-Struktur bzw. defizitären

Ich-Entwicklung. Abzugrenzen ist hier vielleicht noch die reale Beziehung zwischen Kind und Therapeut jenseits der Übertragungsbeziehung. Hier bedeutet das Aussprechen der Gefühle des Kindes und das adäquate Beantworten, wie auch die Artikulation gemeinsamer Gefühle, als auch das Deuten und Erklären der Umwelt, d. h. das Sprechen über etwas, einen Aufbau und eine Differenzierung von Ich-Struktur.

In der vorliegenden Arbeit habe ich den gesamten Bereich der dringend erforderlichen psychotherapeutischen Simultanarbeit mit der Familiengruppe von Borderline-Kindern nicht näher ausgeführt. Durch die Bearbeitung der pathogenen, intrafamiliären Konfliktdynamik, die die Ursache der defekten Ich-Struktur des Borderline-Kindes ist, kommt es zu einer veränderten Wechselbeziehung zwischen Kind und Familiengruppe, was eine augenblickliche Rückwirkung auf die Ich-Struktur des Kindes hat und sich im Schwinden seiner Symptomatik zeigt. Eine Ich-therapeutische Arbeit mit dem Kind allein ohne Mitarbeit der Eltern führt leicht zu einer realen double-bind-Situation für das Kind. Über das Konzept der Simultantherapie habe ich bereits an anderer Stelle (1974b) berichtet.

Am Ende meines Referats möchte ich noch einmal darauf eingehen, daß in der traditionellen Kinderpsychotherapie das Bewußtmachen unbewußten Materials durch Deutung im Zentrum der kindertherapeutischen Arbeit steht, daß jedoch der aktive wiedergutmachende emotionale Beitrag des Kindertherapeuten in den theoretischen Behandlungskonzepten wie in der therapeutischen Arbeit fehlt. Deshalb kann die orthodoxe Kinderpsychotherapie schwer psychisch kranke Kinder nur der Schul-Kinderpsychiatrie überlassen.

Sicherlich haben viele Kindertherapeuten trotz des Neurosenkonzeptes unorthodox gearbeitet, wie z. B. *Zulliger*, der jede Deutung ablehnt und vor allem durch sein Verstehen und sein Handeln den Kindern hilft. Auch *Anna Freud* hatte gerade wegen ihres unorthodoxen Arbeitens zu Beginn der kinderpsychoanalytischen Bewegung große Schwierigkeiten, daß ihre Arbeit Anerkennung fand, und ihr Satz: „Man kann alles tun, man muß nur wissen warum" beweist geradezu, wie sehr sie sich den wirklichen therapeutischen Bedürfnissen der psychisch-kranken Kinder anpaßt.

Erstaunlich ist jedoch das therapeutische Vorgehen *Winnicotts* (1973), der trotz differenzierten, interpersonellen Konzepts der Persönlichkeitsentwicklung in seinem therapeutischen Vorgehen orthodox bleibt. Sobald er den unbewußten Konflikt durch Zusammentragen unbewußter Mitteilungen, z. B. im Schnörkel-Spiel oder durch Träume, sicher zu erkennen meint, deutet er ihn dem Kind verbal. Er selbst bleibt dabei ein freundlicher Beobachter. Obwohl *Winnicott* (1974) von einem Entbehrungstrauma als Ursache psychischer Erkrankungen spricht und diese als Umweltmangelerkrankungen bezeichnet, ist in seiner therapeutischen Arbeit kein Ansatz für ein Wiedergutmachen der Entbehrung oder des Umwelt-

mangels zu finden. Es klingt erschreckend, wenn *Winnicott* (1974) in einem Bericht über die therapeutische Arbeit mit charaktergestörten, d. h. Borderline-Kindern schreibt, „daß viele ruhelose, antisoziale, benachteiligte Kinder sich unter dem strengen Regiment eines Besserungsheimes aus unerziehbaren in erziehbare Mitglieder der Gesellschaft verwandeln."

Ammons (1978) Konzept der defizitären Ich-Entwicklung in der Gruppe als Ursache psychischer Erkrankung und die entsprechende Behandlungsmethode der nachholenden Ich-Entwicklung als echte Ich-Therapie ermöglicht die Behandlung auch schwer psychisch kranker Kinder. Die allgemein „uneinfühlbar" verhaltensgestörten Borderline-Kinder werden unter der oft fragwürdigen Diagnose eines frühkindlichen Hirnschadens in die kinderpsychiatrischen Abteilungen gebracht und dort mit einer Psychopharmakatherapie alleingelassen, ohne daß eine kausale Therapie stattfinden würde.

Durch die Einführung des Ich- und Gruppenkonzeptes *Günter Ammons* in die Kinderpsychiatrie ist eine Dynamische Kinderpsychiatrie möglich geworden, die auf der Basis eines neuen Krankheitsverständnisses mit einer adäquaten Behandlungsmethode diesen schwer psychisch kranken Borderline-Kindern wirksam helfen kann.

The Application of Interpretation in the Therapy of Borderline-Children

Regine Schneider

The author illustrates the consituents and the course of psychiatric child treatment by basing her arguments explicitly on *G. Ammon*'s theoretical and therapeutic concept of ego and identity forming as a dialogical process between child and surrounding group. She also bases her illustrations on a solid therapeutic experience with 15 children, aged between six and ten years, who already showed a marked borderline-syndrome.

This borderline-syndrome can neither be traced nor explained by a theory that explains human personality as a dynamic process of competitive impulses. Even and against the concept of an alternative impact of impulse and ego-formations such a theory is bound to move the concept of displacement into the foreground as it is strongly fixed on intrapsychic events.

Contrary to that *Günter Ammon* discovered as essential the "hole in the ego" (*Ammon*, 1972) resulting from an emotional deficiency and from disturbances in the dynamic of the group by which the child is surrounded. The child then reflects in his behaviour those hidden symptoms of his group, representing the group as its weakest link.

The "borderline-child" does not repress; he acutely suffers, i.e., here and now he ventilates those archaic forms of defence as a reaction upon the interiorated destructive dynamic of the primary group. The therapeutic use of merely verbal interaction as the central instrument of psychoanalysis is to be transgressed. The psychiatrist must – at least during the initial phase of treatment – try to offer the child his entire personality for identification in repair of the damages the child has suffered throughout the pre-oedipal stage of development.

A therapy limited down to mere acts of interpretation and verbalisation breaks down the structurally weak ego. Hence restoring the failing symbiosis is one of the basic therapeutic conditions. It is, as a rule, readily met by the child on account of his tendency to recover narcissistic self-approval.

The author gives an outline of the phasic build-up of therapy in the treatment of children who suffer from borderline-syndrome. This outline is orientated on *G. Ammon's* four-point-concept of working on ego-structures (*Ammon*, 1978).

1st phase: Therapeutic conditions are to be created by means of including all more or less existing sane ego-parts and ego functions of the child. The psychiatrist must open himself entirely to the child for the sake of identification.

2nd phase: This therapeutic symbiosis functions as a medium of recovering ego-development with the aim of demarcating the ego.

3rd phase: Joint action and conversation about it are now combined. Action always bears an aspect of reparation.

4th phase: At last the articulation of feelings and emotions begins to include the interpretation and explanation of environment, i.e.: you talk to one another and you talk about things.

Basing her statements on the scientific observation of a number of cases the author demonstrates that, by the introduction of *Ammon's* ego and group concept into child psychiatry, a dynamic psychiatric treatment is evolved out of a new view of psychic illness and allows for an adequate method in the therapy of children gravely damaged in the sense of the borderline-syndrome.

Literatur

Ammon, G. (1972): Zur Genese und Struktur psychosomatischer Syndrome unter Berücksichtigung psychoanalytischer Technik. In: Dyn. Psychiat. (5) 223–251
– (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
– (1978): Das Verständnis eines Entwicklungsdefizits von Ich-Strukturen in Persönlichkeit und umgebender Gruppe als Grundlage für Wissenschaft und Praxis einer Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (11) 120–140
Freud, A. (1968): Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung (Bern/Stuttgart: Huber/Klett)
Schneider, R. (1974a): Das Borderline-Syndrom des Kindes. In: Dyn. Psychiat. (7) 109–126
– (1974b): Die Technik der Simultantherapie beim kindlichen Borderline-Syndrom. In: Dyn. Psychiat. (7) 345–357
Winnicott, D. W. (1973): Die therapeutische Arbeit mit Kindern (München: Kindler)
– (1974): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt (München: Kindler)

Adresse des Autors:
Dr. med. Regine Schneider
Mannesmannufer 9
4000 Düsseldorf

Zur Störung des Zusammenhangs zwischen verbaler und averbaler Sprache**

Friedrich Diergarten*

Sprachstörungen gehören zu den Symptomen, deren Ursachen die Dynamische Psychiatrie erkennen und entsprechende Therapie anbieten kann. Häufig ist nicht nur die verbale, sondern auch die averbale Sprache gestört. Damit ist der lebendige Zusammenhang zwischen beiden Sprachebenen aufgehoben und die Beziehungsfähigkeit eines Menschen überhaupt in Frage gestellt. Die Wichtigkeit dieses Problemkreises ergibt sich aus der Tatsache, daß für die Dynamische Psychiatrie die Entwicklung von Beziehungsfähigkeit in der Gruppe Ausgangspunkt eines neuen theoretischen und therapeutischen Konzeptes ist. Auf die Sprachgenese bezogen bedeutet dies: Nur wenn dem Kind eine freundliche und erfahrungsfähige Umgebung zur Verfügung steht, kann sich auf einer ersten, genetisch frühesten Ebene der Kommunikation das Körper-Ich und die ihm zugeordnete averbale Sprache entwickeln. Sie besteht in der Fähigkeit, die eigenen Bedürfnisse und die damit verschränkten Erwartungen der Mutter und ihrer Gruppe mit Hilfe des Körpers wechselseitig zu verstehen und zum Ausdruck zu bringen. Das Körper-Ich und die averbale Sprache wiederum sind Voraussetzung für die Entwicklung des „Sprach-Ichs" (Ammon) als dem Träger der verbalen Sprache. Beide Ebenen müssen miteinander integriert werden. Denn während die averbale Sprache in jedem Sprechakt die verinnerlichten Beziehungsmuster der frühen Primärgruppe primärprozeßhaft durchscheinen läßt und wirksam erhält, repräsentiert und verwirklicht die verbale Sprache darüber hinaus noch die verobjektivierten Beziehungsmuster der kulturellen Großgruppe, die sekundärprozeßhaft nach den Kategorien von Raum und Zeit und Logik aufgebaut sind. Sprachliche Identität beruht daher auf einem ständig sich wiederholenden kreativen Akt, der diese Dialektik zwischen averbaler und verbaler Sprache in Spannung hält, vermittelt durch die zentrale Ich-Funktion der Integration (Ammon). Diese bewirkt ebenfalls, daß die sprachlichen Formen und Ausdrucksmittel in Bezug stehen zu den einzelnen Ich-Funktionen und – was für eine Dynamische Psychiatrie wichtig ist – zum Ausdrucksträger der Identität eines Menschen werden können.

Ein Zerreißen dieser Integration führt zu schwersten Sprach- und Identitätsstörungen und ist sowohl Ausdruck als auch Konsequenz von Beziehungslosigkeit in der frühen Primärgruppe, ansetzend bereits auf der Körper-Ich-Ebene.

Die averbale Sprache solcher Patienten bleibt dann kleinkindhaft diffus und ungerichtet. Die verbale Sprache kann sich zwar fassadär entwickeln, ihr fehlt jedoch die existentielle Bezogenheit zur eigenen Lebensgeschichte und die Bezugsfähigkeit zum Sprechpartner. Hinzukommt, daß sich beide Sprachebenen widersprechen und damit die Kommunikationsfähigkeit überhaupt in Frage gestellt ist, was sich beispielhaft in der Unfähigkeit ausdrückt, über gegenseitige Erwartungen von körperlicher Nähe und Distanz zu kommunizieren.

Eine Dynamische Psychiatrie kann sich im Gegensatz zur Schulpsychiatrie nicht damit begnügen, Sprachstörungen dieser Art lediglich auf der Symptomebene anzugehen. Sie begreift die einzelnen Symptome vielmehr als Ausdruck der Sprach- und Identitätsnot des ganzen Menschen und seiner nicht entwickelten Beziehungsfähigkeit. Conditio sine qua non wird daher innerhalb der Behandlungsstrategie die reale Beziehung zwischen dem Patienten und seinem Therapeuten, dessen unbedingte menschliche Präsenz neue kommunikative Erfahrungen möglich machen muß: beginnend mit den vielfältigen Ausdrucksmöglichkeiten der averbalen Sprache bis hin zur verbalen Sprache und ihrer Integration in die Ich-Struktur der Persönlichkeit.

* Dr. phil., Psychoanalytiker, Mitarbeiter am Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)

** Vortrag gehalten auf dem IX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 10.–14. Juni 1977, Deutsches Museum München

Sprachstörungen gehören zu den Symptomen, deren Ursachen die Dynamische Psychiatrie erkennen und therapieren kann. Häufig ist nicht nur die verbale, sondern auch die averbale Sprache gestört und damit auch der lebendige Zusammenhang zwischen beiden Sprachebenen aufgehoben. Ich möchte versuchen, die Phänomenologie dieses Symptoms zu beschreiben, es psychodynamisch zu erklären und therapeutisch in das Konzept der Dynamischen Psychiatrie (*Ammon,* 1978) einzuordnen.

Wie ich an anderer Stelle dargelegt habe (*Diergarten,* 1977), beziehe ich mich sprachtheoretisch vor allem auf das Konzept der Linguistischen Pragmatik (*Wunderlich,* 1972). Sprache wird hier, wenn auch unter anderen Voraussetzungen und mit anderen Zielen, ähnlich wie in der Dynamischen Psychiatrie nicht als individuelles, sondern als interpersonelles Geschehen verstanden: Sprache konstituiert sich erst im Austausch von Sprechakten. Das gilt nicht nur, so fügt die Dynamische Psychiatrie an dieser Stelle hinzu, für eine synchrone Betrachtungsweise im Hier und Jetzt, sondern vor allem auch unter diachronischen Aspekten, d. h. für die Sprachgenese. Die Psychodynamik vieler Patienten mit Sprachstörungen führt an einen Punkt in der frühen Kindheit, wo die Mutter bzw. die Primärgruppe sich als unfähig erwies, eine gelingende Beziehung zum Kind aufzubauen und es als sich entwickelnden, gleichberechtigten Sprechpartner anzuerkennen.

Was das Fallmaterial anbetrifft, so beziehe ich mich in diesem Referat nur auf einen besonders typischen Fall; doch habe ich in anderen Therapien gleichfalls Beobachtungen gemacht, die bezüglich der Genese und der Struktur von averbalen Sprachstörungen zu ähnlichen Schlußfolgerungen berechtigen wie im vorliegenden Fall.

Ein Vater brachte seinen 17jährigen Sohn in die Sprechstunde: Stefan leide unter Kontaktschwierigkeiten und Sprachstörungen. Der Junge selbst wollte sich in Gegenwart des Vaters kaum äußern, hielt mit brummiger Miene den Kopf gesenkt, was der Vater „typisch" fand, ohne daß es ihn sonderlich erregt hätte; er habe sich daran gewöhnt. Im übrigen sei vor allem seine Frau an allem schuld, sie sei Alkoholikerin, habe sich kaum um Stefan gekümmert, und nun stehe die Scheidung kurz bevor. Als ich Stefan zum ersten Male alleine sah, wartete er mit einer Überraschung auf. Der tollpatschig und debil wirkende Junge hatte das Magazin „Der Spiegel" unter dem Arm, erzählte mir, daß er regelmäßig darin lese, und verwickelte mich in ein allgemeines Gespräch über die Probleme von Jugendlichen. Und das in einer stilistisch ausgefeilten und hyperkorrekten Ausdrucksweise. Als ich nach einiger Zeit fragte, warum sein Vater ihn zur Therapie schicke, brach Stefans gesamte Kommunikationsstruktur zusammen, verbal und averbal. Mit piepsiger Stimme und wimmernd konnte er nur noch unverständliche Worte stammeln, die oft mitten im Wort abbrachen, sich wiederholten und verhaspelten. Dabei blieb unklar, ob er Wut oder Traurigkeit ausdrücken wollte. Das gleiche galt für den

diffusen, grimmassierenden Gesichtsausdruck und die unkoordinierte Gestik, die mich verwirrte und erschreckte, zumal Stefan von Zeit zu Zeit versuchte, mich mit überhastigen, aggressiv wirkenden Bewegungen anzufassen. Soviel jedoch stellte sich heraus: Stefans Erregung steigerte sich jedesmal maßlos, wenn die Rede auf seinen Vater oder seine Mutter kam. Und genau dann war er nicht in der Lage, für das, was er sagen wollte, einen adäquaten Ausdruck zu finden, weder mit Worten noch mit Gesten.

In Gesprächen mit dem Vater, der übrigens bereitwillig, wenn auch ohne emotionale Beteiligung Auskunft gab, stellte sich heraus, daß Stefans Eltern früher schon einmal ärztliche Hilfe in Anspruch genommen und ihn im Alter von sieben Jahren für sechs Monate in einer jugendpsychiatrischen Klinik hatten behandeln lassen. Das war allerdings erst auf Drängen von Freunden und mit jahrelanger Verspätung möglich geworden; denn Stefans Großvater mütterlicherseits, selbst Arzt, habe das seltsame Verhalten des Kindes zwar ärgerlich zur Kenntnis genommen, aber immer heruntergespielt: das werde sich schon von selbst geben. Aber das Gegenteil stellte sich heraus, und Stefans Beziehung zu Mutter und Großvater sei immer schlechter geworden. Das in der Klinik erstellte Gutachten spricht von einem frühkindlichen Cerebralschaden, bedingt durch eine Zangengeburt. Die körperlichen Schäden machen sich laut Gutachten vor allem im Bereich der Motorik bemerkbar und führen zu Bewegungsverlangsamung und Koordinierungsunfähigkeit. Stefan habe eine etwas unter dem Durchschnitt liegende Denk- und Urteilsfähigkeit, jedoch eine relativ intakte Sprachfunktion. Gleichzeitig wird berichtet, daß Stefan häufig, während die anderen Kinder spielten, allein herumsitze und Fädchen aus seiner Kleidung zupfe. Meines Erachtens hätten die Gutachter gerade dieser Kontaktunfähigkeit erhöhte Aufmerksamkeit schenken sollen. Was nützt es dem Patienten, wenn man ihm eine schlecht und recht funktionierende Sprechfähigkeit bescheinigt, aber nicht erkennt, daß er zwar Worte bilden kann, aber im eigentlichen doch nicht spricht, weder verbal noch averbal; denn die wichtigste Funktion der Sprache, sich miteinander über die wechselseitigen Bedürfnisse zu verständigen, gelingt ihm nur in den seltensten Fällen. Im Umgang mit derartigen Sprachstörungen zeigt sich das generelle Dilemma der Schulpsychiatrie, die den Patienten als isoliertes Einzelindividuum betrachtet, sich mit einem medizinisch organischen Krankheitsbegriff abfindet und an den dahinterstehenden Menschen nicht herankommt.

Auch die Psychoanalyse hat bis in die jüngste Zeit hinein Sprache nur als intrapsychisches und individuelles Phänomen betrachtet (*Peller*, 1974) und Sprachstörungen daher nicht als Konsequenz von Beziehungslosigkeit begreifen können. In der Dynamischen Psychiatrie, wie sie *Günter Ammon* begründet und entwickelt hat, ist aber gerade die menschliche Beziehungsfähigkeit in der Gruppe der Ausgangspunkt eines neuen theoretischen und therapeutischen Konzepts. Ähnlich wie die frühe Mutter stellt

sich auch der Therapeut als Mensch und damit als Sprechpartner zur Verfügung, im umfassendsten und humansten Sinne des Wortes. Gerade deshalb wird auch für den Problemkreis Sprache und Sprachstörungen ein theoretischer und therapeutischer Neuansatz möglich. Denn die dialektische Bezogenheit von Ich, Unbewußtem und Gruppe läßt sich im konkreten Menschen nur grundlegen und verwirklichen durch eine lebendig erlebte und verinnerlichte Kommunikations- und Sprachstruktur zwischen Ich und Gruppe in der frühen Kindheit. Auf einer ersten, genetisch frühesten Integrationsebene der Kommunikation, nämlich der averbalen Sprache, entwickelt sich ein direkter Bezug zwischen dem Körper-Ich und seinen Ausdrucksformen (*Ammon*, 1973). Das heißt, es entsteht die Fähigkeit, die eigenen Bedürfnisse und die damit verschränkten Erwartungen und Reaktionen der Mutter mit Hilfe des Körpers zum Ausdruck zu bringen (*Winnicott*, 1965). Die zweite Integrationsebene der Kommunikation entsteht auf der Stufe der verbalen Sprache bzw. des „Sprach-Ichs", wie *Günter Ammon* (1974) es nennt. Beide Ebenen müssen miteinander integriert werden. Denn während die averbale Sprache in jedem Sprechakt die verinnerlichten Beziehungsmuster der frühen Primärgruppe primärprozeßhaft durchscheinen läßt und wirksam erhält, repräsentiert und verwirklicht die verbale Sprache darüber hinaus noch die verobjektivierten Beziehungsmuster der kulturellen Großgruppe, die sekundärprozeßhaft nach den Kategorien von Raum und Zeit und Logik aufgebaut sind.

Sprachliche Identität ist daher ein ständig sich wiederholender kreativer Akt, der diese Dialektik zwischen averbaler und verbaler Sprache in lebendiger Spannung hält, vermittelt durch die zentrale Ich-Funktion der Integration (*Ammon*, 1978). Diese bewirkt ebenfalls, daß die sprachlichen Formen und Ausdrucksmittel in Bezug stehen zu der sich entwikkelnden Ich-Struktur und den einzelnen Ich-Funktionen. Denn nur durch diese Korrelation gewinnt Sprache ihren existentiellen Gehalt und wird über ihren funktionalen Aspekt hinaus zum Ausdrucksträger der Identität eines Menschen.

Bei meinem Patienten Stefan fehlt diese Integration: sowohl zwischen verbaler und averbaler Sprache als auch zwischen den sprachlichen Ausdrucksmitteln und der Ich-Struktur. Darum wirkt diese Sprache diffus und leer. Diese Fehlentwicklung kann jedoch nicht primär auf den kindlichen Cerebralschaden zurückgeführt werden, sondern liegt vor allem begründet in der mißlungenen Körpersprache zwischen ihm und seiner Mutter in frühester Kindheit. Denn die Mutter hatte auf die Geburtsschäden des Kindes mit Entsetzen und Ekel reagiert und aus ihrer Feindseligkeit nie einen Hehl gemacht. Aufgrund dieser permanenten narzißtischen Kränkung konnte Stefan kein intaktes Körper-Ich und keine funktionsfähige averbale Sprache entwickeln, in der Mutter und Kind sich mit ihrem Körper über sich selbst verständigen. Das aber ist die Grundlage der mensch-

lichen Beziehungsfähigkeit überhaupt. Nur auf dieser Grundlage kann sich eine integrierte, funktionsfähige und identitätsbezogene verbale Sprache entwickeln.

Die fehlende sprachliche Integration äußert sich bei meinem Patienten in dreifacher Hinsicht:

1. Die averbale Sprache ist kleinkindhaft diffus und ungerichtet.
2. Die verbale Sprache ist nur fassadenhaft entwickelt. Das heißt, sie ist vor allem sachorientiert und wenig kreativ. Sie versagt, wenn es darum geht, einen Bezug zur eigenen Geschichte und zum Gesprächspartner herzustellen.
3. Die Integration zwischen verbaler und averbaler Sprache ist nicht gelungen. Im Gegenteil, beide Sprachebenen widersprechen sich häufig.

Bezogen auf die Ich-Struktur bedeutet dies: Stefans Sprache steht vor allem in Bezug zu der sekundären, überkompensiert entwickelten Ich-Funktion Gedächtnis: Er hat darum für die verschiedensten Situationen vorgeprägte Sätze und Passagen wie Versatzstücke parat, die er mühelos aus seinen wahllosen Lektüren behält und dann in Gesprächen klischeehaft zur Geltung bringt. Der eigentümliche Bruch, der sich dann immer wieder einstellt, liegt strukturell begründet in dem mangelnden Bezug dieser Sprache zu den nur wenig oder gar nicht entwickelten zentralen Ich-Funktionen. So fehlt vor allem der Bezug zur konstruktiven Aggression, die der Sprache die entscheidende Richtung auf den Partner gäbe. Es fehlt ebenfalls die Verbindung zur Ich-Funktion der Kreativität, d. h. es fehlt die Fähigkeit, wirklich eigene Bedürfnisse „zur Sprache zu bringen" und die vielfach vorgeprägten Sprachformen zum Ausdrucksträger der eigenen Identität zu machen.

Am besten funktioniert Stefans Sprache auf einer sachbezogenen Ebene, die er konsequenterweise in jeder neuen Beziehung zunächst anbietet: auch in der Therapie. Aber diese Sprache bleibt eigentümlich abstrakt, losgelöst von Stefans eigener Geschichte, aber auch von der konkreten Situation und daher nicht bezogen auf die Erwartungen des Sprechpartners. Manchmal zitiert er wörtlich aus Zeitschriften und Sachbüchern, die er gerne mitbringt; doch wirken diese Zitate wie unverstandene Plagiate und bedrohen damit den Bezug zum Sprechpartner, zumal Stefan auch persönliche und zwischenmenschliche Probleme vornehmlich mit dieser gebrochenen Schriftsprache zum Ausdruck bringt. Er sagt mir beispielsweise nicht: Ich habe eine schlechte Note in Mathematik, ich habe Angst, was mein Vater dazu sagen wird, sondern: in unserem Schulsystem stehen die Schüler ständig unter Leistungsdruck, die erwachsene Generation verliert den Kontakt zur Jugend. Auf dieser Ebene kann er dann erstaunlich lange fortfahren, so als zitiere er wie ein überlegener Fachmann aus sachkundigen Büchern. Gleichzeitig aber – und das ist noch wichtiger – drückt die averbale Sprache genau das Gegenteil aus: seine Angst, doch nicht verstanden zu werden.

Diese Diskrepanz zwischen verbaler und averbaler Sprache hat mich immer wieder verwirrt. Konzentrierte ich mich nur auf die Worte und deren Inhalt, so stellte sich zunächst eine Faszination her: was Stefan nicht alles wußte und ansprach, war erstaunlich. Aber immer wieder schlug diese Faszination in Ärger und Langeweile um, weil ich das Plagiathafte spürte, mich daher nicht eingeschlossen fühlte in das Gespräch. Versuchte ich dann, die Sprachebene zu wechseln und auf den averbalen Angstausdruck einzugehen, so geriet der Patient häufig in Panik, sein Sprachsystem brach zusammen: er konnte nur noch stammeln und wimmern und versteckte sein Gesicht hinter den hochgezogenen Händen.

Um eine tragfähige Beziehung zum Patienten herzustellen, mußte ich lernen, auf seine sachlich-beziehungslose Sprache einzugehen, ohne in Langeweile zu verfallen oder der Versuchung zu erliegen, zu schnell über unsere Beziehung zu sprechen. Ich empfand das als ungeheuer anstrengend, weil ich oft das Gefühl hatte, die gesamte Beziehung allein strukturieren und tragen zu müssen, ohne die Gefühle in Worte fassen und aussprechen zu dürfen. Eine entscheidende Wende trat ein, als Stefan allmählich vorsichtig begann, mein Mienenspiel zu beobachten, ob ich auch bei der Sache, und das bedeutete, ob ich bei ihm sei. Oder er wagte zögernd, mich durch ein fragendes averbales „hm?" aufmerksamer zu machen oder zu direkten Kommentaren aufzufordern, was ich davon halte, was er gerade gesagt habe. Schließlich ging er dazu über, meine averbale Sprache in Worte zu fassen: „Sie sehen aber heute müde aus", oder „Fußball macht Ihnen wohl keinen Spaß?". Damit wagte der Patient von sich aus den Schritt über den rein sachlichen Sprachbezug hinaus auf die Beziehungsebene. Und indem er meine averbale Sprache zu verstehen und zu verbalisieren suchte, ging er auf mich zu im Sinne der konstruktiven Aggression, forderte Aufmerksamkeit und Zuwendung und erlebte, daß er zu diesem Bedürfnis stehen und eine Beziehung in seinem Sinne verbessern konnte. Das war ein wichtiger Meilenstein auf dem Wege zu einem tragfähigen therapeutischen Bündnis.

Mehr und mehr spielte dabei die Kommunikation mit und über den Körper eine große Rolle. Ich wäre nie auf die Idee gekommen, aber Stefan wollte eines Tages bei all seinen Bewegungsstörungen einen Wettlauf mit mir machen, und es machte Spaß. Oder wir summten uns Lieder vor. Worte spielten dabei keine Rolle, der Ton machte die Musik und regelte unsere Beziehung, die auf der Grundlage der averbalen Kommunikation in eine freundliche symbiotische Phase überging.

In einer anderen Phase der Therapie versuchte Stefan, seine und meine verbale Sprache in Frage zu stellen. Er ignorierte meine verbale Begrüßung, indem er sich auf seinem Stuhl zusammenkauerte, den Kopf abwendete und den Blickkontakt verweigerte. Sprach ich weiter, so reagierte er mit unverständlichem Gemurmel, machte mich also sprachlich hilflos, so daß ich real etwas tun mußte, wenn der Kontakt nicht abbrechen sollte.

Auf diese Weise zwang er mich, ihn gewissermaßen dort wieder abzuholen, wo die Mutter ihn im Stich gelassen hatte, nämlich auf der Ebene der Körpersprache. Ich mußte lernen, mich auf die genetisch frühesten Beziehungsformen einzulassen, die ihm zur Verfügung standen, auch wenn diese nur Angst und Ablehnung ausdrückten. Ich war bemüht, freundlich darauf zu reagieren, mich körperlich präsent zu machen, kümmerte mich um seine Schultasche und ging ins Therapiezimmer voraus. Sobald Stefan sich vergewissert hatte, daß ich auch ohne Worte auf ihn einging, antwortete er häufig unvermittelt mit einem sehr dichten körperlichen Kontakt, indem er mich plötzlich anfaßte, mich an sich zog, mir etwas ins Ohr flüsterte. Oder er interessierte sich intensiv für meine Kleidung, befühlte den Stoff, wollte meine Jacke anziehen und bot mir dafür seine eigene an. Vergleichbare Szenen mit überwiegend averbaler Kommunikation spielten sich häufig beim Essen ab. Er wollte dann von meinem Teller essen oder aus meinem Glas trinken und bot mir auch seinerseits etwas an.

Bei all dem stellte sich bald heraus – und das machte diese Phase der Therapie zunächst sehr schwierig für mich –, daß Stefan offenbar nicht gelernt hatte, die unbewußt gesteuerte averbale Sprache über die gegenseitigen Erwartungen von körperlicher Nähe und Distanz zu verstehen und zu beantworten, wie dies in gelingenden Beziehungen geschieht: durch Blickkontakt, durch Gestik, durch Gesichtsausdruck, durch Stimmführung. Außerhalb der Therapie führt diese Hilflosigkeit immer wieder zu Kontaktabbrüchen: seine Lehrer finden ihn aufdringlich, die Mitschüler komisch, fremde Menschen sagen ihm, er sei unverschämt oder lästig, die eigene Schwester wagt nicht, ihn auf Parties dabeizuhaben. Es gibt keine Gruppe, die Stefan als angenehmen Gesprächspartner akzeptieren würde. Auf die vielen stummen Zurückweisungen, die Stefan andererseits mit viel Sensibilität erspürt, reagiert er ebenfalls auf der averbalen Ebene: konsequent, aber inadäquat, indem er buchstäblich wegläuft wie ein kleines Kind, ohne im geringsten sein Mienenspiel kontrollieren zu können, das dann den ganzen Jammer seiner Situation ausdrückt. In der Schule beispielsweise versteckt sich der 18jährige Junge während der Pause hinter dem dicken Baum inmitten des Schulhofs.

Auch ich habe oft festgestellt, daß ich auf die diffuse averbale Sprache des Patienten und die damit verbundenen Wünsche nach körperlicher Nähe mit Wut oder Angst reagierte: dann versagte mir die Stimme, ich konnte nur noch ein verbissenes Ja oder Nein oder etwas ähnlich Einsilbiges stammeln, wollte die Therapiestunde abbrechen oder versuchte, meine Verwirrung durch einen Schwall von Worten zu meistern. Es gab aber durchaus auch Phasen, in denen ich versucht war, die averbale Kommunikation zu genießen, das Fehlen der verbalen Sprache gar nicht zu vermissen, sondern mich davon faszinieren zu lassen, wenn Stefan sich in averbaler Selbstvergessenheit neben mir wohl fühlte.

Beides, die Sprachverdrossenheit sowohl wie die stumme Faszination spiegeln den strukturlosen averbalen Zustand einer malignen symbiotischen Verklammerung: Die Mutter lehnt einerseits ihr Kind ab, läßt es aber andererseits nicht „zur Sprache kommen", so daß es ein „in-fans", ein sprachloses Wesen bleibt, das sich nicht von der Mutter trennen und damit kein Mensch werden kann.

Unabdingbare Voraussetzung für den Schritt aus dieser ambivalenten dualen Binnenwelt heraus ist auf Seiten des Therapeuten das Bemühen um echte Präsenz bei gleichzeitigem Bewußtsein der eigenen Ich-Grenzen. Nur so ist es möglich, die vielschichtigen Gefühle und Ich-Zustände auf dieser averbalen Beziehungsebene zuzulassen, aber auch zu verstehen und zu strukturieren. Noch wichtiger ist ein weiterer Schritt, daß die beiderseitigen Gefühle zur Sprache kommen, in Worte gefaßt werden und der Patient in der Interaktion mit dem Therapeuten allmählich lernt, die Funktionen der sprachlichen Integration und der Ausdrucksfähigkeit selbst zu übernehmen. Nur so wird er schließlich in die Lage versetzt, das diffizile, aber beziehungsstiftende Verhältnis von Nähe und Distanz aktiv und kreativ zu gestalten.

Zusammenfassend läßt sich sagen: Die Dynamische Psychiatrie betrachtet Sprachstörungen nicht als intrapsychisches Phänomen, sondern führt sie auf verinnerlichte defizitäre Beziehungsstrukturen zurück. Eine rein symptomorientierte Behandlung reicht deshalb nicht aus. Es kommt vielmehr darauf an, im Rahmen einer gelingenden therapeutischen Beziehung, durch „Ich-strukturelles Arbeiten" die schlechten oder fehlenden Erfahrungen „wiedergutzumachen" (*Ammon*, 1973, 1978). Im konkreten Falle war und ist von besonderer Wichtigkeit, daß die zersplitterten und teilweise verkümmerten Sprachelemente Form und Inhalt finden im Gefüge der sich entfaltenden Ich-Funktionen. Von ausschlaggebender Bedeutung ist dabei die Interaktion auf der genetisch frühesten Ebene, nämlich des Körper-Ichs und der ihm zugeordneten averbalen Sprache. Nur auf dieser Basis kann es gelingen, auch die kompensatorisch überentwickelte fassadäre verbale Sprache zu integrieren, d. h. in Bezug zu bringen zu den sich entwickelnden zentralen Ich-Funktionen der konstruktiven Aggression und der Kreativität. Gradmesser für die Verinnerlichung neuer Ich- und Sprachstrukturen beim Patienten ist die zunehmende Häufigkeit, mit der Sprache in diesem Sinne gelingt und eine adäquate Antwort von seiten des Partners findet. Und das nicht nur im geschützten Rahmen der Therapie, sondern auch außerhalb in den verschiedensten Gesprächs- und Gruppensituationen.

Nach über einem Jahr Therapie ist das in Ansätzen gelungen. Es bleibt noch viel zu tun. Aber in zunehmendem Maße und allen vernehmlich macht dem Patienten das Sprechen Spaß. Er fühlt sich mehr und mehr als Sprechpartner im eigenen Recht. Der Dialog mit Menschen und Welt hat begonnen.

Disturbances between Verbal and Nonverbal Language

Friedrich Diergarten

Language disturbances belong to those symptoms the origins of which can be found out by Dynamic Psychiatry, so that adequate therapeutic help can be offered. Very often not only verbal but also nonverbal language is disturbed and the coherence between the two language levels is suspended, which basically endangers a person's capacity to communicate adequately. The importance of this issue for Dynamic Psychiatry becomes evident from the fact that the human capacity of being related within a group is the basis for a new theoretical and therapeutic concept. With regard to the genesis of language this means that only if there is a friendly primary group for the child which is able to experience the child's needs the child will be capable to develop a body-ego and the corresponding preverbal and nonverbal language. This is the pre-condition for mutual understanding and for expressing one's own needs with the help of the body.

In a case study the author refers to a 17-years-old boy who suffered from this desintegration of verbal and nonverbal language. Although he was successful at school to a certain degree, he was completely without contact and treated like an feeble-minded person, especially due to the fact that he was unable to control his body language, let alone to use it as a proper means of communication. On the other hand his verbal language was highly developed, but it always gave the impression of being quoted from high level books with nearly no reference to colloquial language and completely breaking down to whimpering and stammering in stress situations.

Doctors who had been consulted had always treated the boy's distubances on the symptom level without regard to the extreme loneliness and existential anxieties behind the surface, thus taking for granted the mother's explanation of the disturbance and her point of view. She had rejected the child, especially his body, from his very birth and refused to take care of it. Thus the boy grew up nearly without body contact and could not develop a body-ego and an integrated body language. The consequence was that he was unable to understand other people's body language, especially nonverbal communication. This again and again brought him into situations where he was rejected by other people because he had literally come too close to them, so that he had no lasting relationships, not even at school.

In therapy, as the author points out, the starting point had to be that the therapist learned to accept the patient's verbal language which he offered as a means of communication, although it was abstract and without real contact to the therapist, rather like quotations from books

than structured for a partner. As a reaction to this the therapist often was tempted to feel bored or absent minded, but as he could understand this reaction as part of the patient's internalized dynamics, he did not leave him alone as it had always happened to the patient in the past. Thus, as the author points out, it became possible for the patient to feel accepted and to react on the therapist as a whole person, on his verbal language as well as, what is more, on his body language. This enabled him under shelter of the therapeutic alliance to keep up a lasting relationship and, as a consequence, to start a process of developing a body-ego, ego-boundaries and central ego-functions like constructive aggression, to integrate them with former isolated primary and secondary ego-functions, especially verbal language.
Summing up, the author ends his paper by pointing out that Dynamic Psychiatry understands language disturbances not on the symptom level but as an expression of lacking identity, which can be retrieved in therapy.

Literatur

Ammon, G. (1973): Dynamische Psychiatrie (Darmstadt/Neuwied: Luchterhand)
– (1974): Was ist psychoanalytische Therapie? In: Z. Psychother. med. Psychol. (24) 153–162
– (1978): Das Verständnis eines Entwicklungsdefizits von Ich-Strukturen in Persönlichkeit und umgebender Gruppe als Grundlage für Wissenschaft und Praxis einer Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (11) 120–140
Diergarten, F. (1977): Sprachstörungen bei Borderline-Patienten. In: Dyn. Psychiat. (10) 101–111
Peller, L. (1974): Freuds Sprachtheorie. In: Psyche (28)
Spitz (1974): Der Dialog entgleist. In: Psyche (28) 135–146
Winnicott, D. W. (1965): The Maturational Processes and the Facilitating Environment (London: Hogarth)
Wunderlich, D. (1972): Sprechakte. In: *Maas, U.; Wunderlich, D.:* Pragmatik und sprachliches Handeln (Frankfurt: Athenäum)

Adresse des Autors:
Dr. phil. Friedrich Diergarten
Quirinstraße 3
4000 Düsseldorf 11

Zur stationären Psychotherapie von jugendlichen Borderline-Patienten**

Wolfgang Rock*

In seiner Arbeit stellt der Autor das Modell einer therapeutischen Gemeinschaft für die stationäre Arbeit mit schwer kranken Jugendlichen dar.
Mit seinem Standpunkt grenzt der Autor sich entschieden gegen das orthodoxe triebtheoretisch orientierte Therapiekonzept ab und demonstriert einen therapeutischen Optimismus, der der Behandlung von Jugendlichen wieder eine hoffnungsvolle Perspektive gibt.
Die Prinzipien einer Ich-strukturellen therapeutischen Arbeit nach Ammon in der wechselseitigen Verflechtung von Unbewußtem, Gruppe und Identität werden hier zunächst zentral vom Therapeuten übernommen, der sich zur Auseinandersetzung und zur Ich-Abgrenzung nach innen und außen nicht nur für die Jugendlichen, sondern auch für die Erzieher anbietet, die erst nach der Bearbeitung ihrer eigenen Identitäts- und Autoritätskonflikte selbst hilfstherapeutische Funktionen übernehmen können.
Nachdem der Autor in einer früheren Arbeit besonders auf die Anfangsphase der destruktiven Objektsuche und der symbiotischen Gruppenfindung eingegangen ist, wird hier die Bearbeitung des Mechanismus des ‚splitting' und der Aufbau konstruktiver Ich- und Ich-Abgrenzungsfunktionen besonders hervorgehoben.
Er zeigt den Prozeß der gemeinsamen Erfahrung von Jugendlichen, Erziehern und Therapeut auf, in welchem die künstliche Trennung zwischen Therapie und äußerem Realitätsraum aufgehoben und eine integrative Bearbeitung von innerer und äußerer Realität ermöglicht wird.

Ob Jugendliche einer psychoanalytischen Therapie zugänglich sind, ist umstritten. Für eng umschriebene neurotische Zustandsbilder gibt es am ehesten stationäre Einrichtungen, deren Struktur darauf angelegt ist, aggressivem Verhalten toleranter zu begegnen, Triebverarbeitung und Sublimierung zu gestatten. Da Therapie immer nur im begrenzten Rahmen angeboten wird, ist bei schwereren Störungen eher eine therapeutische Resignation zu beobachten. Bei Verwahrlosungserscheinungen wird z. B. vorweg eine Disziplinierung oder eine primäre Verwöhnung empfohlen (*Schraml,* 1969), ohne einen Ich-strukturellen Bezug.

Wenn psychische Entwicklung nicht verstanden wird als abhängig und bewirkt durch die umgebende Gruppe (*Ammon,* 1973, 1976), liegt der therapeutische Schwerpunkt auf einem intrapsychischen Konflikt. Demzufolge ist die Struktur einer solchen stationären Therapie gekennzeichnet durch Trennung von Therapie und „Realitätsraum" (*Zauner,* 1976).

Daher sind Ausagieren und Splitting oft schwer anzugehen; Eltern, erzieherisches Personal und Therapeut werden gegeneinander ausgespielt. Mißtrauen des Therapeuten gegen die Erzieher, Ablehnung und Vorurteile der Erzieher wiederum gegenüber dem Therapeuten sind die Folge –

* Dipl.-Psych., Psychotherapeut, Mitarbeiter am Berliner Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik

** Vortrag gehalten auf dem IX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 10.–14. Juni 1977, Deutsches Museum München

oft verbunden mit starken Autoritätskonflikten (*Ekstein,* 1973; *Schraml,* 1969; *Wiesenhütter,* 1969; *Zauner,* 1976).

Die Integration von Therapie und Erziehung ist letztlich nicht möglich, es werden Chancen vertan, da die Stationsgruppe insgesamt nicht als das therapeutische Medium für eine nachholende Ich-Entwicklung gesehen wird, obgleich die Ich-Schwäche der jugendlichen Patienten immer wieder als therapeutisches Hindernis beschrieben wird.

Wenn „Übertragungskonflikte nicht durch Realkonflikte gestört werden dürfen" (*Zauner,* 1976), ist es unmöglich, „reale Wiedergutmachung für die narzißtischen Defizite der schwer gestörten Jugendlichen" zu leisten (*Ammon,* 1976).

Im folgenden werde ich am Beispiel einer stationären Psychotherapie einer Gruppe von weiblichen Jugendlichen das Modell einer therapeutischen Gemeinschaft aufzeigen, welche durch folgende Prinzipien gekennzeichnet ist:

Der Therapeut als zentrale Person stellt sich den Patienten wie den Mitarbeitern zur Auseinandersetzung und Entwicklung zur Verfügung. Somit ermöglicht er im Rahmen fester Gruppengrenzen – über die Bearbeitung von pathogener Dynamik hinaus – den Aufbau eines „facilitating environments" (*Winnicott,* 1974). Daher ist die Identität der Mitarbeitergruppe, deren Flexibilität, Kommunikation, Auseinandersetzungs- und Differenzierungsfähigkeit entscheidend – also nicht eine spezielle Therapieform – dafür, ob durch Verinnerlichung neue Ich-Strukturen bei den Patienten aufgebaut werden, indem über die Gesamtgruppe zunächst stellvertretend wesentliche Ich-Funktionen übernommen werden, indem mit Verständnis und Einfühlungsvermögen dem Jugendlichen das angeboten wird, was er selbst nur undeutlich verspürt und nicht äußern kann – ähnlich wie die Mutter bei ihrem Kind.

In diesem Prozeß nachholender Ich-Entwicklung sind Unbewußtes, Gruppe und Identität immer miteinander verschränkt, jeder Mitarbeiter ist Co-Therapeut. Daß er sich dabei frei von institutionellen und organisatorischen Zwängen fühlen kann, die sonst zum therapeutischen Scheitern führen, ist eine notwendige Voraussetzung. Identitätslosigkeit und Formalismus in Institutionen erzeugt bei verwahrlosten jugendlichen Patienten Wiederbelebung früher Verlassenheitsgefühle und Angst, die sich dann in destruktiver Aggression äußert, Kreativität und konstruktive Aggression bleiben somit weiter verstümmelt. Verwahrlosung wird mit *Winnicott* und *Ammon* als Beziehungssuche verstanden, die destruktive Form ist die verinnerlichte Aggression der Primärgruppe.

Winnicott vollzieht diesen Schritt, die Realität der umgebenden Gruppe als entscheidend anzusehen, nicht; er bleibt bei einem Modell, das von der Objektsuche geprägt wird. Demzufolge ist die therapeutische Konsequenz bei ihm für diese Jugendlichen von Resignation bestimmt, wenn er Sicherheitsverwahrung oder Disziplinierung vorschlägt. Die Erweiterung vom Objektdenken zum Beziehungsdenken fehlt.

Vor ca. zwei Jahren übernahm ich als verantwortlicher Leiter eine Gruppe von neun weiblichen Jugendlichen, betreut von drei weiblichen Sozialpädagogen und einem männlichen Erzieher, die nicht mehr mit den schwer verwahrlosten, Borderline-kranken Jugendlichen zu Rande kamen. Obendrein lebten sie unter rigidem Druck der Institutionsleitung, Reglementierung stand im Vordergrund, die Anpassungsversuche wurden von den Jugendlichen genau als Hilflosigkeit erkannt und mit wütender Aggression beantwortet.

So hatte es oft einen kämpferischen Charakter, für diesen Teilbereich in einer größeren Institution ein therapeutisches Milieu zu schaffen, da dies im Widerspruch zur Gesamtbalance der Einrichtung stand, die bewahrend und versorgend ohne therapeutischen Anspruch arbeitete.

Das Alter der Jugendlichen lag zwischen 12 und 15 Jahren. Sie haben alle eine ähnliche Geschichte und Symptomatik. Die Väter sind entweder Alkoholiker, schlagen und mißhandeln die Kinder oder sind nicht vorhanden, bei zweien hatte der Vater Selbstmord begangen.

Wie ich an anderer Stelle geschildert habe (*Rock*, 1977), waren die Mütter verständnislos, uninteressiert an ihren Kindern, eine Trennung der Kinder von den Eltern war in der frühen Kindheit geschehen. Die Symptomatik reichte von Diebstahl, Prostitution, Gewalttätigkeit bis zu Apathie und Interesselosigkeit. Konflikte wurden abgewehrt mit Omnipotenzvorstellungen und Verleugnungen. Mißtrauen und Aggressivität bei oberflächlichen Beziehungen untereinander beherrschten das Klima auf der Station. Eine Gruppenstruktur und Gruppengrenzen waren nicht greifbar.

In der Anfangsphase richtete ich wöchentlich zwei Gruppensitzungen mit den Mädchen ein. Die destruktive Objektsuche stand im Vordergrund, bis eine symbiotische Situation geschaffen war, in welcher die Jugendlichen Sicherheit verspürten, ihr narzißtisches Abwehrverhalten aufgeben und sich von pathologischen – oft prostitutionsartigen – Partnerbeziehungen trennen konnten. Die Übertragungsdynamik führte dabei zu einem Splitting in „gute" Therapeuten und „böse" Erzieher, trotz oder gerade wegen heftigster Auseinandersetzungen zwischen den Jugendlichen und mir.

Anfänglich konnte ich einen Kontakt zu den Jugendlichen nur darüber herstellen, daß ich eine wütende Auseinandersetzung provozierte. Danach zu erleben, daß sie nicht verlassen wurden, war der erste Schritt zu einem Bündnis.

Um dieses Splitting aufzulösen, machte ich mich in den realen Alltagssituationen für Erzieher und Mädchen präsent. Modellcharakter hatte ein 14tägiger Ferienaufenthalt, wo alle – Jugendliche, Erzieher und ich – in einem Haus zusammenlebten.

Die Dynamik der Erzieher zu mir war bis dahin von starken Autoritätskonflikten bestimmt – also ähnlich in der unbewußten Suche nach und

Abwehr einer stabilen Beziehung. Dies war ihre erste praktische Arbeitssituation, in ihrer Hilflosigkeit und Ohnmacht benutzten sie Rationalisierung und Intellektualisierung als Abwehrmechanismen. So war es möglich, sich selbst und die Situation zu kontrollieren ohne große Angstentwicklung, allerdings waren sie dadurch nur formal präsent.

Demzufolge erlebten sie das persönliche Angebot in den parallel laufenden Teamgesprächen, mich ihnen zur Verfügung zu stellen, als ungeheure Bedrohung. Die mögliche Abhängigkeit wurde durch den Autoritätskonflikt abgewehrt. Sie beschimpften mich, ich sei arrogant, wüßte doch alles besser, ließe nie ihre Meinung gelten, wolle sie fertigmachen usw., Lob oder Zuwendung konnten sie nicht annehmen, bzw. verleugneten sie. Wie ich auch damit umging, annehmend, verstehend oder auch mit empörter Zurückweisung, eine Beziehung wurde abgewehrt, in der Angst, mit ihrer Hilflosigkeit könnten sie von mir nicht ernst genommen werden.

Fehler zu machen, war demzufolge eine ungeheure Kränkung. Sie taten alles, um eine eher fassadäre Selbstsicherheit aufrechtzuerhalten; die Beziehungen zu den Jugendlichen blieben deswegen oberflächlich oder waren kumpelhaft.

In diesem Ferienaufenthalt konnten sich die Erzieher mit einer therapeutischen Haltung identifizieren, als sie erlebten, wie durch Auseinandersetzung Beziehungen entstanden, so zum Beispiel die sonst so „lustlosen" Mädchen durch meine Katalysatorfunktion aktiv wurden, Radtouren u. a. mehr bis hin zum Segelfliegen veranstalteten, Spaß am Kochen bekamen usw. Zu sehen, daß es eine Reihe von gesunden, konstruktiven Ich-Funktionen bei den Jugendlichen gab, wirkte erleichternd und neu motivierend.

Im Schutze ihrer Gruppe trauten sie sich, selbst in Auseinandersetzungen einzusteigen, stellten sich der Kritik der Mädchen. Meine Hilfe bestand in einer Vorbildfunktion, wie mit Kritik, Fehlern, eigenen Begrenzungen umzugehen möglich war. Gerade in der umfassenden Auseinandersetzung ohne Trennung von Therapie- und Realitätsraum bildete sich die innere Struktur der Gruppe, die es dann u. a. ermöglichte, Kritik konstruktiv als Zuwendung aufzufassen.

In der nächsten Phase war bei den Jugendlichen zunächst ein größerer Schwung zu beobachten. Sie nahmen die Gestaltung des Tages aktiv in die Hand, während die Erzieher eigene Identitätsversuche abwehrten durch Rationalisierung wie: Es hätte an der Urlaubssituation gelegen. Daß die innere Realität Vorrang vor der äußeren Realität besitzt, war den Jugendlichen zunächst deutlicher. So war es notwendig, eine zeitlang weiter stellvertretend Ich-Funktionen für die Pädagogen zu übernehmen, für sie Gefühle anzusprechen, Auseinandersetzungen mitzutragen.

Nach etwa drei Monaten wehrten sich die Erzieher, brachten eigene Initiativen, erlebten es als unecht, wenn sie mich nachahmten, trauten sich, ihre Persönlichkeit offen anzubieten. Ängste, Überforderungsgefühle,

Schwierigkeiten, Aggressionen auszuhalten, zentral Verantwortung zu tragen, sich ehrlich zur Auseinandersetzung zu stellen, standen im Mittelpunkt des Prozesses, sowohl bei Jugendlichen wie bei Erziehern.

Folgende Beispiele mögen dies erläutern: Die Jugendlichen hinderten ein anderes Mädchen aus einer fremden Gruppe am Weglaufen: Dies sei keine Lösung. Sie gingen mit ihr auf ihre Station, um sie in der Auseinandersetzung zu stützen.

Im Jugendzentrum vertraten sie vor der Redaktion der Zeitung ihre Heimsituation, um – wie sie sagten – Vorurteile abzubauen, erklärten, was Therapie sei. Auf die Frage, warum sie weggelaufen seien: Weil sie da die Wahrheit noch nicht vertragen konnten.

Eine neue Erzieherin konfrontierten sie, sie solle ihr Gehabe lassen, man wisse gar nicht, wer sie eigentlich sei, gefühlsmäßig sei sie gar nicht anwesend. Als sie sich verweigerte, stahlen sie ihr Geld. Anschließend forderten sie ein Gruppengespräch, wollten Hilfe, sie wüßten nicht, was sie machen sollten, in die alten Verhaltensweisen wollten sie nicht zurückfallen.

Ähnliche Prozesse sich schwach zu zeigen, Hilfe zu fordern, Nähe anzunehmen und sich Regression zu gestatten, liefen bei den Erziehern ab. Rückzug bei Überforderungsgefühlen wurde nicht mehr gestattet, die Beziehungen wurden differenzierter, Zuwendung und Konfrontation waren gleichermaßen selbstverständlich. Das Arbeiten verschaffte allen ein Gefühl von Befriedigung. Auf dieser Basis konnten Rückfälle und Enttäuschungen immer wieder aufgefangen werden. Die Struktur der Gruppe war entlastend, jeder konnte sich auf den anderen verlassen, so überforderte ich sie auch nicht mehr – was mein anfänglicher Fehler war – in der eigenen Angst, möglichst schnell Boden unter die Füße zu bekommen, weil das Inszenieren von Verlassenwerden oft an die Grenze dessen ging, was auszuhalten war. Mehrmals hatte ich das Gefühl: „Ich höre hier auf. Das hat doch alles keinen Zweck."

Die Bewußtmachung der eigenen Gegenübertragung war dann für alle entlastend und ermöglichte, immer wieder neu einzusteigen, trotz der oft enormen Enttäuschungen. Denn immer wenn ein sichtbarer Erfolg vorhanden war, folgte ein destruktiver Terror, der alles wieder zunichte zu machen drohte.

Am Beispiel einer Vergleichsgruppe wird deutlich, wie wichtig die Bearbeitung der gruppendynamischen Situation ist. Ambulante Therapie wurde dort blockiert, weil die Eifersuchtsproblematik wild auswucherte. In eineinhalb Jahren blieb die Autoritätsproblematik unaufgelöst, die Mädchen liefen weiter weg, weil Grenzen an falschen Stellen gesetzt wurden – meist als Reaktion auf Ohnmachtsgefühle.

Wie schon eingangs gesagt, ist das Kriterium für den Erfolg der Therapie, die Möglichkeit, aufgrund neuer verinnerlichter Gruppen den Wiederholungszwang zu durchbrechen und neue Möglichkeiten für sich in Anspruch zu nehmen.

Entwicklung der Mitarbeiter, Schaffen einer zu verinnerlichenden Gruppe und therapeutischer Prozeß der Jugendlichen sind dabei aufeinander bezogen.

An den vorangegangenen Beispielen sind die Veränderungen schon deutlich geworden. In der Trennungssituation wurde das gute „Objekt" Gruppe noch einmal deutlich.

Einem Mädchen, welches sehr viel über die bevorstehende Trennung weinte, boten diejenigen, die noch blieben, an, jederzeit bei Schwierigkeiten zurückzukommen, sie wären für sie da, da sie ja sonst keinen hätte. Aber sie glaubten fest, daß sie es schaffen würde. Überhaupt war die gesamte Trennungssituation eine Krisensituation, in welcher die Jugendlichen ihre Identität ausprobierten. Im Mittelpunkt stand dabei die Auseinandersetzung mit der Realität, bezogen auf ihre Zukunftsperspektive und der immer noch zu bewältigenden Vergangenheit, indem z. B. gegen die Trennung agiert wurde durch Zurückfallen in kleinkindhafte Verhaltensweisen, weniger mit Symptomrückfällen. Die Gruppe zeigte sich aber stabil genug, um dies aufzufangen und zu bearbeiten, Angst konnte ertragen und verstanden werden.

Auf Seiten der Erzieher war eine größere Offensivität zu beobachten, sie vertraten die Situation der Station selbstbewußt, forderten Veränderungen in der Gesamtsituation, z. B. gegenüber der Schule, die therapeutischen Erfordernissen nicht entsprach und deswegen Kommunikation verweigerte. Eine Erzieherin entschloß sich zu einer Psychotherapie.

Bei der Diskussion des Verlaufs erscheinen mir folgende Punkte modellhaft: Die Durcharbeitung der destruktiven Aggression geschah vornehmlich in der gruppen- bzw. einzeltherapeutischen Situation, bisweilen unter der Zuhilfenahme eines bewußt indizierten Splittings in böse Therapeuten und gute Erzieher, da der therapeutische Bezug aufgrund der Erfahrung der verläßlich und stabilen Beziehung dies aushält. Die co-therapeutische Funktion der Erzieher auf der Station besteht nicht im Bearbeiten der destruktiven Aggression, sondern darin, flexibel zu reagieren, d. h. aufgrund von Ohnmachtsgefühlen nicht mit Sanktionen zu reagieren, Kränkungen auszuhalten, Beschimpfungen als Beziehungssuche im Sinne einer Auseinandersetzung anzunehmen, differenziert auf den Jugendlichen einzugehen, wie sie es in der gruppendynamischen Auseinandersetzung selbst erlebt hatten. Gleiches Verhalten der Jugendlichen hat oft unterschiedliche Bedeutung und erfordert dementsprechend unterschiedliches Reagieren, welches nur aufgrund eines Verstehens und nicht aufgrund pädagogischer Normierung geschehen kann.

Eine wesentliche Arbeit ist das Bewußtmachen und Verstehen der eigenen Gegenübertragung, daß destruktive Aggression und Suche nach symbiotischer Nähe Ausdruck ein und derselben Dynamik sind. Die Gruppe ist hier ein wichtiges Regulationsprinzip für mögliche Nähe und Distanz.

Verinnerlichung, Entwicklung konstruktiver Aggression und Kreativität geschieht über die Gesamtgruppe. Im Gefühl, echt sein zu dürfen, entwickelt sich eine lebendige Kommunikation, wobei die Unterschiedlichkeit und Individualität aller Beteiligten ein schöpferisches Potential darstellt – im Gegensatz zu oft vereinheitlichenden, stereotypisierenden formalen Konzepten, wie es sich z. B. hinter dem Terminus „einheitlicher Erziehungsstil" in der sozialpädagogischen Theoriebildung verbirgt. Der Therapeut hat hier eine wichtige Vorbildfunktion auch im Sinne einer erzieherischen Identität, wie er sich in der Gruppe zur Auseinandersetzung anbietet, offen seine Gefühle ausspricht, wie z. B. Zweifel, dies alles durchhalten zu können, sie als Gegenübertragung verstehbar macht und damit für alle Entlastung erreicht.

So sehe ich in dieser Konzeption eine Möglichkeit, Heilung zu erreichen, ja ich vertrete sogar therapeutischen Optimismus, obwohl es ein schwerer Weg ist. Das Sich-zur-Verfügung-Stellen ist nicht konkretistisch dauernd, sondern hat Modellcharakter, die Verinnerlichung dieser Erfahrung führte zu größerer Autonomie bei Jugendlichen und Erziehern.

Von einer Heilung bei diesen Jugendlichen möchte ich global nicht sprechen. Vier werden weiter in stationärer Therapie bleiben, zwei werden nach relativ erfolgreicher Elternarbeit nach Hause entlassen, zwei haben die endgültige Trennung von ihren Eltern erreicht, werden in Wohnheimen leben und weitere ambulante Therapie bei mir erhalten, und dies bei einer Jugendlichen, die seit Geburt in Heimen gelebt hat. Allein einen Weg aus der Außenseiterrolle der Fürsorgeerziehung heraus gezeigt zu haben, sehe ich als eine reale Chance für ihr weiteres Leben. Betonen möchte ich, daß nicht die Zuwendung, nicht die verstehende Haltung entscheidend war für die Veränderungen, sondern das Anbieten einer exemplarischen Struktur, Verinnerlichung von Kommunikation, Identität der umgebenden Gruppe und Auseinandersetzung mit ihr. Das Umgehen mit der Realität hat denselben therapeutischen Stellenwert wie das Bearbeiten von früheren Erfahrungen. In dieser Integration sehe ich ein Modell für stationäre Therapie auch schwer erkrankter Jugendlicher.

On Stationary Therapy with Juveniles

Wolfgang Rock

After a discussion of drive theoretically orientated models of therapeutic home education the author – basing on the principles of dynamic psychiatry – contrasts the model of a therapeutic work which conceives the whole institution as a therapeutic instrument with co-workers and patients as living members of a therapeutic community.

Borderline illnesses are seen as a structural and ego-defective damage, so the destructive dimension of the unconscious has to be assumed and understood as an internalized communication in the primary group in order to lead the constructive dimension to a new development, to offer the chance of relations in a "substitutional-primary group", to encourage communication about needs, creativity, conflicts and differentiations. Acting-out and destructive aggression therein become a therapeutic means.

This does not primarily require a coordination under one theoretical concept, but a living communication, ideal in the dynamics and the conflict with the central person as the leader of the ward. That is how organizational problems become less important, regulations unnecessary; an institutionalization does not take place, which often serves as a protection and to ward off emotional conflicts.

In a case study of the therapeutic process of a juvenile patient the groupdynamical developmental progress of the co-workers is specially worked out as it is referring to the therapeutical development and the change of the stationary situation.

Limits and chances in this stationary treatment of compulsion neurosis, extreme waywardness, delinquency and damages caused by permanent hospitalisation in their effect on juveniles are discussed in the end.

Literatur

Ammon, G. (1973): Dynamische Psychiatrie (Darmstadt und Neuwied: Luchterhand) – (1976): Psychotherapeutische Prozesse bei Jugendlichen. In: Dyn. Psychiat. (9) 238–250

Ekstein, R. (1973): Grenzfallkinder (München: Reinhardt)

Rock, W. (1977): Psychoanalytische Therapie bei sog. Verwahrlosungserscheinungen. In: Dyn. Psychiat. (10) 198–205

Schraml, W. J. (1969): Probleme der stationären Kinderpsychotherapie. In: *Biermann, G.* (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie II (München: Reinhardt)

Wiesenhütter, E. (1969): Stationäre Gestaltungs- und Gruppentherapie bei Kindern und Jugendlichen. In: *Biermann, G.* (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie II (München: Reinhardt)

Winnicott, D. W. (1974): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt (München: Kindler)

Zauner, J.; Stieber, A. (1976): Klinische Psychotherapie von Jugendlichen. In: *Biermann, G.* (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie (Ergänzungsband) (München: Reinhardt)

Adresse des Autors:
Dipl.-Psych. Wolfgang Rock
Wiesenerstraße 40
1000 Berlin 42

Heimstruktur und Dynamische Psychiatrie — eine Analyse der Wechselbeziehung, dargestellt am Beispiel eines Kinder- und Jugenddorfes**

Emil Wieczorek*

In der vorliegenden Arbeit setzt sich der Autor mit den seit 1968 vorgeschlagenen Reformen der Heimerziehung in der Bundesrepublik Deutschland auseinander. Er zeigt, daß diese Reformvorschläge lediglich Modifikationen der bestehenden Organisations- und Verwaltungsmuster darstellen. Ihnen gemeinsam ist, daß sie Verwahrlosung nicht als psychische Erkrankung begreifen, die aus der verinnerlichten krankmachenden Familiendynamik resultiert, sondern als ein multiples Symptomgeschehen betrachten, das isoliert behandelt wird, ohne die gruppendynamischen Vorgänge im Heim zu berücksichtigen.
Dieser Auffassung setzt der Autor das integrierte Konzept der Borderline-Erkrankung der Berliner Schule Günter Ammons entgegen, welches die vielfältigen Symptome der verwahrlosten Jugendlichen strukturell auf ein einheitliches Krankheitsbild zurückführt, das aus der zugrundeliegenden Psychodynamik verstehbar wird. In konsequenter Weise wird am Beispiel eines Kinder- und Jugenddorfes dargestellt, wie eine effektive Behandlung die gruppendynamischen Vorgänge im Heim aufgreifen und die Isolierung der einzelnen Bereiche einer Institution, die dem zugrundeliegenden Krankheitsgeschehen entsprechen, integrieren muß. Es werden so den Jugendlichen im Sinne einer nachholenden Ich-Entwicklung neue Erfahrungen in einer auseinandersetzungs- und erlebnisfähigen Gruppe ermöglicht.

Für die in dieser Arbeit zu erörternde Problemstellung ist es zunächst von Bedeutung, den Begriff „Heim" zu definieren, da sich aus dieser Begriffserklärung Prinzipien ableiten lassen, nach denen Heime, wie wir sie heute in ihrer Trostlosigkeit vorfinden, funktionieren.

Als Heime werden allgemein „außerfamiliäre Erziehungseinrichtungen bezeichnet, welche die erzieherischen und erzieherisch relevanten Funktionen der Familie bei der Betreuung von Kindern und Jugendlichen ergänzen oder so weit wie möglich und zumindest in einzelnen wichtigen Teilbereichen ersetzen wollen. Betreuung und Erziehung einer größeren Anzahl von Kindern und Jugendlichen obliegen dabei Erziehern, die für diese Tätigkeit ausgebildet sind und sie als Beruf ausüben" (*Dietl, Heitger, Jochum,* 1976).

Mit dieser Begriffsbestimmung der Institution „Heim" ist ein soziales Kräftefeld umrissen, in welchem pädagogisch geschulte Mitarbeiter heranwachsende Kinder und Jugendliche erziehen.

Ziel ist es, ihnen ein familienähnliches Milieu zu schaffen, damit sie ihr Leben meistern lernen. Doch was ist ein familienähnliches Milieu im Heim?

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

** Vortrag gehalten auf dem IX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 10.–14. Juni 1977, Deutsches Museum, München

Ist es überhaupt in einer so definierten sozialen Institution, die die verinnerlichte pathologische Familiendynamik außer Acht läßt und sie nicht als einen krankmachenden Faktor begreift, möglich, einen interpersonellen Raum zu schaffen, der ihnen gestattet ihre früh gestörten Objektbeziehungen, die herkömmlich als Verwahrlosungserscheinungen verstanden werden, wiedergutzumachen?

Die Geschichte der Heimerziehung ist lang. Aber erst in der jüngsten Zeit, besonders während und nach den Studentenunruhen von 1968 in der Bundesrepublik Deutschland, wurden ernsthaftere Versuche unternommen, sich mit der Situation in den Heimen auseinanderzusetzen. Zahlreiche Reformpläne wurden von verschiedenen Institutionen und Autorengruppen ausgearbeitet mit dem Ziel einer pädagogischen Neuorientierung. Ihre Ergebnisse lassen sich kurz zusammenfassen: sie bestehen aus oberflächlichen und isolierten Feststellungen, die u. a. die Lage und Größe des Heimes, die Größe der Wohngruppen sowie den Status der Mitarbeiter berücksichtigen.

Um den fassadären Charakter der sogenannten Reformvorschläge zu verdeutlichen, zitiere ich gewissermaßen als Requisit aus dem Buch „Reform der Heimerziehung", einem Kompendium von Autorengruppen (*Bäuerle* und *Markmann*, 1974). Es geht um eine Arbeit die sich u. a. mit der Qualifikation von Mitarbeitern im Heim beschäftigt: „Die gegenwärtige Situation in F. bestätigt unsere Vermutung, daß die meisten Erzieher von sich aus einfach nicht in der Lage sind, vom hierarchischen Ordnungsdenken abzulassen und ihnen angebotene Entscheidungsspielräume (die eine relative Eigendefinition der Erziehungsarbeit ermöglichen würden) auszunützen. Besonders deutlich wird die Unfähigkeit, formale Angebote von Mitbestimmung inhaltlich auszuschöpfen bei der Frage der betrieblichen Mitbestimmung im pädagogischen Bereich". Als Resultat der Reformvorschläge stellen die Autoren fest:

„1. die Heime erziehen an den spezifischen Erziehungsbedürfnissen der Kinder und Jugendlichen vorbei;
2. keines der Heime hat eine pädagogische Konzeption."

Aus dem hier Gesagten wird meines Erachtens deutlich, daß eine Reform der Arbeit im Heim, die bruchstückhaft versucht, einzelne Aspekte anzugehen, scheitern muß, solange nicht die Krankheitsdynamik der Heimbewohner als auch die Gruppendynamik der gesamten Institution und ihrer Mitarbeiter reflektiert wird. Dies führt schließlich zu der Frage der Identität des pädagogischen Mitarbeiters im Heim.

Ein effektives Heimkonzept muß meiner Ansicht nach vor allem an dem Krankheitsbild der aufzunehmenden jugendlichen Patienten orientiert sein, da ihnen trotz schwerster Persönlichkeitsschäden in der Regel nur eine Verwahranstalt angeboten wird. Die Konzeption muß zentral deren pathogene Familiengeschichte in den Mittelpunkt ihrer Überlegungen stellen, da sonst die Arbeit der Mitarbeiter die Bedürfnisse der Auf-

zunehmenden unberücksichtigt läßt und ein Heim zu einer Anstalt wird, die das Krankheitsgeschehen fixiert und eine gesunde Entwicklung arretiert.

Meine Forderung nach einem integralen pädagogischen Konzept bezieht sich zunächst vor allem auf das Verstehen der zugrundeliegenden Psychodynamik der Verwahrlosungsphänomene der Kinder und Jugendlichen. Es geht darum, die krankmachenden Faktoren ihrer pathogenen Familiendynamik aufzudecken (*Ammon,* 1976a), damit die Institution selbst mit ihrer Strukturiertheit und einer gesunden Identität der Mitarbeiter dem Krankheitsgeschehen ein wirksames Agens entgegensetzt, welches den jugendlichen Patienten ihre verinnerlichte destruktive Familiendynamik wiedererfahren und im Sinne einer nachholenden Ich-Entwicklung wiedergutmachen läßt.

Im Folgenden werde ich mich zunächst mit dem Krankheitsbild der jugendlichen Patienten auseinandersetzen, um aufzuzeigen, was das Konzept einer dynamisch verstandenen Psychiatrie im Heim leisten kann. Die erwähnten bruchstückhaften Versuche zur Reform der Heimerziehung, wie sie heute praktiziert werden, sind demgegenüber im destruktiven Sinne wirksam: In ihrer isolierten Betrachtung der einzelnen Aspekte entsprechen sie genau dem Krankheitsbild, das ein aufzunehmender Jugendlicher bietet, nämlich krankhafte Versuche, die erfahrene zersplitterte Identität seiner Herkunftsfamilie durch seine Symptomatik zu kitten (*Ammon,* 1976b). Die Konzeptionslosigkeit der Reformvorschläge werde ich anhand meiner eigenen Erfahrung und durch Direktbeobachtung im Heim darstellen, wobei ich die Zersplitterung der Identität des Heimes mit ihren unterschiedlichen Zuständigkeitsbereichen anhand des Abwehrmechanismus der Isolierung, wie er für das Spektrum der Borderline-Erkrankungen charakteristisch ist, darstellen werde. Danach werde ich zeigen, wie diese Institution unter Berücksichtigung der gruppendynamischen Prozesse, in deren Licht die Widerstands- und Übertragungsdynamik der Mitarbeiter sichtbar wird, sich in Richtung auf eine dynamisch-psychiatrische Institution entwickeln kann. Ich selbst betrachte meine Überlegungen und meine Arbeit als einen Versuch, die Krankheit einer spezifischen Institution, nämlich eine durchgängige Isolierung, bewußt zu machen und zu verändern.

Die Kinder und Jugendlichen, die in dem hier beschriebenen Heim aufgenommen werden, zeigen als Krankheitsbild vor allem Verwahrlosungserscheinungen, die nach herkömmlichen Kriterien (*Hartmann,* 1973) als psychische Labilität, die in Bindungs- und Belastungsschwäche ihren Ausdruck findet, Impulsivität (Unruhe, Ratlosigkeit), Aggressivität (Jähzorn, Gewalttätigkeit), sowie isolierten Symptomen wie Bettnässen, Einkoten usw. diagnostiziert werden. Ihre Familiengeschichte und Familiendynamik ist aus den Akten der Jugendämter kaum ersichtlich, weil das Krankheitsgeschehen der Verwahrlosung oft jahrelang aktenkundig ver-

folgt und erst in Notsituationen (etwa bei exzessiver Alkoholsucht, grausamer Gewaltanwendung der Eltern oder bei zu häufigem Schulschwänzen der Jugendlichen) eingegriffen wird, ohne die Kinder als Exponenten der zerstörerischen Psychodynamik ihres Milieus zu verstehen.

Fast alle Heimbewohner haben jedoch ähnliche Biographien mit einer verhältnismäßig einheitlichen Symptomatik. Ihre Eltern sind selbst kranke Menschen: sie sind entweder alkoholabhängig, drogensüchtig oder kriminell geworden. Die Väter schlugen ihre Kinder, mißhandelten sie, ließen sie mit ihren Problemen allein oder sie sind den Kindern gar nicht bekannt. Ihre Mütter sind hilflos der eigenen Situation ausgeliefert gewesen. Die Kinder mußten die Last ihrer inneren Einsamkeit und Leere mittragen. Bei fast allen ist schon in ihrer frühesten Kindheit, häufig unmittelbar nach der Geburt, eine traumatisch wirkende Trennung von der Mutter erfolgt; sie sind danach entweder in Säuglingsstationen, in Heime oder zu Verwandten abgeschoben worden.

Es liegt nahe, bei diesem Krankheitsbild, welches die eingangs erwähnte Definition des Heimes bei der Aufnahme von Kindern und Jugendlichen ignoriert, und der zugrundeliegenden Psychodynamik von Borderline-Persönlichkeitsstrukturen zu sprechen. *Ammon* (1976b) versteht das Borderline-Syndrom als eine „archaische Ich-Krankheit mit Störungen im zentralen Persönlichkeitskern der Ich-Identität und den damit verbundenen Ich-Strukturen". Charakteristisch für Borderline-kranke Patienten ist „eine relativ intakte Fassade mit überkompensierten Ich-Funktionen".

Dies wird deutlich, wenn wir uns einen eingewiesenen Jugendlichen im Heim vorstellen. Er ist hilflos und unsicher, kann neu gewonnene Erfahrungen nicht in seine Persönlichkeitsstruktur integrieren, überkompensiert aber seine Ich-Defizite mit aggressiven Ausbrüchen, stellt sich wie ein Held dar, will nach außen glänzen und läßt sich von seinen Gruppengenossen feiern. Hinter diesem fassadären Verhalten steckt jedoch eine tief erlebte psychische Einsamkeit und Leere. Mit seinem Verhalten sucht er narzißtische Bestätigung, um seine früh erfahrenen Kränkungen und echtes Leid im Milieu seiner Familiengruppe abzuwehren. Bei der Erfassung dieses Krankheitsbildes werden immer wieder Teilaspekte in den Vordergrund gerückt. Wie ich oben gezeigt habe, wird auch die multiple Symptomatik der Verwahrlosungserscheinungen nicht strukturell auf ein einheitliches Krankheitsbild zurückgeführt, sondern die Manifestationen der Erkrankung werden in einzelne Symptome zerlegt und damit isoliert, ohne eine zusammenhängende theoretische Konzeption zur Hand zu haben.

Die Ursache der Borderline-Erkrankungen beschreibt *Ammon* (1976b) als ein Identitätsproblem der Familiengruppe mit ihren Bezugspersonen: „Bei traumatischen Erfahrungen oder elementaren Entbehrungen an Sorgfalt und Zuwendung von seiten der Mutter, die aufgrund ihrer eigenen unbewußten Identitätsangst ihrem Kind in einer nur reduzierten Weise hat

Mutter sein können, kommt es zu einer oft kompliziert zusammengesetzten Pathologie der Ich-Identität, deren weitere Auswirkungen sich auf die Ebenen der körperlichen Reifung der Ich-Funktionen wie konstruktive Aggression, Kreativität und auf Bereiche der sexuellen Ich-Organisation erstrecken. Unbewußte Schuldgefühle und Feindseligkeit der Mutter gegen das Kind aufgrund eigener Identitätskonflikte haben eine defizitäre und pathologisch arretierte Ich-Genese zur Folge" (*Ammon*, 1976b).

Die hier beschriebene Symptomatik der Borderline-Erkrankung auf das Heim als Ganzes angewandt, wird aus der Psychodynamik verständlich: Die unterschiedlichen, isoliert dargestellten Aspekte eines Heimes verhalten sich nämlich wie ein zersplittertes Ich zur gesamten Organisation einer Persönlichkeit. Die Zersplitterung des Organismus „Heim" wird also fassadär abgedeckt durch eine nach außen, oberflächlich gut funktionierende Institution, hinter der sich ein Apparat versteckt, der die Mitarbeiter hierarchisch nach ihrer Funktion gemäß dem Muster von Heimleiter, Gruppenleiter, Erzieher oder gruppenübergeordnet Psychologe, Heilpädagoge, Lehrer usw. strukturiert. Die einzelnen Funktionsbereiche innerhalb der eigentlichen Aufgabe eines Heimes werden dadurch isoliert und bieten im übertragenen Sinn das Bild einer „multiplen Persönlichkeit" (*Ammon*, 1976).

Im folgenden will ich ein Kinder- und Jugenddorf als typisches Beispiel für diese Dynamik zur Diskussion stellen. Dieses liegt in einem riesigen Waldgebiet angrenzend an einen NATO-Militärübungsplatz, gänzlich isoliert von der etwa zwei km entfernt liegenden Gemeinde. Äußerlich gesehen bietet es mit seinen alten Reihenfachwerkhäusern das Bild einer Idylle.

Bedingt durch die fast vollkommene soziale Isolation kommt im Erleben der jugendlichen Patienten ein Bild des Anders-Seins, des Fremdartigen und Ausgestoßenen zustande, während auf der Seite der umgebenden Gesellschaft, die sich hermetisch gegen die Institution abriegelt, latent angenommen wird, daß die Bewohner des Heimes „kriminelle", „gescheiterte" oder „abartige" Kinder und Jugendliche sind, die eine Bedrohung der Gesellschaft darstellen und daher isoliert zu verwahren sind. Da das Heim während des Krieges als Internierungslager diente, in dem Soldaten der gegnerischen Seite hingerichtet wurden und ein nahegelegener Soldatenfriedhof als stummer Zeuge gewalttätige Verbrechen symbolisiert, was die jugendlichen Patienten im Laufe ihrer Heimerfahrung zumindest teilweise internalisieren, bietet es Gründe genug als Repräsentant eigener destruktiver Tendenzen, Abwehrcharakter zu erhalten.

Das Bild der Isolation, das die Grenze zur Gesellschaft anzeigt, und im Erleben eine „totale Institution" *Goffman* (1961) nahelegt, die sich autark versorgt und eine nährende, aber verlassende Mutter symbolisiert, wird noch dadurch verschärft, daß das im Heim arbeitende Personal – außer Heimleiter, Hausmeister und Köchin – nicht selbst in der Institution, z. B. in den Wohngruppen, sondern in einem entfernten Umkreis wohnt und

sich nur aus dienstlicher Verpflichtung heraus in den Gruppen nachts über aufhält. Dadurch wird selbst aus der inneren Struktur heraus, nämlich in der Beziehung zwischen dem jugendlichen Patienten und dem Erzieher deutlich, daß das Personal sozial integriert und nicht im engeren Sinne an die Institution gebunden ist, während seine Bewohner aufgrund ihrer leidvollen Lebensgeschichte und ihrer Diagnose der drohenden Verwahrlosung zur Isolation verdammt sind. Der äußere Charakter der Institution, die Lage des Heimes und seine geschichtliche Bedeutung bieten den Bewohnern eine fragwürdige Identität an, die fast in allen Einzelheiten der gestörten Identität ihrer Herkunftsfamilie entspricht: Beziehungslosigkeit, Verlassenheit, Gewalttätigkeit und Nicht-Verstanden-Werden. Das äußere Bild der Einrichtung ist gekennzeichnet durch rechteckförmig aneinandergereihte Fachwerkhäuser mit einem Hof in der Mitte, der früher zum Appell diente. In den Häusern, die den Aufbau von Gruppengrenzen kaum gestatten, sind sechs Wohngruppen untergebracht, in denen die Kinder und jugendlichen Patienten entlang bestimmter Altersfrequenzen leben. Die meisten Gruppen arbeiten koedukativ. Zusätzlich zählt eine Außengruppe zum Heim.

Der Mitarbeiterstab der Einrichtung zerfällt in drei Gruppierungen:
– das Wirtschaftspersonal, das sich in Hausmeisterei, Küche und Putzhilfen für die Wohngruppen gliedert,
– das pädagogische Personal, das sich aus Erziehern, graduierten Sozialarbeitern und Sozialpädagogen, sowie Praktikanten zusammensetzt, die je zu viert in einer Wohngruppe arbeiten,
– gruppenübergreifend – als Achse und Pendel zur Heimleitung gewissermaßen – arbeiten ein Lehrer, ein Heilpädagoge und ein Diplom-Psychologe. An der Spitze und alle Bereiche umfassend steht der Heimleiter.

Die Beschreibung dieser formalen Qualitäten des Heimes erscheint mir wichtig, da schon in seinen Gliederungsformen die Entfaltungsmöglichkeiten und Begrenzungen für eine spezifische Psychodynamik der Institution implizit vorhanden sind. In diesem Rahmen spielt sich die Psychodynamik der Mitarbeiter ab, die die Pathologie der Heimbewohner auflösen oder eine Bearbeitung ihrer frühen narzißtischen Kränkungen und Konflikte verhindern und arretieren kann.

Als ich vor etwa $2^1/_2$ Jahren als Diplom-Psychologe meine Arbeit in dem Heim aufnahm, lernte ich bei meiner Vorstellung eine Mitarbeitergruppe in den allwöchentlich stattfindenden Montagsitzungen kennen, die durch depressiven Sog Kommunikation untereinander verhinderte. Nachdem ich meine Vorstellungen über meine Funktion den Mitarbeitern dargelegt hatte, erstarrte die Gruppe in tiefem Schweigen, gleichsam ohne Notiz von meiner Anwesenheit zu nehmen. Der Heimleiter redete anschließend noch etwa eine Stunde auf die Gruppe ein, ohne daß ein Kommunikationsversuch zustandegekommen wäre. Dann war die Sitzung zu Ende.

In meiner Gegenübertragung nahm ich wahr, wie sehr sich die Gruppe der Mitarbeiter einsam fühlte, fürchtend, daß ich mich in diesem destruktiven Gruppenklima auch einsam fühlen und ängstlich würde. Diese Atmosphäre bewirkte in mir eine äußerst depressive Stimmung: ich fürchtete, auch in Zukunft aus Angstabwehr der Mitarbeiter gegen den Eindringling isoliert und als Neutrum behandelt zu werden, was eine Zusammenarbeit und ein unmittelbares Aufeinanderzugehen erschweren würde.

Ebenso wie die Gesamtgruppe der pädagogischen Mitarbeiter, die aus Kontaktangst eine Auseinandersetzung verhinderte, verhielt sich die Heimleitung in destruktiv-aggressiver Weise. Ich wurde gemieden, an Entscheidungen und am Informationsfluß nicht beteiligt. Man entschuldigte dies mit „Vergessen", was jedoch im wahren Sinn einer Verdrängung oder Negation meiner Existenz im Heim gleichkam.

Erst nach etwa zwei Wochen bekam ich ein Arbeitszimmer, das ich mir selbst einrichten durfte. Die Lage meines Arbeitsraumes entsprach der depressiven Gruppendynamik: isoliert und von den übrigen Mitarbeitern abgeschirmt sollte ich die Kinder und Jugendlichen psychodiagnostizieren. Die übrigen Bereiche wie schulische Versorgung und Heilpädagogik waren isoliert voneinander. Eine Kommunikation und Abstimmung der Bereiche aufeinander fand nicht statt. Es boten sich ganz im Gegenteil zwei Gruppierungen von Mitarbeitern: die Heimleitung mit dem Lehrer, die sich abends zum Biertrinken und Skatspielen trafen, sich über die Atmosphäre im Heim austauschten und so eine Pseudokommunikation nach außen zeigten, während auf der „Gegenseite" sich die Erzieher in den Gruppen zusammenfanden, um ihren Phantasien über die Heimleitung und die allgemeine Situation freien Lauf zu lassen.

An den folgenden Montagsbesprechungen bot sich immer wieder das gleiche Bild: während die Heimleitung sich oft über allgemeine Gruppenbeschlüsse hinwegsetzte, wurden die Erzieher in destruktiver Weise angegriffen, so daß sie immer mehr in Abhängigkeit gerieten, resigniert da saßen, sehr wenig echten Arbeitseinsatz zeigten und eine allgemein resignierte Grundstimmung vorherrschte. Der Heimleiter sah sich einer in tiefe Regression verfallenen Mitarbeitergruppe gegenüber, die passiv seine Anordnungen aufnahm. Mir wurde nach einer gewissen Zeit vom Heimleiter auf den Druck der Erzieher einer Wohngruppe hin angetragen, mit einem achtjährigen Jungen eine Psychotherapie zu beginnen. Der Junge brachte mit seinen multiplen Verhaltensauffälligkeiten seine Wohngruppe und oft das ganze Heim in chaotische Situationen: er schmiß Gegenstände aus dem Fenster, stiftete andere Kinder zu Raubzügen durch die Geschäfte der Gemeinde an, unternahm mit Altersgenossen im Wald allerlei sexuell-perverse Spielereien, stiftete diese zum Schulschwänzen an und entwich oft aus dem Heim.

Die Manifestationen seiner psychischen Störung begriff ich als Ausdruck einer intensiven Objektsuche und ihn selbst mit seiner Krankheit als

Exponenten der destruktiven Psychodynamik der Institution mit ihren Mitarbeitern. Er als Störenfried im Heim und ich als Eindringling in eine krankmachende Gruppe von Mitarbeitern schlossen nun ein therapeutisches Bündnis. Seine Symptome als Ausdruck intensiver Kontaktwünsche verstanden, kamen meinen Wünschen nach Beziehung und Auseinandersetzung mit den Mitarbeitern entgegen. Ich nahm gleichsam mit dem Patienten die kranke Institution an, was einen Wendepunkt in der Gruppendynamik des Heimes einleitete.

Durch intensive Besprechungen seiner Fallgeschichte und des therapeutischen Verlaufs mit den Mitarbeitern seiner Wohngruppe konnte ich mich mit deren Problemen im Umgang mit den Kindern, sowie ihren spezifischen Schwierigkeiten in der Institution auseinandersetzen. Die anderen Mitarbeiter der Wohngruppen sowie die gruppenübergreifend arbeitenden Pädagogen äußerten danach zunehmend Wünsche, mit mir Kontakt zu haben. So wurde eine „Gruppenreflexion" eingerichtet, in der einmal wöchentlich der Umgang mit den Schwierigkeiten der Kinder, die Zusammenarbeit der Mitarbeiter der jeweiligen Wohngruppe und ihre Identitätsprobleme als Erzieher im Sinne einer Balint-Gruppe bearbeitet wurden. Der Heilpädagoge und Lehrer wurden in diese Gruppe mit aufgenommen, da sie als Behandlungspersonal im Sinne eines psychodynamisch verstandenen Gruppenkonzepts wichtig für eine effektive Zusammenarbeit sind, deren Voraussetzung die Integration aller Arbeitsebenen ist, zum Zwecke der Kontrolle und des Austausches des Behandlungsverlaufs der Kinder.

Die nun stattfindenden Gruppen, die nach einer gewissen Zeit ihre eigenen Grenzen selbst bestimmen konnten, wurden für die Heimleitung zur Bedrohung, da sich mit ihnen die gesamte Psychodynamik der Institution änderte und eine intensive Auseinandersetzung um eine integrierte Zusammenarbeit begann. Dies drückte sich besonders in den Montagssitzungen aus, an denen die pädagogischen Mitarbeiter, von mir mit ihrer passiv-saugenden Haltung konfrontiert, sich nun mit der Heimleitung auseinanderzusetzen begannen.

Als der Leiter seine Arbeit im Heim aus familiären Gründen aufgab und ein neuer aus der eigenen Mitarbeitergruppe vom Träger eingesetzt wurde, konnten wir die begonnene Arbeit intensivieren. Neben der theoretischen Auseinandersetzung mit Konzepten einer analytischen Gruppendynamik, rückte immer mehr die Frage in den Vordergrund, was eine Gruppe zur Gruppe macht. Ihr Erleben und ihre Erfahrungen im Heim auf die Gruppenkonzepte übertragend, begann erneut eine intensive Auseinandersetzung mit der Leitung des Heimes. Als ihr sichtbares Ergebnis und eine Weiterentwicklung der gesamten Arbeit entschied sich die Mitarbeitergruppe, die Montagssitzungen zu einer Balintgruppe umzugestalten, an der sowohl alle Mitarbeiter der Wohngruppen als auch alle gruppenübergreifenden Bereiche sowie die Heimleitung teilnehmen. Die Groß-

gruppe der Mitarbeiter wird von einem erfahrenen Therapeuten der Deutschen Akademie für Psychoanalyse supervisioniert.

Diese Überlegungen mögen gezeigt haben, was das Konzept einer dynamisch verstandenen Psychiatrie, in der Institution „Heim" leisten kann. Hauptanliegen war es, auf dem Hintergrund des Verstehens der zugrundeliegenden Psychodynamik der Verwahrlosungsphänomene der Kinder und Jugendlichen ein Konzept zu verdeutlichen, das dem Krankheitsgeschehen der Heimbewohner in angemessener Weise Rechnung trägt.

Home Structure and Dynamic Psychiatry
An Analysis of their Interdependence Pointed out in an Example of a Children's and Adolescents' Village

Emil Wieczorek

The reform proposals concerning education in homes in the Federal Republic of Germany refer mainly to modifications of existing patterns of organisation and administration. In lack of an integrated concept they exhaust themselves in a more or less controversial description of the size of homes, and of the situation and status of the staff. In his conclusions the author of this paper follows a group of critics attributing the present disastrous situation in homes to the fact, that most homes do not educate according to the specific educational and therapeutic needs of children and adolescents, and that none of the homes has any pedagogic and therapeutic concept.

According to the author's opinion a therapeutically effective conception may not stress the symptomes, as it has been done in the diagnosis and treatment of waywardness, but has to take into consideration the internalized pathological family dynamics manifesting themselves in the various patterns of symptomatic and maladjusted behaviour of disturbed children and adolescents.

The author has worked for nearly two years in a children's and adolescents' village. He understands the pathology of most children and adolescents living in this home as a borderline disturbance characterized by the discontinuity and contradictoriness of their emotional and behavioural patterns. He observed that the administrative partitioning of the institution into rigidly demarcated and isolated sections of competence and pedagogic influence corresponded to the stunted forms of interaction and interchange of ideas and observations in the group of the educators. These institutionalized forms of defensive splitting and isolation thus perpetuated the discontinuity of experience causing and defining the borderline disturbance of the adolescent inhabitants and did not provide

the chance for new integrative forms of communication but only for the continuation of the experience of being lost, rejected and isolated.

The simultaneous treatment of a mother and her child resulting in the successful reintegration of a home inhabitant in his family helped the author to join the team of the educators. The common interest and engagement in the destiny of this child let to a regularily held groupdynamical Balint-group of the educators. The groupdynamical process in connection with the critical reflection of the educational strivings paved the way for a retrieval of ego-development of most educators, who became more and more able to understand in which way their feelings towards the children and adolescents were influenced by former experiences, institutional factors and feelings of transference due to the pathological psychodynamics of the home inhabitants.

Literatur

Ammon, G. (1973): Dynamische Psychiatrie – Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie (Darmstadt/Neuwied: Luchterhand)
– (1976 a): Psychotherapeutische Prozesse mit Jugendlichen – Beobachtungen der Ich-Struktur, der Gruppendynamik und der Identitätsentwicklung im Rahmen der Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (9) 238–250
– (1976 b): Das Borderline-Syndrom – ein neues Krankheitsbild. In: Dyn. Psychiat. (9) 317–348
Bäuerle und *Markmann,* Hrsg. (1974): Reform der Heimerziehung: Materialien und Dokumente (Weinheim/Basel: Beltz)
Dietl, Heitger, Jochum, Hrsg. (1976): Heimerziehung, Aspekte zur Neugestaltung (Wien/München: Jugend und Volk)
Goffman, E. (1961): Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen (Frankfurt/M.: Suhrkamp)
Hartmann, K. (1973): Möglichkeiten und Grenzen der Psychotherapie dissozialer Jugendlicher aus psychoanalytischer Sicht. In: Praxis der Kinderpsychotherapie (4) 125–131

Adresse des Autors:
Dipl.-Psych. Emil Wieczorek
Schlüterstr. 70
1000 Berlin 12

Trennungstrauma und Identitätssuche im Kinderheim**

Erda Siebert*

In ihrer Arbeit zeigt die Autorin das Modell eines dynamisch-psychiatrischen Heimkonzeptes auf, in welchem die Trennung von Eltern und Kind als konstruktiver Abgrenzungsschritt zum Aufbau neuer Erfahrungen und Beziehungen therapeutisch verstanden und genutzt wird. Der Konzeptlosigkeit in der Heimerziehung steht hier eine psychodynamisch durchdachte Struktur gegenüber.
Das Konzept der Dynamischen Psychiatrie von Günter Ammon bedeutet für die Arbeit im Kinderheim die Schaffung eines therapeutischen Gesamtmilieus, in dem die gesamte ambivalente und destruktive Beziehungsdynamik der Familien ausagiert, damit verstehbar gemacht und gruppendynamisch und therapeutisch bearbeitet werden kann.
Eine besondere Problematik stellt dabei das destruktive Ausagieren in Form von Trennung und Im-Stich-lassen dar, das unbewußt als Abwehr gegen die eigene Identitätsangst benutzt wird. Dabei sind der Autorin zwei Anliegen besonders wichtig: die Möglichkeit der Zusammenarbeit mit den Eltern, die bis heute noch in der allgemeinen Heimszene abgelehnt oder für nicht durchführbar gehalten wird, und die gruppendynamische Durchleuchtung der Institution Heim mit ihren verschiedenen Gruppen, die erst dadurch auf allen Ebenen identitätsfördernden Lebensraum für Kind und Eltern schaffen kann.
Anhand eines Fallbeispiels wird exemplarisch die gruppendynamische und therapeutische Arbeit mit Heimkindern und ihren Eltern veranschaulicht.

Mein Anliegen in diesem Referat ist es, anhand der Umstrukturierung eines Kinderheims, welches ich seit dreieinhalb Jahren leite, das Modell eines dynamisch-psychiatrischen Heimkonzepts vorzustellen, in dem die Aufnahme des Kindes im Heim, d. h. die Trennung zwischen Eltern und Kind, als konstruktiver Abgrenzungsschritt zum Aufbau neuer Erfahrungen und Beziehungen verstanden und therapeutisch genutzt wird.

Unser Konzept ist es, nicht nur die Kinder, sondern auch die Eltern in die therapeutische Arbeit mit einzubeziehen, mit dem Ziel, die Kinder nach einem Aufenthalt von zwei bis drei Jahren in die Familien zu reintegrieren. Dies umso mehr, als sich gezeigt hat, daß bei vielen Eltern der Kinder die extrem negativen Erfahrungen, wie uneheliche Geburt, häufige Beziehungswechsel, Heimerziehung etc. in mehrere Generationen zurückzuverfolgen sind. Diese sich wiederholende Familiendynamik, die von Trennung und Verlassenheit bestimmt ist, muß m. E. zunächst erkannt und angenommen werden, um sie in der Institution Heim mit Hilfe eines gruppendynamischen und therapeutischen Konzepts einer Bearbeitung zugänglich zu machen.

Das Heim wird damit für Kind und Eltern zum Ort des Ausagierens der pathologischen Symptomatik und dient ihnen zu einer Wiederholung der krankmachenden Lebenssituation in der Primärgruppe, die hier be-

* Dipl.-Psych., Mitarbeiterin am Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstitut der DAP
** Vortrag gehalten auf dem IX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 10.–14. Juni 1977, Deutsches Museum, München

arbeitet und verändert werden kann, um für Kind und Eltern neue Identitätsschritte zu ermöglichen (*Ammon*, 1973). Das ganze Heim mit seinen pädagogischen und nicht-pädagogischen Mitarbeitern, mit seiner persönlichen und räumlichen Atmosphäre wird zum „therapeutischen Milieu", das eine nachholende Ich-Entwicklung im Schutze dieses Milieus gestattet (*Ammon*, 1973; *Bettelheim*, 1976).

Entsprechend der Forderung für die ambulante kindertherapeutische Arbeit (*Schneider*, 1975), keine Kindertherapie ohne Mitwirkung der Eltern durchzuführen, sondern im Sinne einer „Simultantherapie" für Kind und Eltern ein therapeutisches Milieu bereitzustellen, nehmen wir auch im Heim nur Kinder auf, deren Eltern zur Mitarbeit bereit sind.

Das therapeutische Milieu strukturiert sich im Heim wie folgt: Als Leiterin bin ich die „zentrale Figur", die alle Interaktionen zwischen Kindern, Erziehern und Eltern koordiniert. Meine Hauptaufgabe sehe ich darin, die Dynamik zwischen den verschiedenen Mitarbeitern und Mitarbeitergruppen anhand der Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehungen sichtbar zu machen, weil sie der Spiegel für die Pathologie von Kindern und Eltern sind. Mir zur Seite stehen drei Kollegen, die in eigenständiger Verantwortung drei zentrale Bereiche des Heims (Organisation, Pädagogik und Elternarbeit) strukturieren. Ich selbst bin für die therapeutische Arbeit verantwortlich, so daß wir zu viert als „Leitungsteam" im täglichen Austausch die Integration aller Bereiche wahrnehmen.

Das Heim hat 48 Kinder und ca. 50 pädagogische und nichtpädagogische Mitarbeiter. Jeweils acht Kinder leben in einer familienähnlich strukturierten Gruppe zusammen. In jeder Kindergruppe arbeiten vier Erzieher, und zwar abwechselnd jeweils zwei zusammen. Dieses Erzieherteam wird von mir kontinuierlich durch Supervision begleitet. Darüber hinaus findet gruppenübergreifend in unserem Haus eine Balintgruppe für Erzieher statt, und einmal wöchentlich werden in einer gruppendynamischen Großgruppensitzung mit allen pädagogischen und nicht-pädagogischen Mitarbeitern die Konflikte untereinander sowie mit mir als zentraler Person bearbeitet.

In diesem gruppendynamischen Feld, im Wechsel von Groß- und Kleingruppe, ist es möglich, daß die nicht-therapeutisch ausgebildeten Erzieher ihre schwierige Aufgabe wahrnehmen können, der z. T. über lange Zeit andauernden destruktiven Aggression der Kinder und dem Mißtrauen der Eltern standzuhalten, bis eine wirkliche Vertrauensbeziehung und somit ein therapeutisches Milieu hergestellt ist.

Anhand eines Fallbeispiels möchte ich unsere Arbeit veranschaulichen: Der damals fünfeinhalbjährige Michael F. kam im April 1974 in unser Heim, nachdem er in einem anderen Düsseldorfer Kinderheim so schwierig geworden war, daß er in ein „heilpädagogisches" Heim, wie unsere Einrichtung offiziell genannt wird, verlegt werden sollte. Seine Symptome wurden beschrieben als chaotische aggressive Ausbrüche, extreme Un-

ruhe, Kontaktunfähigkeit, Einnässen und ein ca. zweijähriger Entwicklungsrückstand. Der Junge wirkte klein, wie ein Dreijähriger, äußerlich ansprechend, aber sehr verschüchtert, als er von seinem vorherigen Heimleiter gebracht wurde. Mit der Mutter, Frau F., die sich in einer sehr unsicheren Lebenssituation befand, wurden zunächst 14tägige Gesprächstermine ausgemacht. Aus den Gesprächen wurde deutlich, daß sie sich zur Zeit in einer völligen Umbruchsituation befand. Sie ist eine hochintelligente, aber etwas gefühlskalte und von der Struktur her depressive Frau. Sie ist selbst als Kind – zusammen mit ihren drei jüngeren Geschwistern – ins Heim gekommen, da ihre Mutter nicht in der Lage war, für die vier Kinder zu sorgen. Wie sie selbst hat sich auch ihre Mutter von ihrem Vater getrennt. Die Ehe von Frau F. war von Anfang an von Streit, Brutalität und der Alkoholsucht des Mannes bestimmt. Die Angst vor dem Alleinsein verbot es Frau F. jedoch immer wieder, sich von ihrem Mann zu trennen.

Die Situation verschlimmerte sich, als Michael geboren war, weil Frau F. überwiegend für den Lebensunterhalt der ganzen Familie sorgen mußte. Der Vater ging nur unregelmäßig arbeiten, kam oft betrunken nach Hause und schlug dann Frau und Kinder. Bis zu seinem vierten Lebensjahr war Michael in seiner Familie. Als Frau F. nach einer Schlägerei Hals über Kopf von ihrem Mann wegzog und bei ihrem Bruder Zuflucht fand, wurde Michael in eine Pflegefamilie gegeben. Diese Familie hatte zwei eigene Kinder, auf die Michael derart aggressiv reagierte, daß er schon nach kurzer Zeit wieder abgegeben wurde und in eine Notaufnahmestation kam. Von hier aus wurde Michael von einem Heim in das andere geschoben, bis er als so schwierig angesehen wurde, daß er in eine heilpädagogische Einrichtung mußte.

Während Frau F. jetzt ganz langsam anfing, sich ein eigenes Leben aufzubauen – sie nahm eine Wohnung und begann, in einer Reinigung zu arbeiten – versuchten wir, dem völlig zerstörerisch gewordenen Michael eine stabile und schützende Gruppe und Zuwendung durch die Erzieher anzubieten, die ihm neue, konstruktive Erfahrungen ermöglichen sollte. Die Realität sah jedoch nach kurzer Zeit ganz anders aus. Obwohl Michael der kleinste der Gruppe war, schlug er mit brutaler Gewalt (mit Messern, Stöcken, Nägeln, Scheren) auf Kinder und Erzieher ein und wurde bald zum Sündenbock nicht nur seiner Gruppe, sondern im ganzen Heim. Jede Bemühung von uns, ihm etwas Positives anzubieten, zerschlug er sofort, so daß auch bei uns seine Erfahrungen anfangs die gleichen waren, wie er sie so zerstörerisch in seiner Umwelt vorher erlebt hatte: Er mußte aus zwei Kindergärten wieder herausgenommen werden und blieb vorerst ganz bei uns, obwohl er schon bald schulpflichtig wurde.

In der Kindergruppe waren bald chaotische Zustände. Michaels Angriffe gegen die anderen Kinder blieben nicht unbeantwortet. Die anderen Kinder konnten es nicht ertragen, daß er von den Erziehern geschützt wurde

und rächten sich vor allem nachts an ihm, indem sie ihm die Haare abschnitten, ihn zwangen, ihren Kot zu essen u. ä.

Monatelang ging es in den Teamgesprächen nur um Michael. Die Erzieher waren völlig verzweifelt und fühlten sich von mir und meinen Erwartungen restlos überfordert. Sie kritisierten und beschimpften mich, daß ich Michael überhaupt in die Gruppe gegeben hätte und verlangten von mir, daß ich ihn herausnehmen sollte. Unglücklicherweise fuhr ich kurz darauf für eine Woche auf eine Tagung. Hier wurde ich plötzlich von einem Leitungsteammitglied informiert, daß die Erzieher der Gruppe sich mit anderen Erziehern im Hause solidarisiert hätten und die sofortige Herausnahme Michaels damit erzwingen wollten, daß sie ihn nicht mehr in die Gruppe ließen. Mir gelang es telefonisch, mit einer Erzieherin der Gruppe und einem Leitungsteamkollegen einen Aufschub der Entscheidung bis zu meiner Rückkehr zu erwirken. Mir wurde klar, daß ich mit meinen Forderungen an die Erzieher, ohne selbst in der Gruppe zu sein, sie ebenso im Stich gelassen und ihre Bedürfnisse übergangen hatte, wie sie es jetzt mit Michael machen wollten. Sie fühlten sich von mir nicht anerkannt, glaubten alles falsch zu machen und ernteten nur Aggression und Zerstörung. Als mir dies deutlich war, konnte ich in der nächsten Woche ganz anders mit dem Problem umgehen. Ich berief eine Versammlung aller Mitarbeiter nur für dieses Problem ein. Sie erhielten damit eine Zuwendung, wie sie sie noch nicht erlebt hatten. Ich erklärte noch einmal sehr ausführlich die Dynamik, die Michaels Verhalten bestimmte, daß er nämlich seine frühkindlich erlebte Verlassenheitssituation dadurch wiederherstellte, daß er alle Versuche der Erzieher und der Kinder, eine positive Beziehung aufzubauen, zerstören mußte. Denn zu der Zeit konnte er noch keine positive Beziehung über längere Zeit ertragen, weil er diese nie erfahren und somit nicht verinnerlicht hatte. Dies erklärt auch die Gegenübertragungsgefühle der Erzieher in Form von Ablehnung und Im-Stich-Lassen, die auch auf mich übergingen, hinter denen unsere gemeinsame Angst vor Chaos und Zerstörungswut stand. Dies konnten wir uns erst jetzt gegenseitig eingestehen. Im Anschluß daran war es möglich, die Entscheidung, ob Michael in der Gruppe bleiben könne oder nicht, sachlich zu diskutieren. Wir entschieden uns für einen letzten Versuch bis zu einem bestimmten Zeitpunkt, der durch erhöhte Hilfsmaßnahmen gekennzeichnet war: Ich erweiterte die kürzlich begonnene Einzeltherapie auf zwei Stunden wöchentlich. Außerdem planten wir, als wir festgestellt hatten, daß Michael zum Hausmeister und zur Putzfrau vorsichtige Kontakte hergestellt hatte, feste Zeiten ein, in denen Michael beim Hausmeister, der Putzfrau oder bei mir sein konnte. Erstaunlicherweise war es hier möglich, Michael in konstruktive Arbeiten einzubeziehen. Es wurde deutlich, daß er ein solches 'splitting' seiner Beziehungen dringend brauchte: Die Gruppe wurde von ihm zwar immer noch als böse erlebt, wo er viel zerstörerische Aggression ausagierte, aber er verbrachte immer mehr

Zeit beim Hausmeister, der jetzt intensiv in die Beratung miteinbezogen wurde. Hier entwickelte Michael neben dem Kontakt zu mir die erste tragende Beziehung. Er identifizierte sich mit dessen handwerklichen Fähigkeiten, ahmte alles nach, zeigte Geschicklichkeit und großen Lerneifer und fühlte sich von seiner warmen zugleich mütterlich-väterlichen Art beschützt und geborgen.

Diese Darstellung zeigt, daß Michael seine früheste Verlassenheitssituation und das erlebte Chaos in der schützenden Gruppe des Heims wiederholte und erst die Bearbeitung der unbewußten Dynamik bei allen betroffenen Mitarbeitern einschließlich meiner Person dazu führte, die destruktive Dynamik zu durchbrechen und ein Verbleiben von Michael in der Gruppe zu ermöglichen. Durch den bewußten Einsatz des für ihn sehr wichtigen Hausmeisters konnten wir ihm das zu der Zeit notwendige Aufspalten in gute und böse Objekte gestatten.

In der Therapie drückte Michael seine ambivalente Problematik sehr eindrucksvoll im Spiel aus. Er gestaltete Vernichtungswünsche einerseits und Geborgenheitsbedürfnisse andererseits in der Beziehung zu mir so, daß ich in der gleichen Stunde als Gefangene eingesperrt, gefoltert und gehängt wurde und er mich dann selbst wieder lebendig machte, mit mir zur Schaukel ging und sich meist für den Rest der Stunde schaukeln ließ. Die Vertrauensbeziehung zu mir testete er aus, indem er sich vom Dach unseres Spielhauses fallen ließ und von mir aufgefangen wurde. Oft brauchte er für einen Sprung fünf Minuten Überlegung, ob er nun springen könne oder nicht. Wenn er dann gesprungen war, strahlte er in meinen Armen und wollte es dauernd wiederholen.

Die Erzieher fühlten sich durch unsere Hilfestellung entlastet, und die eintretende emotionale Beruhigung führte dazu, daß auch in der Gruppe die Situation für Michael besser wurde. Die anderen Kinder konnten ausdrücken, daß sie sich von ihm als jüngstem und Nachkömmling in ihren Wünschen bedroht fühlten und glaubten, er würde ihnen die Erzieher wegnehmen, die sie noch genauso brauchten wie Michael selbst.

Parallel zu den dargestellten Prozessen um Michael verlief auch die Zusammenarbeit mit der Mutter sehr wechselhaft: Am Anfang hatte sie große Schwierigkeiten, die vierzehntägigen Beratungsgespräche zu akzeptieren. Immer wieder sagte sie wegen Arbeitsüberlastung ab oder kam nicht. Wir gewannen den Eindruck, daß sie ihr Kind ins Heim abschieben und sich nicht mehr darum kümmern wollte. Es stellte sich jedoch heraus, daß Frau F. sich in ihrer Situation völlig isoliert und überfordert fühlte. Mein Mitarbeiter, der mit ihr die Gespräche führte, fühlte sich seinerseits von ihr vor den Kopf gestoßen. Er klagte im Leitungsteam über ihren mangelnden Einsatz und war nahe daran aufzugeben. Auch er konnte erst ihre Angst verstehen, als er sich seiner zu starren Forderungen an Frau F. bewußt geworden war, mit denen er in der Gegenübertragung auf inneres und äußeres Chaos reagiert hatte. Er beschloß dann, regelmäßig

zu ihr in die Wohnung zu fahren und allmählich entwickelte Frau F. ein Vertrauen meinem Mitarbeiter gegenüber, das zu einer tragfähigen Arbeitsbeziehung wurde. Auch bei Frau F. war eine Aufspaltung in gute und böse Objekte zu beobachten. Neben der guten Beziehung zu meinem Kollegen, beklagte sie sich laufend bei mir über Unordentlichkeit und Nachlässigkeit der Erzieher.

Diese Bereiche sind bei fast allen Eltern typische Anknüpfungspunkte für ihre Aggressionen dem Konkurrenten Heim und den Erziehern gegenüber, die ihnen die Kinder wegnehmen könnten. Tatsächlich haben jedoch auch die Erzieher sich lange Zeit nicht um eine Verbesserung dieser Ordnungskriterien bemüht, weil sie in ihrer Rivalität mit den Eltern sich für die besseren Eltern hielten und empört waren, daß Frau F. sich an diesen Nebensächlichkeiten aufhielt, ohne ihnen für ihren Einsatz bei Michael dankbar zu sein. Die Vermittlung meines Mitarbeiters, der in vielen gemeinsamen Gesprächen zwischen Erziehern und Frau F. diese Dynamik als natürlich und veränderbar deutlich machen konnte, führte zu einem langsamen gegenseitigen Akzeptieren und mehr Offenheit in der direkten Auseinandersetzung zwischen Frau F. und den Erziehern, die sich bisher eher ausgewichen waren. So kam sie jetzt auch an Wochenenden öfter in die Gruppe und bastelte sogar mit für den geplanten Basar.

In diese Phase fiel jedoch noch ein weiterer Krisenpunkt, der fast unsere gesamten Bemühungen zum Scheitern verurteilt hätte. Frau F. hatte seit einiger Zeit einen neuen Partner, mit dem sie sich eine gemeinsame Zukunft wünschte. Die Pläne der beiden wurden immer konkreter, was sich auf Michael so auswirkte, daß sich schlagartig die bisher positive Beziehung zu seiner Mutter ins Gegenteil verkehrte, er an keinem Wochenende mehr nach Hause wollte und den Freund der Mutter als gefährlichen Rivalen ablehnte. Frau F. verstand nicht, welche Bedrohung für Michael im Raum stand und lastete uns sein Fernbleiben an. Die Situation wurde äußerst kritisch, weil Frau F. sich in ihrer Angst um Freund und Michael durch uns so bedroht fühlte, daß sie über Nacht beschloß, Michael für ganz nach Hause zu nehmen. Es begann ein harter Kampf um Frau F. und Michael, mein Mitarbeiter schaltete das Jugendamt und die betreuende Familienfürsorgerin mit ein und so wurde auf drei verschiedenen Ebenen mit Verständnis, aber auch mit Konsequenz und Grenzsetzungen um die Familie gerungen, bis Frau F. ihre Angst verstand, daß sie fast diejenige gewesen wäre, die die positiven Ansätze zerstört hätte, wie sie es selbst als Kind und auch Michael immer wieder erlebt hatten. Mit Hilfe meines Kollegen gelang es ihr dann, ihre eigenen Ängste und Unsicherheiten hinsichtlich des Aufbaus einer neuen Familie zu bearbeiten und sie war bereit, mit unserer Hilfe diesen Weg schrittweise aufzubauen.

Diese kritische Phase spielte sich vor ca. einem Jahr ab. Inzwischen hat Frau F. ihren Bekannten geheiratet und die Planung, Michael in ca. einem weiteren Jahr ins Elternhaus zu entlassen, hat konkrete Formen angenom-

men. Für diese Endphase der Rückführung bieten wir Eltern und Kind zusammen eine familientherapeutische Gruppe an, in der wir bei den konstruktiven und kreativen Ich-Kräften der Familienmitglieder ansetzen. Über konkrete gemeinsame Aktivitäten und Gestaltungen, sowie über das Gespräch können wir die Interaktionen der Familienmitglieder untereinander direkt und konkret erleben, besprechen und verändern. Frau F. wird mit ihrem Mann, Michael und dem zweiten Sohn, der noch in einem anderen Heim ist, demnächst an dieser Gruppe teilnehmen, und wir hoffen, dann eine erfolgreiche Entlassung – entsprechend unserer Konzeption – durchführen zu können.

Als typisches Beispiel für die meisten Familien in unserem Heim zeigt die Darstellung, daß das Weggeben des Kindes durch die Mutter als destruktives Ausagieren einer schweren Beziehungsstörung verstanden werden muß. Dabei wird die defizitäre Mutter-Kind-Beziehung deutlich. Die Ich-Struktur von Frau F. muß – wie bei den meisten unserer Eltern – zur Gruppe der Borderline-Kranken gezählt werden. Typisch sind durchgängig ambivalente Objektbeziehungen, die zwischen symbiotischem Anklammerungsverhalten einerseits und abruptem Verlassen andererseits hin- und herschwanken. Nicht immer haben wir die Möglichkeit, diese ambivalente und destruktive Dynamik in der dargestellten Weise aufzufangen. So hat z. B. vor zwei Monaten der Vater eines elfjährigen Mädchens sein Kind innerhalb einer Woche aus dem Heim geholt, ohne daß wir etwas dagegen tun konnten.

Weiter zeigt das Fallbeispiel, wie wichtig die Aufarbeitung der Dynamik zwischen Kindern, Eltern und Mitarbeitern ist, was uns in seiner Komplexität manchmal vor schwierige Aufgaben stellt. Die Erfahrungen von *Gisela Ammon* aus dem psychoanalytischen Kindergarten in Berlin (*Gisela Ammon,* 1973), daß die gruppendynamische Arbeit mit den Mitarbeitern im Zentrum stehen muß, hat sich auch in unserem Heim voll bestätigt.

Besonders entscheidend ist dabei immer wieder die Trennungsarbeit, die von allen Mitarbeitern geleistet werden muß, um Trennung hier wirklich als positiven Abgrenzungsschritt erfahrbar zu machen. Das häufigste Problem ist das Ausscheiden eines Erziehers, auf das die Kinder mit extremen Verlassenheitsängsten und aggressiven Ausbrüchen reagieren. Gelungen war die Trennungsarbeit in einer Gruppe, aus der die langjährige Erzieherin aus Altersgründen ausschied. Hier war es der Erzieherin möglich, in ihrer Teamgruppe Enttäuschung, Wut und Trauer, aber auch gegenseitiges Verständnis und Aufarbeitung ihrer gemachten Erfahrungen so zu äußern und zu verarbeiten, daß sie den Kindern dieselbe Erfahrung gestatten konnte. Diese reagierten nicht mit Vernichtungsangst, sondern die Gruppe bot soviel Stabilität und Sicherheit, daß sie die Erzieherin als gutes Objekt verinnerlichen konnte. Die Kinder waren in der Lage, das Älterwerden und Weggehen der Erzieherin mit dem selbstgewählten Bild der „Gruppenoma" anzunehmen und die Trennung zuzulassen.

Ebenso müssen die Eltern den wichtigsten Schritt schaffen, die vorübergehende Trennung von ihrem Kind als konstruktiven Schritt für ihre eigene Identitätsentwicklung anzunehmen. Entscheidend ist dabei – bes. bei den sog. sozialschwachen Familien – der Ansatz, die gesunden und konstruktiven Ich-Anteile der Eltern durch konkrete Aktivitäten zu mobilisieren und darüber tragfähige Beziehungen herzustellen.

So wirken die Eltern konkret an Heimaktivitäten mit. Z. B. führt ein Vater Filmabende durch, ein anderer, der Malermeister ist, half bei der Verschönerung der Räume, Mütter nähen und basteln mit in der Gruppe. Die fortgeschrittenen Eltern nehmen an der Elterngruppe teil, die eher gruppendynamisch als therapeutisch arbeitet. Als dritten integrativen Schritt vor der Rückführung des Kindes ins Elternhaus nimmt dann die ganze Familie an der schon dargestellten familientherapeutischen Gruppe teil (*A. Warnke* u. a., 1974).

Zum Schluß möchte ich betonen, daß auch eine endgültige Trennung zwischen Eltern und Kind Ziel unserer Arbeit sein kann, wenn die Beziehungen sich als zu destruktiv herausstellen. Als Alternativen haben wir eine intensive Pflegeelternarbeit für die jüngeren Kinder sowie eine zur Volljährigkeit und Selbständigkeit führende Jugendlichen-Wohngruppe aufgebaut. Gemeinsame Grundlage ist dabei die Schaffung eines adäquaten identitätsfördernden Lebensraumes für Kinder und Eltern mit Hilfe einer gruppendynamisch durchleuchteten Heimstruktur und einem therapeutischen Gesamtmilieu.

The Search for Identity and the Trauma of Separation in a Home for Children

Erda Siebert

In her paper the author presents the model of a dynamic-psychiatric home for children, which she has been leading for four years. Taking up a child, that means separation between parents and child, is understood as a constructive demarcation in order to build up new experiences and relations. Thus it can become available for therapy.

This concept is based upon the integration of both – children and parents – into therapeutic work, aiming at a reintegration into the family within two or three years. Many parents can look upon negative experiences like illegitimate birth, frequent change of partners, growing up in homes for several generations. This repeated family-dynamics which is characterized by seperation and abandonment, must be understood and accepted in order to make a therapeutic and group-dynamical work within the institution home possible.

The home as therapeutic milieu thus becomes a place, where the whole ambigious and destructive dynamics of relations can be acted out. The working through of these group-dynamics is happening on two levels: In the discussion with the leader of the home as a central person a group of co-workers is established, that can bear anxiety and feelings of excessive charge, that can stand chaotic-aggressive acting-out. With the help of working through the counter-transference the child is enabled to establish new relations.

It is important to insert the parents with the whole family-dynamics. The author has experienced that those families – most of them come from marginal social groups – are hard to reach by talking. Supporting their constructive ego-functions, they were offered to take part in home-activities. They could handicraft, arrange painting activities or show films. Here the parents learn to do something for themselves, to develop own abilities and at the same time they gain confidence in the home, which enables not only the children but the parents as well to develop and to evolve.

The home has got 48 children and some 50 educational and noneducational staff members. Every eight children live in a group that is structured like a family. Four educators work in each group, always two together alternating. This team is accompanied by the author's supervision. All educators take part in a Balint-group. Once a week, a group-dynamical session with the whole staff serves to work through interpersonal conflicts as well as with the leader as a central person.

In a case-study the author shows the process of the development of a five-year-old boy and his mother during a three-year stay in the home. The extremely wayward and destructive boy, who could hardly establish any contact, restored his destructive family dynamics unconciously short time after his coming to the home, so that he had almost made it necessary to dismiss him. By discovering the dynamics and the group dynamical and therapeutic handling of acting-out mother and child, first of all the handling of the defense-mechanism of splitting made it possible for everyone concerned to change the destructive dynamics into constructive and new identity steps. Thus the relationship between mother and child could be improved remarkably.

This shows the importance of working through the dynamics between children, parents and staff-members in order to establish a real change in the sense of sound relations.

Literatur

Ammon, Günter (1973): Dynamische Psychiatrie – Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie (Darmstadt und Neuwied: Luchterhand)
Ammon, Gisela, Hrsg. (1973): Psychoanalytische Pädagogik (Hamburg: Hoffmann und Campe)
Bettelheim, B. (1976): Der Weg aus dem Labyrinth (Stuttgart: Deutsche Verlags-Anstalt)
Schneider, R. (1975): Das Borderline-Syndrom des Kindes. In: Psychotherapie der Psychosen, Hrsg. *G. Ammon* (München: Kindler)
Warnke, A.; Browers, E.; Probst, H. (1974): Das Bogenhausener Modell. Kinder und Eltern in der Gruppe (München: Kindler)
Winnicott, D. W. (1973): Die therapeutische Arbeit mit Kindern (München: Kindler)

Adresse der Autorin:
Dipl.-Psych. Erda Siebert
Grafenberger Allee 83
4000 Düsseldorf

Latente Borderline-Syndrome als Gefährdung der Ich-Bildung***

Igor A. Caruso*, Edith Frank-Rieser**

In ihrer Arbeit referieren die Autoren ihren Standpunkt eines psychoanalytischen Verständnisses des Borderline-Syndroms und entwickeln Gedankengänge zur psychopathologischen Entwicklung der Borderline-Persönlichkeit, deren Struktur erst in der analytischen Bearbeitung offengelegt werden kann. Sie unterstreichen dabei die Rolle des Ödipus-Komplexes und studieren dessen individuelle Gestaltung durch die Einflüsse präödipaler Konfliktkonstellationen, sehen aber als Kernproblem des Borderline-Syndroms die Verarbeitung der Trennung aus der Symbiose mit der Mutter. Sie studieren dabei den Einfluß der Ambivalenz der Mutter auf das reifende Selbst des Kindes und die Bildung des Ideal-Ichs, das omnipotenten Charakter trägt, vom Kind internalisiert wird und den Zustand der Wiederherstellung der symbiotischen Verschmelzung zum Ziel hat.
In ihrem theoretischen Verständnis bleiben die Autoren zwar auf dem libidotheoretischen Ansatz der orthodoxen Psychoanalyse, beziehen aber eine eigene Position, indem sie die Interaktion zwischen Mutter und Kind zum Gegenstand ihrer Untersuchungen machen und psychologische und sozialpsychologische Dimensionen zur Erklärung heranziehen. Sie deuten auch den Einfluß des Vaters und der umgebenden Gruppe an, machen dies aber nicht explizit zum Untersuchungsgegenstand. Sie stehen in der Nähe zum Ich- und Gruppenkonzept der Berliner psychoanalytischen Schule Günter Ammons und sprechen ebenfalls vom narzißtischen Defizit.
Die Autoren beleuchten anschaulich den Trennungskonflikt aus der symbiotischen Phase, mit seinen regressiven Wünschen nach der Wiederherstellung der vorambivalenten bis hin zur intrauterinen Einheit (Graber) und die Manifestation im theoretischen Prozeß.

So sehr der Psychiater *Freud* der gewöhnlichen analytischen Behandlung echter Psychosen zögernd und fast ablehnend gegenüberstand, so sehr hat er uns nichtsdestoweniger Meisterwerke eines phänomenologischen Verstehens dieser Prozesse hinterlassen. Hierin wird bereits die Einladung spürbar, das Bestehen psychischer Mechanismen, die sich in der Psychose nicht grundsätzlich von denen des „Normalen" unterscheiden, in der Behandlung von Psychosen oder „Grenzfällen" zu berücksichtigen. Daß diese Mitberücksichtigung psychischer Mechanismen in der Psychose- oder Borderline-Behandlung eine Veränderung der psychoanalytischen Technik mit sich brachte und noch bringen wird, vermag die psychoanalytische Basis dieser Technik selbst nicht zu vermindern, sondern hebt im Gegenteil die psychoanalytische Begründung als notwendig dominierenden Bezug zur theoretischen Absicherung der Praxis hervor. Denken wir nur zum Beispiel an die symbolische Verwirklichung (réalisation symbolique) der präödipalen Bedürfnisse oder an die psychoanalytische Gruppenthera-

* Prof. Dr., Psychoanalytiker, Psychologisches Institut der Universität Salzburg
** Dr. phil., Psychoanalytikerin, Lehrbeauftragte am Psychologischen Institut der Universität Salzburg
*** Vortrag gehalten auf dem IX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 10.–14. Juni 1977, Deutsches Museum, München

pie, die ihre Wirksamkeit ihrer unmittelbaren Entstehung aus dem psychoanalytischen Umgang mit den pathologisch gewordenen psychischen Mechanismen verdanken.

Freud selbst nannte die psychotischen Erkrankungen „narzißtische Neurosen", und zwar charakterisierte er sie als narzißtisch aufgrund des angeblichen Ausbleibens der Übertragungsbeziehungen in einer psychoanalytischen Behandlung. *Freud* blieb jedoch immer um ein psychodynamisches Verständnis der sogenannten „Geisteskrankheit" bemüht. Bei diesem gleichen psychodynamischen Verständnis bleibend, wollen wir zurückgreifen auf den Titel dieses Referates, der von einem „latenten" Borderline-Syndrom spricht.

Das Konzept des Borderline-Syndroms als ein eigenständiges Krankheitsbild ist *Ammon* zu verdanken, aus dessen Beschäftigung die Frage der Dynamik von Psychosen und Borderline-Fällen stammt. *Ammon* baut auf der klassischen Ausrichtung der Psychoanalyse auf bei seiner Betrachtung der Borderline-Fälle als besonderer Störung der Ich-Entwicklung der frühesten Kindheit; er spricht in diesem Zusammenhang von einem „Symbiosekomplex" durch die Ausbildung von sogenannten „Löchern" im Ich, die bei der geschädigten Ich-Entwicklung auftreten müssen. Diese Störung der Ich-Entwicklung vermindert selbstredend die Adaption zum Realitätsprinzip und damit die Möglichkeit einer realen Identität des Ich (gebildet am „Nebenmenschen" (*Freud*, 1895) und durch ihn).

Die Schädigung des Ichs aus solcher Entwicklung verringert somit die dynamischen Möglichkeiten der Entwicklung und stabilisiert die „Löcher" im Ich zu einem bleibenden, den weiteren Fortgang bestimmenden Phänomen. (In diesen Überlegungen *Ammons* findet sich die Sichtweise *Freuds* selbst und vieler seiner Schüler, fortgeführt zum Ziel einer Therapiemöglichkeit für Psychosen und Borderline-Fälle auf der Basis der Beachtung der spezifischen Übertragungs- und Widerstandsdynamismen eben solcher psychischer Störungen).

Was kann nun die Betrachtung der Grenzfälle zur Psychose zur Genese archaischer Ich-Krankheiten, zur Entstehungsgeschichte des „latenten" Borderline-Syndroms beitragen?

Als archaische Ich-Krankheit bezeichnet, führt uns das Borderline-Syndrom weit in die präödipalen Probleme kindlicher Entwicklung zurück. Denkwürdig ist, daß diese Probleme nicht immer eine psychotische oder grenzpsychotische Entwicklung verursachen, sondern auch bei gut adaptierten Menschen hoher Intelligenz eine Art latentes Dasein führen und werden, dank Analyse, die oft nicht als therapeutisch gemeint wurde, sichtbar. Nur eine dünne Scheidewand trennt sie also vom offenkundigen „Borderline-Syndrom", in dem *Ammon* zu Recht „ein neues Krankheitsbild" sieht (1976d).

Ob die präödipalen Probleme in unserer Gegenwart tatsächlich so stark zugenommen haben und noch zunehmen, wie dies die Beschäftigung mit

diesem Entwicklungszeitraum der frühen Kindheit und dessen Störungen erscheinen läßt, oder ob das Instrumentarium der Psychoanalyse in Richtung einer sensibleren Erfassung präödipaler Störungen verfeinert werden konnte und damit bereits längst bestehende Störungen erstmals deutlicher sichtbar machen kann, oder ob gar soziale Faktoren kollektiver Art für die gegenwärtige „Mode" der Betrachtung frühester und pränataler Störungen verantwortlich zu machen sind – dies alles kann und soll an dieser Stelle nicht umfassend abgehandelt werden. Nur soviel: Gehen wir von der Wechselwirkung des Individuums mit der Gesellschaft und dem unmittelbaren Niederschlag dieser Wechselbeziehung auf die Personwerdung des Individuums aus, müssen wir damit die Auswirkung auf die psychoanalytische Situation als mikrosoziales Modell (*Caruso*, 1963, 1966, 1972) eben jener angesprochenen sozialen Bezüge miteinbeziehen. So betrachtet, nimmt sowohl die Zunahme der früheren symbiotischen Störungen, als auch der notwendige stets aktuelle Umgang mit diesen Störungen, von denen Psychoanalytiker und Analysand gleichermaßen bedroht und betroffen sind, nicht wunder. Denkt man daran, daß das Ich als spezifisch humane Instanz eine sehr späte Bildung ist und die längste Vorbereitungszeit in Anspruch nimmt, so stellt sich im Fall der Borderline-Syndrome die Frage nach der Zeit der Bildung der Ich-Kerne, nach der Zeit des primären Narzißmus und der Dual-Einheit zwischen Mutter und Kind. Es gibt heute viele Psychoanalytiker, die mit der veränderten Blickrichtung auf die präödipalen Störungen dazu neigen, die Bedeutung des ödipalen Konfliktes zu negieren zugunsten einer Klärung psychischer Störung einzig auf der Basis der frühen Subjekt-Objekt-Beziehung und der Störungen der narzißtischen symbiotischen Stufe. Mit dieser einengenden Sichtweise würden dieselben Psychoanalytiker jedoch der dynamisch-historischen Betrachtung derselben psychischen Störung Gewalt antun in einer Reduktion auf den Anfang allen Übels ohne Mitbeachtung der zahlreichen Überformungen desselben; eine Reduktion auf das erste Auftreten einer Störung, wenngleich sich diese beim ersten Auftreten nur als leichter „Kratzer" erweist. Gerade das Mitverfolgen dieses „Kratzers" durch alle seine Abwandlungen und Vertiefungen beweist die tatsächlich bedeutsam gebliebene Rolle des ödipalen Konfliktes, der selbstverständlich mit dem Wissen um eben diesen „Kratzer" ein besseres Verständnis des je individuellen Typs des ödipalen Konfliktes ermöglicht.

In jeder Analyse, auch der von Neurotikern und „Normalen" zeigen sich präödipale Probleme deutlich – und dies bei aller Würdigung spezifisch ödipaler Konflikte. Gerade die individuelle Eigenheit des ödipalen Konfliktes wird verständlich auf dem Boden der frühestkindlichen Ereignisse. In diesem Sinn wird ein „Kratzer" in der Dyade Mutter-Kind bereits zu einem Bruch in der ödipalen Thematik.

Es wird dies auch weiter nicht verwundern, wenn wir uns auf *Freuds* Darstellung der Modi der Angst im Verlauf der kindlichen Entwicklung

unter dem Aspekt der Trennung besinnen (*Freud* 1926). Auf unsere Betrachtung hier angewandt, ist die Ich-Werdung als ein Werden durch das Du zu charakterisieren. Der Umgang mit der Trennung vom Objekt durchläuft bestimmte Thematisierungen, die vom noch nicht bewußten werdenden Ich-Kern dennoch als Umgangsmodus erfahren und modellhaft für spätere Umgangsweisen mit Trennungen wird. Die Thematisierungen bilden die von *Freud* bereits beschriebenen Knotenpunkte der Angst: Trennung bei der Geburt selbst, Trennung von der Mutterbrust durch Abstillen und damit Beendigung der engen dualistischen Beziehung zwischen Mutter und Kind, Trennung vom Kot als erstem Ich-Produkt in der Sauberkeitserziehung und angedrohte und phantasierte Trennung vom Phallus, von der introjizierten elterlichen Potenz und damit der letzten phantasierten Einheit mit den Elternobjekten.

Nun wird ein „Kratzer" in der ersten Trennungsarbeit in den nächsten Stufen stärkere Störungen hervorrufen in Richtung auf eine zunehmende Ambivalenz der Objekt- und Selbstbezüge, die nicht mehr im Rahmen des Realitätsprinzips bewältigt werden können. Die bewußte Auseinandersetzung mit Hilfe des Ichs wird verunmöglicht und auch der Erhalt intakter Ich-Anteile ist aufgrund des narzißtischen Defizits seit Beginn der Ich-Störung nicht immer ausreichend für eine sowohl intrapsychische als auch interpsychische Auseinandersetzung mit dem ambivalenten Objekt.

Die Theorie *Kohuts* (1974) zur narzißtischen Persönlichkeitsstörung liefert für die Betrachtung des Borderline-Syndroms zahlreiche Anregungen. Für *Kohut* läßt sich die Entwicklung der Objektlibido und der narzißtischen Libido vor und im Stadium des primären Narzißmus nicht voneinander unterscheiden, wie auch Subjekt und Objekt nicht voneinander zu trennen sind in der Erlebnisweise des Säuglings. Erst mit beginnender Trennung von Subjekt und Objekt, bedingt durch das Erleben der körperlichen Getrenntheit von der Mutter und der Ohnmacht der unmittelbar wirksamen Beeinflussung der Mutter durch das drängende Körper-Selbst des Kindes, erfahren beide Anteile dieser Dyade – Selbst-Kern und Objekt – eine libidinöse Besetzung, noch verbleibend in magischer Beziehung zu einander, die gemäß der Ziele des Lustprinzips vom beginnenden Ich des Kindes noch lange aufrechterhalten wird.

Introjektion und Projektion erscheinen auf dieser Frühstufe als direkte Fortführung der Primärprozesse, Verschiebung und Verdichtung mit dem Ziel einer dialektischen Bewältigung der erlebten Getrenntheit des Selbsts vom Objekt. Sowohl Verschiebung als auch Verdichtung entsprechen einer unmittelbaren Verarbeitung der Trennung im unbewußten Bereich: In der Verschiebung die Gleichsetzung von Subjekt und Objekt zum Zweck der weiteren Verfügung über das Objekt als dem Subjekt Gleichgesetztes, in der Verdichtung die Zusammenschau der bereits getrennt erfahrenen Anteile mit demselben Ziel einer Erhaltung der Subjekt-Objekt-Verschmelzung. Für Introjektion und Projektion – als bewußtseins-

fähige, wenn auch lange noch primärprozeßhaft ablaufende Mechanismen – kommt zur Auseinandersetzung mit der Trennung vom Objekt noch dazu, daß die Unlustabwehr mit der erfahrenen Ambivalenz der Mutter und des eigenen Selbsts zusammenfällt und sowohl das Objekt als das Selbst in „gute" und „böse" Anteile zerfallen läßt; dies ist eine Dichotomie, die in der primärprozeßhaften Verarbeitung durch Verschiebung und Verdichtung noch nicht enthalten ist und erst durch die erlebte Ambivalenz in der Folge des Mißlingens des weitergeführten Symbiose-Wunsches Introjektion und Projektion notwendig macht.

Dabei wird die Ambivalenz erst von außen durch das Hilfs-Ich der Mutter an das werdende Ich des Kindes herangetragen, eine Ambivalenz, die einer Lösung des kindlichen Selbsts aus einer Polyvalenz narzißtischer Bezüge entspricht in Richtung einer Sozialisation, einer Adaption an das Realitätsprinzip. Trifft diese Ambivalenz der Mutter auf die enge symbiotische Beziehung von Selbst und Objekt (genauer Selbst-Objekt), werden sowohl das Selbst als auch das Selbst-Objekt in ihrem mehr und mehr getrennten Dasein wie auch in ihrer dualistischen Verschmelzung davon betroffen. Die spätere Regression enthält alsdann eine deutliche Überbetonung von Ideal-Ich-Anteilen, die – mit narzißtischer Libido besetzt – sich vom Bild einer üblichen Übertragungsneurose (im objekt-libidinösen Sinn) deutlich abhebt. In Verbindung mit dieser Betonung des narzißtischen Defizits tritt gehäuft eine vage Todessehnsucht auf als regressiver Wunsch nach der Zeit der Dual-Einheit noch vor dem gravierenden Erlebnis der Ambivalenz sowohl durch die Trennung zwischen Subjekt und Objekt als auch durch die mütterliche Beantwortung des aufrechtgebliebenen Symbiose-Wunsches des Kindes und der damit verbundenen Scheidung in „gutes" und „böses" Selbst und Selbst-Objekt. Es ist leicht einfühlbar, daß eine solche frühkindliche Störung nach dem Maß der schlecht verarbeiteten eigenen Trennung der Mutter in deren Kindheit das Angebot der Ambivalenz von seiten der Mutter potenziert.

Der gegenwärtig immer schwierigere Stand der Frau und Mutter als Erzieherin im sozialen Feld der Gesellschaft und der Familie ist ein wesentlicher weiterer Faktor der Potenzierung der Ambivalenz, mit welcher das Kind bereits gleichzeitig mit der körperlichen Trennung bei der Geburt konfrontiert wird. Die Mutter steht in einer doppelten Bindung und ist in dieser eng verhaftet – der Bindung zum Kind, mit dem sie die eigene Regression in die Dual-Einheit verknüpft, und der Bindung zur Gesellschaft, die in realistischer und phantastischer Form mit ihren Erwartungen an die Erziehung des Kindes zum späteren Konsumenten in jedem Kontakt der Mutter mit dem Kind mitanwesend ist. Der Vater in seiner bislang wenig durchleuchteten Bedeutung in derselben Zeit der Dual-Union ist in seiner gleichen Ambivalenz zumindest vermittels der Mutter auch deutlich wirksam. In diesem Dilemma wird der Mutter die notwendige Regression in der Zeit der Symbiose oft nahezu verunmöglicht – sowohl

durch die Gegenwart der gesellschaftlichen Forderungen als auch durch die Vergangenheit derselben Forderungen, die die eigene Sozialisation der Mutter bestimmt hat. *Georges Devereux* wies auf die psychoanalytische Erfahrung hin, daß kannibalistische Wünsche gegenüber dem Kinde den komplementären Wünschen des Kindes zuvorkommen und auch den Ödipuskomplex im voraus beeinflussen (*Devereux*, 1976).

Die so verschärfte Ambivalenz in der mütterlichen Zuwendung überträgt sich also gleitend auf das werdende Selbst des Kindes, welches aus der Subjekt- Objekt-Verschmelzung jeden Anteil des ambivalenten Objektes als subjektiv beibehält. Die Todessehnsucht der Mutter aus derselben Ambivalenz findet gleichermaßen Eingang in die Erlebniswelt des Selbst des Kindes, das in dieser Todessehnsucht am Wunsch der Mutter symbiotisch partizipiert – als Ersatz für eine nicht erfüllte dualistische Beziehung (zwischen dem eigenen Körper-Selbst und dem regressiven mütterlichen Selbst-Objekt) und zugleich als Wiederholung der vorambivalenten bis hin zur intrauterinen Einheit, in welcher auch die Ambivalenz Leben/Tod aufgehoben war. *G. H. Graber* vermag es deutlich zu sagen: „Die intrauterine Grundstruktur des Seelischen erweist sich auch im postnatalen Dasein als das ureigenste seelisch Wirksame besonders in der psychoanalytischen Situation zwischen Analytiker und Analysand. In der Totalregression des Patienten wird die Wiederherstellung der Dual-Einheit, wie sie zwischen schwangerer Mutter und Kind bestand, unbewußt erstrebt. Die gegenseitigen Identifizierungsvorgänge zwischen Analytiker und Patient werden in tiefster seelischer Region zur unbewußten Identität. Ich propagiere für diese Erkenntnis und Erlebniseinheit keine neue Technik der Psychoanalyse, aber ihre Vertiefung (dies im Unterschied zu O. *Rank*, 1975).

Sowohl in der Todessehnsucht wie auch in der veränderten Übertragung können die Realbezüge soweit dissoziieren, daß die Grenze zur Psychose erreicht werden kann. Ein latentes Borderline-Syndrom kann so zur Aktualität kommen. Die intensive Übertragung auf ein negatives, protestierendes „gegenweltliches" Ideal-Ich, die in latenten Borderline-Syndromen zu finden ist, enthält sowohl die Gegenabhängigkeit von der subjektiv gefärbten Realität als auch den Todeswunsch als Form der Negation. *Ammon* (1975a) schreibt dazu, daß „psychotisch erkrankte Patienten zumeist eine besonders intensive Übertragungsbeziehung entwickeln, deren Dynamik sich von der Übertragungsneurose allerdings in wesentlichen Punkten unterscheidet". Diese spezielle Übertragung von den „Borderline-Persönlichkeiten" (und nicht nur von den manifest psychotisch erkrankten Patienten) besetzt eben kompensierende und abwehrende Ideal-Teile des eigenen Ichs, welches schwach ist und durch diese Übertragung geschützt wird. Durch die Übernahme des Ideal-Ichs oder seiner Vertreter wird es somit dem Psychoanalytiker gelingen können, eine therapeutische Übertragungsneurose herzustellen, wenn dies auch ein brisantes und schwieriges Unterfangen wird.

Ein ausländischer Diplomat beginnt während der Analyse (allerdings zwischen den Stunden) zahllose Papierblätter mit einer stereotypen Zeichnung zu bemalen. Er ist darauf selbst zu sehen mit steifem Hut und Regenschirm, umgeben von einem Kreis oder einer Blase. Allmählich stellt sich heraus, daß dies der Uterus seiner Mutter ist. Erst nach langer Zeit öffnet sich die Blase nach unten, und bald erscheint unser Diplomat noch immer mit Hut und Regenschirm als neugeboren. Daraufhin allerdings beginnt er von neuem, Stöße von Papier mit der eigenen Unterschrift zu schmücken bis er das Gefühl erlebt, seine erwachsene Identität wiedergefunden zu haben. Nebenbei gesagt, ich betrachte diese vom Patienten erfundene Technik nicht als schweren Verstoß gegen die sonst regelmäßig angewandte psychoanalytische Technik; ich lasse gerne Analysanden außerhalb der Stunde spontan malen.

Ein Psychologe in leitender Position, distanziert und kühl, beginnt plötzlich sehr heftig und in scharfem Ton dagegen zu protestieren, daß der Analytiker die kommende Stunde wegen eines gesetzlichen Feiertages absagt. Er findet die Haltung des Psychoanalytikers als pedantisch, legalistisch, kapitalistisch und überhaupt unfreundlich und unpersönlich. Dabei ist er sonst auf die peinlichste Weise bedacht, eine Distanz zum Analytiker zu behalten, weil jeder nähere Kontakt ihn an die Kinderstube oder an die perinatale Zeit denken läßt. Sobald dies der Fall war, hatte er am Anfang der Analyse die Gewohnheit, blutige sadistische Szenen zu phantasieren.

Eine erfolgreiche Psychologin träumt und phantasiert von einem Wasserwirbel, einem Malstrom, der zugleich ein Milchstrom ist. Es ist ein Symbol des Todes, aber zugleich auch der Geburt. Die Assoziationen führen zu sexuellen Verstümmelungen; sie selbst sei aber unverletzlich und von den Geburtsvorgängen nicht betroffen: Psychologen, die den perinatalen Geschehnissen zuviel Gewicht beimessen, sind selbst wehleidige Schwächlinge.

Eine andere Psychologin phantasiert auf der Herfahrt zum Analytiker, daß sie ihn blutig beißt. Assoziationen führen zu Kastration, aber auch zum Motiv des Auffressens und Neugebärens.

Eine Oberärztin hat öfters den Wunsch, ihren Analytiker zu analysieren. Der Analytiker sei offenkundig psychisch früh geschädigt und brauche gleichsam eine Neugeburt. In den Perioden dieses Wunsches ist die Übertragung eher negativ und sadistisch.

Ein erfolgreicher Arzt pflegt bei seiner Frau den Cunnilingus zu praktizieren und dies ausschließlich während der Menstruation. Er ist froh, auf diese Weise Blut lecken zu können. Assoziationen: Die Geburt ist ein blutiges Geschäft, aber es ist warm und beruhigend und führt in die vorgeburtliche Zeit. Andererseits verflucht er seine Mutter; es wäre besser für ihn, nicht geboren zu werden.

Ein Beamter in gehobener Position kommt in die Analysestunde und schenkt seinem Analytiker einen Apfel. Es folgt, wie erwartet, eine ge-

naue Assoziationsarbeit zu diesem Agieren. Der Analysand ist ein bißchen verschämt, er habe sich selbst geschenkt in Gestalt des Apfels. Er sei durch den Analytiker gleichsam wiedergeboren. Die Geburt ist aber eine zweifelhafte Angelegenheit: Erstens ist das Geschenk lächerlich, zweitens wird der Analytiker den Apfel verspeisen. Der Apfel ist rund und paßt gut in den Bauch bzw. in den Uterus. Pferde produzieren Roßäpfel.

Ein Jurist muß, um zum Analytiker zu gelangen, einen Vorortzug nehmen. Eines Tages verspätet sich der Zug um 25 Minuten. Der Analytiker steht zur Begrüßung auf und legt ein Buch, das er gerade gelesen hat, aus der Hand. Auf der Couch ist der Analysand ungehalten: „Wieso lesen Sie etwas Privates während der Zeit, die ich bezahle? Sie haben zu sitzen und zu warten." Nach langem trotzigen Widerstand kommt eine unerwartete Assoziation: auch die Mutter sei eine „Hure" gewesen; der Analysand wisse aus der Familiengeschichte, daß die Geburt schwer verlaufen sei, daß er unerwünscht gewesen sei und daß die Mutter ebensowenig Kontakt zu ihm gefunden hätte wie jetzt der Analytiker.

Alle diese kleinen Ereignisse während der Analysestunden sowie die wiedergegebenen Assoziationen und Interpretationen sind wegen Raummangels aus dem Kontext gerissen. Es handelt sich dabei jeweils um sozial adaptierte und intelligente, ja teilweise talentierte Analysanden, z. T. mit geringem Leidensdruck, sofern einige die sogenannte „Lehranalyse" absolvieren. Die hier fragmentarisch wiedergegebenen kleinen Zwischenfälle sind typisch für ganze Abschnitte der Analysen, die jeweils bestmöglich nach dem Modell der klassischen Psychoanalyse verlaufen sind.

Auf einen Blick zusammengefaßt weisen die latenten Borderline-Fälle zumeist keine befriedigenden und starken Bindungen zu Objekten auf – ein Beweis für die Hinwendung zur narzißtischen Organisation –, sondern besetzen, um als „normal" gelten zu können, ein starkes Über-Ich oder gesellschaftliche oder „nebengesellschaftliche" Gruppierungen libidinös. Sie bilden dadurch starke Ideale, die sie selbst überfordern und die keineswegs konform mit der Gesellschaft sein müssen, obwohl sie es des öfteren sind. Wenn so eine ideale und reichlich irreale Übertragung bedroht wird, so suchen solche Persönlichkeiten durch eine Flucht nach vorne (*Henseler*, 1974) ihre Idealbildung zu retten, und sei es durch eine psychotische Erkrankung oder einen Selbstmord. Durch eine solche Bedrohung kann sich ein latentes Borderline-Syndrom manifestieren, muß es aber nicht immer. Doch beeinflußt die Latenz der „Borderline-Position" beträchtlich den Charakter dieser sonst als normal und oft ehrgeizig geltenden, manchmal talentierten Persönlichkeiten. Eine solche Ich-Struktur ist reich an „Löchern", die auch durch gute objektlibidinöse Beziehungen nicht vollends ausgefüllt werden können, ist doch eine narzißtische Störung nicht durch eine objektlibidinöse Bindung, sondern nur durch eine narzißtische Reparation letztlich möglich.

Trotz des Unterschiedes zu den echten Fällen der Psychose oder auch zu wirklichen „Grenzfällen", ist über die Psychoanalyse dieser als normal geltenden Persönlichkeiten Ähnliches zu verlangen, was *Ammon* von der Psychotherapie der Psychosen bzw. manifesten Borderline-Fällen fordert: „Eine nachholende Ich-Entwicklung und Bearbeitung archaischer Konflikte" (1975b) und das dank einem „tragbaren zwischenmenschlichen Kontakt zwischen Patient und Therapeut" (1976d). Diese Forderung erstreckt sich auch auf jede – genug vertiefte – Psychoanalyse und führt auch beim „normalen Patienten" zur Entdeckung von „latentem" Borderline-Material, das manifest werden könnte.

Latent Borderline-Syndromes as a Danger for Ego-Formation

Igor A. Caruso and Edith Frank-Rieser

In their paper the authors discuss different concepts of a psychoanalytic view of borderline-syndrome. They consider the borderline-syndrome according to other authors as an early disturbance of ego-development which is not often found out before psychoanalytic treatment while it is often latent but preforms the development of character.

Caruso and *Frank-Rieser* emphasize that, despite of *Freud*'s reduction on neurosis therapy he always tried to explain mental illness – psychotic reactions – psychodynamically and that variations of psychoanalytic technique as it is developed in the therapy of psychosis and borderline-states demand a psychoanalytic foundation in order to the therapeutic practice.

In this context the authors refer to *Ammon*'s theory of the symbiosis complex and the "hole in the ego".

In the development of borderline-syndromes preoedipal problems play an important role. Here the authors point out the importance of social influences on mother-child-interaction but they warn to neglect the role of the oedipus-complex. They rather find it necessary to study the influence of preoedipal conflicts on the individual organisation of oedipal conflicts on the individual organisation of oedipal conflicts in order to understand the oedipal dynamics.

The focus of the latent borderline-syndrome is – according to *Caruso* and *Frank-Rieser* – the separation from the object, the mother, which is early disturbed and evokes more and more strong disturbances in direction to an increasing ambivalence of the self- and object references on the expense of reality principle.

In this context the authors refer to the theory of *Kohut* according to whom object- and narcissistic libido develop after the process of separation from object and subject which cathex self and object libidinally in the sense of conservation of the dual union. This is where projection and introjection start with the goal of a dialectic mastering of experiencing the separation of self and object.

Caruso and *Frank-Rieser* derived these two mechanisms from the primary processes shifting and condensation which represent the direct working through of separation in the unconscious.

The mother's own ambivalence within her own needs and in her role of representative of society-demands influences decisively the process of separation and preforms the developing self of the child who himself strifes with his mother after the preambivalent unto the intrauterine phase *(Graber)*.

The authors conceive this as restoration of an omnipotent "Ideal-Ego" which defenses or dissociates reality as it can be observed in psychotic decompensations.

In selected case-studies the authors try to elucidate the latent structure of the borderline-syndrome by studying specifical transference-manifestations. Finally they underline the necessity of narcissistic restoration in the therapeutical work.

Literatur

Ammon, G. (1973): Dynamische Psychiatrie – Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie (Darmstadt-Neuwied: Luchterhand)
–, Hrsg. (1975 a): Psychotherapie der Psychosen. Vorwort des Herausgebers (München: Kindler)
– (1975 b): Ich-psychologische und gruppendynamische Aspekte der psychoanalytischen Gruppentherapie unter besonderer Berücksichtigung psychotischer Strukturen. In: *G. Ammon* (Hrsg.): Psychotherapie der Psychosen (München: Kindler)
– (1975 c): Auf dem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie. In: *G. Ammon* (Hrsg.): Psychotherapie der Psychosen (München: Kindler)
– (1975 d): Das Borderline-Syndrom – ein neues Krankheitsbild. In: Dyn. Psychiat (9) 317–348
Caruso, I. A. (1963): Interkollektive Dialektik in der psychoanalytischen Situation – Psychoanalytische Situation als mikrosoziales Modell. In: Zschr. Psychosomat. Med. (9) 197–208
– (1966): Die psychoanalytische Situation als mikrosoziales Modell. In: Zschr. Psychoanal. (2) 37–52
– (1972): Soziale Aspekte der Psychoanalyse (Reinbek: Rowohlt)
Devereux, G. (1976): Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften (Frankfurt/M.-Berlin-Wien: Ullstein)
Freud, S. (1895): Entwurf einer Psychologie. In: *S. Freud*: Aus den Anfängen der Psychoanalyse. Briefe an *Wilhelm Fließ* (Frankfurt/M.: Fischer, 1962)
– (1926): Hemmung, Symptom und Angst. Ges. W., Bd. XIV (London: Imago)

Graber, G. H. (1975): Die duale Erlebniseinheit in der analytischen Situation. In: *G. Ammon* (Hrsg.): Psychotherapie der Psychosen (München: Kindler)
Henseler, H. (1974): Narzißtische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmordes (Reinbek: Rowohlt)
Rank, O. (1924): Das Trauma der Geburt und seine Bedeutung für die Psychoanalyse (Wien: Int. Psychoanal. Verlag)

Adresse der Autoren:
Prof. Dr. Igor A. Caruso
Psychologisches Institut der Universität Salzburg
Akademiestr. 22
A-5020 Salzburg

Dr. Edith Frank-Rieser
Psychologisches Institut der Universität Salzburg
Akademiestr. 22
A-5020 Salzburg

Bücher- und Zeitschriftenspiegel

U. H. Peters
Mary Barnes: Psychose als Fiktion

In: Der Nervenarzt (1977) 48, 533–540

U. H. Peters, Direktor der Neuro-psychiatrischen Klinik der Universität Mainz, Autor des „Wörterbuches der Psychologie und medizinischen Psychologie" u. a. vertritt und praktiziert die herkömmliche Schulpsychiatrie. Mary Barnes, die psychotisch reagierende und erfolgreich behandelte Patientin *Laings,* diagnostiziert *Peters* als neurotische Hysterika, die sich auf die Rolle einer Pseudopsychose verlegt habe, wie *Peters* in seiner Replik des Buches „Meine Reise durch den Wahnsinn" nachzuweisen sucht. Mary Barnes' Psychose entspreche keineswegs den schulpsychiatrischen Diagnosekriterien einer Schizophrenie, schreibt *Peters.* Man kann schlußfolgern: Deshalb nimmt es auch nicht Wunder, daß Mary Barnes geheilt werden konnte. Hätte sie eine wirkliche Schizophrenie gehabt, sie hätte nicht geheilt werden können, denn eine echte Schizophrenie sei unheilbar.

Die Arbeit will außerdem die Antipsychiatrie *Laings* als unredliche Augenwischerei und Scharlatanerie hinstellen und damit zugleich dem Leser nahelegen, daß Kritik an der herkömmlichen Schulpsychiatrie und an den von ihr zu verantwortenden Anstaltsverhältnissen unseriös, nicht fachmännisch und unwissenschaftlich ist. Dies ist der Grundtenor und die Essenz der sehr umständlichen, scheinbar sorgfältig abwägenden und argumentierenden, umfangreichen Replik. Sie dient jedoch zu nichts anderem als *Laings* „unerhörte Herausforderung an die traditionelle Psychiatrie", die „versagt" hat, anzugreifen und herunterzuspielen. *Peters* möchte den Eindruck erwecken, daß er Patienten ebenso praktisch untersucht wie den Buchtext, und hofft wohl, daß man zu der Ansicht kommt, daß deshalb auch am Ernst und an der Richtigkeit seines psychiatrischen Tuns und Urteilens nicht zu zweifeln sei: „Wenn die ‚unerhörte Herausforderung' richtig angenommen wird, ist zuerst mit psychopathologischen Mitteln die Stichhaltigkeit der Schizophrenie-Diagnose zu prüfen", schreibt *Peters* und scheint nicht darauf zu kommen, daß vielmehr gesagt werden muß: Wenn die Herausforderung richtig angenommen wird, ist zuerst die Stichhaltigkeit der psychopathologischen Mittel zu überprüfen, mit deren Hilfe Diagnosen gefällt und diejenigen katastrophalen psychiatrischen Verhältnisse geschaffen und fixiert worden sind, wie wir sie zur Zeit noch haben.

Nicht hier jedoch setzen *Peters* Überlegungen ein, sondern er sucht in dem Text nach schulpsychiatrischen Diagnosen der Schizophrenie. Er findet keine solchen Diagnosen. Mary Barnes sei hingegen einige Wochen

in einer psychiatrischen Anstalt gewesen, habe dort einen verständnisvollen Arzt gefunden, der ihr sagte, sie sei gesund, – d. h. nicht schizophren, wie *Peters* interpretiert. Sie habe dort außer Schlafmitteln keine Medikamente bekommen, hingegen erst später von ihrem antipsychiatrischen Psychoanalytiker *Esterson* ein Jahr lang Chlorpromazin erhalten. Erst in Kingsley Hall sei Mary Barnes wegen Schizophrenie in einer „fünf Jahre dauernden Institutionalisierung" gewesen, erst dort habe sie als schizophren gegolten. Zum „freiwilligen" Anstaltsaufenthalt vorher habe ihre Schlaflosigkeit geführt. „Der Aufnahmegrund" stellt *Peters* lapidar fest, „ist also offensichtlich eine Lebenskrise". „Daß die Nervenklinik nur für kurze Zeit Schutz gewähren kann, nicht aber ein geeignetes Mittel ist, um die Lebenskrise dauerhaft zu bewältigen, ..." ist für *Peters* eine Selbstverständlichkeit. Immerhin habe Mary Barnes mit Hilfe der Anstalt ihre „soziale Rückgliederung" „einigermaßen" bewältigt: Anstellung als Nachtschwester, Ausbildung zur Ausbildungsschwester und Tätigkeit als Ausbildungsschwester. Vier Jahre umfaßte diese Zeit, in der Mary Barnes äußerlich funktionierte. Daß die psychiatrische Klinik Mary Barnes nichts hat geben können, ihr keine Therapie anbieten konnte, die ihre Krankheitsursachen wirklich angegangen und ihr geholfen hätte, ein gesunder, auseinandersetzungsfähiger Mensch zu sein, berührt *Peters* offensichtlich nicht. Daß diese Tatsache eine grundsätzliche, katastrophale gesellschaftliche Situation darstellt, berührt ihn ebenfalls nicht. Daß dies wiederum mit den diagnostischen Kriterien der orthodoxen Psychiatrie zusammenhängt, tritt nicht in *Peters* Blickfeld.

Stattdessen forscht *Peters* nach der wahren Krankheit Mary Barnes. Er findet in dem Buch „zahlreiche Hinweise", daß Mary Barnes' Krankheit „eine Hysterie mit einer klassisch ödipalen Problematik zugrundeliegt". Seine Belege sind die Stellen des Buches, in denen Mary Barnes die Mutter negativ schildert und ihren Vater positiv. „Für mich waren meine jüngeren Geschwister meine Kinder von meinem Vater. Dieser Gedanke hatte sich so stark in mir festgesetzt, daß ich mich auch im wirklichen Leben nie ganz davon freimachen konnte". Der Bruder ist für *Peters* „klassisch ödipal", das angeblich „harmlosere Ziel" ihrer sexuellen Triebwünsche, obwohl Mary Barnes mit diesem Bruder real und nicht in einer verdrängten Phantasie das Inzesttabu bricht, wozu *Peters* nur meint, daß „die Geschwisterliebe stets als etwas sehr Hochstehendes angesehen wird". Da die Patientin, ohne zu verdrängen, offensichtlich ihre sexuellen Wünsche auslebt, kann aber von ödipaler neurotischer Erkrankung nicht die Rede sein. Auch die fixierte Beziehungsidee, von ihrem Vater Kinder geboren zu haben, zeigt, wie gestört die Verdrängungsfunktion der Patientin ist. *Peters* findet bei Mary Barnes auch weder klassisch neurotische Symptome noch verdrängte klassisch ödipale Konflikte und ist anscheinend in seiner Krankheitsdiagnose vollständig hilflos: Wenn keine Psychose vorliegt, kann es sich nur um eine Neurose handeln. Nach dieser

althergebrachten Alternative werden alle Textbelege ausgewertet. Die Identifikation der Patientin mit ihrem nach *Peters'* Auffassung anerkanntermaßen schizophren reagierenden Bruder faßt *Peters* ebenfalls als Anzeichen der Hysterie auf.

Läßt man sich überhaupt auf das fragwürdige Unterfangen ein, Krankheitsdiagnosen allein aufgrund eines schriftlichen Lebensberichtes zu erstellen, so wäre Mary Barnes weder als psychotisch reagierende noch als neurosekranke Patientin einzustufen. Sie kann „fast drei Jahre bis zum Ausbruch ihrer Psychose warten", d. h. auf einen Platz in Kingsley Hall, nicht weil sie hysterisch ist wie Peters meint, sondern weil es sich bei Mary Barnes um symbiotische Störungen und die hieraus entstehenden Ich-Strukturdefizite des Borderline-Syndroms handelt, die als Ich-Identitätsdefizite zu verstehen sind und aus den präödipalen verinnerlichten Primärgruppenerfahrungen der Familie stammen, in der *Mary Barnes* aufwuchs.

Die Ich-Identität ist nach *Günter Ammon* (1978) eine der zentralen Ich-Funktionen, die entstanden ist aus der Gruppendynamik der Primärgruppe und aus der Summe der verinnerlichten Identifikationen.

Der Patientin hat es offenbar in ihrer frühkindlichen und späteren kindlichen Entwicklung vollständig an Identifikationsmöglichkeiten gefehlt. Identifikationen bedeuten eine Form emotionaler Beziehung, wo sie fehlen, entstehen Ich-strukturelle Defizite, wie überall dort, wo auch das Fehlen anderer emotionaler Beziehungen sich strukturell in der Ich-Entwicklung niederschlägt. Mary Barnes übernahm die Krankheitsidentität ihres psychotisch reagierenden Bruders offensichtlich aus großer emotionaler Verlassenheit. Die Pseudoidentität der Schizophrenie ihres Bruders gab auch ihr eine Pseudoidentität dort, wo sie eine Chance sah, mit ihrer Hilfe endlich einen Kontakt herzustellen: in Kingsley Hall, das um den Preis psychotischer Reaktionen ihren Symbiosewünschen sich anbot. Es ist anzunehmen, daß ihr psychotisches Reagieren und das ihres Bruders gruppendynamisch, psychogenetisch und Ich-strukturell verschieden zu werten ist. Der Bruder scheint Ich-strukturell in größerem Ausmaß geschädigt als die Schwester. Innerhalb der Gruppendynamik der Familie scheint hauptsächlich er der Krankheitsträger zu sein, dem jede Identität verwehrt worden ist. Auf dem von *Ammon* konzipierten gleitenden Spektrum archaischer, d. h. präödipaler Ich-Krankheiten wären die Ich-Strukturdefizite des Bruders der Mary Barnes in dem Bereich der Psychosen anzusiedeln, während *Mary Barnes* in den psychosenahen Borderline-Bezirk gehören würde.

Für Borderline-Erkrankungen sind nach *Ammon* (1976) wechselnde Pseudoidentitäten einer chamäleonartig schillernden Persönlichkeit typisch, durch die Borderline-Kranke ihr Identitätsdefizit zu stopfen versuchen. Die Stationen auf dem Lebensweg der Mary Barnes sind dafür kennzeichnend. Sie versucht als konvertierte Katholikin im Kloster, als

Pflegeschwester und Schwesternausbilderin, bei ihren Eltern in Südafrika, wiederum im Kloster und in einem Jugendheim, schließlich als Verrückte nach dem Modell ihres Bruders und *Ronald Laings* eine Symbiose einzugehen und eine Identität zu finden. Daß Mary Barnes schließlich die Identität einer malenden Künstlerin erlangt, erregt das Mißtrauen des Rezensenten *Peters*. Er schreibt: „Diese künstlerische Betätigung wird aber erst zum Lebensmittelpunkt, als sie damit von außen Anerkennung und Bewunderung findet. Die Zeitungen werden aufmerksam, es gibt Interviews, Ausstellungen, Fernsehsendungen und Filme. Dabei wird deutlich gesagt, daß es nicht der künstlerische Wert der Produktion selbst ist, welcher Bewunderung findet, sondern die Verbindung mit der Annahme, daß sie von einer Geisteskranken, einer Schizophrenen stammen. Marys sich allmählich daraus entwickelnde neue Identität ist also nicht allein die einer künstlerischen Existenz (was an sich denkbar wäre), sondern die einer künstlerisch aktiven (und geheilten) Geisteskranken." Weil Mary Barnes als ehemalige sogenannte Geisteskranke und nicht ohne diese Vergangenheit künstlerische Anerkennung findet, ist ihre Identität nicht echt, sondern sensationelle Aufplusterei, – so legt es *Peters* dem Leser nahe. Mit gleichfalls moralisierendem Unterton stellt er außerdem fest, daß die Krankheit für Mary Barnes zugleich das „Problem löst, aus dem ungeliebten Beruf der Krankenschwester herauszukommen und in der besonderen Form der künstlerischen Existenz ... eine neue soziale Rolle zu finden."

Geradezu zynisch mutet es aber an, daß *Peters* schreibt: „Mary fand vor allem durch Kingsley Hall eine neue Identität und führt bis heute in London das Leben einer von Schizophrenie geheilten Künstlerin. Freilich muß auch unter solchen Gesichtspunkten der therapeutische Aufwand mit einer insgesamt mehr als siebenjährigen Therapie, davon fünf Jahre innerhalb der Mauern einer Institution, als sehr hoch erscheinen, weitaus höher jedenfalls als normalerweise für eine Psychotherapie zu rechnen ist." Solche Auffassungen bezeugen einen tiefgreifenden und unmenschlichen Pessimismus, der nichts weiter im Auge hat, als dem Leser zu vermitteln: Mary Barnes bekommt eine Art Luxusbehandlung, die wir uns normalerweise in unserer Gesellschaft nicht leisten können. Nach *Peters* Meinung sollten wir offenbar, weil der Aufwand zu groß ist, gar nicht erst versuchen, kranken Menschen zu ihrer Identität zu verhelfen, selbst wenn wir dazu therapeutische Möglichkeiten haben.

Dieses Beispiel der Ich-strukturellen Diagnose der Krankheit der Patientin Mary Barnes anhand der von *Peters* verwendeten Textstellen mag ausreichen, um zu verdeutlichen, daß die Geschichte der Mary Barnes untauglich dazu ist, die Unheilbarkeit von Psychosen beweisen zu wollen, indem man Borderline-Kranke als Neurotiker entlarvt, wie *Peters* das tut. Auch sind *Laing* und die Antipsychiatrie keineswegs Synonyme für Kritik an der Anstaltspsychiatrie und neuen Konzeptionen zu ihrer Veränderung überhaupt. Jedenfalls hat das Ich-strukturelle psychoanalytische

Arbeiten einer nachholenden Ich-Entwicklung nach dem Konzept *Ammons* und seiner Schule mit einer „Reise durch den Wahnsinn" nichts zu tun, sondern es baut innerhalb der Ich-Struktur auf, wodurch emotionales Verlassensein primär-gruppendynamisch verursachte jeweils spezifische Defizite entstanden sind, mit dem Ziel einer nachholenden Verinnerlichung emotionaler Erfahrungen, die den Patienten erlauben, ihre Identität zu finden. Sicher gehört zu einem solchen therapeutischen Prozeß auch, ein Stück weit in die Psychose einzusteigen, wenn die Patienten nicht anders erreichbar sind.

Das hat wohl auch *Laing* verstanden und dies ist es, was *Peters* und anderen Psychiatern Angst macht. Die psychotische Reaktion ist aber an sich kein schöpferischer Prozeß, wie *Laing* meint, sondern im Gegenteil das Ergebnis eines äußersten Ausmaßes von Selbstzerstörung und defizitärer Aggression. Steigt man ein in die Psychose, um einen Patienten dort herauszuholen und um anzufangen, Ich-strukturell nachholend Ich-Funktionen aufzubauen, so beginnt der Patient vielleicht zum ersten Mal in seinem Leben eine emotionale Beziehung zu einem Menschen zu erleben, die er in einem Prozeß der Angst und des Mißtrauens und wohlmöglich verschiedener Rückfälle in das psychotische Ausagieren in Frage stellen wird und schließlich anzunehmen bereit ist. Das hohe, angsterregende Ausmaß des Agierens von psychotisch reagierenden Patienten wird gemeinhin unter die Rubriken der Uneinfühlbarkeit und Endogenität subsumiert, um die allgemein herrschende Ratlosigkeit gegenüber diesen Menschen zu legitimieren.

Allerdings erfordert diese Form des Ich-strukturellen Arbeitens entsprechend ausgebildete Therapeuten und entsprechend gruppendynamisch und milieutherapeutisch organisierte Kliniken, die auf diese Weise zu echten therapeutischen Instrumenten werden könnten. Hierzu bedarf es der fachlichen Beratung und Einsicht der Behörden und deren Sachverwalter, wenn diese Arbeit nicht wie bisher der privaten Initiative überlassen bleiben, sondern umfassend überall dort angewendet werden soll, wo schwer psychisch Kranke in den Kliniken hilflos zugrundegehen.

Ulrike Harlander (Berlin)

Mary Barnes
Meine Reise durch den Wahnsinn
Aufgezeichnet von Mary Barnes und kommentiert von ihrem Psychiater Josef Berke

Kindler, München, 1973, 340 Seiten

Im Rahmen einer immer mehr öffentlich werdenden Auseinandersetzung mit dem Krankheitsverständnis der orthodoxen Psychiatrie erscheinen seit Anfang der 60er Jahre Bücher und Filme, die von der Therapie schizophrener Patienten handeln. Ein Beispiel dafür ist *Mary Barnes* Buch: „Meine Reise durch den Wahnsinn", in dem die Autorin eine hautnahe, zutiefst persönliche Schilderung ihres Lebensweges gibt.

Gleich auf den ersten Seiten wird man gefangengenommen von der Darstellung der eiskalten und zugleich fassadärfreundlichen Familienatmosphäre, in der *Mary Barnes* aufwächst, liest dann von der immer weniger überwindbar werdenden Spaltung zwischen einer „funktionierenden" und einer „verrückten" Mary, von den Monaten in der geschlossenen Abteilung einer Nervenklinik und schließlich von all ihren Erlebnissen in Kingsley Hall.

Fünf Jahre lang lebt *Mary Barnes* in Kingsley Hall, der bekannten, von *Ronald D. Laing* gegründeten gruppentherapeutischen Einrichtung in London, ihren „Wahnsinn" aus. Wiederholt regrediert sie auf kleinkindliche Entwicklungsstufen, die sie selbst als „Reise nach unten" bezeichnet. Immer wenn sie wieder „auftaucht", hat sie sich ein Stück mehr aus den Verstrickungen ihrer Kindheit befreit, bis sie schließlich ihr Leben als Künstlerin eigenständig in die Hand nehmen kann.

Joseph Berke, damaliger Mitarbeiter *Laing*s und *Mary Barnes* Therapeut, ergänzt den Bericht in einigen Kapiteln mit Eindrücken aus seiner Sicht. Für ihn ist Marys Therapie ein Experiment, an dem er selbst oft nur als gleichbleibend-freundlicher Beobachter teilnimmt.

Wenn Mary ihn schlägt oder tritt, versucht *Berke* seinen Schmerz und seine Wut zu verbergen. Therapie bedeutet grenzenloses Annehmen. *Laing*, prominenter Vertreter der anti-psychiatrischen Haltung, geht davon aus, daß die von der orthodoxen Psychiatrie als unheilbar diagnostizierten Geisteskranken verstanden und geheilt werden können, wenn man ihnen ein Milieu zur Verfügung stellt, in dem sie ihren Wahnsinn bedingungslos ausleben können. So bemühen sich *Berke* und die anderen Mitarbeiter in Kingsley Hall immer wieder um ein Verständnis von Marys Verhaltensweisen. Sie nehmen, wie *Berke* das selbst beschreibt, ihre wechselnden Rollen im „Mary-Barnes-Spiel" ein, ohne vorher gefragt zu werden. Sie spielen mit, ohne aktiv einzugreifen und ohne den regressiven, meist terroristischen Verhaltensweisen Marys Grenzen zu setzen. Betroffen und wütend als Ausdruck der nicht angenommenen Wut der Patienten macht

dabei die weitgehende Aufgabe der Identität und die Idealisierung des Wahnsinns durch die Therapeuten.

Gerade angesichts der neueren Erkenntnisse der psychoanalytischen Forschung zum Verständnis und zur Therapie schizophren reagierender Patienten erscheint mir die anti-psychiatrische Haltung *Laings* und seiner Mitarbeiter, jenseits ihres mutigen Pioniercharakters, vergleichbar mit dem „Glück der Resignation" (S. 216), das *Mary Barnes* selbst in Bezug auf ihre Therapie als ein Gewährenlassen im göttlichen Glauben beschreibt. Trotz dieser Schwächen in der kritischen Reflexion des therapeutischen Prozesses der Patientin, ist dieses Buch lesenswert, insbesondere, weil es sich um ein Verständnis der Außenseiter unserer Gesellschaft bemüht und den mutigen Versuch schildert, Leben und Erleben schwer kranker Menschen zu teilen.

Nani Schlipper (München)

Hannah Green
Ich hab dir nie einen Rosengarten versprochen

Radius-Verlag, Stuttgart, 5. Auflage, 1976

Im Zusammenhang mit der Psychiatrie-Diskussion des letzten Jahrzehnts ist eine neue Literaturgattung entstanden, die sich entweder authentisch oder romanhaft die Darstellung eines Einzelschicksals zum Gegenstand nimmt, das lebensentscheidend mit der Institution Psychiatrie oder mit Psychotherapie in Berührung kommt. In die Reihe dieser Bücher gehört auch der Roman von *Hannah Green*. Der Untertitel „Bericht einer Heilung" läßt jedoch schließen, daß das hier geschilderte Schicksal in vielen Zügen der Wirklichkeit entnommen ist, möglicherweise einen Roman mit autobiographischem Charakter darstellt.

Er erzählt die Geschichte der 16jährigen Deborah Blau, die nach einem Selbstmordversuch mit der Diagnose Schizophrenie in eine psychiatrische Anstalt eingewiesen wird. Die Autorin läßt den Leser teilhaben an der vergangenen und gegenwärtigen Familiengeschichte der Patientin, an dem Leben in den verschiedenen Abteilungen der psychiatrischen Klinik, einschließlich der geschlossenen Station, an der psychotherapeutischen Arbeit mit Deborah Blau, sowie an ihren inneren Dialogen. In großer Dichte wird der Rückzug eines höchst verwundbaren Menschen in die Wahnwelt verstehbar, eines Mädchens, das in ihrer undramatischen, alle Gefühle verleugnenden Familie „an Betrug zu Tode erkrankt war".

Eine zentrale Rolle nimmt die behandelnde Psychotherapeutin Dr. Fried in dem Bericht ein. Ihr Verstehen des scheinbar Unverständlichen, das Einblenden ihrer eigenen Gedanken und Gefühle in der Beziehung zu

Deborah Blau und ihre Wärme, Einfühlung und Beharrlichkeit in allen Phasen der Behandlung geben ein wirklichkeitsgetreues Bild von den Schwierigkeiten, Hoffnungen und Rückschlägen einer Schizophrenietherapie. Beeindruckend ist der erste Kontakt, in dem die Ärztin Zugang zu ihrer zurückgezogenen Patientin findet, weil sie ihr zeigt, daß sie die Verwundungen und den erlittenen Schmerz mitfühlen kann und sich identifikatorisch als Verteidigerin an die Seite Deborahs stellt.

Das menschliche Anliegen der Autorin besteht darin, den Leser in einen Prozeß des Verstehen-Lernens einzubeziehen. Er fühlt sich im Verlauf der Handlung zunehmend beteiligt an dem Kampf von Therapeutin und Patientin um eine Realität jenseits von Idealisierung und Lüge. Die Therapeutin verspricht Deborah „niemals Lügen", eine Rosengartenperfektion sei eine Lüge. Sie bietet ihr jene Realität an, die Herausforderung ist, nicht aber abgeschlossener Zustand von Vollendung oder Resignation. Gesund sein hieße in dem Sinne frei sein für die Auseinandersetzung, frei für das Ringen um eigene Identität in dieser Welt.

Eindrucksvoll ist die Darstellung der Beziehungen zwischen Patienten, Pflegern und Ärzten auf der geschlossenen Station. Ausbrüche von Gewalttätigkeit werden verständlich als Reaktion auf die abgewehrten Ängste einzelner Pfleger; das Mißlingen konstruktiver Beziehungen zwischen „Gesunden" und „Kranken" läßt sich stellvertretend für den Umgang der Öffentlichkeit mit psychisch Kranken verstehen.

Die „Geschichte einer Heilung" ist am Ende des Romans nicht abgeschlossen. Sie endet vielmehr in einem der vielen Neuanfänge im Bemühen um Integration innerpsychischer Wirklichkeit und äußerer Realität, mit dem Abschied aus dem Schutz der Klinik, um das eigene Leben aufzubauen. Noch einmal erfährt Deborah Blau: „Sie ist nicht eine von ihnen", und sie spürt bereits die „gesunde Angst" bei der Frage, wer sie selbst im Gefüge anderer Menschen sein kann.

Der romanhafte Aufbau und Stil des Buches bieten dem Leser mannigfache Identifikationsmöglichkeiten. Gesprächen in wörtlicher Rede werden gleichzeitig gedankliche Überlegungen und Empfindungen zugeordnet. Zum Verständnis der Gegenwart werden Exkurse in die Vergangenheit unternommen, so daß die verworrene Gegenwart verstehbarer wird. Das Buch ist ohne Pathos geschrieben. Es verherrlicht nicht das psychische Leiden noch die therapeutischen Bemühungen, es verurteilt nicht die Familie der Patientin. Wie im Roman die Therapeutin, so bemüht sich insgesamt die Autorin um kompromißlose Ehrlichkeit ohne Beschönigung oder moralische Verurteilung. Es gelingt ihr, den Leser miterleben zu lassen, wie das angstmachende und scheinbar unverständliche Erleben und Handeln aus einer psychotischen Welt heraus verstehbar und veränderbar ist durch Menschen, die verstehen gelernt haben. Von diesem Blickwinkel aus ist das Buch ein unterstützender Beitrag zu jenen humanen Bemühungen, die in unserem Land mit dem Namen *Ammons* und seiner Dynamischen

Psychiatrie verbunden sind und die seit langem das in der Praxis für unzählige Menschen pauschal ausgesprochene Todesurteil der Endogenität und Nichtverstehbarkeit von Psychosen in ihrer Arbeit täglich widerlegen. Ein bewegendes Buch!

Klaus Semmler (Berlin)

Ernst Augustin
Raumlicht: Der Fall der Evelyne B.

Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, 1976

Ein einsamer Psychiater schildert seine hilflose Verlassenheit als Assistenzarzt in einer großen Nervenklinik, wo er sich, ohne daß ihm das zunächst schon klar wird, in die junge schizophrene Patientin Evelyne B. verliebt. Durch den Brief eines alten Freundes angeregt, gibt er dann eines Tages alles auf und verschwindet ohne jeden Abschied nach Afghanistan. Dort ändert sich an seiner menschlichen Situation nichts. Er bleibt weiterhin einsam, gewinnt zu keinem Menschen näheren Kontakt. Ohne es zu wollen, wird er in einer Notwehrsituation nach afghanischem Gesetz zum Mörder, entkommt noch gerade einmal mit dem nackten Leben und flüchtet nach Indien, wo er sich ein Jahr lang in die Lehre eines Gurus begibt, zu dem sich aber auch kein menschliches Verhältnis entwickelt.

Er glaubt aber nun, durch seine Meditationserfahrungen das Wesen der Schizophrenie an sich selbst begriffen zu haben, und tritt, nach Deutschland zurückgekehrt, in einer großen Münchener Klinik eine neue Stelle an, um seine Erfahrungen zu erproben. Hier trifft er auch Evelyne wieder und versteift sich darauf, ihr mit allen Mitteln zu helfen. Besonders aber durch die feindseligen Beeinträchtigungen durch seinen Oberarzt scheitern seine Experimente, und es kommt zwischen ihm und seinen Vorgesetzten zu intensiven Zusammenstößen. Er muß die Klinik verlassen. Tief enttäuscht und verwundet sucht er sich ein Haus, „eine Burg", in das er sich zurückziehen kann, ein Haus ganz für seine Patientin Evelyne, die er schließlich heiratet.

Ich habe das Buch zweimal gelesen. Beim ersten Mal zunehmend widerwillig. Vieles war mir zu schnoddrig geschrieben. Wer selbst damit befaßt ist, an der Veränderung der Verhältnisse in der Psychiatrie mitzuwirken, findet kein Vorbild. Zu offenbar ist die resignative Hilflosigkeit. Nun handelt es sich aber nicht um ein wissenschaftliches Fachbuch. Ein zweites Mal habe ich das Buch dann auch als einen spannend geschriebenen Roman gelesen, der weitgehend autobiographisch das Leben des Autors zu beschreiben scheint. In packendem, auch lockerem Stil – teilweise eines Kriminalromans – setzt *Augustin* seine psychiatrischen Erfahrungen in bezug

zu seinen persönlichen, durch den Krieg geprägten Kindheits- und Jugenderinnerungen und vornehmlich zu seinen Reiseerfahrungen. Dabei ist es besonders seine rückhaltlose Ehrlichkeit, die einen Bezug zum Autor ermöglicht: *Augustin* drückt das ganze Leid der Psychiatrie in sich selbst aus. Der totale Entzug menschlicher Beziehungen ist das Schlimmste dabei. Kein Mensch hilft ihm. Selbst zu dem indischen Guru, der ihm zu einer außergewöhnlichen Selbsterfahrung verhilft, ist ein persönlicher Kontakt unmöglich.

Einen Bezug versucht er zu der schizophrenen Patientin Evelyne zu entwickeln, in der er trotz ihrer Krankheit eine von ihm bewunderte Stärke spürt und mit der er sich identifizieren kann. Bei seinen Versuchen, ihr zu helfen, bringt er sie mehrere Male an den Rand des totalen psychischen Zusammenbruchs, weil er ihr seine realen Gefühle nicht zugestehen kann. So entwickelt er für sie ein spezifisches „Wahrnehmungstraining", wobei ihm keine Mühe zuviel ist. Die Kommunikation läuft dabei meist auf einer überstrapazierten kognitiv-intellektuellen Ebene ab, die seine wesentliche Stärke bezeichnet.

Phänomenologisch sind seine Schilderungen oft außerordentlich interessant, Beobachtungen und Gedankengänge sind stilistisch dicht und plastisch vermittelt. Über diese Ebene gelingt ihm auch der Kontakt zu seiner Patientin, der er die tollsten Phantasielandschaften in seinem eigenen Haus erbaut und mit der er dort wie mit einem Kind in einem eigens für sie erbauten Spielfeld agiert. Er versucht, ihr zu einem ausschließlichen Erleben im Hier und Jetzt zu verhelfen, um ihr die „Angst vor dem Existieren – oder die Angst möglicherweise nicht zu existieren, oder der Angst vor der Unmöglichkeit, also der totalen Vernichtung und zwar von Leib und Seele und zwar jetzt" in der er das Wesen der Schizophrenie sieht, zu nehmen. Er verwickelt sie zu diesem Zweck in ein verwirrendes Spiel, in dem sie alle „Bezugspunkte" verlieren soll, um damit auch die „Bezugspunkte ihrer Krankheit" zu verlieren. Er macht ihr Angst, „daß es möglicherweise ans Sterben gehen könnte", um sie dann in einem therapeutischen Gnadenakt zu retten. Dabei arbeitet er in interessanter Weise auch direkt auf der Körper-Ich-Ebene, indem er sie extremen physischen Reizen durch Hitze, Feuchtigkeit und hohe Belastung des Kreislaufs aussetzt.

Sein Verständnis der schizophrenen Prozesse bleibt aber unzulänglich wie auch sein Verständnis von sich selbst. Über die Herstellung einer engen symbiotischen Verbindung mit seiner Patientin, der er beizubringen versucht, daß sie „auf eine viel absolutere Weise normal" sei als alle anderen Menschen, kommt er nicht hinaus. Seine individualistische und pessimistische Perspektive läßt auch nur zwei Alternativen zu: Die Verweigerung eines Kontaktes mit seinen Patienten und damit die blanke Anpassung an die bestehenden Verhältnisse, wie sie durch seinen Oberarzt verkörpert werden, oder die Flucht in die Symbiose wie er sie hier darstellt.

Am Schluß des Buches schreibt er: „Man ahnte: Ich habe meine Patientin geheiratet, anders wäre es nicht gegangen. – Außerdem ist das sicherlich der Mindesteinsatz, den der Psychiater leisten sollte, glaube ich."

Das Buch ist als ein Hilferuf zu verstehen und es bleibt ein Gefühl von Mitleid und der Wunsch, dem Helden des Romans die Hand zu reichen, um ihn aus dem Innenleben seines verrückten Hauses herauszuholen und ihm in einer lebendigen Gruppe eine menschliche Auseinandersetzung anzubieten, die dynamisch psychiatrische Alternativen ermöglicht. Als ein Hilferuf ist der Roman aber sicher nicht für jeden verstehbar. Dazu neigt der Autor zu sehr idealisierenden Verklärungen schwerer Leidenszustände, wie es im Feld der Antipsychiatrie eine allgemein starke Tendenz ist und im Klappentext zu diesem Buch auch reproduziert wird. Psychotisches Leiden wird dort zum Ausdruck eines besonderen Talents verklärt. Die Leidenden selbst werden so elegant verlassen.

Augustins Buch stellt wie eine Reihe vergleichbarer Romane einen Versuch dar, sich außerhalb des Feldes der wissenschaftlichen Diskussion mit der Realität psychotischer Reaktionen auseinanderzusetzen. Vor allem die psychologisch und psychiatrisch interessierten Leser, die die mit der Theorie von der Uneinfühlbarkeit psychotischer Prozesse einhergehende menschenfeindliche Praxis der herrschenden Psychiatrie ablehnen, ohne daß sie selbst therapeutisch effektive Alternativen kennen, werden sich von *Augustins* Buch angezogen fühlen.

„Der Fall der Evelyne B." kann durchaus auch ein gewisses Gefühl für die psychotische Erlebnisweise vermitteln, letztlich wird in diesem Roman die defizitäre Identität der psychosekranken Menschen aber nur reproduziert. Dem Leser ist darum eine kritische Distanz dieser Literatur gegenüber zu empfehlen – genau die Distanz, die ihren Autoren ihrem Gegenstand gegenüber fehlt.

Die Anstrengung, bei echter Bereitschaft zur teilnehmenden Einfühlung in den kranken Menschen zugleich auch diese Distanz zu etablieren, ist die gleiche Anstrengung, die *Ammon* in der Auseinandersetzung mit seinem Dynamisch-psychiatrischen Werk fordert. Erst diese Leistung ermöglicht eine intensive und wesentlich auch wissenschaftliche Konfrontation mit der Tatsache, daß die psychische Realität des Einzelnen die Realität seiner verinnerlichten lebensgeschichtlichen Gruppendynamik ist, und damit auch ein Verständnis davon, daß in lebendigen Gruppen echte therapeutische Hilfe durchaus auch für psychotisch reagierende Kranke möglich ist.

Thomas Culemann (Berlin)

Heinar Kipphardt
März

Autoren-Edition bei C. Bertelsmann, München, 1976

Leben des schizophrenen Dichters Alexander M.

Ein Film, Verlag Klaus Wagenbach, Berlin, 1976

Heinar Kipphardt, bei München lebender freier Schriftsteller und früherer Chefdramaturg am Deutschen Theater Berlin und der Münchner Kammerspiele, ist Arzt und war als solcher in der Fachrichtung Psychiatrie tätig. Für den Roman und das Drehbuch wurde er neben den eigenen Erfahrungen angeregt durch die Veröffentlichungen der Psychiater *Leo Navratil, Laing* und *Basaglia* und des Soziologen *Goffman.*

Die Kenntnisse des Autors in der Phänomenologie der sogenannten Geisteskrankheiten und der inhumanen hospitalisierenden Praxis der Kliniken führen ihn zu einer kritischen Reflexion der Wissenschaft der Psychiatrie. Anhand der Beschreibung des Lebens und Leidens von Alexander März dokumentiert der Autor, daß die gefängnisartige Unterbringung und die diskriminierende Diagnose der Schizophrenie zerstörerische Züge tragen, die sich in extremer Form im Selbstmord von Patienten manifestiert.

Der Roman ist mosaikartig zusammengesetzt. Differenzierte und einfühlsam-erschreckende Beschreibungen des Anstaltsalltags aus der Sicht des Patienten, der Mitpatienten und Pfleger und des behandelnden Arztes Dr. Kofler wechseln ab mit Schilderungen der Angehörigen und objektiven Daten zur Lage der Psychiatrie. Diese werden in einer ernüchterndsachlichen Art eingeblendet, so daß mögliche faszinative Identifikationen immer wieder aufgelöst werden und der Blick gelenkt wird auf die bestehende Realität.

Das Leiden des Alexander März wird demonstriert mit Aufsätzen, Gedichten, Flugblättern und Beschreibungen des Asylalltags. Es gelingt *Kipphardt,* die Innenwelt des schizophrenen Patienten in literarisch kunstvoller Form darzustellen und einfühlbar zu machen. Die pathogene Dynamik einer verschlingenden Symbiose wird z. B. in folgenden Worten ausgedrückt:

Die Mutter.
Die Mutter ist eine Milch
eine schön warme.
Aber in der man ertrinkt.

Der Assistenzarzt Kofler erscheint als ein sensibler, sehr engagierter Psychiater, dem es gelingt, zu dem seit elf Jahren hospitalisierten und seit drei Jahren völlig autistisch-verstummten März einen Kontakt herzustellen. Kofler baut in der Klinik eine Therapiegemeinschaft auf und schläft

zweimal wöchentlich mit im Schlafsaal der Patienten. In seinen Notizen ist zu lesen: „Der Psychiater, der der Ansicht ist, daß es sich bei der Psychose um eine organische Störung handelt, ist an den inhaltlichen Mitteilungen der Patienten wenig interessiert ... Ich begann, die Institution der Anstalt selbst als krank zu empfinden, ich war nicht Partner eines Patienten, sondern dessen Vorgesetzter ..."

Dem subtil beschriebenen Erleben und Fühlen der Beteiligten stellt der Autor in einem Exkurs die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland mit statistischen Angaben, die in der Schulpsychiatrie gängigen Therapiemethoden, die Ausbildung der Psychiater und die psychiatrische Forschung kritisch gegenüber: „Im Laufe seiner Ausbildung erfährt der Psychiater heute noch nicht das geringste von einer Psychiatrie als Wissenschaft von den gestörten menschlichen Beziehungen."

Mit diesen Einsichten und trotz der Herstellung eines Kontaktes gelingt es im Roman dem Arzt nicht, ein letztlich tragfähiges therapeutisches Bündnis herzustellen. In einer Situation realer Verlassenheit bringt sich der Patient um. Spätestens an dieser Stelle wird der Doppelcharakter antipsychiatrischen Denkens deutlich. Einerseits wird durch die hochgradige Sensibilität und feinfühlige Beobachtung zunächst ein Eintauchen in die Symbiose möglich, die dabei entstehenden Verschmelzungswünsche und -ängste werden nicht bearbeitet, die Nähe wird zur Distanzlosigkeit. Dem Antipsychiater gelingt es, in faszinativer Gegenübertragung in das bizarre und facettenreiche Elend einzusteigen, ohne auf sich zu nehmen, die Beziehung in ihrer ganzen Vielgestaltigkeit auch als symbiotische Übertragungsbeziehung zu tragen.

In dem Roman wird deutlich, daß auch blind und unbewußt, allein durch menschliches Engagement therapeutische Effekte ermöglicht werden können, daß aber andererseits die Patienten mit ihren archaischen Vernichtungsängsten und damit verbundener destruktiver Aggression nicht verstanden, sondern allein gelassen werden. Kofler: „Gut, aber die Wiederkehr seiner Aggressivität ist eine Station, über die allein die Wiederherstellung seiner Persönlichkeit, seine Rehabilitation, zu verwirklichen ist, und zwar von ihm allein." Insofern beschreibt der Roman indirekt auch die Ohnmacht und tiefe Resignation antipsychiatrischer Ansätze, die dem Bürokratismus der Verwahrpsychiatrie ebenso hilflos gegenüberstehen wie den existentiellen Lebensbedürfnissen der Patienten.

Kipphardts Analyse der bestehenden Institutionen in der Form der Landesnervenkliniken ist gut und genau. Gleichzeitig werden die Grenzen eines praktischen Tuns sichtbar, das sich lediglich auf die „Phänomenologie der Erfahrung" stützt und diese Erfahrung nicht in ein ganzheitliches Konzept psychischer Entwicklung zu integrieren vermag.

Der Roman läßt den Leser in Betroffenheit und Resignation zurück, was auch die persönliche Resignation *H. Kipphardts* widerspiegelt. Sehr richtig hat er erkannt: „Psychosentherapie ist eine große Operation, die

man nicht allein machen kann." Hieraus werden keine Konsequenzen aufgezeigt, die konstruktiv aus dem Dilemma hinausführen können; die Ebene der Kontemplation wird somit letztlich nicht verlassen. *Kipphardt* irrt auch in der wissenschaftlichen Beurteilung der Psychoanalyse, deren Weiterentwicklung zu einer Grundlagen- und Behandlungswissenschaft innerhalb der Dynamischen Psychiatrie er nicht zur Kenntnis genommen hat.

Das Krankheitsverständnis der Dynamischen Psychiatrie als einer realen Schädigung des Individuums in seiner Primärgruppe, die sich in defizitären Ich-Funktionen niederschlägt, fordert ein Milieu der Wiedergutmachung und des Aufbaus von Ich-Strukturen in Gruppen auf den verschiedensten Ebenen. Das strukturelle und gruppendynamische Verständnis und Behandlungskonzept im Rahmen der archaischen Ich-Krankheiten (*Ammon*) läßt den Patienten nicht allein, vielmehr ermöglicht es ihm eine reale, verändernde Ich-Struktur-Entwicklung in einem geschützten interpersonellen Raum.

Anke Meilicke (Berlin)

Ken Kesey
Einer flog über das Kuckucksnest

März, Frankfurt, 1971, 326 Seiten

Das Buch zeigt ein grauenvolles, mit Akribie beschriebenes Bild psychiatrischen Kliniklebens, es beschreibt den Stationsalltag einer amerikanischen Heilanstalt. Der Erzähler ist ein langjähriger Patient. Aus seiner Sicht ist das Leben auf der Station eine Schlacht ums Überleben.

McMurphy, ein als ‚Psychopath' eingewiesener Patient, kämpft, von seinen Mitpatienten benutzt und stellvertretend für sie, gegen die übermächtige Oberschwester, die mit ihren Pflegehilfen schlechthin das Böse verkörpert. Mit eisiger Freundlichkeit beherrscht sie die Patienten, indem sie versucht, sie mit der Entscheidung über Aufenthaltsdauer, Elektroschocks und Lobotomie ihren Vorstellungen anzupassen und jedes Recht auf Eigenständigkeit zu brechen versucht. In dieser schizophrenmachenden Atmosphäre spielen die Stationsärzte die Rolle von Hampelmännern der Oberschwester und üben ihre ärztliche Funktion in der Verkündung von Theorien über therapeutische Gemeinschaft aus. Das Buch schildert den Kampf um das Recht auf eigene Identität, der mit dem Tod des Patienten McMurphy endet.

Akzeptiert man, daß der Inhalt des Buches aus der Sicht eines Patienten geschildert ist, so ist die schizophrene Situation, in die man sich fortwährend gedrängt fühlt, vielleicht erklärbar: Es macht scheinbar Spaß,

Patient zu sein. Patienten sind die Vitalen, Lebensmutigen, Vernünftigen und menschlich Zuverlässigen, die sich, wie in einem Match, ein Vergnügen daraus machen, die hexenhafte Oberschwester und die dümmlichen Stationsärzte übers Ohr zu hauen. Andererseits wird man von Entsetzen gepackt, mit welcher Unmenschlichkeit und Infamie Patienten hier belogen, verachtet, entwertet und gefoltert werden unter dem Mäntelchen der therapeutischen Hilfe.

Was dieses Buch eigentlich will, ist schwer ersichtlich. Die Schwarz-Weiß-Malerei und das makabre spielerische Umgehen mit extremem menschlichen Leid machen sehr mißtrauisch; das völlige Außerachtlassen jeglichen Krankheitsverständnisses, die totale Perversion eines therapeutischen Konzeptes – wie immer man dazu steht –, lassen das Buch zu einem dramaturgischen Reißer werden. Das Buch ist von einem Mann vom Theater geschrieben worden, der mit psychischem Leid Theater macht, was ihn menschlich disqualifiziert und den Leser wünschen läßt, das Buch sei nie geschrieben worden.

Regine Schneider (Düsseldorf)

Fritz Zorn
Mars

Kindler, München, 1977, 225 Seiten

Das vorliegende Buch ist eine Biographie ganz besonderer Art. Der Autor, ein dreißigjähriger Gymnasiallehrer, erkrankt während seiner Psychotherapie an Krebs, an dem er verstirbt, nachdem er sein Buch beendet hat. Der Versuch der Analyse seiner Erkrankung ist ihm einerseits Hoffnung zu leben, aber andererseits auch die Auseinandersetzung mit dem Sterben.

Was macht aber an einem Buch Hoffnung, das mit den Worten beginnt, daß es „das bei weitem Gescheiteste gewesen ist, was ich je in meinem Leben getan habe, daß ich Krebs bekommen habe"? Für den Verfasser ist es eine Hoffnung, weil er erst mit dem Krebs endlich eine Angriffsfläche findet, sich mit seiner psychischen Krankheit auseinanderzusetzen. Er beginnt zu kämpfen, um nicht wie andere Krebskranke in Verzweiflung über sich selbst zu sterben. Dabei wählt er den totalen Rückzug auf das Schreiben, um die Ursachen seiner Erkrankung zu finden. Er findet heraus, daß sein Krebs nicht individuell ohne Zusammenhänge mit seiner Lebensgeschichte, seinem Elternhaus und der Gesellschaft zu sehen ist.

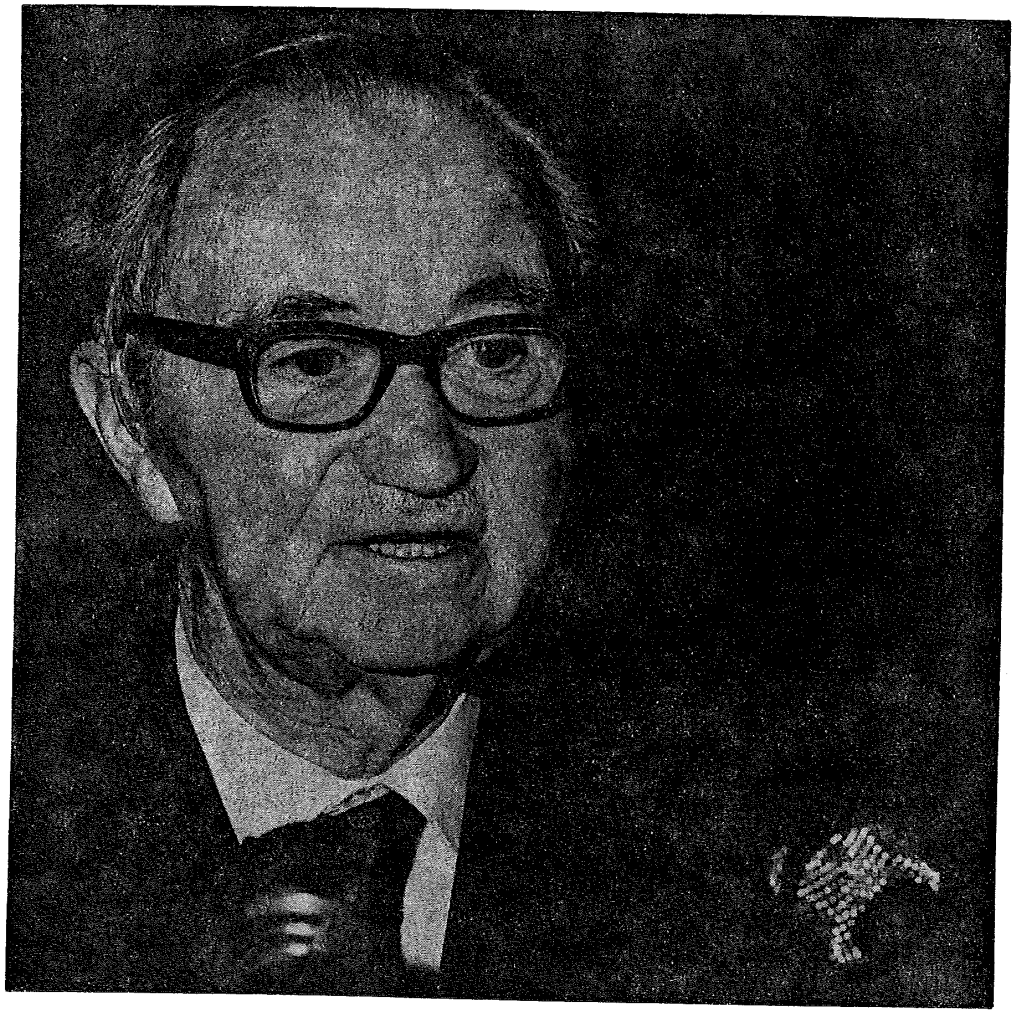
Diese Hoffnung des Autors ist gleichzeitig Ausdruck tiefer Resignation, ist das Gefühl der Angst auf sich zurückgeworfen zu sein und den Kampf mit der psychischen Krankheit einsam kämpfen zu müssen.

Im Vorwort wird von dem Buch als einem „autistischen Dokument" gesprochen. Dieser autistische Kampf mit dem psychosomatischen Durchbruch der psychischen Erkrankung (der Autor litt an Depressionen) macht den Leser des Buches hilflos und wütend zugleich. Man ist einerseits ergriffen vom Schicksal des Kranken und spürt demgegenüber deutlich, daß die Abkapselung undurchdringlich bleibt.

Dennoch klärt dieser absolute Rückzug des Verfassers nicht vollends den Widerstand und die Angst, das Buch zu lesen. Neben Gefühlen der Hilflosigkeit ist es wohl die Angst, selbst in die Krankheit hineingezogen zu werden und mit ihr zu verschmelzen, ohne einen Weg hinauszufinden. Demgegenüber hält der Autor eine erstaunliche Distanz zu seiner Situation und zu seiner Lebensgeschichte. Man erhält unvermittelt den Eindruck, als schreibe der Autor streckenweise nicht über sich selbst und seine Gefühle, sondern über eine dritte Person. Vielleicht ist die Abspaltung seines Symptoms von seinen Gefühlen für ihn aber auch die Möglichkeit, überhaupt zu schreiben.

Mit diesem Buch leistet der Autor einen wichtigen Beitrag zur Auseinandersetzung um die Psychosomatik und deren Zusammenhang mit Lebensgeschichte, Primärgruppenerfahrung und Gesellschaft überhaupt. Er zieht eine ehrliche Bilanz, mit der er der Schulmedizin den von ihr immer noch umstrittenen Zusammenhang zwischen psychosomatischer Erkrankung und psychischen Bedingtheiten an seinem eigenen Schicksal aufzeigt. Diese Pionierleistung macht das Buch lesenswert.

Ursula Andress (Düsseldorf), *Wolfgang Rock* (Berlin)



Dr. phil. *Gustav Hans Graber*, 85 Jahre, geb. 17. 5. 1893
Pionier der pränatalen Psychologie,
Begründer und jetziger Ehrenpräsident der Internationalen Studiengemeinschaft für Pränatale Psychologie (ISPP)

Nachrichten

Gustav Hans Graber zum 85. Geburtstag

Dr. *Gustav Hans Graber* wurde am 17. Mai 1978 85 Jahre alt. Sein Leben ist ein Teil der Geschichte der psychoanalytischen Bewegung. Ursprünglich wie *Anna Freud* im Lehramt tätig, wurde *Ernst Schneider*, der damalige Direktor des Kantonal Bernerischen Lehrerseminars und spätere Herausgeber der „Zeitschrift für psychoanalytische Pädagogik", sein erster Lehranalytiker. 1924 legte *Graber* als Ergebnis seiner pädagogischen Erfahrung und kindertherapeutischen Pionierarbeit sein grundlegendes Werk „Die Ambivalenz des Kindes" im Internationalen Psychoanalytischen Verlag vor, indem er – damals gleichzeitig, aber unabhängig von *Otto Rank* – die Bedeutung des mit der Geburt verbundenen Daseinswechsels diskutierte.

Für *Graber* ist diese Auseinandersetzung mit dem Ursprung des Seelenlebens und der Bedeutung des vorgeburtlichen Lebens und der Geburt für die nachgeburtliche Lebensgestaltung und die geistigseelische Verwirklichung des bewußten Selbst ein Lebenswerk geworden. Im Laufe 60jähriger psychoanalytischer Praxis und eigener Erfahrung, die zu erweitern er noch immer bereit ist, wurde sein Ziel psychoanalytischer Therapie, die hemmende Ambivalenz aufzuheben und die Bewußtseinserweiterung und Entfaltung des ursprünglichen Selbst zu ermöglichen. Seine pränatale Forschung hat er als eine Erweiterung psychoanalytischer Theorie und Praxis verstanden.

1931/32 lernte und arbeitete *Graber* am Berliner Psychoanalytischen Institut. Von 1932 bis 1942 war er Leiter der Gruppe „Süddeutsche Psychoanalytiker" und begründete 1944 den Berner Arbeitskreis für Tiefenpsychologie, dessen Leiter er bis 1971 war. Er ist Autor zahlreicher Bücher und über 200 einschlägiger Beiträge in psychologischen, psychiatrischen und psychoanalytischen Fachzeitschriften, außerdem war *Graber* Herausgeber der Zeitschrift „Der Psychologe". Die internationale Anerkennung seines Schaffens führte zur Begründung der Internationalen Studiengemeinschaft für pränatale Psychologie, deren Präsident er bis 1974 war und deren Ehrenpräsident er seit 1976 ist. 1978 wurde ihm für seine für die psychosomatische Medizin grundlegende Arbeit auf dem Gebiet der pränatalen Psychologie die Ehrenpräsidentschaft der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin verliehen.

Seit 1972 ist *Graber* Mitglied und Lehranalytiker der Deutschen Akademie für Psychoanalyse. Auf dem Hintergrund der persönlichen Begegnung mit *Günter Ammon* und der sich daraus entwickelten Freundschaft entstand eine wertvolle gegenseitige Befruchtung und Auseinandersetzung

der von *Günter Ammon* begründeten Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie und der Pionierarbeit *Grabers* auf dem Gebiet der pränatalen Psychologie.

Wir wünschen Dr. *Graber* noch viele Jahre kreativen gesunden Lebens und sind stolz darauf, ihn als Freund und Lehrer in unserer Reihe zu wissen.

Seine vielen Freunde und Verehrer
aus den Reihen der Deutschen
Akademie für Psychoanalyse (DAP)

Bericht über den 60. Geburtstag Günter Ammons

Der 60. Geburtstag von *Günter Ammon* am 9. Mai 1978 war Anlaß für eine Begegnung von über 200 Menschen, die sich dem Geist und Werk *Günter Ammons* verbunden fühlen. In diesem Sinne war es keine herkömmliche Geburtstagsfeier, sondern ein Anlaß für diese Gruppe, aus dieser Begegnung mit *Ammon* zu schöpfen und mit ihm zusammen eine zukunftweisende Perspektive zu entwickeln aus dem, was *Günter Ammon* im Laufe der Jahre jedem einzelnen mit seiner ganzen Person vermittelt hat: Den immer stärker werdenden gesellschaftlichen Zwängen, Bürokratisierungen und damit Identitätseinschränkungen für jeden Menschen, denen auch die orthodoxe Psychoanalyse und Schulpsychiatrie in eklatanter Weise verhaftet geblieben ist, hat *Ammon* ein Lebensprinzip gegenübergestellt und gelebt, das durch Hoffnung, kompromißlose Menschlichkeit gerade auch gegenüber den Schwächsten unserer Gesellschaft, den psychisch Kranken, gekennzeichnet ist.

Die Dynamik einer lebenslangen Identitätsentwicklung mit Hilfe einer ständigen Auseinandersetzung in der Gruppe findet auf allen Ebenen menschlichen Lebens und Forschens statt. Das dialektische Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis, zwischen Spiel und Arbeit, zwischen Gruppe und Individuum, zwischen konstruktiven und destruktiven Ausdrucksformen menschlicher Existenz bietet den Boden und die Kraft von *Ammons* Wirken.

So spiegelt sich in den folgenden Reden und Darstellungen zu Ehren *Ammons* die ganze Tragweite seines in den letzten 13 Jahren geschaffenen Neulandes in Theorie und Praxis wider und kündigt gleichzeitig an, daß dies erst der Anfang einer neuen Entwicklung ist.

Jan Pohl, Leiter des Münchener Lehr- und Forschungsinstituts der DAP

Lieber *Ammon,*

wir sind hier heute versammelt, um Sie an Ihrem 60. Geburtstag zu ehren, Ihre Freunde und Mitarbeiter als Ausdruck Ihres Wirkens, Ihrer Existenz. Ihre fortwährend sich erweiternde Identität wird reflektiert in der zunehmenden Zahl von Menschen im In- und Ausland, die mit Hoffnung und Genugtuung erleben, daß Sie sich von einer nivellierenden Gesellschaftsmacht nicht beirren lassen, für das unerschlossene Potential menschlicher Lebensmöglichkeiten einzutreten.

Diesen Geburtstag möchte ich verstehen als einen ernsten und heiteren Tag der Vergegenwärtigung des Neulands, das Sie im Vertrauen auf einen Ihnen innewohnenden Identitätsanspruch mit all den Menschen beackert haben, die bereit waren, mit Ihnen zu gehen.

Es ist Ihre Leidenschaft, Menschen dabei zu helfen, sich zu verändern. Dieses Lebensprinzip der Veränderung realisieren Sie in der täglichen Auseinandersetzung mit den existentiellen Lebensäußerungen anderer Menschen. Dabei ist es insbesondere der leidende Mensch, der schwächste, dem Sie sich in jeder neuen Gruppensituation besonders widmen, dem Sie Ihre Aufmerksamkeit, Ihre Zuwendung, Ihr Verständnis entgegenbringen, so wie dieser in der ihm möglichen Art mitteilt, was die aktuelle Gruppe hindert, zu gemeinsamer Neuerfahrung ihrer Lebenssituation beizutragen. Sie teilen die Existenzangst des Schwächsten und erheben ihn dabei zum Sprecher der Wahrheit über das zwischenmenschliche Geschehen, dessen ernstgenommene Botschaft allen Beteiligten zum Prinzip der Bewußtseinserweiterung verhilft. Mit der so verstandenen Gruppendynamik menschlicher Erkenntnis haben Sie den Zugang zur Wahrnehmung der condition humaine und ihrer zugrundeliegenden Bedingungen geschaffen, welche immer die eigene Person miteinbezieht.

Man mag sich mit Faust fragen, was bei Ihnen am Anfang war: der Gedanke oder die Tat. Ich meine, Ihre Persönlichkeit war schon immer gekennzeichnet durch die Einheit von Erkenntnis und ad-gredi, wie Sie das zwischenmenschliche Agens, die Aggression verstehen, das Sie den inhumanen Triebspekulationen entrissen haben.

Immer ist es Ihnen gelungen, sich Lebensbedingungen zu schaffen, die Ihnen das Prinzip der Wahrheit als einer dynamischen Größe zwischenmenschlicher Begegnung sicherten.

Als die orthodoxe Psychoanalyse im Beharren auf einer reinen Lehre sich Ihnen als rigide Verweigerung von Anerkennung lebensnotwendiger interpersoneller Bedürfnisse der Patienten erwies, gingen Sie in die Vereinigten Staaten, um dort unter Inkaufnahme der schweren Bedingungen einer nochmaligen Ausbildung die dialogischen Erkenntnisse dynamischer Psychiatrie wahrzunehmen und weiter zu entwickeln.

Nach Ihrer Rückkehr vor 13 Jahren haben sie alleine und nur von Ihrer Frau begleitet, den Marsch angetreten, in Ihrer Heimat das Recht auf

Selbstentfaltung für die psychisch Kranken zu verwirklichen und mit Ihrer Schule eine Bresche zu schlagen in die gesellschaftlich sanktionierte Identitätseinschränkung unserer Zeit, der sich die Schulpsychiatrie und orthodoxe Psychoanalyse untergeordnet haben.

Im Gegensatz zu deren Vertretern sind Sie in Wahrnehmung Ihrer Verantwortung als Psychoanalytiker und Arzt für die Minderheit der psychisch Kranken mit Ihrer Person eingetreten. Sie haben öffentlich gekämpft gegen die gesetzlich verankerte Registrierung der psychisch Kranken, gegen die unmenschlichen Verhältnisse der psychiatrischen Krankenanstalten, für realisierbare innere und äußere Strukturformen der psychiatrischen Krankenversorgung, um nur einige Beispiele zu nennen.

Entscheidend ist dabei immer Ihr großes Vertrauen in die Veränderbarkeit der Menschen und Ihre Bereitschaft, sich mit den konstruktiven Anteilen der Persönlichkeit jedes einzelnen zu verbünden. So ist es Ihnen gelungen mit einer Handvoll Menschen eine Bewegung ins Leben gerufen zu haben, die Ihrem Hauptanliegen, ein neues humanes Menschenbild zur Grundlage therapeutischer Bemühung zu machen, Rechnung trägt.

Heute ist Ihre neue Berliner psychoanalytische Schule einer Dynamischen Psychiatrie die dritte große psychoanalytische Schule in der Bundesrepublik und West-Berlin.

Aus Ihren drei Lehr- und Forschungsinstituten in Berlin, München und Düsseldorf sind inzwischen über hundert dynamisch psychiatrisch geschulte Psychoanalytiker hervorgegangen. In elf Städten der Bundesrepublik sind feste Studien- und Arbeitsgemeinschaften unter der Leitung Ihrer Schüler aufgebaut worden. Sieben neue Lehr- und Forschungsinstitute sind im Aufbau und werden im Laufe der nächsten vier Jahre eröffnet werden, im September dieses Jahres das Institut in Hamburg. Darüber hinaus ist durch Ihre Frau entsprechend Ihrem Anliegen das große Gebiet der Prävention psychischer Krankheit in psychoanalytischen Kindergärten realisiert worden und andererseits haben Sie die immer größere Ausmaße gewinnende psychohygienische Aufgabe übernommen, im Rahmen der psychoanalytischen Gruppendynamik neue Wege zwischenmenschlichen Zusammenlebens zu entwickeln.

Die von Ihnen herausgegebene inzwischen im elften Jahrgang sechsmal jährlich erscheinende internationale Zeitschrift „Dynamische Psychiatrie", in welcher die theoretische Entwicklung Ihrer Schule veröffentlicht wird, wird in der ganzen Welt mit Hoffnung und Bewunderung gelesen.

Doch diese Fakten, denen die drei von Ihnen gegründeten Fachgesellschaften, die Deutsche Akademie für Psychoanalyse, die Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft und die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin als institutionelle Rahmen dienen, kennzeichnen vielmehr die verbindende Kraft Ihrer Persönlichkeit, mit welcher Sie die Identität des Menschen mit Ihrem lebendigen Beispiel vertreten.

Dieses tun Sie auf dem Gebiet der Wissenschaft in ständiger Entwicklung Ihrer Persönlichkeitslehre, deren konzeptionelle Fassung von einem

Ich-Strukturmodell als Herausbildung von Ich-Funktionen, die aus der Verinnerlichung vorwiegend unbewußter primärer Gruppendynamik resultieren, Ihnen erlaubte, das orthodoxe Triebkonzept aufzugeben, ganz im Sinne von *Freud*, der immer betonte, daß eine Theorie zu verwerfen ist, sobald eine neue uns bessere Dienste in der Arbeit am Menschen leistet.

Erstmals gelingt es mit Hilfe Ihrer Konzeption, differenzierte therapeutische Voraussetzungen zu entwickeln, strukturelle Bedingtheiten psychischer Krankheit zu behandeln, anstatt durch Anpassungsarbeit abzudekken. Zugrunde liegt diesem Konzept die Überwindung der bisherigen Nosologie mit ihrer grundsätzlichen Spaltung zwischen den statischen Begriffen des Gesund- und Krankseins.

Dagegen haben Sie uns gelehrt, die menschlichen Erfahrungsmöglichkeiten auch gerade in ihren extremsten Dimensionen von Angst und Leiden in die zwischenmenschlichen Bezüge zu integrieren. Sie haben als Bedingung einer humanen Psychiatrie die Bereitschaft des Therapeuten vorausgesetzt, die Erfahrung psychischen Leidens als einer eigenen Erlebnisdimension zu entwickeln.

Immer steht Ihre Erkenntnis im Zusammenhang mit einer praktischen Erfahrung. Theorie und Praxis sind für Sie im ständigen dialektischen Austausch immer in einen gruppendynamischen Prozeß integriert und zugleich sein lebendiger Ausdruck. Es gibt bei Ihnen keine isolierte Wissenschaft. Ihre Wissenschaft ist immer Behandlungswissenschaft, Ihre Ausbildungspraxis ist immer eine emotionale Erfahrung, kognitive und emotionale, bewußte und unbewußte Prozesse haben gleichermaßen Anteil am gruppendynamisch verstandenen Geschehen Ihres Lebensraumes, den Sie sich schaffen, um ihn immer Ihrer Sie umgebenden Gruppe zur Verfügung zu stellen.

Wir stehen hier, Repräsentanten der von Ihnen geschaffenen Gruppe, welche die Entwicklung eines neuen Geistes der Psychoanalyse, den Sie gewagt haben, in einer Fachwelt von Stagnation und Etabliertheit zu kreieren, mitvollziehen. Sie werden auch heute noch von neidvollen Gegnern verfemt und verleugnet, obgleich man Sie heimlich zu kopieren versucht. Aber Ihre Werke werden in der ganzen Welt gelesen und an den Universitäten gelehrt, deren Tore Ihnen im eigenen Land durch ein paar scientistische Opportunisten versperrt werden.

Sie werden sich jedoch niemals dem Regime einer institutionellen Erstarrung unterwerfen, wie sie an den Universitäten heutzutage vorherrscht. Ihre Deutsche Akademie für Psychoanalyse ist eine freie Akademie, der Sie analog dem Platonischen Geist ihre Unabhängigkeit als höchste Voraussetzung wissenschaftlichen Fortschritts garantieren. In ihr haben Sie begonnen, neue Wege zwischenmenschlichen Zusammenlebens mit uns zu gehen.

In der Tradition echter großer Menschenführung, welche die Macht der Erkenntnis in den Dienst des Menschen stellt, sich im humanen, kreativen

und erotischen Umgang mit anderen Menschen zu erleben, haben Sie das große Thema der menschlichen Identität aufgenommen, wie es Platon den Aristophanes im Gastmahl in heiterer Mythologie darstellen läßt, und Wege gewiesen, sie dem heutigen, in seiner psychischen Integrität tief verwundeten Menschen erfahrbar zu machen.

Möge Ihr heutiger sechzigster Gebturtstag mit seinem Hinweis auf die Unerbittlichkeit unserer menschlichen Lebensbegrenztheit im Zeichen der Heiterkeit stehen und Ihnen jenes Glücksgefühl bescheren – wie es der alte Rabbi in Bethlehem zu Ihnen sagte: „Glücklich sollst Du sein, glücklich sollst Du sein" – darüber, daß Sie allein ausgezogen sind und jetzt eine große Gruppe lieber Menschen haben auf Ihrem Wege, auf dem das Beste immer vor Ihnen ist, und wir mit Ihnen zusammen.

Rede des Senatsdirektors Gerhard Naulin, Direktor des Senats für Gesundheit und Umweltschutz der Stadt Berlin als Vertreter des Regierenden Bürgermeisters der Stadt Berlin, Dietrich Stobbe

Herr Präsident, meine sehr verehrten Damen und Herren,

wir haben uns heute hier eingefunden, um den 60. Geburtstag von Dr. *Günter Ammon* zu begehen, und ich habe die Ehre und Freude, Ihnen, Herr Präsident, die Grüße des Regierenden Bürgermeisters *Dietrich Stobbe* zu überbringen. Sie wissen, daß er z. Zt. nicht in der Stadt ist, und so habe ich den Auftrag, Ihnen diese Grüße zu übermitteln, und ich darf hinzufügen, daß auch mein Senator, Herr *Pätzold,* herzliche Grüße übermitteln läßt.

An einem Tage, wo das 60. Lebensjahr beendet wird, ist es, meine sehr verehrten Damen und Herren, sicher angebracht, ein paar Worte über das Wirken des Mannes zu sagen, der als Präsident der Deutschen Akademie für Psychoanalyse über viele Jahre hinweg in Berlin tätig ist. Sie, Herr Dr. *Ammon,* haben nach einer klassischen psychoanalytischen Ausbildung viele Jahre am Menninger Institut in den USA gearbeitet. Das war eine wesentliche Geburtsstätte der Dynamischen Psychiatrie. Sie haben diese Erfahrung mit nach Berlin gebracht, und das war ein Gewinn für unsere Stadt. Sie, Herr Dr. *Ammon,* haben seit jener Zeit nicht nur Neurosekranke nach dieser Methode behandelt, sondern vor allem psychotherapeutische Gruppenbehandlungen von psychisch Kranken durchgeführt. Das hat eine erhebliche Breitenwirkung gehabt und hat zur Gründung zahlreicher Gesellschaften beigetragen. Wir wissen, daß insbesondere die Deutsche Akademie für Psychoanalyse regelmäßige Fortbildungsveranstaltungen in Berlin durchführt, und zwar mit namhaften Persönlichkeiten. Aber in diesem Zusammenhang sei betont, daß dabei auch andere Berufsgruppen miteinbezogen werden und, was ich für wichtig halte, auch Sozialarbeiter.

Herr Dr. *Ammon,* Ihre theoretischen wissenschaftlichen Arbeiten, Ihre Tätigkeit als Begründer und Herausgeber der Zeitschrift „Dynamische Psychiatrie" und Ihr Wirken in zahlreichen Gesellschaften haben Ihnen zu einem unbestrittenen Ruf und zu einer unübersehbaren Jüngerschaft verholfen. Die Psychoanalyse ist nicht die einzige tiefenpsychologische Richtung, und Sie wissen es, meine Damen und Herren, viel besser, es gibt andere Sprößlinge der Lehre *Sigmund Freuds.* Allen ist aber gemeinsam, die Macht des Unbewußten zu steuern und seelisch Kranken zu helfen. Die soziale Psychiatrie versucht, und hierbei würdige ich zugleich die Arbeit von Herrn Dr. *Ammon,* den Kranken aus der Isolation veralteter Strukturen zu befreien. Wir haben auch in Berlin noch den Mangel an modernen Behandlungseinrichtungen zu beklagen und bemühen uns um die Einrichtung sozialpsychiatrischer Zentren. Wir bemühen uns, die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern zu verbessern und vermehrt psychiatrische Abteilungen in den Krankenhäusern einzurichten. Der Krankenhaus-Bedarfsplan, den wir jetzt in diesen Tagen im Senat verabschiedet haben, zeigt das auf, und unter dem Stichwort „gemeindenahe Psychiatrie" versuchen wir, in Berlin neue Wege zu beschreiten. Nur ein Teil der Probleme kann mit staatlichen Maßnahmen gelöst werden, so gut wie gar nicht kann der Staat in zwischenmenschliche Beziehungen hineinwirken. Viele seelische Störungen sind Produkt und Nebenwirkung unserer Zeit, der fortschreitenden Technik, sind Fluch und Segen der Zivilisation. Dies ist ein Teilaspekt dessen, was *Sigmund Freud* „das Unbehagen in der Kultur" genannt hat. Das heißt nicht, meine sehr verehrten Damen und Herren, sich ins Unvermeidliche zu fügen. Die Probleme anzupacken ist nicht nur Aufgabe vorausschauender Gesundheitspolitik, sondern auch und vor allem Sinn und Inhalt konkreter gesetzgeberischer Maßnahmen. Wir wollen nicht an den Symptomen herumkurieren, sondern die Welt, in der die Menschen miteinander leben müssen, Schritt für Schritt weitgehend freimachen von Lebensangst und Lebenssorge. Das ist, wie Sie wissen, ein langer Weg, und hier haben Politiker, die sich dem Gebiet der Sozialpolitik und insbesondere dem Gebiet der Gesundheitspolitik verschrieben haben, noch reichlich zu tun.

Ich habe anläßlich Ihres Geburtstages, Herr Präsident, diese Ausführungen getan, weil wir jetzt und heute und, wir wissen es, auch noch morgen eine große Zahl psychisch Kranker in unserer Mitte haben werden. Und weil Sie, sehr verehrter Herr Präsident, auf verdienstvolle Weise dabei behilflich sind, die psychotherapeutische Gruppenarbeit – wo immer sie möglich ist – anzuwenden. Dafür haben wir Ihnen heute Dank zu sagen. Diese Ihre Tätigkeit hat einen hohen Stellenwert in unserer Gesellschaft. Ich wünsche Ihnen weiterhin viel Erfolg. Ich danke Ihnen für Ihre bisherige Tätigkeit zum Wohle dieser Stadt, aber vor allem zum Wohle der kranken Menschen. Weiterhin viel Erfolg und einen sehr schönen Tag.

Persönliche Erwiderung Günter Ammons zu den vorhergegangenen Reden

Sie haben durch die Ansprachen gemerkt, meine lieben Freunde, auch durch die des sehr willkommenen Vertreters unseres Regierenden Bürgermeisters, daß wir sehr viel Hoffnung haben. Diese Hoffnung ist, so glaube ich, ganz besonders in dieser Stadt auf ihn gerichtet. Sie haben aber auch bemerkt, wer nicht eingeladen wurde und wer nicht hier ist.

Ich bin zutiefst bewegt durch die Ansprache meines Freundes *Jan Pohl*, einem der Hauptvertreter unserer Schule in der Bundesrepublik Deutschland, und habe eigentlich nichts hinzuzufügen. Ich hatte immer überlegt, was könnte ich noch sagen bei meiner Dankesansprache, oder sollte ich nicht ein paar politische Pointen setzen und meine Bitterkeit ausdrücken über die Filzokratie dieser Stadt, die Gott sei Dank nun ein bißchen saubergemacht wird. Aber ob das gruppendynamisch so leicht geht, weiß man nicht, denn ein guter Mann, zwei treue Senatoren, eine Handvoll guter und zuverlässiger Senatsdirektoren werden es wahrscheinlich selbst mit Hilfe der Amerikaner schwer haben. Unsere Hilfe haben sie, *Stobbe* hat meine Sympathie, das wissen Sie alle, bei aller Kritik gegen andere Kräfte, die uns das Leben in diesen zwölf Jahren schwergemacht haben.

Wenn man nach privater Initiative ruft, nach dem mündigen Bürger, nach privater Forschung und Lehre, die sich zur internationalen Welt – auch zu den sozialistischen Ländern – hin eröffnet, so können wir mit Stolz sagen: Wir haben das alles immer getan! Wir sind genauso gut zu Hause in Moskau, Jerusalem wie in New York. Und wenn wir dann keinen Pfennig Geld je gefordert haben und auch nicht brauchen, dann deshalb, weil wir wirtschaftlich unabhängig sind und das auch bleiben werden. Jeder einfache Mensch, der kein Geld hat, kann von uns behandelt werden. Jeder offen psychotische Mensch wird ohnehin umsonst behandelt. Wir sind eine freie und unabhängige Akademie, frei vom Staat, frei von jeglichem parteipolitischen Einfluß, frei von Krankenkassen.

Aber das Wesentliche ist, was durch die Ansprachen bereits deutlich wurde, daß wir in die Zukunft gehen. Wir fangen eigentlich erst an. Wir können sagen, denken und tun, natürlich im Rahmen der Gesetze, was wir wollen und was wir für richtig halten zum Wohle der leidenden Menschen. Wir werden das weiter tun, weil wir weder weisungsgebunden sind noch abhängig von kleinen Professuren und Pensionen. Wir fangen erst an: Wenn wir jetzt in der Bundesrepublik Deutschland und hier in Berlin vierzehn Institute, Arbeits- und Studiengemeinschaften haben, dann kann man an uns nicht mehr vorbeigehen. Wir veranstalten im Oktober unseren großen Kongreß, das X. Internationale Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse in der Berliner Kongreßhalle. Die Veröffentlichung unserer Theorie und Forschung steht erst am Anfang; denn was bisher veröffentlicht wurde, hat nur erst den großen Rahmen abgesteckt, wie Sie wissen. Weitere Forschungsprojekte, Handbücher und Lehrbücher sind in Vorbereitung.

Aber das Schöne ist, daß wir hier in Liebe und in Freundschaft uns alle haben. Das wollen wir auch demonstrieren, uns selbst gegenüber in erster Linie, daß wir uns alle haben, jeder jeden Einzelnen. Ich habe vorhin, wie ich dort stand, die Gesichter gesehen und das Schicksal jedes einzelnen Freundes, der hier steht, im Auge gehabt. Das ist das Entscheidende, daß wir uns haben. Man sagt, wenn man einen guten Freund auf der Welt hat, dann kann man sehr viel tun. Ich glaube, wir sind einige hundert gute Freunde, die sich alle gut kennen und seit vielen Jahren zusammengearbeitet, geforscht, behandelt und auch geliebt haben. Es ist wirklich eine tiefe menschliche Liebe und Treue, die uns alle verbindet, Worte, die in unserer heutigen Gesellschaft sehr arm geworden sind. Wer spricht heute noch von Treue? Diese Treue wird uns auch weiterhin leiten, und ich hoffe, daß wir alle so zusammen sind und bleiben. Wir werden auch die große Freude haben, am Donnerstag früh zu unserem Zentrum nach Paestum zu fliegen, wo wir uns dann eine Woche lang an Spiel, Tanz, Theater und Hammelbraten erfreuen werden, denn das gehört auch zum Leben. Die Redlichkeit eines sozial eingestellten Menschen ist nicht darin begründet, daß er flüsternd in Party-Pullover und abgetragenen Jeans umhergeht, sondern Redlichkeit eines Menschen besteht nach unserer Auffassung darin, ein menschliches, freundliches, auch mal verspieltes Leben miteinander zu genießen. In diesem Sinne, glaube ich, habe ich wieder etwas sehr Unkonventionelles gesagt. Aber ich hoffe, daß es der Senatsdirektor, der mir vom ersten Blick an sympathisch war, richtig verstanden hat. Ich möchte jetzt schließen, um nicht meine Zeit unnötig zu monopolisieren, weil ich sonst wieder in den Verdacht mit Ihnen allen komme, daß wir Personenkult treiben.

Ursula Keller, Vizepräsidentin der DAP und Leiterin des Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstituts der DAP

Lieber Dr. *Ammon,*

die Gedanken, die mich heute an Ihrem 60. Geburtstag bewegen, haben sehr viele Dimensionen, auch sehr persönliche. Die Feier Ihnen zu Ehren ist ein Fest mit Ihnen, bei dem Sie als zentrale Person in unserer Mitte stehen.

Das wesentliche Prinzip Ihrer Arbeit, Ihres Denkens und Forschens und Ihrer Persönlichkeit drückt sich auch heute aus in der Art, wie wir feiern, nämlich, daß Menschen miteinander sprechen, sich aufeinander beziehen und für etwas Gemeinsames stehen. Wir sprechen zu Ihnen, um Ihnen Dank, Ehrung und Glückwünsche entgegenzubringen inmitten einer lebendigen, großen und starken Gruppe von Menschen, einer Gruppe, die Sie ins Leben gerufen haben, für die Sie Sinn und Ziele abgesteckt haben, für die Sie einen Lebensraum entworfen haben und für die Sie in den letzten 13 Jahren immer wieder mit dem vollen Einsatz Ihrer Erfahrung,

Ihres Wissens und Ihrer emotionalen Echtheit und Unbeirrbarkeit voll zur Verfügung stehen. So ist diese Feier Ausdruck dafür, daß Sie in dieser Gruppe leben, die Sie sich geschaffen haben. Es erfüllt mich mit tiefer Dankbarkeit, seit acht Jahren in dieser Gruppe zu sein, in der die bisher wichtigsten und sinnvollsten Schritte meines Lebens möglich geworden sind.

So stellt diese Geburtstagsfeier weniger einen Blick auf Vergangenes dar, sondern sie ist ein Markstein der Bewegung der Dynamischen Psychiatrie Ihrer Berliner Schule der Deutschen Akademie für Psychoanalyse, ein Markstein, der in die Zukunft weist, wie Sie in Ihrem Leben sich nie mit dem bereits Erreichten begnügt haben. Jede Erfahrung, jedes Ergebnis, jede menschliche Begegnung gibt Ihnen zu neuen Fragen Anlaß, weiter zu forschen, zu prüfen und darüber zu kommunizieren in einem direkten, lebendigen Austausch mit der Gruppe, mit einer Gruppe, die wächst, die sich verändert und die immer wieder neue Menschen anzieht und aufnimmt.

Sie zeigen mit Ihrem Leben und Ihrer Lebensgeschichte sowohl die Kontinuität einer Persönlichkeit als auch den Mut, sich immer wieder in neue Situationen zu begeben, sich ihnen zu stellen, darauf zuzugehen, zu erfahren, sie zu einem Teil Ihres Lebens werden zu lassen, um sich auseinanderzusetzen und in eigener Verantwortung und Identität etwas Neues zu schaffen und weiter voranzugehen. Dies bedeutet aber auch immer wieder Trennung, Trennung von vertrauten Menschen und einer vertrauten Umgebung und das Wagnis, etwas Neues auf sich zu nehmen. Sie haben uns gelehrt, daß Identität ein lebenslanger Prozeß ist des Sich-Einlassens, des Integrierens, aber auch des Abgrenzens, des Weiterdenkens und des Handelns.

Wir wissen, daß dies kein Weg der Anpassung ist, sondern ein Weg der Konfrontation und der Auseinandersetzung, den Sie ein Stück weit alleine gehen mußten, bis diese Gruppe stark genug war, an Ihrer Seite zu stehen.

So haben Sie, vielleicht als einschneidendsten Schritt in Ihrem Leben, 1956 nach Abschluß Ihrer psychoanalytischen Ausbildung Berlin verlassen auf der Suche nach weiteren Ausbildungsmöglichkeiten. Sie haben sich nicht mit dem bis dahin Erreichten begnügt, um die Früchte zu ernten, sondern Sie haben weiter gesucht und sind nach Amerika gegangen als Lernender, als Forscher und Therapeut und als Psychiater, um dort in der Behandlung von schwerstkranken Menschen, schizophren Reagierenden, Psychosekranken und Borderline-Patienten Erfahrungen zu sammeln, die Sie dann wieder hier nach Berlin zurückgetragen haben. In der Nachfolgezeit haben Sie eine eigene neue psychoanalytische Schule begründet, da es sich als unmöglich erwies, neue und revolutionäre Erkenntnisse zum Verständnis psychischer Krankheit und ihrer Behandlung in bestehende etablierte Institutionen zu integrieren. Sie haben sich dem Druck einer einschränkenden Tradition nicht gebeugt, keinen Kompromiß akzeptiert,

sondern letztlich in einer viel tieferen Verbundenheit mit dem Leid psychisch kranker Menschen Ihre Kraft in den Dienst der Humanität jenseits jeglicher Wissenschaftsstreitereien und Parteilichkeiten oder sonstiger Interessen gestellt. Dabei ist es Ihnen ergangen wie vielen großen Menschen in der Geschichte, die an den Schlaf der Welt gerührt haben. Sie sind auf Ignoranz, auf Ablehnung und Boykott der Etablierten gestoßen und mußten immer wieder Trennung und auch Einsamkeit ertragen.

Wenn man Ihren wissenschaftlichen Werdegang überblickt, so wird deutlich, daß Sie offizielle Anerkennung und Bestätigung von universitärer Seite oder anderen wissenschaftlichen Institutionen, in denen Ihnen vorgezeichnete wissenschaftliche Laufbahnen offenstanden, nie als eine Sinnerfüllung für sich betrachtet haben. Ich denke dabei auch an Ihre Forschungen und Veröffentlichung in der Zeit, als Sie als junger Arzt an der Berliner Freien Universität, an der Sie als einer der ersten studiert haben, tätig waren und wo Sie alle Chancen hatten, erfolgreich auf dem Gebiet der naturwissenschaftlichen Medizin zu arbeiten oder auch später nach Abschluß Ihrer psychoanalytischen Ausbildung, um zwei Bereiche zu nennen, am Berliner Psychoanalytischen Institut der DPV, wo Ihnen als Lehranalytiker und Dozent im Rahmen der bestehenden Institution alle Wege offenstanden. Es wird deutlich, daß Sie diese Form der Anerkennung sich nie zu eigen gemacht haben, sondern daß Sie sich unbestechlich Ihre ursprüngliche Begierde, Neues zu erforschen, im Sinne einer tiefen philosophischen Tradition bewahrt haben und so leben.

Die Deutsche Akademie für Psychoanalyse ist eine Akademie im echten Sinne der Tradition dieses Begriffes. Sie hat von Ihnen als Mensch, als Wissenschaftler und Psychoanalytiker den Sinn und die Idee erhalten und wird in der Gemeinschaft mit uns als Ihren Freunden und Mitarbeitern und Mitstreitern verwirklicht und weitergetragen. Sie sind uns Vorbild und Freund und haben uns als Ihre Schüler miteinbezogen. Für diese Chance möchte ich Ihnen von ganzem Herzen danken und Ihnen für die kommende Zeit Ihres Lebens mit uns zusammen Glück wünschen.

Burkhard Gülsdorff, stellvertretender Leiter des Lehr- und Forschungsinstituts für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik in Berlin

Lieber Dr. *Ammon,*

die Worte, die ich an Sie richte, sollen Worte des Dankes sein, Dank dafür, daß es Sie und Ihr Werk gibt. Ihre Arbeit und Ihr Leben ist für uns eins, denn wenn Sie von Identität sprechen, dann leben Sie sie vor, und wenn sie nur eine neue Identität wäre, dann verwirklichen Sie diese, und wenn Sie neue Wege des menschlichen Zusammenlebens aufzeigen, dann bereiten Sie auch die Wege dafür vor. Ist die Forderung an die Gesellschaft gestellt, seelisch schwer leidende Menschen, unsere Patienten nicht aufzugeben, dann verwirklichen Sie diese Forderung in Ihrer thera-

peutischen Arbeit. Wir, Ihre Mitarbeiter und Schüler sind nicht zufällig in das Berliner Mutter-Institut der DAP gekommen, um hier zu lernen, zu arbeiten, zu lehren und auch zu leben. Ihr Angebot ist es, Ihrem Rat zu folgen, in dieser neuen humanen Wissenschaft der Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie den Vergessenen unserer Gesellschaft, den psychisch Kranken aus der Isolierung zu helfen und gleichzeitig im Vorfeld psychischer Erkrankung durch die Prävention wirksam zu werden.

Durch Ihre unorthodoxe Lebensart mögen Sie oft auf steinerne Hindernisse gestoßen sein, aber ich meine, wer die Steine anstößt, der wird sie auch ins Rollen bringen. Wenn Sie als Psychoanalytiker erstarrte menschliche Strukturen in Bewegung bringen, so geben Sie auch der Gesellschaft für erstarrte Strukturen Impulse und damit verkörpern Sie für uns den Menschen und Wissenschaftler, der nicht im „Elfenbeinturm" sitzt.

Ich meine, daß die hier versammelten Freunde nur ein Teil derer in der Welt sind, die mit Ihnen die Herausforderung angenommen haben, menschlich denkende und handelnde Wissenschaftler und Therapeuten zu sein.

Mit Ihnen im Berliner Institut zu arbeiten, heißt für uns auch, tagtäglich an der Erfahrung Ihres Lebens teilzunehmen und an deren Weiterentwicklung mitzuarbeiten, d. h. mit Ihnen in einem geistigen Neuland stehen, wo Sie als ein in geschichtlicher und philosophischer Tradition stehender Baumeister immer wieder nach neuen Bausteinen suchen, das Gebäude der Dynamischen Psychiatrie zu vervollkommnen, überflüssige Mauern einzureißen und neue Räume zu schaffen. Neue Räume in diesem Sinne sind auch die Gründung des Kongreßzentrums der DAP in Paestum, die Tagesklinik in Stelzerreut, die Institute in München und Düsseldorf, die Dynamisch-Psychiatrische Klinik in München und nicht zuletzt die Arbeits- und Studiengruppen in elf deutschen Städten.

Ich möchte mit dem Wunsch schließen, daß wir mit Ihnen gemeinsam weiter diese Gebäude bauen.

Die Glückwünsche des Münchener Lehr- und Forschungsinstituts der DAP überbrachte als stellvertretender Leiter *Rolf Schmidts*. Er hob hervor, daß die Gründung des Münchener LFI den ersten Schritt der DAP aus Berlin hinaus in die Bundesrepublik bedeutete und die Basis der Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie wesentlich erweitert hat. Das von einem humanen Geist und einer tiefen menschlichen Liebe getragene Wirken *Günter Ammons* setzte auch hier Kräfte frei, die es vielen Menschen ermöglichten, sich auf ihre ureigensten Gefühle und Bedürfnisse einzulassen und das, was sie auf den verschiedensten Ebenen der Begegnung erfahren, Freunden, Kollegen und Patienten zur Verfügung zu stellen.

Für das vierte LFI der DAP, das im September dieses Jahres in Hamburg eröffnet wird, sprach dessen Leiterin, Frau Dr. med. *Dieta Biebel.*

Sie dankte für das große Vertrauen, die umsichtige Fürsorge und die stete Freundschaft *Ammons*, die in Hamburg den Boden für ein neues Institut bereitete.

Die Leiter der Arbeits- und Studiengruppen der DAP in Erlangen, Stuttgart, Köln, Gießen, Mainz, Passau, Freiburg, Regensburg, Saarbrücken und Heidelberg überbrachten die Glückwünsche ihrer Städtegruppen.

Gisela Ammon, die Leiterin der psychoanalytischen Kindergärten in Berlin, München und Düsseldorf, überbrachte Glückwünsche im Namen der Kinder, Eltern und Erzieher.

Kurt Husemann sprach für die DGG, die erste von *Günter Ammon* begründete Gesellschaft, die der Gruppenpsychotherapie in Deutschland erstmalig einen institutionellen Rahmen für Forschung, Lehre und Therapie gab, und hob deren große Bedeutung für das gesamte Gebiet der Prävention hervor, die in den psychoanalytischen Kindergärten, der Elternarbeit, der Balintgruppenarbeit, der gruppendynamischen Selbsterfahrung und der psychoanalytischen Gruppen- und Milieutherapie geleistet wird.

Hartwig Volbehr überbrachte die Glückwünsche der DGPM, die *Ammon* als erste Deutsche Psychosomatische Fachgesellschaft gründete, um der psychosomatischen Medizin ein breites wissenschaftliches Forum zu geben. Er hob die Weiterentwicklung der Balintgruppenarbeit durch *Günter Ammon* und die gruppendynamische Dimension hervor, wie sie von der DGPM in 22 Balintgruppen für Ärzte, Krankenpflegepersonal und Medizinstudenten in der Bundesrepublik Deutschland und West-Berlin vertreten wird.

Mit Herzlichkeit nahm *Ammon* die persönlichen Glückwünsche aller anwesenden Freunde und Mitarbeiter an. Zum Abschluß der offiziellen Feier beglückwünschte eine Kindergruppe des psychoanalytischen Kindergartens *Ammon* mit einem selbstkreierten Tanzspiel.

Aus der Vielzahl von Glückwunschtelegrammen und Briefen aus aller Welt, die anläßlich des 60. Geburtstags von *Günter Ammon* eintrafen, seien hier stellvertretend die folgenden abgedruckt:

Doctor Guenter Ammon
Wielandstrasse
27/28, 1000 Berlin 15
West Germany

Dear Guenter:

My congratulations to you on your 60th Geburtstag. That is indeed a noble age of achievement and one which I will hope to join you in a few more years. Certainly your life has spanned the greatest epic in the

history of the world and your participation in it has been at the heart of many matters.

I know your memoirs, if ever written, would constitute a magnificent history of the twentieth century, it's sturm and drank. (Excuse my German which unfortunately has not been reinforced since high school.)

I have many warm memories of our early years of association and only hope that in those years ahead we can renew our close relationship. Those of us that are close friends in the United States, particularly our mutual friends from Kansas City, join me in wishing you the best on your birthday and for those many, many years that lie ahead for you.
Close personal regards.
Sincerely,
Robert H. Barnes, M. D.
President and Medical Director
Institute for Human Services

W. Thiel aus Cottbus (DDR) schreibt:
Sehr verehrter Herr Dr. *Ammon!*

Mit Zusendung der „Dynamischen Psychiatrie" 2./3. Heft 1978 erfuhr ich, daß Sie im Mai Ihren 60. Geburtstag feiern konnten. Dazu meinen herzlichsten Glückwunsch, verbunden mit allen guten Wünschen für Ihre Gesundheit und Schaffenskraft; vor allem persönliches Wohlergehen im familiären und (hoffentlich noch lang dauerndem aktiven) beruflichen Sektor.
Mit vorzüglicher Hochachtung und freundlicher Dankbarkeit
Ihr *W. Thiel,* Dipl.-Psych.
Nervenklinikum
Bezirkskrankenhaus 75 Cottbus, Thiemstr. 111

Im Anschluß an die Geburtstagsfeier in Berlin trafen sich über 80 Mitarbeiter und Freunde *Ammons*, Erwachsene und Kinder, in der Casa in Paestum, um für acht Tage mit *Ammon* und seiner Familie zusammen zu sein. Aus dem in Paestum stets präsenten Reichtum an griechischer Mythologie, Geschichte und Philosophie, bot sich während dieser Tage vor allem Plato und sein Werk als eine Art Leitgedanke an: Sein Symposium, sein Mythos vom Eros, die Gründung und der Geist seiner Akademie bildeten einen kreativen Spielraum, um miteinander zu sprechen, aufeinander einzugehen, zu reflektieren, zusammenzuleben; sei es in der Casa, in den Tempeln, am Strand und in den Bergen von Paestum, bei Fahrten nach Velia und Capri, und nicht zuletzt bei der spielerischen Darstellung des platonischen Mythos vom Ursprung und der Entwicklung des Menschen. Gleichzeitig gelang es immer wieder, ein waches Bewußtsein zu entwickeln für Geschichte, aktuelle Aufgaben und Zukunftsperspektiven der Deutschen Akademie für Psychoanalyse. Gerade der Rückblick auf

die Platonische Akademie gab dabei erneut die Anregung, eine Lebensform zu reflektieren und zu erproben, in der gemeinsames Forschen, Arbeiten und Leben miteinander integriert werden. So wuchs denn hier auch allmählich das Bewußtsein, daß im Anschluß an diese Tage die 23. Gruppendynamische Klausurtagung unter der Leitung *Ammons* beginnen würde, und die Spannung, was sie an neuen Aufgaben, neuen Erfahrungen und Möglichkeiten bringen sollte.

Gruppendynamische Klausurtagungen der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG)

Die gruppendynamischen Klausurtagungen der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG), die seit 1972 insgesamt 23mal in den Tagungszentren in Paestum (Italien) oder Stelzerreut (Bayerischer Wald) stattgefunden haben, haben eine zentrale Bedeutung innerhalb der Identitätsentwicklung eines jeden Einzelnen gewonnen, der zur Berliner psychoanalytischen Schule gefunden hat.

Wie verschieden die Schwerpunkte und die Thematik sind, die aus der jeweiligen Klausurtagungsgruppe kreativ entstehen, zeigen die folgenden Berichte über die diesjährige Klausurtagung Ostern in Stelzerreut (Leitung: Dipl.-Psych. *Ursula Keller*) und Pfingsten in Paestum (Leitung: Dr. med. *Günter Ammon*).

22. Klausurtagung der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG) vom 18.–28. 3. 1978 in Stelzerreut/Bayerischer Wald

Vom 18. 3. – 28. 3. 1978 fand die 22. Gruppendynamische Klausurtagung der DGG in der Tagesklinik Stelzerreut statt, die unter der Leitung von Dipl.-Psych. *Ursula Keller*, der Leiterin des Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstitutes der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) stand.

An der Klausurtagung nahmen über 120 Teilnehmer in elf Gruppen teil. Mehr als die Hälfte der erwachsenen Teilnehmer dieser Tagung kamen aus dem sozialen Berufsfeld. Es waren Ärzte, Psychologen, Erzieher, Sozialarbeiter und Lehrer.

Ihren besonderen Charakter erhielt die Klausurtagung dadurch, daß viele Teilnehmer gemeinsam mit ihren Kindern im Alter von zwei bis sechzehn Jahren gekommen waren. Die dreißig Kinder hatten vier eigene, dem jeweiligen Alter entsprechend strukturierte Gruppen, die von Psychoanalytikern und psychoanalytischen Erziehern geleitet wurden.

Die bewußte und unbewußte Interaktion zwischen den Erwachsenen- und Kindergruppen bestimmte die besondere Atmosphäre dieser Tagung.

In den gruppendynamischen Klausurtagungen der DGG wurde das zentrale Prinzip der gemeinsamen Arbeit mit Eltern und Kindern übernommen, wie *Gisela Ammon* sie für die psychoanalytischen Kindergärten entwickelt hat. Die Kinder werden in ihren Gruppen nicht aufbewahrt und beschäftigt, wie es häufig in der Arbeit mit Kindern geschieht, sondern sie erleben in ihren eigenen Gruppen, daß sie Menschen sind, die dasselbe Recht wie die Erwachsenen haben und auch einen Erfahrungsraum, der es möglich macht, Ängste, Wünsche, Konflikte, Gefühle von Zuneigung und Aggression wahrzunehmen, sie zu erleben und sich auseinanderzusetzen in einer Form, die dem jeweiligen Alter entspricht.

Die Kinder konnten sich gegenüber den Erwachsenen als Persönlichkeit im eigenen Recht abgrenzen und entwickelten ein Stück Autonomie, die ein gegenseitiges Verständnis der Eltern gegenüber den Kindern und auch umgekehrt entstehen ließ. Gerade die Kinder drücken in einzigartiger Weise aus wie ernsthaft und ehrlich sie sein können. Dies ist ein Grad an Offenheit und Echtheit, der für Erwachsene schwerer zu erreichen ist, da Anpassungs- und Leistungsdruck zunächst eine starke Behinderung sind, sich auf die Selbsterfahrung einzulassen.

Sowohl die Kinder als auch die Teilnehmer der sechs Erwachsenengruppen konnten erleben, daß in der Auseinandersetzung mit einer Gruppe von anderen Menschen ein weitaus größeres Maß an Öffentlichkeit entsteht, als viele Menschen in ihrem ganzen Leben je bekommen haben oder bekommen können.

Die partielle Befreiung aus der Fixierung und Abhängigkeit von den engsten Bezugspersonen, so wie sie während der zehn Tage erlebt werden konnte, trägt in tiefstem Sinne emanzipatorischen Charakter. Die Verbindung von emotionalen und intellektuellen Erfahrungen durch die theoretische Reflektion in den Seminarabenden ermöglichte eine Form des Lernens, des emotionalen Lernens, das an den Schulen und Universitäten zu kurz kommt.

Marga Löwer, Anne Hamm (Düsseldorf)

23. Klausurtagung der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG) vom 20.–30. Mai 1978 in Paestum/Salerno

Unter den Gruppendynamischen Klausurtagungen der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG) hat die jedes Jahr von *Günter Ammon* in Paestum geleitete einen besonderen Platz, da zum Erleben der Gruppendynamik, dem Leben in der Gruppe, die persönliche Begegnung mit *Ammon* als Mensch und Lehrer im sokratischen Sinne hin-

zukommt. Diese Möglichkeit bekommt umso mehr Gewicht, als immer mehr Menschen aus den elf Arbeits- und Studiengruppen der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) und der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG) mit der Arbeit und dem Geist der Berliner Schule verbunden sind.

Die diesjährige Klausurtagung unter *Ammons* Leitung hatte über 100 Teilnehmer in neun Gruppen, dazu kamen drei Kinder- bzw. Jugendlichengruppen mit insgesamt 15 Teilnehmern und die Gruppe der 18 Leiter. Die äußeren Strukturen, wie die Zahl der Gruppensitzungen (zwei Sitzungen täglich), die abendlichen Seminare, die Leitersitzungen und die abschließende Selbstdarstellung, sind aus der Erfahrung und Tradition der vorausgegangenen Tagungen entstanden.

Die Großgruppe aller Teilnehmer wurde präsent durch die gemeinsamen Unternehmungen, wie die Tempel- und Museumsführungen durch *Ammon,* die Fahrt nach Capri auf dem Höhepunkt des gruppendynamischen Geschehens und das Abschiedsfest.

Diese Strukturen bilden den Rahmen für die Entstehung von für jede Klausurtagungsgruppe charakteristischen Themen und die Auseinandersetzung mit ihnen. Im Zentrum des gruppendynamischen Prozesses dieser Klausurtagung stand die Überwindung narzißtischer Grenzenlosigkeit und Einsamkeit. Bei der Eröffnung sprach *Ammon* das Motto der Klausurtagung, die Vielgeschlechtlichkeit des Menschen aus, d. h. er ermutigte die Teilnehmer, sich neben den traditionellen Klischees von „männlich" und „weiblich" in flexibler Weise Übergänge und gegengeschlechtliche Anteile zu gestatten, und verwies damit auch auf die vielfältigen Identitätsmöglichkeiten über die sexuelle Identität hinaus. Bestimmend für den Verlauf der Klausurtagung war die Spannung zwischen diesen Möglichkeiten der flexiblen Abgrenzung von Identität, ihrer Entwicklungsfähigkeit in der Gruppe und andererseits der einsamen narzißtischen Haltung mit den gleichzeitigen grenzenlosen Gefühlen von Omnipotenz und Nichtigkeit. Sinnbild für die extreme Form zerstörerischen Narzißmus ist der Ajax-Mythos, den *Ammon* angesichts der Abbildung des sterbenden Ajax auf einer Metope des archaischen Hera-Tempels bei der Museumsführung der Großgruppe eindringlich schilderte. Dieses Bild narzißtischen Hochmuts und Gekränktseins machte die Teilnehmer sehr betroffen und stand auch für die Dynamik in den Gruppen, in denen der Kampf um die Außenseiter, die Beziehungen verweigern, eine große Rolle spielte. Die Bewältigung dieser narzißtischen Dynamik durch die Gruppe kann verstanden werden als Begrenzung sowohl der grenzenlosen Omnipotenzphantasien als auch der unbegrenzten Gefühle der Nichtigkeit. Das geschieht durch die Annahme der realen Begrenztheit des Menschen durch die Gruppe solange, bis er sich in seiner Begrenztheit selbst akzeptieren lernt und sich selbst finden kann. Daß es auf dieser Klausurtagung gelang, die Außenseiter zu integrieren und Kontaktfähigkeit und Beziehungen herzustellen,

wurde in den Selbstdarstellungen der Gruppen am vorletzten Tag im antiken griechischen Theater sichtbar. Hier stellten alle Gruppen ihre Entwicklung erstmalig ohne das Mittel der Sprache dar, es entstand durch dieses pantomimische Schauspiel eine dichte Atmosphäre, in der die Großgruppe intuitiv Geschichte und Eigenart der Kleingruppen erfassen konnte. Wir verstehen die Fähigkeit der Gruppen, sich selbstverständlich in ihrem So-Sein zu zeigen, als Wendung zu einem gesunden Narzißmus, der es gestattet, daß sich der Einzelne und die Gruppe in ihrer Körperlichkeit ohne falschen Schein darstellen konnte.

Die Erfahrung des Angenommenseins in der Begrenztheit gibt erst den Mut zu neuen, vielfältigen identitätserweiternden Schritten. Diese Erfahrung ermöglicht Veränderung, aber ist bereits Veränderung, denn, wie *Ammon* einmal gesagt hat, jeder verläßt Paestum als ein Veränderter.

Mathias Hirsch, Helmut Cox (Düsseldorf)

Nervenkliniken in Italien werden geschlossen

Die Deutsche Presseagentur meldete am 8. 6. 78 die durch Gesetz beschlossene Schließung aller öffentlichen Nervenheilanstalten. Aus Anlaß dieser gesundheitspolitisch hochbrisanten Entscheidung nahm Dr. *Ammon* auf der Mitgliederversammlung der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG) am 11. 6. 78 vor einer großen Zahl von Psychiatern und Psychoanalytikern dazu Stellung. Wir bringen diese Stellungnahme in dem Bewußtsein, daß in der Bundesrepublik Deutschland seit Erscheinen der Enquête zur Lage der Psychiatrie noch keine strukturelle Veränderung in der psychiatrischen Versorgung in Gang gesetzt wurde, so wie dies vorbildlich in Italien geschehen ist.

Rom, 8. Juni 78, dpa

Italien hat einen kühnen Schritt unternommen; es macht endgültig Schluß mit den Ghettos für Geisteskranke. Ein Gesetz, das die Schließung aller öffentlichen Nervenheilanstalten – volkstümlich manchmal auch Irrenhäuser genannt – verfügt, ist vor wenigen Tagen in Kraft getreten. Italien wird damit zu einem europäischen Avantgardeland in der Behandlung von geistigen und seelischen Leiden.

Der Grundgedanke des Gesetzes ist, daß Geisteskrankheit eine „normale" Krankheit ist. Daraus folgt, daß sie nicht in einer Atmosphäre der Aussonderung und der Repression behandelt werden darf, sondern mit Heilmethoden und in einem Klima, wie es für die anderen Abteilungen öffentlicher Krankenhäuser charakteristisch ist.

Nur noch psychiatrische Abteilungen der öffentlichen Hospitäler, sachdienlich verstärkt, sollen künftig die geistig und seelisch Kranken, die stationärer Behandlung bedürfen, aufnehmen. Das dazu benötigte medizinische und Hilfspersonal wird zum großen Teil aus den bisherigen Nervenheilstätten kommen, die in der vom Gesetz vorgesehenen Übergangszeit „still dahinsterben" werden, weil es dort keine Neuaufnahmen mehr geben wird.

Auf die Zwangseinweisung in besonders schweren Fällen verzichtet auch das neue Gesetz nicht. Doch werden die Garantien gegen Mißbrauch erheblich verbessert. Amtsarzt, Gemeindeamt und Richter müssen ihre Zustimmung erteilen.

Schreiben des Präsidenten der DAP, Günter Ammon, an das Gesundheitsministerium der Republik Italien, Frau Ministerin Tina Anselmi

Exzellenz,

aus der Tagespresse erfuhren wir, daß durch Ihre Regierung in Ihrem Lande die Schließung aller großen öffentlichen Nervenheilanstalten durch ein Gesetz verfügt wurde und daß Geisteskranke nur noch in den psychiatrischen Abteilungen der Krankenhäuser versorgt werden.

Unser Fachverband, der eine dynamische und humanitäre Psychiatrie vertritt, begrüßt diese Maßnahme außerordentlich. Wir begrüßen auch besonders den Grundgedanken Ihres Gesetzes, daß die sogenannte Geisteskrankheit eine normale Krankheit ist, die nicht in einer Atmosphäre der Aussonderung und der Repression behandelt werden dürfe, sondern mit Heilmethoden und in einem Klima, wie es für die anderen Abteilungen in einem Krankenhaus charakteristisch ist.

Für uns ist dies ein Beweis, daß es in unserer Welt, in der so viel Leid herrscht, Politiker gibt, die sich für das menschliche Wohlergehen der schwächsten Mitglieder ihrer Gesellschaft tatkräftig und erfolgreich einsetzen. Mögen Ihr Vorgehen und Ihr Gesetz zum Vorbild werden für viele andere Länder, in denen veraltete Nervenheilanstalten eiternde Wunden der Gesellschaft darstellen.

Unsere Fachgesellschaft, die auch mit mehreren italienischen psychotherapeutischen Fachgesellschaften und Instituten seit vielen Jahren zusammenarbeitet, freut sich über diesen Erfolg humanitärer und progressiver psychiatrischer Bestrebungen in Ihrem Land.

Dr. med. *Günter Ammon*
Präsident der Deutschen Akademie für Psychoanalyse in Verbindung mit der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft

Ein extremes Schlaglicht auf die Situation der psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik wirft die ddp-Meldung, die am 29. 6. 78 im Berliner Tagesspiegel erschien. Wir drucken diese Meldung als Gegenüberstellung.

Berlin, 29. Juni 78 ddp

Zehn Jahre lang war eine jetzt 49 Jahre alte Frau aus dem Kreis Minden-Lübbecke zu Unrecht als Geisteskranke in Heil- und Pflegeanstalten eingesperrt, bis das Landgericht Bielefeld feststellte, daß sie völlig normal ist. Die Entmündigung wurde sofort aufgehoben. Nach Angaben ihres Anwaltes *Hans Dieter Meyer* war die Frau in eine geschlossene Anstalt gesteckt worden, nachdem sie nach einem Verkehrsunfall Rente beantragte und dabei auf eine Routinefrage nach ihrem Geisteszustand mit lautstarker Empörung reagierte. Für die Unterbringungskosten sei nicht nur die gesamte Rente in Höhe von monatlich 1400 DM verwendet worden, sondern der als Amtsvormund der Frau bestellte kirchliche Verband habe aus diesem Grund auch hochwertiges Bauland der Frau zum Quadratmeterpreis von 20 DM verkauft. Die Entschädigungsfrage werde sich jetzt kompliziert stellen. Das Schicksal der Frau werfe ein Licht auf die Tatsache, daß Entmündigungen und Einweisungen in geschlossene Anstalten noch immer „bedrückend leicht" seien, meinte der Anwalt.
(Aktenzeichen: Landgericht Bielefeld 7045/78)

Bericht über den 81. Deutschen Ärztetag in Mannheim

Der 81. Deutsche Ärztetag in Mannheim beschloß eine neue Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse" und die Erleichterung des Zugangs zu der bisherigen Zusatzbezeichnung „Psychotherapie". Der darüber hinausgehende Antrag, eine Gebietsbezeichnung „Psychoanalyse und tiefenpsychologische Medizin" im Sinne einer Facharztregelung einzuführen, wurde zwar befürwortet vom Ausschuß „Psychiatrie, Psychotherapie und Psychohygiene", von der Weiterbildungskonferenz der Bundesärztekammer jedoch abgelehnt und vom Deutschen Ärztetag an die Ausschüsse zurücküberwiesen, d. h. vertagt. Der Grund dafür, daß der Kompromiß einer Zusatzbezeichnung gegen anfängliche große Widerstände gegen jegliche weitere Aufsplitterung in der Medizin angenommen wurde, war das von Dr. *Stucke*, dem Vizepräsidenten der Landesärztekammer Niedersachsen und ersten Präsidenten der AÄGP, die mit der DGPPT engstens kooperiert, vorgetragene Argument, daß der Ärztetag Maßstäbe für die zukünftige psychotherapeutische Qualifikation setzen müsse, weil eine

„Reservearmee" von 10000 zum großen Teil „arbeitslosen" Psychologen durch ein in Vorbereitung befindliches Psychologengesetz in das Gebiet der psychotherapeutischen Versorgung hineindrängen wolle. Eine sachgerechte Diskussion über die Tatsache einer quantitativ und qualitativ katastrophalen Mangelversorgung psychisch Kranker fand nicht statt.

Die von der DAP, DGG und DGPM abgegebenen inhaltlichen Stellungnahmen gegen die Einführung eines Facharztes und einer neuen Zusatzbezeichnung wurden auf dem Ärztetag den Teilnehmern vorenthalten. Die drei Fachgesellschaften nahmen Stellung gegen Tendenzen, die die Spaltung zwischen Psychiatrie und Psychoanalyse zementieren und damit eine dringend nötige realistische Reform der Versorgung psychisch Kranker verhindern sollen und eine mit einer psychoanalytischen Ausbildung unvereinbare Abhängigkeit der Ausbildung von staatlichen Institutionen herbeiführen kann. Die Stellungnahmen außer denjenigen der AÄGP und DGPPT wurden manipulativ bagatellisiert.

Dem quantitativen und qualitativen Defizit psychotherapeutischer Kapazitäten durch eine Reduzierung der Anforderungen für den Erwerb des Zusatztitels „Psychotherapie" begegnen und mit der Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse" den 1200 niedergelassenen ärztlichen Psychotherapeuten ein Behandlungsmonopol einräumen zu wollen, erscheint uns jeder Reform der Versorgung der psychisch Kranken zuwider. Darin offenbart sich vielmehr der monopolistische Anspruch einer orthodoxen Psychiatrie und einer ebenso orthodoxen Psychoanalyse, die ihren humanen emanzipatorischen Auftrag zugunsten der Absicherung von Kassenpfründen verrät, sich damit aber selbst als Nichtpsychoanalyse entlarvt.

Rolf Schmidts (München)

Stellungnahme der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) zur Frage einer neuen Facharzt-Regelung auf dem Gebiet der Psychiatrie

Im Spektrum 1/78 erschienen drei Stellungnahmen zur Einführung einer neuen Facharzt-Regelung auf dem Gebiet der Psychotherapie, die auf dem nächsten Ärztetag im Mai 78 in Mannheim beschlossen werden soll. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde (DGPN) und die Deutsche Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPPT) e. V. sind sich anscheinend einig über die Notwendigkeit der Einführung dieses Facharztes für Psychotherapie. Kritische Positionen beziehen *Bochnik* und *Degkwitz* als Vertreter der Psychiatrie aus unterschiedlichen Motiven. Beide fürchten eine endgültige Zementierung und Spaltung der Psychiatrie und Psychotherapie.

Die Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP), die neben der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM) und der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG) als einzige Fachgesellschaft in dem Anhörungstermin am 11. 1. 78 vor dem Ausschuß der Bundesärztekammer „Psychiatrie, Psychotherapie und Psychohygiene" nicht gehört wurde, obwohl sie in ihren Lehr- und Forschungsinstituten in Berlin, München und Düsseldorf seit 1968 eine Ausbildung in Dynamischer Psychiatrie durchführt, nimmt im folgenden als eine der drei großen psychoanalytischen Fachgesellschaften in der Bundesrepublik zu der Fage der Einrichtung des Facharztes für Psychotherapie Stellung:

Die Absicht, einen Facharzt für psychoanalytische Medizin einzuführen, hat neben den aus der Geschichte der Psychiatrie und Psychotherapie bekannten, vielfach dargestellten Gründen Ursachen, die in der 1975 der Öffentlichkeit vorgelegten Enquête zur Lage der Psychiatrie der Bundesrepublik Deutschland aktualisiert wurde. Die Fachvertreter der Psychiatrie und Psychoanalyse, die an der Ausarbeitung der Enquête maßgeblich beteiligt waren, konnten sich dabei nicht auf ein einheitliches Konzept einer psychiatrisch, psychotherapeutischen Versorgung der psychisch Kranken einigen. Diesen Tatbestand spiegelt die Enquête, in der beide Bereiche unverbunden nebeneinander gesehen werden. Weder von seiten der Psychoanalyse konnte eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Ziel der Klärung inhaltlicher Kriterien einer wirksamen Versorgung psychisch Kranker durchgesetzt werden. So verblieben die Reformvorschläge der Enquête auf einer administrativen und organisatorischen Ebene, die die vorgefundenen Kompetenzbereiche der Psychiatrie und neurosen-psychologischen Psychoanalyse unberührt ließ. Die andere Wurzel der jetzigen Auseinandersetzung um den Facharzt für psychoanalytische Medizin stellt die Auseinandersetzung um eine Vereinheitlichung der Richtlinien der Zusatzbezeichnung Psychotherapie und die damit verbundene Abrechnungsmöglichkeit mit den Kassen, im Rahmen eines Ermächtigungs-Vertrages, dar.

Während in den angelsächsischen Ländern eine gemeinsame Konzeption von Psychiatrie und Psychoanalyse im Sinne der Dynamischen Psychiatrie zumindest in einigen Schwerpunkten, zur Verbesserung der Versorgung der psychisch Kranken geführt und neue Wege der Behandlung aufgewiesen hat, ist eine solche einheitliche Konzeptualisierung in der Bundesrepublik bisher nicht erfolgt. Der durch den Ausschluß psychogenetischer und psychodynamischer Faktoren in der Forschung, Lehre und Praxis bedingte therapeutische Nihilismus, der sich eindrucksvoll darin dokumentiert, daß sich 59 % der Patienten mehr als zwei Jahre in psychiatrisch-stationärer Behandlung befinden, wird in der Regel beschönigt. Die Grundbedingungen des Hospitalismus sind als Ausdruck einer mangelnden interpersonellen Auseinandersetzung wissenschaftlich sowohl von psychiatrischer wie psychoanalytischer Seite hinlänglich belegt. Gerade der Mangel einer

solchen interpersonellen Auseinandersetzung und der damit verbundene therapeutische Nihilismus hat eine mangelnde Attraktivität des Fachgebietes zur Folge, so daß es in Deutschland mehr niedergelassene Psychotherapeuten als Fachärzte für Psychiatrie gibt. Die Einrichtung eines Facharztes für psychoanalytische Medizin würde auf der einen Seite in Forschung und Lehre zur Fixierung eines einseitig neurosenpsychologischen Behandlungskonzeptes beitragen, auf der anderen Seite der Psychiatrie wesentliche psychogenetische und psychodynamische Erkennntnisse und die daraus resultierenden therapeutischen Perspektiven vorenthalten.

Um dieser Gefahr wirkungsvoll zu begegnen, ist eine fachliche Entwicklung notwendig, die es ermöglicht, im Sinne der von der Psychoanalyse vertretenen interpersonellen Grundeinstellung die eigenen therapeutischen Maßnahmen reflektierend in Frage zu stellen. Diese Entwicklung kann nur eine Psychoanalyse, die sich mit der Psychiatrie wissenschaftlich auseinandersetzt, in Gang bringen.

Die Ausklammerung des interpersonellen Bezugs aus dem Krankheitskonzept und der therapeutischen Praxis der Psychiatrie erhellt die statische Identität des Psychiaters, der sich einer Infragestellung seiner eigenen Person in der Auseinandersetzung mit seinem Patienten entzieht. Eine Grundvoraussetzung der Psychotherapie wäre damit umgangen.

Die Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) anerkennt die multifaktorelle Genese psychischer Störungen, sieht in ihnen aber, basierend auf modernen Erkenntnissen detaillierter Familien- und gruppendynamischer Forschungen, als wesentliches psychogenetisches Prinzip die Vorenthaltung menschlicher Identität in der selbst in weiten Erfahrungsbereichen defizitären Primärgruppe. Unter diesem Gesichtspunkt stellen sich Neurosen und Psychosen nicht als grundsätzlich unterschiedliche Prinzipien seelischer Erkrankungen dar, sondern werden im Rahmen eines gleitenden Spektrums psychischer Erkrankungen unterschiedlichen Schweregrades verständlich. Dieses Krankheitsverständnis erfordert vom psychiatrisch und psychotherapeutisch tätigen Arzt die Handhabung eines ebensolchen Spektrums therapeutischer Strategien, die eine differenzierte, psychoanalytisch psychiatrische Ausbildung voraussetzt. Dementprechend muß dem Arzt eine Ausbildungssituation zur Verfügung gestellt werden, in der er seine eigene Identität in einem Prozeß dauernder Infragestellung und Erweiterung seiner Persönlichkeit jeweils neu bestimmen kann.

Die von der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) verwirklichte Reform der psychoanalytischen Ausbildung im Sinne der Dynamischen Psychiatrie trägt diesen Grundvoraussetzungen Rechnung, indem sie ihre Ausbildungs-Institute im Interesse einer identitätsfördernden Gruppendynamik strukturiert.

Die Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) wendet sich gegen die Einrichtung des Facharztes für psychoanalytische Medizin

1. weil die Institutionalisierung eines solchen Facharztes die bestehende Spaltung zwischen Psychiatrie und Psychoanalyse zementiert, wodurch eine wissenschaftliche Auseinandersetzung zwischen Psychiatrie und Psychoanalyse weiterhin vermieden und die im Interesse der Patienten notwendige Kommunikation zwischen Psychiatrie und Psychotherapie abgebrochen wird;
2. weil die Einführung des Facharztes die in der psychoanalytischen Versorgung mit über 50% beteiligten klinischen Psychologen ausschaltet und ihnen eine berufliche Identität im Rahmen der Versorgung psychisch Kranker verweigert;
3. weil die Integration psychotherapeutischer Ausbildung in psychiatrischen Kliniken und universitären Institutionen eine fundierte psychotherapeutische Ausbildung verunmöglicht, da eine Identitäts-Entwicklung des psychotherapeutisch tätigen Arztes innerhalb eines Abhängigkeitsverhältnisses unmöglich wird. Psychoanalytische Ausbildungs-Institute haben deshalb seit *Freud* stets ihre Autonomie als Voraussetzung der Ausbildungs-Situation betont.

Diese Gesichtspunkte werden durch die Einführung des Facharztes für Psychoanalytische Medizin umgangen und aus machtpolitischem Interesse der beteiligten Fachverbände verschleiert. Das öffentliche Interesse, das in der Enquête im Sinne eines Problem-Bewußtseins der Notlage psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung seinen Niederschlag gefunden hat, muß in dem Sinne entsprochen werden, daß von den gesetzgebenden Instanzen Reformvorschlägen nach inhaltlichen und nicht machtpolitischen Kriterien Rechnung getragen wird. Im Sinne der grundgesetzlich verankerten Pluralität von Lehre und Forschung muß für eine kommunikative Auseinandersetzung zwischen Psychoanalyse und Psychiatrie Raum bleiben. Der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) scheint es deshalb vordringlich, daß zunächst einmal die in den Vorarbeiten zur Enquête zur Lage der Psychiatrie in Deutschland begonnenen inhaltlichen Auseinandersetzungen verschiedener psychotherapeutischer und psychiatrischer Schulen durch ein Gremium von Fachvertretern dieser Schulen weitergeführt wird.

Dr. med. *Jan Pohl*
Vorstandsmitglied der Deutschen Akademie für Psychoanalyse

Stellungnahme der Deutschen Akademie für Psychoanalyse und der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft zu den in Entwicklung befindlichen Psychotherapeutengesetzen

Am 7. 6. 1978 fand im Bonner Ministerium für Familie, Jugend und Gesundheit ein Gespräch statt zwischen Frau Ministerialrätin *Schleicher* und als vom Vorstand beauftragte Vertreter der Deutschen Akademie für Psychoanalyse und der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft Frau Dipl.-Psych. *Ursula Keller,* Vizepräsidentin der DAP und Dipl.-Psych. Dr. *Kurt Husemann,* Vorstandsmitglied der DGG.

Anlaß des Gesprächs war das in Entwicklung befindliche Gesetz zur Definition des Berufsbildes des Psychotherapeuten. Vorausgegangen war von seiten der DAP und DGG eine Reihe von informativen Gesprächen mit Vertretern anderer Fachverbände und des Berufsverbandes Deutscher Psychologen (BDP). Eine gegenseitige Information fand statt über die Vorstellungen hinsichtlich des neu zu schaffenden Berufsbildes, das in erster Linie die psychotherapeutisch Tätigen, die sogenannten „Laien", besonders die Dipl.-Psychologen, aus dem Halbdunkel einer letztlich gesetzlich nicht abgesicherten Tätigkeit herausheben soll.

Als Vertreter von DAP und DGG erklärten Dipl.-Psych. *Ursula Keller* und Dr. *Kurt Husemann* die Bereitschaft zu einer sachverständigen Mitarbeit bei dieser Gesetzesentwicklung.

Der Referentenentwurf zu diesem Gesetz soll noch in diesem Sommer den Fachverbänden zu einer Beratung vorgelegt werden, besonders zur Entwicklung von Kriterien der Abschlußprüfung und Übergangsregelung.

Von seiten der DAP und DGG wurde die im folgenden wiedergegebene Stellungnahme abgegeben, die bewußt vorläufigen Charakter hat, da der Referentenentwurf noch nicht vorliegt:

Die Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP) und die mit ihr affiliierte Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft (DGG) begrüßen die Initiative des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, die Situation der psychotherapeutisch arbeitenden Diplom-Psychologen und der anderen Vertreter akademischer Studiengänge mit einer psychotherapeutischen Zusatzausbildung zu klären, um sie endlich aus dem Halbdunkel einer nicht legalisierten Tätigkeit herauszuholen und ihnen ein ihrer Qualifikation gemäßeres Berufsbild zu beschreiben, als es bislang über das sogenannte „Heilpraktikergesetz" möglich war.

Vorbehaltlich der Kenntnis des Referentenentwurfes möchten wir Stellung nehmen zu mehreren Fragenkomplexen, die durch die Presse und Fachpresse bekannt geworden sind:

I. Die DAP stellt die Forderung, an den Vorarbeiten zum Referentenentwurf beteiligt zu werden

Die von der Bundesregierung erstellte Enquête zur Lage der Psychiatrie hat an klaren Fakten dargestellt, daß es in der Bundesrepublik auf dem Gebiet der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung große Mängel gibt, wie sie wohl in keinem vergleichbaren heilenden Bereich der Medizin und der umliegenden Wissenschaften zu finden ist. Das hat dazu geführt, daß, wie auch die Enquête gezeigt hat, einige wenige nicht repräsentative Gruppierungen mit dem Anspruch einer Monopolstellung im Bereich der psychotherapeutisch-psychiatrischen Versorgung aufgetreten sind.

Die Enquête hat darüberhinaus klar gezeigt, daß schon heute ein Großteil der psychotherapeutischen Versorgung von Diplom-Psychologen und in begrenztem Rahmen auch von Absolventen anderer Fachrichtungen mit einer psychotherapeutischen Zusatzausbildung getragen wird, die aber in ihrer Tätigkeit und ihrer Ausbildung bislang nicht ausreichend abgesichert waren, weil ihnen ein entsprechend definiertes Berufsbild fehlte.

Die von *Günter Ammon* in den letzten zehn Jahren aufgebaute Psychoanalytische Schule einer Dynamischen Psychiatrie stellt ein Modell dar, das die Psychoanalyse und Psychiatrie integrativ vereint. Institutionell vertreten wird die Dynamische Psychiatrie durch die Deutsche Akademie für Psychoanalyse und die Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft in ihren gemeinsam getragenen Lehr- und Forschungsinstituten in Berlin, München und Düsseldorf, ab September 1978 auch in Hamburg. In diesen Städten wird seit Jahren von den Psychoanalytikern der DAP ein wesentlicher Anteil der psychotherapeutischen Versorgung der Stadt geleistet (s. Statistik).

Umso erstaunlicher erscheint es, daß bei der Entwicklung eines Gesetzes über den nichtärztlichen Psychotherapeuten bislang kein Vertreter der Deutschen Akademie für Psychoanalyse sachverständig gehört und mit einbezogen worden ist.

Die Deutsche Akademie für Psychoanalyse und die Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft glauben daher, unter Berücksichtigung der grundgesetzlich verankerten Pluralität von Forschung und Lehre im Interesse einer dringend erforderlichen Reform des Berufsbildes des Psychotherapeuten, die Einbeziehung von Sachverständigen beider Fachgesellschaften bei der Entwicklung des Psychotherapeutengesetzes verlangen zu können.

Die wissenschaftliche, therapeutische Arbeit und die Reform der psychoanalytischen Ausbildung in den Lehr- und Forschungsinstituten der DAP und DGG in Berlin, München und Düsseldorf ist dabei in den letzten zehn Jahren ohne irgendeine Unterstützung von offizieller Seite getragen worden und hat der DAP und DGG dadurch ihre Freiheit in Lehre, Forschung und Therapie ermöglicht.

In der Anlage werden die Aufgaben der beiden Fachgesellschaften und ihre theoretische Konzeption kurz dargestellt, so daß an dieser Stelle darauf nicht weiter eingegangen werden soll.

II. Die DAP unterstützt die Forderung des Berufsverbandes Deutscher Psychologen (BDP) nach der Einführung einer Approbationsregelung für Klinische Psychologen

Die Deutsche Akademie für Psychoanalyse unterstützt die Bestrebungen des Berufsverbandes Deutscher Psychologen in seiner Forderung nach einer der Approbation der Ärzte analogen Regelung für die Diplom-Psychologen, die klinisch arbeiten, um ihnen das Recht zu geben, auf dem Gebiet der Heilkunde tätig zu werden.

Zu verlangen ist aber, daß der psychotherapeutisch arbeitende klinische Psychologe eine qualitativ und zeitlich intensive Ausbildung nachweisen muß, die in ihrer Struktur und in ihrem Ablauf dem Gesetzgeber transparent sein muß.

Die Deutsche Akademie für Psychoanalyse betont unter Berücksichtigung der Geschichte der psychoanalytischen Wissenschaft die Notwendigkeit, den Zugang zur psychotherapeutischen Praxis und Ausbildung nicht zu starr auf bestimmte Berufsgruppen wie die der Ärzte und Diplom-Psychologen festzulegen. In der Deutschen Akademie für Psychoanalyse hat sich bestens bewährt, besonders hoch qualifizierten und begabten Absolventen anderer Berufe wie Lehrern, Sozialarbeitern, Theologen, Soziologen den Zugang zur Ausbildung zu ermöglichen.

III. Dynamisch-psychiatrisch ausgebildete Psychologen dürfen in ihren Indikationsmöglichkeiten zur Psychotherapie nicht eingeschränkt werden

In der Deutschen Akademie für Psychoanalyse wird in den letzten zehn Jahren ein Konzept in Praxis, Therapie und Wissenschaft praktiziert, das eine maximale Kooperation von ärztlich-psychiatrischen und psychologischen Fachkenntnissen umgreift. Das bedeutet, daß alle Patienten, die von Psychoanalytikern der Deutschen Akademie für Psychoanalyse behandelt werden, regelmäßig von einem Arzt gesehen und untersucht werden, und daß auf der anderen Seite die Diplom-Psychologen die Therapieverläufe diagnostisch und testpsyochologisch begleiten. Die enge Zusammenarbeit von Ärzten und Psychologen in der Deutschen Akademie für Psychoanalyse ermöglicht ein weites Spektrum von Behandlungsmöglichkeiten psychischer Störungen von den schwersten archaischen Ich-Krankheiten, den Psychosen, der Psychosomatik, den sexuellen Abweichungen, der Borderline-Patienten bis hin zu den neurotischen Abwehrstrukturen.

Die enge Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Diplom-Psychologen in der Deutschen Akademie für Psychoanalyse lassen von daher eine Eingrenzung auf eine berufsspezifische Indikation von Patientengruppen, die von Psychologen behandelt werden, als nicht vertretbar erscheinen.

IV. Die Dynamisch-psychiatrische Ausbildung darf nicht auf den universitären Bereich eingeschränkt werden

Aufgrund der Vielschichtigkeit der psychologischen, gruppendynamischen, psychosozialen und biologischen Faktoren beim Verständnis psychischer Krankheit entzieht sich Arbeit und Ausbildung des Psychoanalytikers dem rein naturwissenschaftlich-biologischen und soziologischen Denkansatz. Der Psychoanalytiker ist in seiner Tätigkeit und Forschung ständig mit der Komplexität all dieser Zusammenhänge konfrontiert.

Die Struktur der Ausbildung und die Anforderungen hinsichtlich Qualität und zeitlicher Dauer in der psychotherapeutischen Selbsterfahrung, der wissenschaftlichen Arbeit und der praktischen Therapie unter Kontrolle gehen in der Deutschen Akademie für Psychoanalyse in weitem Maße über vergleichbare Anforderungen anderer Therapieverbände hinaus.

Die Deutsche Akademie für Psychoanalyse glaubt von daher mit Recht verlangen zu können, daß ihr durch das geplante Gesetz über den Beruf des nichtärztlichen Psychotherapeuten keine Einschränkungen im Bereich der Lehre, Forschung und Therapie erwachsen dürfen, sie ist jedoch dazu bereit, in allen diesen Bereichen sich durch sachverständige Beratung dem Gesetzgeber zur Verfügung zu stellen. Die Deutsche Akademie für Psychoanalyse und die Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft unterstützen alle Bemühungen, sowohl im medizinischen als auch im psychologischen Bereich, zu einer qualitativen Verbesserung der medizinischen und psychologischen Ausbildung zu kommen.

Die besondere Struktur der psychoanalytischen Ausbildung durch die notwendige enge Integration von Selbsterfahrung, theoretischer Ausbildung, wissenschaftlicher Arbeit und Therapie unter Kontrolle ist seit jeher ein Spezifikum der psychoanalytischen Ausbildung. Die Angliederung der psychoanalytischen Ausbildung an die Universitäten, die von einem grundsätzlich anderen Denkmodell ausgehen, widerspricht, wie auch Erfahrungen im Ausland genügend gezeigt haben, der Forderung nach einer wirklich qualifizierten Ausbildung. Das Psychotherapeutengesetz darf von daher die Entfaltung der Psychoanalyse als Wissenschaft nicht dadurch einschränken, daß die Ausbildung und Forschung in privaten Institutionen behindert wird, soll aber möglich machen, daß die Ausbildungssituation dem Gesetzgeber transparent ist.

V. Die Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft stellt die Forderung, daß ein Psychotherapeutengesetz die Möglichkeit präventiver Arbeit im Sinne Dynamisch-Psychiatrischer Aufgaben ermöglicht

Die Enquête zur Lage der Psychiatrie hat ganz besonders die Bedeutung der Prävention psychischer Krankheiten herausgearbeitet. Die Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft vertritt in der Dynamischen Psychiatrie schwergewichtig auch den Bereich der Prävention durch den Aufbau und die Entwicklung der psychoanalytischen Kindergärten und durch die gruppendynamische und Balintgruppenarbeit für alle Berufe des sozialen Bereiches. Von seiten der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft wird deswegen Gewicht darauf gelegt, daß durch das Psychotherapeutengesetz die durch eine qualifizierte Ausbildung gewährleistete Tätigkeit der präventiven Arbeit der DGG nicht beeinträchtigt werden darf, da nur so einer umfassenden Gesundheitsversorgung Rechnung getragen werden kann.

Abschließend soll noch einmal von der Deutschen Akademie für Psychoanalyse und der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft die Bereitschaft als aber auch der Anspruch formuliert werden, daß auf dem Hintergrund der Pluralität der Wissenschaft in Forschung und Lehre beide Fachgesellschaften bei der Entwicklung des Berufsbildes des nichtärztlichen Psychotherapeuten sachverständig miteinbezogen werden.

Die Aufgaben der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e. V., Gemeinnütziger Verein

Mitglied folgender Gesellschaften:
World Federation Mental Health (WFMH)
Internationale Gesellschaft für Ärztliche Psychotherapie
Sitz: Wielandstr. 27–28
1000 Berlin 15
Präsident: Dr. med. *Günter Ammon*

Die Aufgaben der Deutschen Akademie für Psychoanalyse sind in ihren drei wichtigsten Arbeitsbereichen enthalten: der Ausblidung, der Forschung und der Therapie.

1. Ausbildung

Seit der Begründung der DAP 1969 sind in den drei Ausbildungsinstituten in Berlin, München und Düsseldorf über 100 Psychoanalytiker und Psychotherapeuten ausgebildet worden. Entsprechend dem jeweiligen theoretischen und therapeutischen Erkenntnisstand erfährt der Ausbildungs-

kandidat eine umfassende psychoanalytische Dynamisch-Psychiatrische Ausbildung. Das Ausbildungsprogramm der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (s. Anlage) trägt daher den historischen und sachlichen Veränderungen in allen Bereichen psychoanalytischer Forschung durch eine Neustrukturierung des Ausbildungsganges Rechnung. Es entspricht dabei den Ausbildungsrichtlinien der von *Sigmund Freud* begründeten Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung (IPV), geht aber entsprechend der theoretischen und praktischen Weiterentwicklung über diese hinaus. Diese umfaßt eine Gruppenlehranalyse, eine Einzellehranalyse, theoretische und praktische Erfahrung in allen Bereichen der psychoanalytischen Gruppendynamik, Ich-strukturelles psychotherapeutisches Arbeiten in der Psychosomatik, der Neurosen, der Borderline- und Psychosentherapie, dynamisch-psychiatrische Ausbildung mit milieutherapeutischer Erfahrung und der Forderung, in Dynamisch-Psychiatrischen Kliniken zu arbeiten, praktische Erfahrung in Psychoanalytischen Kindergärten und in der Eltern-Gruppenarbeit. Gleichzeitig besteht die Forderung nach praktischer Tätigkeit in Psychiatrischen Landesnervenkliniken bzw. vergleichbaren Institutionen.

Die therapeutische Arbeit unter Einzel- und Gruppensupervision überarbeitet im Verlauf einer durchschnittlichen Ausbildungsdauer mehr als 2400 Einzel- und Gruppentherapiestunden des unter Kontrolle arbeitenden Ausbildungskandidaten, ein Vielfaches gegenüber allen vergleichbaren psychotherapeutischen Ausbildungsgängen.

In Abgrenzung von einem individualistischen Ausbildungsgang der orthodoxen Psychoanalyse – sowohl bezüglich des Theorieverständnisses als auch der therapeutischen Praxis – vollzieht sich die Ausbildung zum dynamisch-psychiatrisch tätigen Psychoanalytiker und Gruppenpsychotherapeuten im Rahmen einer Institutsgruppe. Diese stellt ein differenziertes förderndes Milieu für die Identitätsentwicklung des Ausbildungskandidaten dar. So versteht sich das Ausbildungsinstitut als ein gruppendynamisches System, dessen flexible Gruppengrenzen die gesamte theoretische, organisatorische, lehranalytische, kontrollanalytische und therapeutische Ausbildungssituation umfaßt.

2. Forschung

a) Kongresse:

Die Dynamische Psychiatrie versteht sich als eine Behandlungswissenschaft, in der neben Aubildung und Therapie die Forschung eine zentrale Rolle spielt. Die entscheidenden Schritte dieser Forschungsarbeit spiegeln sich in den bisher neun Internationalen Symposien der letzten zehn Jahre. Die Hauptthemen waren Psychoanalyse und Gruppenpsychotherapie (1969), die Widerlegung der orthodoxen Todestriebmythologie und der Aggressionslehre (1970), wobei Aggression in der Theorie *Günter Ammons* primär als eine konstruktive zentrale Ich-Funktion begriffen wird. Darauf

folgte die Auseinandersetzung über eine psychoanalytische Neuinterpretation der Kreativität, die gerade auch für die präventiven Aspekte eines dynamisch-psychiatrischen Behandlungskonzeptes notwendig sind. Aus der Grundkonzeption der Dynamischen Psychiatrie, dem gleitenden Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten, entstand das Ich-strukturelle und gruppenbezogene neue Verständnis einer psychoanalytischen Psychosomatik (1972) und der Psychosen (1973). Ein nächster Schwerpunkt lag in der entsprechenden Weiterentwicklung und Differenzierung psychoanalytischer Behandlungstechniken. Dem Rechnung tragend folgte ein Kongreß über die Neustrukturierung psychoanalytischer Ausbildung (1975) mit den damit in Zusammenhang stehenden veränderten Kriterien der Auswahl von Ausbildungskandidaten. Es folgte in der Düsseldorfer Universität ein Kongreß zum Borderline-Syndrom und 1977 im Deutschen Museum in München ein Kongreß unter dem Thema Dynamische Psychiatrie.

Auf den beiden letzten Kongressen hat *Günter Ammon* vor einer internationalen Öffentlichkeit die notwendige Konsequenz aus den bisherigen Entwicklungen gezogen und das Triebkonzept der orthodoxen Psychoanalyse endgültig aufgegeben.

Damit ist die fatale Spaltung von Psychoanalyse und Psychiatrie aufgehoben, was einer dringenden Forderung der Enquête entspricht. Das diesjährige X. Internationale Symposium der DAP in der Kongreßhalle in Berlin vom 8.–12. 10. 1978 hat das Thema: „Psychosomatische Erkrankung und Depression." Es findet unter der Schirmherrschaft des regierenden Bürgermeisters *Dietrich Stobbe* und der World Federation for Mental Health statt.

b) Forschungsprojekte

Gegenwärtige Schwerpunkte der Forschungsarbeit sind folgende:

1. die testtheoretische Erforschung des Ich-Struktur-Modells *Günter Ammons* mit dem Ziel, das Spektrum psychischer Krankheiten bestimmten Persönlichkeitsprofilen zuzuordnen. Dabei werden im Augenblick faktorenanalytische Testverfahren zur Erfassung und Diskriminierung der verschiedenen Ich-Funktionen entwickelt. Für die zentrale Ich-Funktion der Aggression liegen statistisch gesicherte Ergebnisse vor, die die Differenzierung der Aggression bei verschiedenen Krankheitsbildern ermöglicht.
2. die Erforschung der zentralen Ich-Funktion der Sexualität und ihrer Störungen mit dem Ziel, sie in das Ich-Struktur-Modell *Günter Ammons* zu integrieren und nosologische Kategorien wie „Perversion" zu überwinden.
3. therapiebegleitende Prozeßdiagnostik und Effizienzforschung der dynamisch-psychiatrischen Behandlungsmethodik.
4. Erforschung der Einsatzmöglichkeiten von Video-Tape zur Therapiedokumentation und im therapeutischen Prozeß selbst.
5. Beobachtung der Entstehung und Weiterentwicklung gesunder und

kranker Prozesse im frühen Kindesalter und in der Gruppe im Rahmen der Psychoanalytischen Kindergärten.

6. ein Projekt zur Erforschung der Kindesmißhandlung, das in besonderer Weise dem Anliegen der Prävention gerecht wird und kurz vor seiner Veröffentlichung steht.

Das Organ des wissenschaftlichen Austausches ist die von *Günter Ammon* 1968 begründete und herausgegebene und im 11. Jahrgang erscheinende internationale Zeitschrift „Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry"mit einer Gesamtauflage von 2500 Exemplaren. Die Zeitschrift erscheint sechsmal jährlich. Das Erscheinen der Zeitschrift „Dynamische Psychiatrie" wurde von der internationalen Öffentlichkeit begrüßt. Hieraus hat sich der bestehende wissenschaftliche Kontakt *Günter Ammons* mit namhaften Wissenschaftlern, besonders in den angelsächsischen Ländern und in den sozialistischen Staaten vertieft und erweitert. Vortragsreisen führten ihn in den letzten zwei Jahren nach Israel, Italien, USA, Japan, in die DDR und nach Jugoslawien. In Ungarn arbeitet unter der Leitung von *Bela Buda* die erste Dynamisch-Psychiatrische Klinik der sozialistischen Staaten nach dem Konzept der Berliner Schule *Günter Ammons*.

3. Therapie

Auf dem Hintergrund eines in wesentlichen Positionen neu orientierten Krankheitsverständnisses muß die zentrale Rolle der veränderten therapeutischen Haltung hervorgehoben werden. Dies bildet die grundlegende Gemeinsamkeit und den Bezugsrahmen für den Einsatz der verschiedenen psychotherapeutischen Behandlungsformen. Entsprechend dem gleitenden Spektrum psychischer Krankheiten ist auch ein ebenso differenziertes Spektrum psychotherapeutischer Behandlungsmöglichkeiten vorhanden, die je nach dem psychischen Zustand des Patienten flexibel zu handhaben sind: sie reichen von der klassischen Analyse auf der Couch, der analytischen Gruppentherapie bis hin zur ambulanten und stationären Milieutherapie sowie deren verschiedenartigen Kombinationsmöglichkeiten. Das prinzipielle Anliegen der Therapie schwerer psychischer Krankheiten ist es, dem Patienten zu einem Stück „nachholender Ich-Entwicklung" zu verhelfen. Eine solche kausal ansetzende Psychotherapie steht in krassem Gegensatz sowohl zu der am Symptom orientierten, in der Regel ausschließlich medikamentösen Behandlung der Schulpsychiatrie als auch der orthodoxen Psychoanalyse, die den schwer psychisch Kranken in seiner menschlichen Not allein läßt und ihm damit letztlich eine zuverlässige konstruktive Hilfe verweigert.

Die von der DAP in den letzten zehn Jahren ausgebildeten Psychotherapeuten arbeiten in psychiatrischen Landesnervenkliniken und verwandten Institutionen, in Kinder- und Jugendheimen sowie in niedergelassener Praxis. Die Zahl der von diesen dynamisch-psychiatrisch arbei-

tenden Therapeuten behandelten Patienten geht weit über 10 000 hinaus.

Die diagnostische Differenzierung der in den ambulanten Praxen der DAP-Psychoanalytiker und Gruppenpsychotherapeuten behandelten Patienten (ca. 1 500) ergab laut einer Statistik von 1977:
7 % psychotisch reagierende, 25 % neurotische Patienten, 68 % Borderline-Patienten. Hieraus wird ersichtlich, daß ein großer Teil der in den ambulanten Praxen der DAP behandelten Patienten zu den im schulpsychiatrischen Sinne als nicht psychotherapeutisch behandelbar geltenden Patienten zählt. In den letzten zehn Jahren konnten allein in den Praxen der Berliner Kollegen ca. 1 400 langfristige Psychotherapien zu einem erfolgreichen Abschluß gebracht werden. Gegenwärtig werden in den Praxen aller Therapeuten der DAP etwa 1 500 Patienten betreut.

Neben diesen ambulanten therapeutischen Möglichkeiten besteht seit 1968 eine Tagesklinik für intensive Gruppenpsychotherapie in Stelzerreut/Bayerischer Wald. Diese steht milieutherapeutischen Gemeinschaften zur Verfügung. Seit 1975 besteht in München die erste Klinik für Dynamische Psychiatrie, die als Modelleinrichtung Plätze für 20 Patienten hat.

Eine zweite Dynamisch-Psychiatrische Klinik wird in München im September 1978 mit einer Kapazität von ca. 100 Betten eröffnet. Weitere Kliniken in Berlin und Düsseldorf sind in Planung.

Im Laufe des letzten Jahres haben sich neben den drei großen Lehr- und Forschungsinstituten Arbeits- und Studiengruppen der DAP/DGG in Erlangen, Stuttgart, Köln, Gießen, Saarbrücken, Heidelberg, Freiburg, Passau, Regensburg, Mainz gebildet, ein viertes Lehr- und Forschungsinstitut wird im September 1978 in Hamburg eröffnet.

Die Aufgaben der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG) e. V., Gemeinnütziger Verein

Mitglied folgender Gesellschaften:
World Federation for Mental Health,
Internationale Gesellschaft für Gruppenpsychotherapie,
Internationale Gesellschaft für Ärztliche Psychotherapie,
International Association of Social Psychiatry,
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband.
Sitz: Wielandstr. 27–28
1000 Berlin 15
Präsidentin: *Gisela Ammon*

Die Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft (DGG) wurde im Jahre 1969 von *Günter Ammon* begründet, um der psychoanalytischen Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik in Deutschland einen institutionellen und wissenschaftlichen Rahmen zu geben.

Das Spektrum der gruppenpsychotherapeutischen und gruppendynamischen Arbeit der DGG reicht von der Prophylaxe im Psychoanalytischen Kindergarten mit seinen Kinder- und Elterngruppen über die Familientherapie, die Balintgruppenarbeit und Supervision, welche die verschiedenen Bereiche der Sozialhygiene miteinschließt, über die Gruppendynamische Selbsterfahrung in Studiengruppen, die Wochenend- und Klausurtagungen bis hin zur psychoanalytisch orientierten Gruppenpsychotherapie.

Die DGG widmet sich in diesen Bereichen der Prophylaxe, der Therapie und der Forschung.

Zusätzlich bietet sie spezifisch strukturierte Ausbildungsgänge an (s. Anlage). Diese umfassen die Ausbildung zum Gruppendynamiker, zu dynamisch-psychiatrischen Krankenschwestern und Pflegern, zum psychoanalytischen Erzieher sowie zum Supervisor in der Sozialarbeit.

Ziel der gruppendynamischen Arbeit der DGG ist es, über die Vermittlung theoretischen Wissens und praktischer Selbsterfahrung hinaus den Gruppenteilnehmern eine Erweiterung ihrer beruflichen und menschlichen Identität zu ermöglichen und neue Formen menschlichen Zusammenlebens zu erproben.

Die psychoanalytische Gruppendynamik bietet dem Teilnehmer im Schutz der Gruppe oft erstmals in seinem Leben ein Moment der Öffentlichkeit: gesehen, gehört und verstanden zu werden. Irrationale Erwartungen, Ängste, Aggressionen und andere Gefühle, die zu spezifischen Konflikten führen, werden dabei nicht als unerwünschte Störfaktoren übergangen und verdrängt, sondern so, wie sie sich im Hier und Jetzt des Gruppenprozesses darstellen und diesen beeinflussen, studiert und damit der Verstehbarkeit zugänglich gemacht. Die Dynamik der verinnerlichten Gruppenerfahrung wird verstehbar und bearbeitbar im Sinne der Selbsterfahrung durch die gemeinsame reflektierende Arbeit der Gruppe. Die prophylaktische Funktion der Gruppendynamik besteht vor allem darin, den Teilnehmern zu helfen, die gemachten Erfahrungen auf die verschiedensten Situationen und Gruppen des Alltags zu übertragen.

Die Praxis der psychoanalytischen Gruppendynamik zeigt, daß das Interesse an gruppendynamischer Selbsterfahrung ständig wächst, was sich in der großen Nachfrage nach Teilnahme an Studiengruppen, Balint-Gruppen und gruppendynamischen Klausurtagungen ausdrückt. Allein im Jahre 1977 haben weit über 1000 Menschen an den verschiedenen gruppendynamischen Gruppen der DGG teilgenommen.

Seit Bestehen der DGG sind im ganzen 23 Klausurtagungen, 75 Studiengruppen, 90 Wochenendgruppen, 35 Balint-Gruppen und 25 Ärzte-Balint-Gruppen durchgeführt worden.

Gruppendynamische Klausurtagungen vermitteln im Zeitraum von zehn Tagen die Erfahrung eines komprimierten und intensiven Gruppen-

prozesses. Während einer Klausurtagung arbeiten mehrere Gruppen parallel am Tagungsort. Hierdurch wird es möglich, die Interaktion zwischen den Gruppen – die Leitergruppe inbegriffen – und die Großgruppe der Teilnehmer zu erleben und in die gruppendynamische Arbeit miteinzubeziehen. Diese Klausurtagungen finden in der Tagesklinik für intensive Gruppenpsychotherapie der DGG in Stelzerreut im Bayerischen Wald oder im Tagungszentrum der DAP/DGG in Paestum bei Neapel statt. Ca. 1200 Teilnehmer haben in einem Zeitraum von fünf Jahren an dieser intensiven Selbsterfahrung teilgenommen.

Gruppendynamische Selbsterfahrungsgruppen verbinden intensive Selbsterfahrung in einer etwa ein Jahr lang arbeitenden Gruppe mit einer gemeinsamen theoretischen Reflexion des Gruppenprozesses. Die Gruppen treffen sich während der ersten 20 doppelstündigen Sitzungen zu gruppendynamischer Selbsterfahrung. Anschließend findet in 20 didaktischen Sitzungen die theoretische Bearbeitung des Gruppenprozesses und der entsprechenden Literatur statt. Allein in den letzten drei Jahren haben insgesamt 1100 Teilnehmer an diesen Selbsterfahrungsgruppen teilgenommen.

In Zusammenarbeit mit der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) hat die DGG seit November 1977 in der Bundesrepublik Arbeits- und Studiengruppen aufgebaut und 400 Menschen eine intensive Selbsterfahrung ermöglicht.

Gruppendynamische Wochenendtreffen vermitteln einen Einblick in die psychoanalytische Gruppendynamik und ermöglichen zugleich in relativ kurzem Zeitraum eine intensive Selbsterfahrung in doppelstündigen Sitzungen.

Ca. 1000 Teilnehmer haben auf diese Weise einen Einblick in die psychoanalytische Gruppendynamik bekommen.

Die gruppendynamische Balint-Gruppenarbeit bietet den Teilnehmern die Möglichkeit, die für ihre berufsspezifische Arbeit typische Dynamik anhand von Fallbeispielen im Spiegel der Gruppe bewußt zu machen und aufzuarbeiten. Der ursprüngliche Ansatz von *Michael Balint* wurde in das gruppendynamische Konzept der Berliner Schule integriert und eröffnet mittlerweile nicht nur Ärzten sondern auch Lehrern, Psychologen, Erziehern, Sozialpädagogen, Sozialarbeitern und Pflegepersonal eine praxisbezogene, permanent gruppendynamisch reflektierende Selbsterfahrung in der Beziehung zum Klienten.

350 Teilnehmer haben bisher in einem Zeitraum von drei Jahren von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht. Darüberhinaus arbeitet die DGG mit Institutionen der Erwachsenenbildung, Volkshochschulen, Akademien und anderen sozialen Institutionen in beratender und fortbildender Funktion zusammen.

Um eine Umsetzung der gruppendynamischen Arbeit in Institutionen und anderen Berufsfeldern zu ermöglichen, hat die DGG berufsspezifische

Ausbildungsgänge zum psychoanalytischen Erzieher, zur dynamisch-psychiatrischen Krankenschwester bzw. Pfleger und zum Supervisor entwickelt und ausgebaut. Gerade diese Balint-Gruppenarbeit in ihrer prophylaktischen Funktion zieht immer mehr Teilnehmer an.

Psychoanalytische Kindergärten

Gisela Ammon konzipierte und begründete 1968 den ersten psychoanalytischen Kindergarten. Er ist Mitglied im paritätischen Wohlfahrtsverband und ist mit seiner präventiven Funktion ein wesentlicher Bestandteil der Arbeit der DGG. Die Arbeit mit Kindern findet auf der Basis einer psychoanalytisch orientierten Pädagogik statt. Der Kindergarten bemüht sich, eine gesunde psychische Entwicklung der Kinder zu ermöglichen und zu fördern. Die psychoanalytische Pädagogik geht davon aus, daß das Ich des Kindes sich stufenweise innerhalb und in Wechselwirkung mit einer Gruppe entfaltet, verändert. Hier sieht die psychoanalytische Arbeit mit Kindern ihre Hauptaufgabe: nicht als Psychotherapie, sondern als Prävention, als Hilfe bei der Bearbeitung von Konflikten, die zwischen Kind und Gruppe im Laufe dieses Entwicklungsprozesses unvermeidbar auftreten. Ein wichtiges Medium ist dabei die Elternarbeit, die darauf abzielt, die Erfahrungsfähigkeit auf allen Ebenen der Persönlichkeit anzuregen, zu entfalten und zu vervollkommnen.

Gründung des Hamburger Lehr- und Forschungsinstitutes der DAP

Das Hamburger Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)

und der

Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG) Ausbildungsinstitut für Psychoanalyse,

nimmt unter Leitung von Dr. med. *Dieta Biebel*

am 1. September 1978 seine Ausbildungs- und Forschungstätigkeit auf.

Die Arbeits- und Studiengruppe Hamburg der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) und der mit ihr affiliierten Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG) nahm im Oktober 1976 ihre vorbereitende Arbeit auf. Seit September 1977 werden in Hamburg gruppendynamische Selbsterfahrungsgruppen und gruppendynamische Balint-Gruppen durchgeführt sowie Seminare und öffentliche wissenschaftliche Vorträge veranstaltet. Zur Zeit arbeiten fünf langlaufende gruppendynamische Studiengruppen, gruppendynamische Balint-Gruppen für Ärzte, Psychologen, Medizin- und Psychologiestudenten, Lehrer, Erzieher und Juristen sind in Vorbereitung.

Mit der Gründung des Hamburger Lehr- und Forschungsinstituts der Deutschen Akademie für Psychoanalyse und der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft am 1. 9. 78 werden im Raum Hamburg die Möglichkeiten zur Verwirklichung einer Dynamischen Psychiatrie bereitgestellt. Das Institut bildet Psychoanalytiker und Gruppenpsychotherapeuten sowie Gruppendynamiker aus.
Anfragen sind zu richten an das

Hamburger Lehr- und Forschungsinstitut
der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)
Laufgraben 37
2000 Hamburg 13
Telefon (040) 44 07 40

Kindesmißhandlung

Günter Ammon

unter Mitarbeit von Wolfgang Rock, Andreas von Wallenberg Pachaly, Hartwig Volbehr, Burkhard Gülsdorff, Gerd Röhling, Karl-Georg Nickel.

„Kindesmord durch eigene Eltern" sollte ursprünglich der Titel dieses Buches sein, um den Aufrufcharakter unverkennbar allen Lesern zu vermitteln. Jenseits aller Psychologie sind die Autoren schlechthin ergriffen von der Tatsache, daß – wie in diesem Buch unter anderem beschrieben – ein sieben Jahre altes Mädchen von der eigenen Mutter nachts aus dem Fenster gestoßen wird. Es klammert sich noch mit seinen Händchen ans Fenstersims mit bittenden Worten fest, doch die Mutter löst Finger um Finger, bis das Kind in die Tiefe stürzt, wo es dann zerschmettert liegen bleibt. Der Vater schläft ruhig nebenan und will von nichts etwas gehört haben.

Kindesmißhandlung und Kindesvernachlässigung sollte uns alle betroffen machen, da die Untersuchungen der Autoren ergeben haben, daß das Mißhandlungsgeschehen Ausdruck einer gestörten – destruktiven – Gruppendynamik der Gesellschaft und der Familie ist, die sich oft am schwächsten Mitglied der Gruppe brutal entlädt.

So werden jährlich in der Bundesrepublik Deutschland 700 bis 900 Kinder durch eigene Eltern getötet und ca. 20.000 Kinder schwer körperlich mißhandelt.

KINDLER TASCHENBÜCHER
GEIST UND PSYCHE

voraussichtlicher Erscheinungstermin: Sommer 1979

Handbuch der Dynamischen Psychiatrie

Herausgeber: Dr. med. Günter Ammon

ca. 640 Seiten, Leinen ca. DM 98,–. Ein Subskriptionspreis für dieses Werk wird rechtzeitig vor Erscheinen, voraussichtlich im Herbst 1979, ausgeschrieben.

Dieses Werk stellt erstmalig ein Handbuch der Dynamischen Psychiatrie dar.

Unter Dynamischer Psychiatrie versteht der Herausgeber eine Psychiatrie, in der das Persönlichkeitsbild mit seiner psychogenetischen, psychodynamischen, strukturellen und gruppendynamischen Entwicklung, sowie das Hier und Jetzt der Persönlichkeit zu erfassen versucht wird.

Die Dynamische Psychiatrie integriert somit den das organisch-medizinische betonenden Gesichtspunkt einer statisch-deskriptiven Psychiatrie mit den Ich-strukturellen, psychodynamischen und gruppendynamischen sowie gesellschaftlichen Aspekten. Die Dynamische Psychiatrie ist eine verstehende Psychiatrie, die sich um die Einzigartigkeit des ihr anvertrauten Menschen bemüht und danach fragt, wer er ist, warum er so geworden ist und welche gesunden Möglichkeiten für ein therapeutisches Programm vorhanden sind. Die Arzt-Patienten-Beziehung ist das wesentliche Moment der medizinisch-psychiatrischen Untersuchung und auch der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung.

In diesem Handbuch wird die gegenwärtige Schule einer Dynamischen Psychiatrie in Deutschland als eine humanistische und anthropologische Wissenschaft mit Überwindung der herkömmlichen Nosologie der Schulpsychiatrie dargestellt. Ein Kapitel behandelt u. a. die Geschichte der Dynamischen Psychiatrie mit ihren Vorläufern wie Pinel, Griesinger, Simmel, Alexander, Sullivan, Karl Menninger bis hin zu Ammon und setzt sich kritisch mit den Prinzipien von Endogenität, Sozialpsychiatrie und Antipsychiatrie auseinander.

Die Ich-Strukturschicksale im gleitenden Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten und die daraus resultierenden Krankheitsphänomene werden anhand des Störungsgrades von Ich-Funktionen bestimmt und dafür ein therapeutisches Setting als nachfolgende Ich-Strukturentwicklung bereitgestellt. Die Nosologie von Depression, Schizophrenie, Psychosomatik, Borderline, Zwang, Perversion, Sucht und Neurose wird in ihrem strukturellen Kernpunkt verstanden,

Fortsetzung nächste Seite

vor allem in ihrer Dimension der defizitären Aggressions- und Narzißmusentwicklung.

Weitere Kapitel des Handbuches:

Das Ich-strukturelle, gruppendynamische und psychogenetische Verständnis von Krankheit

Diagnostisches Geschehen der Dynamischen Psychiatrie

Behandlungsmethoden der Dynamischen Psychiatrie

Die Dynamisch-psychiatrische Klinik

Kinder- und Jugendlichentherapie

Prävention

Psychoanalytischer Kindergarten

Forensische Dynamische Psychiatrie

Forschung

Ausbildung

Die Dynamische Psychiatrie mit ihrer Konzeption vom Menschen, vom Weg des Kontaktes zu anderen Menschen und einer Strategie für seine Behandlung zeigt einen hoffnungsvollen Weg in die Zukunft für alle psychisch Kranken. Die Elendsanstalten der Schulpsychiatrie, „die eitrigen Wunden unserer Gesellschaft" (Bettelheim), können nur verschwinden, indem in einer neu begründeten Behandlungswissenschaft die Spaltung von Psychoanalyse und Psychiatrie überwunden wird. In diesem, allem Dogmatismus entgegengesetzten Geist, hat die Dynamische Psychiatrie ihren Standpunkt. Dieses Standardwerk muß daher als Grundlage für alle in Psychiatrie, Psychotherapie und Pädagogik tätigen Menschen gelten.

Ernst Reinhardt Verlag München und Basel

Krankheit oder Entfremdung?

Psychische Probleme in der Überflußgesellschaft

Von Dr. Hans Lohmann
Facharzt für Innere Medizin und Sozialmedizin, derzeit als Psychotherapeut tätig, Stockholm, Schweden

Mit einem Geleitwort von
Prof. Dr. K.-A. Jochheim, Köln

und einer Einführung von
Prof. Dr. G. Huffmann, Köln

Deutsche Übersetzung von
H.-G. Schneider, Bad Herrenalb

1978. X, 368 Seiten ‹flexibles Taschenbuch› DM 16,80
ISBN 3 13 549801 8

Gemeinschaftsausgabe mit dem Deutschen Taschenbuch Verlag, München

Einführung für den deutschen Leser

Ein bemerkenswertes Buch, ein aktuelles Buch – das ist wohl die kürzeste Formel für den Eindruck, der nach Durchlesen der vorliegenden Schrift zurückbleibt. Ihr Inhalt dringt unmittelbar ein in die gegenwärtige öffentliche Diskussion um die Begriffe Gesundheit und Krankheit, um das Rollenspiel der Gesellschaft und der äußeren Verhältnisse bei der Zunahme psychischer Störungen, um den atemberaubenden Anstieg der Kosten des Gesundheitswesens und um die Möglichkeiten, in derartige Verhältnisse einzugreifen sowie – etwa im Sinne eines „psychischen Umweltschutzes" – ihren Folgen vorzubeugen.

Der Autor bietet eine kritische Analyse der Bedeutung psychosozialer Faktoren für die Krankheitsentstehung in einer modernen Industriegesellschaft. Nach eingehender Diskussion des Gesundheits- bzw. Krankheitsbegriffes, statistischer Erhebungen und aktueller Forschungsergebnisse werden individuelles Krankheitsverhalten und moderner Lebensstil zueinander in Beziehung gebracht. Die unkonventionelle Darstellung macht deutlich, daß „Krankheit" heute kein eindeutig medizinisches Phänomen ist, sondern weitgehend vitale Unlust zum Ausdruck bringt. In der modernen Gesellschaft wird „Krankheit" immer mehr zu einer Art „Streik".

Diese Arbeit wurde im Auftrag des schwedischen Parlaments erstellt.

Bestellcoupon

Ich bestelle aus dem Georg Thieme Verlag Stuttgart über die Buchhandlung:

....Expl. Lohmann, **Krankheit oder Entfremdung?** 1978. Kart. DM 16,80 ISBN 3 13 549801 8

Name/Adresse

Straße

Ort

Datum Unterschrift

Stempel:

Thieme

DEUTSCHE GRUPPENPSYCHOTHERAPEUTISCHE GESELLSCHAFT (DGG)

PSYCHOANALYTISCHE GRUPPENDYNAMIK
Selbsterfahrung in Gruppen

24. KLAUSURTAGUNG in STELZERREUT/Bayr. Wald
28. 10. – 7. 11. 1978

Leitung: Dr. med. Mathias Hirsch

Ort: Tagesklinik für intensive Gruppenpsychotherapie der DGG in Stelzerreut/Kumreut über Passau

Information und Anmeldung:

Lehr- und Forschungsinstitut
für Dynamische Psychiatrie und
Gruppendynamik (LFI)
Ausbildungsinstitut für Psychoanalyse
1 Berlin 15, Wielandstr. 27–28
(030) 8 83 92 24

Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstitut
der DAP und DGG
4 Düsseldorf, Schadowstr. 86–88
(0211) 36 49 00

Münchener Lehr- und Forschungsinstitut
der DAP und DGG
8 München 40, Leopoldstr. 87
(089) 34 14 44

Hamburger Lehr- und Forschungsinstitut
der DAP und DGG
2 Hamburg 13, Laufgraben 37
(040) 44 07 40

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

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

Weitere Mitglieder der Redaktion/members of the editorial staff:
Dipl.-Psych. Thomas Culemann, Ulrike Harlander (Rezensionen), Dietrich Hullmeine, Dr. med. Elke Jansen, Karl-Georg Nickel/Arzt, Dipl.-Psych. Wolfgang Rock, Dr. med. Gerd Röhling, Dipl.-Psych. Klaus Semmler, Dr. med. Hartwig Volbehr, Helmut Volger (Anzeigen), Dipl.-Soz. Karin Wangemann, Dipl.-Psych. Emil Wieczorek, Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik (LFI) der DAP, Wielandstr. 27/28, 1 Berlin 15

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

Ursula Andress, Soz.-Päd., Dipl.-Psych. Berthold Beck, Dipl.-Psych. Helmut Cox, Dr. phil. Friedrich Diergarten, Dr. med. Mathias Hirsch (Rezensionen), Dipl.-Psych. Dr. Kurt Husemann (Nachrichten), Everhard Jungeblodt, Soz.-Arb., Dipl.-Psych. Jürgen Marenbach, Dr. med. Regine Schneider, Dipl.-Psych. Erda Siebert
Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstitut der DAP, Schadowstr. 86/88, 4 Düsseldorf

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