

Dynamische *Dynamic* Psychiatrie *Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse
Herausgegeben von Günter Ammon

DYNAMISCHE PSYCHIATRIE III

Friedrich Rothschild

Die Wurzeln des Ichs in den Kommunikationssystemen und deren Regulation

Nicholas Destounis

New Concepts on Teaching and Research of Dynamic Psychiatry

Dieta Biebel

Darstellung einer Psychosentherapie unter besonderer Berücksichtigung des archaischen Identitätsverbotes

Christine Bott

Ich-strukturelle Untersuchung bei Migräne-Patienten – ein Beitrag zur Theorie der Psychosen im Rahmen der Dynamischen Psychiatrie

Béla Buda

Familien- und Partnerbeziehung in Theorie und Praxis der Dynamischen Psychiatrie

Mathias Hirsch

Therapeutische Gemeinschaft und analytische Milieuthérapie – Beiträge zur Reform der Psychiatrie

Friedrich Battenberg

Das Körper-Ich und seine nachholende Entwicklung im Rahmen der Milieuthérapie

Kurt Husemann

Gruppendynamische Arbeit mit dem Team einer Tagesklinik

Gerd Röbling

Das Suchtproblem innerhalb der Dynamischen Psychiatrie

Walter Bühling

Probleme des Agierens von Suchtkranken in einer stationären Psychotherapie

Ana Rojnik

Fettstoffwechselstörungen als Symptomverhalten beim archaischen Ich-Defizit – Ergebnisse eines wissenschaftlichen Forschungsprojektes

Karin Schibalski-Ammon

Abgrenzung des spezifischen Ich-Defizites psychosomatisch Kranker im Rahmen der Krankheitslehre der Dynamischen Psychiatrie

Hartwig Volbehr

Die Rolle der Psychosomatik in der Dynamischen Psychiatrie

11. Jahrgang

5./6. Heft 1978

PINEL-PUBLIKATIONEN BERLIN

52/53

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., 5./6. Heft 1978, Nr. 52/53

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 – R. 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.

Friedrich Rothschild (Jerusalem)

Die Wurzeln des Ichs in den Kommunikationssystemen und deren Regulation 437
The Roots of the Ego in the Communications Systems and their Regulation 448

Nicholas Destounis (Athens)

New Concepts on Teaching and Research of Dynamic Psychiatry 451

Dieta Biebel (Hamburg)

Darstellung einer Psychosentherapie unter besonderer Berücksichtigung des archaischen Identitätsverbotes 459
On the Therapy of a Psychotic Patient with Special Regard to the Archaic Ego-Structure 470

Christine Bott (München)

Ich-strukturelle Untersuchungen bei Migräne-Patienten – ein Beitrag zur Theorie der Psychosen im Rahmen der Dynamischen Psychiatrie 473
An Ego-structural Study of Migraine Patients – A Contribution to the Theory of Psychosis within Dynamic Psychiatry 482

Béla Buda (Budapest)

Familien- und Partnerbeziehung in Theorie und Praxis der Dynamischen Psychiatrie 484
Family- and Partnerrelationship in Theory and Practice of Dynamic Psychiatry 493

Mathias Hirsch (Düsseldorf)

Therapeutische Gemeinschaft und analytische Milieuthérapie – Beiträge zur Reform der Psychiatrie 496
Therapeutic Community and Analytical Milieuthérapie – Contributions to a Reform of Psychiatry 507

Friedrich Battenberg (München)

Das Körper-Ich und seine nachholende Entwicklung im Rahmen der Milieuthérapie 510
Therapeutic Work with the Body-Ego and the Significance of Psychosomatic Illness in Milieuthérapie 525

Kurt Husemann (Düsseldorf)

Gruppendynamische Arbeit mit dem Team einer Tagesklinik 528
Groupdynamical Work with the Team in an Day-Clinic 539

Gerd Röbling (Berlin)

Das Suchtproblem innerhalb der Dynamischen Psychiatrie 542
The Problem of Addiction within Dynamic Psychiatry 551

Fortsetzung letzte Textseite

<i>Walter Bübling</i> (Düsseldorf)	
Probleme des Agierens von Suchtkranken in einer stationären Psychotherapie	554
Acting-out of Addicts in In-Patient Psychotherapy	560
<i>Ana Rojnik</i> (Ljubljana)	
Fettstoffwechselstörungen als Symptomverhalten beim archaischen Ich-Defizit – Ergebnisse eines wissenschaftlichen Forschungsprojektes	563
Deficiency in Human Fat-Metabolism as Symptomatic – Behavior Arising from Archaic Ego-Deficiency	571
<i>Karin Schibalski-Ammon</i> (München)	
Abgrenzung des spezifischen Ich-Defizites psychosomatisch Kranker im Rahmen der Krankheitslehre der Dynamischen Psychiatrie	575
The Demarcation of the Specific Ego-Deficit of Psychosomatic Patients as Part of the Nosology of Dynamic Psychiatry	587
<i>Hartwig Volbehr</i> (Berlin)	
Die Rolle der Psychosomatik in der Dynamischen Psychiatrie	589
The Role of Psychosomatics in Dynamic Psychiatry	600
Bücher- und Zeitschriftenspiegel	603
Nachrichten	635

Beilagenhinweis: Diesem Heft liegen Prospekte refero-med 39 sowie Bulletin der DAP Nr. 9 bei.
Wir bitten um Ihre freundliche Beachtung.

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

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:

Ulrike Harlander (Rezensionen), Dietrich Hullmeine, Dr. med. Elke Jansen, Karl-Georg
Nickel/Arzt, Dipl.-Psych. Wolfgang Rock, Dr. med. Gerd Röhling, Dr. med. Hartwig Vol-
behr, Helmut Volger (Anzeigen), Dipl.-Soz. Karin Wangemann, Lehr- und Forschungsinstitut
für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik (LFI) der DAP, Wielandstr. 27/28, 1 Berlin 15

Dipl.-Psych. Christine Bott, Dr. med. André Hertkorn, Dipl.-Psych. Dr. Jürgen Müller-
Heinemann, Dr. med. Rolf Schmidts, Dr. med. Karin Schibalski-Ammon, Winfried Schibalski
(Rezensionen)

Münchner Lehr- und Forschungsinstitut der DAP, Leopoldstr. 87, 8 München 40

Ursula Andress, Soz.-Päd., Dipl.-Psych. Berthold Beck, Dipl.-Psych. Helmut Cox, Dr. phil.
Friedrich Diergarten, M. S. El-Safti, lic. lett, Akad.Rat, Dr. med. Mathias Hirsch (Rezen-
sionen), Dipl.-Psych. Dr. Kurt Husemann (Nachrichten), Everhard Jungeblodt, Soz.-Arb.,
Dipl.-Psych. Jürgen Marenbach, Dr. med. Regine Schneider, Dipl.-Psych. Erda Siebert, Düs-
seldorfer Lehr- und Forschungsinstitut der DAP, Kurfürstenstr. 10, 4 Düsseldorf 1

Dr. med. Dieta Biebel, Dipl.-Psych. Thomas Culemann, Dipl.-Psych. Klaus Semmler
Hamburger Lehr- und Forschungsinstitut der DAP, Laufgraben 37, 2 Hamburg 13

Um Unterbrechungen der Belieferung zu vermeiden, bitten wir, unserer Auslieferung Adres-
senänderungen rechtzeitig mitzuteilen.

Die Wurzeln des Ichs in den Kommunikationssystemen und deren Regulationen**

Friedrich S. Rothschild*

Das Anliegen der vorliegenden Arbeit ist zu zeigen, daß in einem übergreifenden wissenschaftlichen Denken die Dynamische Psychiatrie mit der modernen Neurologie vereinigt werden kann. Der Autor greift die Frage nach dem Zusammenhang von psychischen und körperlichen Erscheinungen wieder auf. Im Gegensatz zu Freud, der im naturwissenschaftlichen Rahmen keine Methode fand, diesen Zusammenhang kausal zu begründen, wendet sich der Autor vom kausalen Denken ab und faßt, Klages folgend, die Leib-Seele Relation als eine Ausdrucks- und Mitteilungsbeziehung auf. Als Modell dient ihm die Lehre vom Zeichen (Semiotik), wie sie von der modernen Sprachwissenschaft aufgebaut wird. Der Autor entwickelt eine Semiotik des Gehirns als des wesentlichen inneren Kommunikationsorgans des Menschen und der Wirbeltiere. Die Biosemiotik als übergreifender Begriff ermöglicht es, die Entstehung des Ichs und die Regulation seiner Erlebnisse zugleich in ihrer psychischen Dynamik und als Hirnfunktion darzustellen.

Für den Autor geht der Struktur des Gehirns als Vermittler der Psyche und des Geistes eine Evolution von inneren Kommunikationssystemen voraus, die dann in der Bildung vom Zentralnervensystem beim Menschen mit seinen reichen kommunikativen Möglichkeiten integriert werden. Dieser durch die Evolution einer Mehrzahl von Kommunikationssystemen geforderte Integrationsprozeß spiegelt sich in den Phasen der Ich-Entwicklung, die ihrerseits wiederum die Phasen der Trieborganisationen bestimmen. Die Funktionen verschiedener Kommunikationssysteme in der Konstitution des wachen Ichs und seines Bewußtseins zu integrieren ist eine mit innerer Spannung einhergehende Aufgabe. Es haben sich deshalb besondere Regulationen des Ablaufs der Kommunikationsprozesse entwickelt, die diese Spannung des Wachzustandes erleichtern, wie die des Spiels, oder sie aufheben, wie die des Schlafs. Nach Meinung des Autors werden diese Regulationen aber auch benutzt, um abnorm gesteigerte Spannungen aufgrund von konfliktvollen Trieben und Interessen abzuwehren und lassen dann neurotische, psychotische und psychosomatische Symptome als Folge dieser abnormen Benutzung der Fähigkeit zur Regulation der Kommunikationsprozesse bestehen.

Das Ich ist das Zentrum unseres Bewußtseins, das im Laufe des Lebens mit sich identisch bleibt und sich spontan und frei verhalten kann. Ich möchte Ihnen diese Auffassung näher begründen, obwohl ich sie Ihnen nicht objektiv beweisen kann. Objektivität ist ja in bezug auf das Ich nicht möglich, weil es als der Repräsentant der Konstanz in der Subjektivität auftritt. Auch wenn das Ich, auf sich selbst reflektierend, sich selbst zu seinem Objekt macht, kann dieses reflektierende Ich anderen Menschen nicht wie ein Ding vorgelegt werden, wie das bei Beweisen einer objektiven Tatsache üblich ist.

Das Ich bietet noch andere Schwierigkeiten für eine genaue wissenschaftliche Bestimmung. Unser Ich erscheint uns schon aufgrund seiner Identität in der Zeit als eine Einheit. Solange sich ein Mensch auf seine Vergangenheit zurückbesinnen kann, findet er sich als dasselbe Ich, mag sein Erleben auch

* Prof. Dr. med., Psychiater, Hebrew University, Jerusalem

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

niemals das gleiche sein und sich unaufhörlich wandeln. Auch die Einheit des Ichs bietet ein Problem. Der Leib des Menschen ist aus einer Vielzahl von Organen und diese wiederum sind aus Milliarden von Zellen zusammengesetzt und so natürlich auch das Gehirn, das der moderne Psychiater noch als ersten Träger des Ichs anerkennt. Wie ist Einheit und Identität trotz dieser Vielheit und trotz des unaufhörlichen Wandels des Lebens als Prozeß möglich? Weiterhin sind die Menschen in ihrer angeborenen Konstitution, durch ihre Kultur und Lebensgeschichte verschieden. Weshalb stimmen sie in der exakten Logik des Denkens ihres Ichs doch alle überein?

Eine angemessene Antwort auf diese Fragen verlangt, sich zunächst auf die Diskussion der metaphysischen Voraussetzungen für die Behandlung dieses Themas einzulassen. Die menschliche Person ist nicht nur ein Ich, sondern sie hat auch einen Leib, und ohne Berücksichtigung des allgemeinen Leib-Seele-Problems schweben alle Antworten in bezug auf Ich-Probleme in der Luft. Eine neue Betrachtungsweise des Verhältnisses zwischen Leib, Seele und Geist, um deren Ausarbeitung ich mich seit Jahrzehnten bemühe, ist der Grund, weshalb ich glaube, Ihnen auch über das Ich Neues mitteilen zu können. Für die naturwissenschaftlichen und auch für die psychologischen Forschungsmethoden blieben die Erklärungsversuche dieses Verhältnisses grundsätzlich unbefriedigend. „Ignorabimus“ sagte schon der Physiologe *Du Bois-Reymond* in der optimistischen Epoche der Naturwissenschaftler im vorigen Jahrhundert, und von dem mysteriösen Sprung vom Leib zur Psyche und von der Psyche zum Leib sprach *Freud*, als er seine Versuche aufgab, für die Psychoanalyse eine neuropsychologische Theorie zu entwickeln. Er hat sich damals entschlossen, sie als rein psychologische Wissenschaft darzustellen (*Deutsch*, 1959). Aber die Abhängigkeit des Ichs von der Funktion des Gehirns und der Funktion des Gehirns wiederum von Willensakten des Ichs, in denen wir unserem Gefühl nach frei sind, ist zu offensichtlich, als daß wir den Zusammenhang zwischen Ich und Gehirn in diesem Dunkel lassen und uns dabei beruhigen können.

Nach meiner Lehranalyse vor etwa 50 Jahren kam ich, angeregt von den ausdruckswissenschaftlichen Werken von *Ludwig Klages* auf die Idee, das Gehirn als eine symbolische Struktur mit einer symbolischen Funktion in Analogie zur Sprache und Schrift des Menschen zu betrachten. Ich machte mich also daran, den komplizierten Bau des Zentralnervensystems (ZNS) wie die Ausdrucksformen oder die Schriftzeichen einer unbekanntenen Sprache anzusehen und für die phänomenologisch faßbaren Strukturen unseres Erlebens die vermittelnden Strukturen im ZNS aufzufinden. Aus der Anatomie, Physiologie und auch der Physiopathologie des ZNS gibt es für solche Untersuchungen ein großes brauchbares Material an Tatsachen. Es kam nur darauf an, sich über die Einheiten des Sinnes, also gleichsam die Worte und Sätze dieses Kommunikationssystems klar zu werden und die Syntax, d.h. die Grammatik dieser sinnvermittelnden Zeichen zu entdecken. Eine große Hilfe war bei diesen Untersuchungen die vergleichende Anatomie des ZNS

der Wirbeltiere mit ihren Hinweisen auf die Evolution des Erlebens und Verhaltens von dem einfachsten, fischähnlichen Chordaten wie dem Lanzettfischchen zu den Menschenaffen und dem Menschen. (Rothschild, 1958, 1959)

Im Laufe dieser Untersuchungen wurde auch deutlich, wie unsinnig es war und ist, in dem Gehirn nach den Ursachen der Psyche zu suchen. Die Ganglienzellen und Nervenfasern des Gehirns sind so wenig die Ursache der Gefühle, Phantasien und Wahrnehmungen wie die Schriftzeichen eines Textes die Ursache der durch sie mitgeteilten Gedanken sind. Es war vor allem der amerikanische Philosoph *Charles S. Peirce*, der den Unterschied zwischen dem Zusammenhang von Ursache und Wirkung und dem zwischen Zeichen und ihrem Sinn logisch klar formuliert hat. Die Kausalrelation ist dyadisch, eben zwischen Ursache und Wirkung, die Zeichenrelation dagegen triadisch: das Zeichen, das von ihm Bezeichnete, d. h. sein Objekt bzw. sein Sinn und drittens der Schöpfer bzw. der Interpret dieser Zeichen-Sinn-Beziehung. Ein Zeichen ist von etwas für jemanden. Dieser Jemand ist aber bei der Zeichenfunktion des ZNS nicht das faktische Ich, sondern eine transzendente Subjektivität, die man als Bedingung der Möglichkeit der Deutung und Gestaltung der Zeichenprozesse des ZNS voraussetzen muß. Es muß ein sowohl der Bildung als auch allen Leistungen des Ichs vorgegebenes immaterielles Prinzip geben, von dem sowohl die Struktur des ZNS als auch seine Funktionen abhängig sind.

Physik und Chemie, die Grundwissenschaften der Physiologie entwerfen ein Weltbild, in dem keine Sinnesqualitäten vorkommen. Statt Licht gibt es dort elektromagnetische Wellen, statt Schall elastische Schwingungen der Luft oder andere Vibrationen und weiterhin viele Elektronen-, Ionen- und Molekülbewegungen. Außerdem sind die Nervenregungen, die die Reizungen der Sinnesorgane zu den Hirnzentren weiterleiten, sehr gleichförmig, wenn auch verschieden in ihren Frequenzen, während in dem von dieser Gleichförmigkeit vermittelten Erleben eine qualitativ vielfältige und reichgestaltete Umwelt erscheint, die in Raum und Zeit geordnet ist. Daß die Nervenregungen diese Welt im Gehirn durch kausale Prozesse produzieren sollen, läßt ganz unverstänlich, wie dieses Produkt im Gehirn uns als eine Welt außerhalb des Gehirns begegnet. Es ist viel naheliegender anzunehmen, daß in uns eine in intentionalem Zusammenhang mit der Welt stehende transzendente Subjektivität wirkt, die aufgrund dieses Zusammenhangs die Erregungen im Gehirn als Zeichen von Kommunikation aus dieser Welt, d. h. als ein erlebtes Gegenüber deutet.

Da die Behauptung der Funktion einer solchen transzendentalen Subjektivität in der Gestaltung des Lebens und vor allem auch des menschlichen Erlebens bei positivistisch denkenden Wissenschaftlern auf Widerstand zu stoßen pflegt, möchte ich hier zur Ergänzung bemerken, daß die parapsychologischen Erfahrungen der Menschen und besonders die Staunen erweckenden Leistungen der Medien auf dieselbe transzendente Subjektivität zu-

rückgeführt werden können. Ich bin persönlich durch Experimente mit einer Reihe von Medien mit diesem Gebiet und seinen Phänomenen bekannt geworden. *Freud* hat ja ebenfalls die Telepathie als Tatsache anerkannt, aber ich habe noch eine Reihe anderer Erscheinungen beobachtet, z. B. in diesem Jahr einen Bieger von Löffeln und Schlüsseln nach dem Vorbild von *Uri Geller*, einen 16jährigen Jugendlichen, der ohne Kraftanwendung nur aufgrund einer mit der Intention ausgeführten Streichbewegung das Metall zum Biegen und auch zum Brechen brachte. Solche Phänomene aus dem Bereich der Parapsychologie sprechen sehr dafür, daß der Mensch mit einem transzendentalen, überräumlichen und überzeitlichen Prinzip verbunden ist, das nicht nur für die Bildung und Funktion der eigenen intraorganismischen Kommunikationssysteme wie z. B. des Gehirns verantwortlich ist, sondern auch gelegentlich außerhalb des Leibes extrasensorisch kommunizieren und psychokinetisch zu einem Ausdruck in nicht leibeigener Materie kommen kann. Außerdem macht der transzendente, überindividuelle Charakter dieses Prinzips verständlich, daß das Ich aller Menschen in seinem Denken der gleichen Logik folgt.

Unter der Voraussetzung dieser transzendentalen Subjektivität läßt sich die semiotische Methode der Strukturanalyse (Biosemiotik) auf alle Lebensformen anwenden. Schon die Zelle enthält in der Beziehung zwischen Kern und Zellplasma ein Kommunikationssystem, in dem die Gene des Kerns, d. h. die Moleküle der Desoxyribonukleinsäure die Zeichen für die Intention der transzendentalen Subjektivität bilden, die sich mit Hilfe der Ribonukleinsäure in den Proteinen und damit in der Gestaltung der Zelle und ihrer Funktionen ausdrückt. Dieses Schema des Kommunikationssystems der Zelle wiederholt sich in analogen Formen in allen intraorganismischen Zeichensystemen, die die im Laufe der Evolution entstehenden vielzelligen Tiere konstituieren. Immer tritt ein Innensystem auf, das dem Kern der Zelle analog ist und die jeweilige Konkretisierung und Individuation der transzendentalen Subjektivität repräsentiert, und ein Außensystem, das dem Plasma und der Membran der Zelle analog ist und dem Ausdruck der im Innensystem wirksam gewordenen Intentionen und der Kommunikation mit der Umwelt dient. So bildet bei den wirbellosen Tieren das Nervensystem mit Muskeln das Innensystem und das das Tier einhüllende Chitinskelett mit den Sinnesorganen das Außensystem. Bei den Wirbeltieren tritt mit dem im Rücken gelegenen Neuralrohr ein neues Kommunikationssystem hinzu. Seiner Anlage nach ist es eigentlich ein reines Innensystem. Aber in diesem Innensystem werden sekundäre Außensysteme wie vor allem das Mittelhirndach und die Großhirnrinde entwickelt, was besagt, daß hier in der Innerlichkeit des Tieres und auch des Menschen die Außenwelt als eine Imagination repräsentiert ist. Sowohl der eigene Leib als auch die Raumercheinung der Umwelt werden als Bilder erlebt, die nur durch eine innere Anpassung an den Kommunikationsstil des vorhergehenden Systems ihre Körperlichkeit und ihren Ort im Raum gewinnen.

Diese Tendenz zur Verinnerlichung der Kommunikationen wird noch gesteigert bei dem System, das zu dem bisher in der Evolution entstandenen bei dem Menschen hinzukommt. Es ist die Fähigkeit, durch Akte der Begriffsbildung und des logischen Denkens ein Innensystem zu entwickeln, zu dem die Sprache das Außensystem bildet. Wenn auch dieses System der Denk- und Willensakte in gewissen Grundstrukturen wie z. B. der Unterscheidung von Subjekt und Objekt des Denkens und von Subjekt und Prädikat bei der Bildung von Sätzen von den in der Evolution vorangegangenen Systemen bestimmt wird, so ist es doch kein durch eine vererbte Anlage festgelegtes Zeichensystem, sondern gewinnt erst in der Kommunikation des Kindes mit Menschen, d. h. im allgemeinen mit der Familie, seine in der dominanten Hirnhälfte verankerte Struktur. (*Rothschild, 1970*)

Nach jahrzehntelangen Forschungen über die Beziehungen zwischen „Brain and Mind“ hat der Neurologe und Hirnchirurg *W. Penfield* (1975) noch einmal vor zwei Jahren die grundsätzlichen Ansichten, zu denen ihn seine Arbeit geführt hat, in einem Buch mit dem Titel „The Mystery of the Mind“ zusammengefaßt. Mit seinem in den Methoden der Naturwissenschaften begründeten Denken kann das Gehirn für ihn nur die Analogie eines Computers, eine nach kybernetischen Prinzipien arbeitende Maschine sein. Aber die Programmierung dieses Computers, die Intentionen, die Planung und das Selbstbewußtsein im Erleben, Denken und Handeln verlangen (*Penfield, 1957*) die Annahme eines weiteren Prinzips, das durch die Funktion der Ganglienzellen und ihrer Nervenfasern in dem Gehirn nicht erzeugt werden kann, eben das „Mind“, das man mit Psyche oder Seele und Geist übersetzen mag. *Penfield* hat viele hunderte von Gehirnoperationen meist wegen epileptischer Anfälle unter Lokalanästhesie bei wachem Bewußtsein der Patienten ausgeführt, das Gehirn dabei elektrisch gereizt und die Ergebnisse, besonders die im Bewußtsein der Patienten, registriert. Ich kann hier auf diese Ergebnisse aus einer reichen klinischen und experimentellen Forschung am menschlichen Gehirn nicht eingehen, erwähne sie aber, weil sie von einem ganz anderen Standpunkt aus mit ganz anderen Methoden ebenfalls die Ursprünglichkeit und Selbstständigkeit eines Prinzips der Subjektivität postulieren, wie wir es in seiner primären Unabhängigkeit von dem Gehirn besonders in der für den Menschen spezifischen Entwicklung seiner dominanten Hemisphäre des Menschen betont haben. Trotz der Anerkennung der Ursprünglichkeit des seelisch-geistigen Prinzips ist es aber nicht nötig, ein Dualist zu sein wie *Penfield, Eccles* und andere berühmte Neurologen. Von diesem Dualismus ist es schwer zu dem Erleben zurückzufinden, in dem der Mensch mit seinem Ich als eine leib-seelische Einheit existiert. Die Denkschwierigkeiten dieser Neurologen liegen wie gesagt in der Unangemessenheit des kausalen Denkens im Bereich des psychophysischen Problems. Der Leib und das Ich mit seinen Gedanken sind die verschiedenen Endergebnisse von Kommunikationsprozessen, wobei im Falle des Leibes die materiellen Zeichen und im Falle des Ichs und seiner innerlichen Welt der

immaterielle Sinn von Zeichen im Vordergrund steht. In der Wurzel gehen Leib und Seele zurück auf eine Einheit, als Ergebnis einer schöpferischen Kommunikation erscheinen sie als eine Zweiheit. Die innere Freiheit des Ichs ist in dieser primären Unabhängigkeit der transzendentalen Subjektivität von dem Gehirn bei dem Vollzug der geistigen Akte begründet.

In der Freiheit des Ichs und in der dieser Freiheit entsprechenden Fähigkeit zu Denk- und Willensakten und zur Selbstbesinnung liegt der wesentliche Unterschied zwischen Tier und Mensch. Das Gehirn des Menschen ist in seiner Anlage ein Primatengehirn, in den Grundzügen gebaut wie das Gehirn eines Schimpansen, nur viel ausgedehnter in den Zentren, die nicht primär für motorische und sensorische Funktionen festgelegt sind. Aber mit dieser ausgedehnten und in ihrer Funktion nicht festgelegten Großhirnrinde wird das Kind in den ersten Lebensjahren zu einem Konflikt mit seiner Umwelt disponiert. Es ist der Konflikt zwischen einer instinktiven-triebhaften Einstellung zu der Mutter aus dem animalen Erbe und der Tendenz, sich mit ihr zu identifizieren aufgrund der von dem Großhirn vermittelten Fähigkeit, ihre Erscheinung als ein lebendiges Wesen zu verinnerlichen. Wegen der unreifen Motorik des Kindes kommt keine der im Konflikt liegenden Bewegungsintentionen zu einem adäquaten Ausdruck. Das im Großhirn repräsentierte Bild des eigenen Körpers des Kindes und der im Rückenmark bis zum Mittelhirn repräsentierte tatsächliche Körper können die sie beherrschenden Intentionen nicht in einer einheitlichen Bewegung vereinigen. In dieser Uneinheitlichkeit der Bewegungsimpulse aufgrund der evolutionär bedingten verschiedenen Systeme der menschlichen Kommunikation wird aber die Kontrollfunktion des Kleinhirns besonders eingesetzt, um die Einheit von Körperbild und Körper wenigstens im Bereich der Statik zu behaupten. Es kommt statt zu einer Bewegung zu einer verstärkten inneren Spannung, zu einer Erhöhung des *Tonus* in der Muskulatur. Diese durch eine regulierende innere Behauptungskraft gesicherte Einheit in der statischen Innervation hebt jedoch die Uneinheitlichkeit in den Bewegungsimpulsen noch nicht auf. Aber die verstärkte innere Behauptung der eigenen Einheit führt doch dazu, daß auch in den Imaginationen der verschiedenen Erscheinungen der Mutter, die z. B. einmal liebevoll, zärtlich die Bedürfnisse des Kindes befriedigte und ein anderes Mal gleichgültig und kalt sich nicht um es zu kümmern schien, eine diese Gegensätze durchdauernde Einheit erfaßt wird. Das Kind wird sich seiner Mutter als einer seienden Einheit trotz der Vielfalt in ihrer Erscheinungsweise bewußt, und mit diesem Bewußtseinsakt konstituiert es sich selbst ebenfalls als eine trotz seiner inneren Gegensätze zwischen Trieben und Identifizierungsneigungen mit sich selbst identisch bleibende Einheit, eben als ein Ich (*Rothschild*, 1950). Statt in einer Äußerung verwirklicht sich die Intentionalität in einer Steigerung der Verinnerlichung. Aus sich wandelnden Wesen und Erscheinungen werden durch diese Bewußtseinsakte seiende Personen und Dinge. Wenn auch das Kind erst im dritten Lebensjahr von sich selbst als einem Ich zu sprechen pflegt, so tritt diese Ersetzung von

Bewegungen durch bewußte Ich-Akte doch schon im zweiten und wohl auch, obwohl selten, im ersten Lebensjahr in dem Erleben des Kindes auf.

Aber mit dieser Verinnerlichung von Reaktionen auf die Inhalte von Erlebnissen in Gestalt von Bewußtseinsakten sind natürlich die Forderungen erregter Triebe des Kindes nicht befriedigt. Die Kommunikation zwischen ihm und seiner Umwelt geht weiter, ja sie vertieft sich infolge der Hemmung von Äußerungen durch die Akte des Bewußtseins. Durch diese Vertiefung des Erlebens werden die umgebenden Wesen und Erscheinungen nicht nur in der Tatsache ihres Daseins sondern auch in ihrem Sosein, in den Qualitäten ihres Seins bewußt. Dabei wird das Gedächtnis an vergangene, ähnliche Erlebnisse stärker einbezogen und Bedeutungs- und Wunschgefühle als innerliche Zustände verbinden sich mit den Wahrnehmungen. Aufgrund dieser Bedeutungsgefühle erfaßt das Ich das gegenwärtig Erlebte in mit Namen verbundenen Begriffen und Urteilen. Eigene Triebe und Wunschgefühle macht das Ich bewußt in Willensakten, die damit zu Zielen und Aufgaben des Handelns werden.

Aus dieser Entstehungsgeschichte des Ichs ersieht man, daß es erheblicher innerer Anstrengungen bedarf, dieses mit sich selbst identisch bleibende Zentrum des Bewußtseins zu entwickeln. Diese Dynamik in der Struktur des Ichs wird besonders deutlich, wenn man ihre Beziehung zu den seelischen Erkrankungen studiert. In diesem Bereich stimmen meine Erfahrungen weitgehend mit denen von *Günter Ammon* (1974) überein. Jede seelische Erkrankung beruht auf einer Ich-Schwäche, ein Versagen in der Regulation konfliktvoller Erregungen durch die innere Behauptungskraft und die entsprechenden Funktionen des Muskeltonus, die ja die Voraussetzungen der Ich-Konstitution bilden. Es gibt nun eine Form der Ich-Schwäche, die wir alle kennen: der Schlaf, und eine ähnliche, die in ihren Variationen besonders zum Studium geeignet ist, die Hypnose. Der Übergang vom Wachen zum Schlafen geht mit einem elektroenzephalographisch deutlichen Funktionswandel im Gehirn einher; bei der Hypnose ist eine solche Veränderung nicht nachweisbar oder wenig auffällig. Trotzdem ist es nicht nur der Name „Hypnose“, der auf eine Verwandtschaft zu dem Schlaf hinweist. Vom Ich her gesehen kommt es zum Schlaf durch eine innere Hingabe an einen tiefen Ruhezustand in der Kommunikation mit der Umwelt, zu der Hypnose dagegen durch eine innere Hingabe an die Kommunikation mit einer Person, eben dem Hypnotiseur. Die Intentionen, die Endziele der beiden Zustände sind also verschieden, aber verwandt ist der Weg zu ihnen, die innere Hingabe von seiten des Ichs.

Eine innere Hingabe steht aber auch am Anfang jedes Erlebnisvorganges; das Ich muß seine Einstellung in dem eben abgelaufenen Erlebnisvorgang aufgeben, um sich einem neuen zu öffnen, und diese Passivität ist die gleiche wie die Einleitung zur Ich-Schwäche des Schlafes und der Hypnose. Ich habe diese Anfangsphase mit *Klages* als Verschmelzung bezeichnet, weil die neu aufgenommenen Erregungen noch nicht von den Eigenerregungen des Zen-

tralnervensystems differenziert sind. Eine solche Verschmelzung kann als Gefühl, Stimmung oder als eine Anmutung erlebt werden. Aber im Unterschied zu ihrer Dauer bei der Einleitung der Hypnose ist diese Phase im gewöhnlichen Wacherleben nur sehr kurz, und es folgt ihr die Entfremdung, d. h. der Sinn der aufgenommenen Erregungen wird als ein erlebter Inhalt wahrgenommen, als ein Fremdes dem eigenen Wesen gegenübergestellt. Es tritt eine Polarisierung des Kommunikationsprozesses im Zentralnervensystem in einen Eigen- und einen Fremdpol ein. Führend sind bei dieser Entfremdung durch Polarisierung die Funktionen der Statik und darunter auch die innere Behauptung der Einheit von Körperbild und Körper vermittelt des Kleinhirns, weil sie die Einstellung und d. h. auch die Aufmerksamkeit des Ichs auf sein Objekt gegen andere nicht dazugehörige Erregungen sichern. Auf diese Phase der Polarisierung im Erlebnisvorgang folgt dann noch eine dritte Phase, in der die Unvollständigkeiten in dem Informationsgehalt der beiden Pole ergänzt werden. Solch ein Erlebnisvorgang ist mikropsychisch und verläuft im Bruchteil einer Sekunde; nur eine Reihe von ihnen verdichten sich zu makropsychischem Erleben, das wir bewußt erfassen und beschreiben können. (*Rothschild, 1958*)

Hier interessieren uns nur die Verschmelzungs- und die Entfremdungsphasen in diesem Schema, weil ihr Verlauf über Stärke und Schwäche des Ichs entscheidet. Weckt eine neu aufgenommene Erregung im Beginn der Verschmelzungsphase Angst, dann kann das Ich seine Konstitution durch innere Behauptung im Verhältnis zu dieser Erregung aufgeben und deren Entwicklung zum Bewußtsein verhindern, indem es sich einer anderen Erregung unter den möglichen Erlebnissen hingibt. Diese wird nun für die Bildung des Ichs mit einem Akt des Bewußtseins benutzt, und die erste Erregung ist von jetzt an verdrängt. Das Ich ist ja vor dem angst- oder konflikterregenden Inhalt ausgewichen, indem es sich einem von geringerer primärer Erregungsstärke durch hypnoid gesteigerte Hingabe geöffnet hat. Das Ich hat sich durch dieses innerliche Verhalten in zweifacher Weise geschwächt. Erstens hat es Akte der eigenen Konstitution ausgelassen und damit auf die Beherrschung eines möglichen Erlebnisbereiches verzichtet, der von nun an aus seiner Verdrängung stören kann. Zweitens hat es sich einem anderen Erlebnis in hypnoider Verschmelzung hingegeben, und damit seine innere Freiheit diesem zweiten Erlebnis gegenüber verloren. *Ammon* hat in bezug auf diese Form der Ich-Schwäche von einem Loch in der Struktur des Ichs gesprochen, was zweifellos ein angemessenes Bild ist.

Diese Schwächung der Ich-Struktur kann in zwei verschiedenen Bereichen stattfinden, je nachdem sich das Ich bei dem ausgelassenen Akt seiner Konstitution auf die kaudale zentralnervöse Repräsentanz des eigenen Körpers in den Haubenzentren des verlängerten Marks bis zum Mittelhirn oder auf die frontale Repräsentanz des Körperbildes gestützt hätte. Die in den statischen Funktionen der Haube bis zum Mittelhirn sich gründenden Ich-Akte bilden dessen Kern. Durch ihn wird das Ich mit seinem Wirklichkeitsgefühl in der

immerwährenden Gegenwart der Körperlichkeit der Welt verankert und kann von hier aus Vergangenheit und Zukunft und alle Bilder der Phantasie als Einbildungen von dieser Wirklichkeit unterscheiden. Schwäche oder Störung in den Bewußtseinsakten dieses Ich-Kerns disponieren den Menschen zu Psychosen; es ist eine Aufgabe des Kindes, sich rechtzeitig in die Welt hinauszubewegen, sich von der Mutter abzulösen, um mit dieser Initiative und Selbstständigkeit die Aktivität seines Bewußtseins und damit die Sicherheit im Kern seines Ichs zu entwickeln. Wir wissen ja aus klinischen Erfahrungen zur Genüge, daß eine symbiotische Bindung des Kindes an seine Mutter an Stelle der Regulation durch innere Behauptung eine Regulation durch innere Passivität begünstigt und deshalb besonders in diesem Ich-Kern Lücken läßt, die in späteren Krisen den Einbruch psychotischer Reaktionen begünstigen. Auch Persönlichkeitstypen, die *Kretschmer* als schizoide beschrieben hat, und als Psychopathen bezeichnete Menschen sind durch diese Formen der Ich-Schwäche charakterisiert.

Die Bildung des Ich-Kerns hängt von der Art des Überganges aus der Verschmelzungs- in die Entfremdungsphase des Erlebnisvorganges ab, und diese Phasen lassen ihrerseits nur unwillkürliche Ausdrucksbewegungen und Tonusänderungen zu. Ob das Ich die Exekutivgewalt im Verhältnis zu Es und Über-Ich tatsächlich in der Hand hat, offenbart sich erst mit dem Übergang zur dritten Phase, in der das Ich sich auf das vom Großhirn vermittelte Bild des Körpers stützt und im bewußten Willen und begrifflichen Wissen und Erkennen sich vergegenwärtigt. Ich habe diese Art der Ich-Funktionen als Ich-Erscheinung bezeichnet, weil der Mensch in diesen Leistungen sowohl in der Selbstreflexion als auch im Verhältnis zu seiner sozialen Umgebung als eine verantwortliche Person gilt, die über innere Behauptungskraft und innere Freiheit ihren Erlebnissen gegenüber verfügt. Abwehr von Konflikt- und angsterregenden Erlebnissen durch eine Änderung von der Wach- zur Schlaf- bzw. der hypnoiden Regulation betreffen in diesem Falle nicht das faktische Dasein sondern das So-Sein, die eigenen Wünsche und Werte und die Bedeutung der erlebten Dinge und Menschen als Objekte für Triebe und Interessen. Auch diese Abwehr verläuft grundsätzlich nach dem vorhin geschilderten Schema der Verdrängung. Der Ausfall der Bewußtseinsakte d. h. die Ich-Schwäche in diesem Bereich der Ich-Erscheinung disponiert zu Neurosen. Die Kommunikation des Ichs mit der körperlichen Realität der Welt ist in diesem Falle nicht gestört, aber die möglichen Ziele des Verhaltens und die möglichen Bereiche des Erlebens sind eingeschränkt und haben an Echtheit und Ursprünglichkeit eingebüßt.

Es gibt neben der Regulation des Erlebnisvorganges durch innere Behauptung, d. h. der dynamischen Wurzel der Ich-Bildung, und der das Ich auflösenden und zum Schlaf führenden Regulationen der inneren Passivität und Entspannung noch eine dritte, die physiologisch im Spiel der Kinder erscheint. Im Spielen wird das Erleben in einer anderen Weise reguliert als in der Ernsttätigkeit, und im frühen Kindesalter äußert sich die Spontaneität

des Kindes fast nur im Spielen. Auch diese Regulation vermindert die Notwendigkeit der inneren Behauptung so wie das Einschlafen, aber in einer entgegengesetzten Weise. Das Kind erleichtert sich die innere Spannung des Wachseins, indem es auf die innere Behauptung fordernde Anfangsphase der Erlebnisvorgänge mit Freiheit und Unbekümmertheit reagiert und sich nur in solchen Bewegungen und Handlungen äußert, die unmittelbar lustvoll sind. Ich habe diese Regulation der Kommunikationen als einen Trieb zur inneren Freiheit und Lösung bezeichnet, weil hier das Ich und nicht die Wirklichkeit die Bedeutung der Anfangsphase des Erlebens bestimmt und diese Bestimmung immer eine lustvolle und spannungslösende Schlußphase des Erlebnisvorganges ermöglicht. Im Spiel ist ein Stück Holz ein Gewehr, der kleine Junge ein General, alles was die Phantasie gebraucht, steht zur Verfügung. Diese von der Wirklichkeit unbelastete Freiheit des Ichs im Spiel wird genau wie die Schlafregulation auch noch in anderen Lebenssituationen angewandt. Im Erlebnis des Komischen, in Witz und Humor tritt sie auf, im künstlerischen Schaffen ist sie beteiligt, aber sie wirkt auch mit, pathologisches Erleben wie das des manisch-depressiven Irreseins und der Zwangneurose zu gestalten. (Rothschild, 1950) Es ist hier nicht nötig, auf die ausführliche Erläuterung verlangende biosemiotische Analyse dieser Krankheiten einzugehen. Ich erwähne sie nur, weil ich auf die von den Regulationen abhängigen, verschiedenartigen Verhältnisse des Ichs zu den Erlebnisvorgängen aufmerksam machen möchte.

Ich habe über die Wurzeln des Ichs in den intraorganismischen Kommunikationssystemen und deren Regulationen gesprochen, aber ich bin einer wichtigen Frage bisher aus dem Weg gegangen. Wir Menschen mit unserem weltoffenen bewußten Ich sind aus einer Übereinanderschichtung von Zeichensystemen unter zunehmender Verinnerlichung des in diesen Systemen kommunizierten Sinnes hervorgegangen. Bei unvoreingenommener Betrachtung dieser Tatsachen erscheint es ganz unwahrscheinlich, daß dieser Aufstieg von der sog. toten Materie zu lebenden Organismen und schließlich zu bewußten Menschen nur durch Zufälle der Genmutation und der Auswahl der bei der Fortpflanzung erfolgreichsten Arten zustande gekommen ist, wie es der Neodarwinismus annimmt.

Nach den durch ihre Ergebnisse begründeten Voraussetzungen der Biosemiotik beruht das Leben wesentlich auf Kommunikationsprozessen, und wenn man die parapsychologischen Erfahrungen einbezieht, müssen die psychophysischen Ausdrucks-, Mitteilungs- und Darstellungsrelationen schon im Ursprung der anorganischen Welt bestimmend gewesen sein. Als die Physiker feststellen mußten, daß die Materie nicht nur als Partikel sondern auch als Energiefeld erscheint, hatten sie im Grunde schon die Analogie zu dem Aufbau der intraorganismischen Kommunikationssysteme entdeckt. Die Energie als ein Feld der Möglichkeiten der Partikelbildung entspricht in ihrer Funktion der der Innensysteme, die gebildeten Partikel der Außensysteme. Nun verlangt Kommunikation Partner, zumindest in unserem Mo-

dell der Sprache, Sprecher und Hörer. Könnte die anorganische Materie schon ein Kommunikationspartner sein? Es lassen sich viele Tatsachen zur Begründung einer positiven Antwort anführen, wenn diese Antwort auch nur eine Deutung, d. h. Glauben und kein Wissen ist. Jedenfalls berechtigen die Tatsachen zu der Annahme, daß die Materie als Ausdruck, d. h. als sinnhaltige Kommunikation eines schöpferischen Prinzips entstanden ist und die in ihr verankerte und von uns als transzendente Bedingung der Möglichkeit der Zeichenprozesse vorausgesetzte transzendente Subjektivität sowohl das ursprüngliche Geschöpf als auch den Partner der schöpferischen Kommunikation darstellt. Nehmen wir weiter an, daß diesem geistigen Grund der Materie in seiner Schöpfung die Intention mitgeteilt wurde, das schöpferische Prinzip in analoger Weise darzustellen, dann verstehen wir die Evolution von der anorganischen Materie zum Menschen als eine steigende Anähnlichung an den Schöpfer. Gott schuf den Menschen als sein Ebenbild, heißt es in der Bibel. Aber auch uns erscheint der Mensch als ein Ausdruck der schöpferischen Intention in der Evolution; sein Ich setzt nur in seinem kulturellen Schöpfertum diese Intention fort. Zum Verständnis des Ichs, seiner Möglichkeiten und seiner Aufgaben gehört, daß man es in diesem Zusammenhang mit dem Evolutionsprozeß und der dort herrschenden Tendenz zur Entwicklung höherer Kommunikationssysteme sieht.

Ich glaube, daß diese Theorie der Aktualgenese des Ichs sich sehr gut mit den Ausführungen über die Beeinflussung des Ichs in der Therapie verträgt, die wir in der umfassenden Darstellung von *Ammon* und *Pohl* gehört haben. Aber ich möchte doch noch auf einen Aspekt hinweisen, der durch diese bio-semiotische Theorie der Evolution des organismischen Lebens bis zum Ich des Menschen besonders nahegelegt wird.

Zunächst muß das Ich für jede Psychotherapie wandlungs- und entwicklungsfähig sein, d. h. es muß lernen können. Dazu ist aber erforderlich, daß das Ich in der Verschmelzungsphase, d. h. in der Anfangsphase der Kommunikationsprozesse nicht durch die Schlaf- und Spielregulation gehindert wird, einen in Eindrücken erscheinenden oder nur innerlich sich anbietenden Sinn gebührend zu empfangen. Es kommt darauf an, die Menschen zu lehren, die Abwehrregulation des Schlafes gegen angst- und konflikterregende Erlebnisse und die unbekümmerte Willkür der Spielregulation dem Ernst der Wirklichkeit gegenüber nicht einzusetzen. Das läßt sich unter anderen Möglichkeiten dadurch erreichen, daß in jedem Erlebnis auch ein Kommunikationspartner gegenwärtig ist, demgegenüber sowohl die innere als auch die äußere Behauptung und damit auch jede Form von Aggressivität keine Ansatzmöglichkeiten findet. Tatsächlich gibt es eine Erlebniskategorie, die dieser Forderung entspricht: Es ist die Kategorie des Heiligen. Ich habe in einer früheren Arbeit (1977) näher ausgeführt, daß das Heilige nur als eine Komponente der Anfangsphase der Erlebnissvorgänge zur Wirkung kommt und sich innerhalb des Kommunikationsprozesses nicht entfremden, und d. h. nicht veräußerlichen und verdinglichen oder vergegenständlichen läßt.

Sein Erlebnis kann ungeheuer machtvoll, faszinierend und auch angsterregend sein und bleibt grundsätzlich ein Geheimnis, das man nicht lösen kann, ohne den Charakter des Heiligen zu zerstören. Das Heilige kann uns daher nur als Gefühl begegnen und kann nur durch die Innen- und nicht durch die Außensysteme vermittelt werden. Jeder Versuch, das Heilige als eine äußerliche Gegebenheit sicherzustellen, ist aussichtslos. Der Erkenntniswille kann es mit Leichtigkeit als grundlos und nicht beachtenswert deuten, oder richtiger gesagt, mißdeuten. Mit dem Gefühl des Heiligen kann jede Aktualgenese einer Kommunikation beginnen.

Was ich Ihnen als das Phänomen des Heiligen beschrieben habe, gehört natürlich zur Sphäre des Religiösen im Wesen des Menschen, und in bezug auf diese Sphäre sagt *Freud*, daß sie eine Illusion sei und keiner Realität entspreche. Diese Auffassung mag berechtigt erscheinen, solange wir den Begriff der Realität nur auf Vermittlung der Außensysteme anwenden. Aber das ist eine einseitige Ansicht und ergibt ein einseitiges Weltbild. Wenn wir die Ausdrucks- und Mitteilungsrelation als die einer psychophysischen Wirklichkeit angemessene Ursprungsrelation annehmen, dann kann auch eine reine Innensystemvermittlung eine echte Kommunikation sein und von einem zu dem Ich jenseitigen Kommunikationspartner zeugen. Gott als Schöpfer des Anfangs läßt sich nicht aufheben, auch wenn er sich der kausalen Wissenschaft entzieht. Die Aussage „Gott ist tot“ ist eine von den Erfolgen der naturwissenschaftlichen Methode induzierte Meinung, deren Geltung aber nicht über die Reichweite dieser Methode hinausreicht.

Ich bin demgegenüber der Ansicht, daß die Vertiefung in die biosemiotische Analyse aller Naturphänomene den Glauben an Gott als den Grund aller schöpferischen Möglichkeiten und damit auch der eigenen Existenz belegen kann (1977). Gott, repräsentiert im Heiligen, kann auf diese Weise wieder zu einem echten Du werden, dessen Partnerschaft während der Kommunikationen des Lebens immer wieder gegenwärtig werden kann und alle innere und äußere Behauptung, und vor allem Aggressivität, in der gläubigen Hingabe des Ichs auflösen kann.

The Roots of the Ego in the Communication Systems and their Regulations.

F. S. Rothschild

Some important aspects of the structure and the mode of operation of the ego can be demonstrated by analyzing how this centre of inwardness in the human being is mediated through the central nervous system. However, the mere facts of neurology do not suffice as a basis for understanding this mediating function. The point is to describe the dynamism of psychic processes as disclosed by *Freud*, in their connexion with central nervous processes. But

this cannot be done in the frame of the classical mentality of the natural sciences, because, in dealing with the psychophysical problem, a method called for which is unavailable within that frame. It is for this reason that *Freud* gave up trying to achieve a cerebral physiological foundation for his psychological insights.

For the understanding of psychic dynamics, a new and fruitful method of analyzing the central nervous mediating function has been developed: rather than starting from the natural sciences, one may set out from the humanities (Geisteswissenschaften), and specifically from semiotic, the science of signs. For actually, the brain is an organ of communication: it operates with signs; and experiencing comes about as the meaning of these communications.

In analyzing the brain as a sign system in the service of communication, it turned out that the mediation of ego-functions through this system cannot be understood unless due consideration is given to the significance of evolution for its organization. In the human central system there are parts connected with the peripheral body, that can be found already in the lower vertebrates; mammals already possess cerebral hemispheres that correspond to the human encephalon; but lastly there is the exclusively human development of a dominant cerebral hemisphere employed in conceptual thinking and the human language. These various modes of communication are now integrated into a unity of experiencing and of behaviour and they constitute the ego. In this, the muscular tonicity that goes with attitudes and postures of the body, plays an important role towards maintaining the unity between the body image and the actual body. The inner assertive forces regulating this tonicity are mediated through the cerebellum, and they combat any disturbances of that unity which forms the precondition of the unity of the ego with its body.

During sleep, this function of regulating the unity of the ego with its body is cancelled. This becomes apparent both in the slackening of muscular tonus when falling asleep, as well as in the detachment of the dreaming ego from its body. This regulation, by which the ego-functions are weakened, is also engaged in the genesis of psychopathological ego-phenomena.

The enhanced inwardness of life in the human ego, attained through a stratified superposition of communication systems, points to an implication regarding the evolution of these systems: a meaningfully communicative, creative principle expresses itself here and this may substantiate in new ways, the faith in God as the origin of the world process.

Literatur

- Ammon, G.* (1974): Psychoanalyse und Psychosomatik (München: Piper)
- Deutsch, F.* (1959): On the Mysterious Leap from the Mind to the Body (New York: International Universities Press)
- Penfield, W.* (1975): The Mystery of the Mind (Princeton: Princeton University Press)
- Rothschild, F. S.* (1950): Das Ich und die Regulationen des Erlebnisvorganges (Basel: Karger)
- (1958): Das Zentralnervensystem als Symbol des Erlebens (Basel: Karger)
 - (1959): Über die Symbolik der Strukturen mit psychophysischer Funktion. In: *Studium Generale* (12) 242–254
 - (1970): Eros and Thanatos in Human Evolution. In: *Israel Annals Psychiatry* 22–51
 - (1977): Gott und Welt in der Evolutionstheorie der Biosemiotik und des Teilhard de Chardin. In: Engadiner Kollegium „Wer, was und wo ist Gott?“ (Zürich: TVZ Verlag)

Adresse des Autors:
Prof. Dr. med. Friedrich Rothschild
Jerusalem 3
Redek Road
Israel

New Concepts on Teaching and Research of Dynamic Psychiatry**

Nicholas Destounis*

Der Autor stellt im folgenden seine Vorstellungen von einer Ausbildung für Dynamische Psychiater und die künftig an sie gerichteten Anforderungen vor, wie er sie in Forschungs- und Lehrtätigkeit in USA und Griechenland entwickelt hat.

Hierbei geht Destounis über ein individuumzentriertes Modell hinaus und bezieht ähnlich wie in der Berliner psychoanalytischen Schule umgebende menschliche und ökologische Faktoren mit ein. In der Ausbildung wird die Identität des künftigen Therapeuten einer gründlichen Analyse unterzogen und in Frage gestellt, um es dem Ausbildungskandidaten zu ermöglichen in seiner menschlichen und beruflichen Entwicklung ein neues Selbstverständnis zu entwickeln.

Wie an den Instituten der Deutschen Akademie für Psychoanalyse ist der Ausbildungskandidat von Anfang an in die Ziele der Forschungsprogramme und der Ausbildung miteinbezogen, wobei er vom Ausbilder die notwendige Unterstützung zur Reifung erfährt. Destounis fordert, die Ausbildung flexibel an die Anforderung der Zukunft und der veränderten Krankheitsbilder anzupassen.

„The future must be either much better or much worse than the past. Which it is to be I do not know, but those of you who are still young will know before very long.“

B. Russell

The profound impact of *S. Freud's* ideas upon our way of thinking in practically all aspects of life (psychology, sociology, social, anthropology, economics, religion, literature, politics, etc.), in my opinion, can be compared with *Darwin's* theory of evolution. And indeed, we must admit that these new ideas-concepts have deeply shaped the course of history.

It is because of *Freud's* invaluable contributions to the understanding of the apparatus of UCS, and to the psychodynamic concepts particularly in the interpretation and treatment of neuroses, characterological disorders, and disorders of ecological medicine (*Destounis*), that I call *S. Freud* a revolutionist of the human mind.

Before the genius work of *Freud*, the understanding of mental processes as dynamic phenomena was almost exclusively confined to works of art and philosophy. Undoubtedly, the normal and abnormal (pathological) processes have their physiological side, and even today, in 1977, there are still almost unknown functions of certain parts of the brain. Growth and biologic maturity are basic and fundamental attitudes of all living organisms. Howe-

* Prof. M. D., Ph. D. (Med.), F.I.C.P.M., M.R.C. Psych. Veterans Administration Hospital, Battle Creek, Michigan, U.S.A. Michigan State University College for Human Medicine, Department of Psychiatry, President, Hellenic Society of Psychosomatic Medicine

** Communication delivered at the IXth International Symposium of the Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP), Munich, June 10-14, 1977

ver, different social organizations require different leaders with a different degree of maturity and a special personality for a specific period of time.

Can honestly today any objective social and biological scientist admit that his work has not been influenced by *Freud's* revolutionary thinking?

When the dynamic influence of unconscious tendencies was discovered, the therapy then consisted in bringing the repressed psychological material into consciousness for evaluation, interpretation, and treatment.

In psychoanalytic therapy, our aims are at the reconstruction of the patient's personality through the expansion of ego's scope by making all the repressed material conscious. In addition, of course, the inevitable presence of transference, countertransference, dreams, resistance, etc., are being used constructively in order to bring about the desired therapeutic results.

Advances in our field have increased considerably the complexity of our work. The decade 1950–1960 opened new horizons in the treatment of the mentally ill, for the introduction of chlorpromazine and the concept of open policy hospital, revolutionized the whole of the field of psychiatry.

The era of 1960–1976 with its contributions to our discipline, particularly in the areas of research, psychopharmacology, neurophysiology, biochemistry, neurochemistry, learning theory, memory, endocrinology, etc., should be considered a historic one too.

I, therefore, feel that as we move towards new complex horizons in the battle against disease, our approach must become more scientific and pragmatic in relation to the biologic, genetic, physiological, socioeconomic, cultural, and psychodynamic changes which inevitably are taking place today in our cosmos.

I shall discuss my theoretical and philosophical concepts of a new post-graduate psychiatric educational-training and research program in dynamic psychiatry which, if introduced into the medical schools and institutes for psychiatry and psychonanalysis, on one hand it will be covering a *broad spectrum* of our field, and at the same time it will prepare all young psychiatrists to face the demands and responsibilities of the year 2000 on the other.

Thus, I personally believe that in this way we shall be in a better position to educate and prepare the future psychiatrist to understand the unity of the medical-psychodynamic interrelationship, and make him capable of recognizing, evaluating and treating the man as a unique psychodynamic and socio-cultural entity.

I must, however, stress here that despite the validity of the above-mentioned concept of a broad-spectrum educational program, in my opinion, its emphasis must be on the psychodynamics and interpretation of feelings, thinking, conflicts, acting out behaviour, etc., otherwise it will look as the practice of medicine in 1977 without an electronic microscope.

The psychodynamic forces operating in any psychiatric condition, regardless of the unconscious motivations which, in most cases, can be brought into consciousness through psychotherapy, are also being influenced, in my

opinion, by biological, chemical and neuro-endocrinophysiological, etc., processes.

Psychodynamics to me is the psychological experiences which make a difference in the subsequent behaviour of any human being in terms of growth, cultivation, etc.

In speaking of human experiences, I am referring not only to the passive endurance of the present and desire or dread of the future. My concept of human experiences includes also the active striving towards certain goals and objectives.

This active striving directed towards the future as either conscious desires, intentions and wishes, or as unconscious impulses, is one of the most important facts in distinguishing psychodynamic concepts from basic sciences.

In my opinion, the concept of psychodynamics and psychopathology is not identical. Ex: one may work psychodynamically with a "normal" individual in a psychotherapeutic setting.

In pursuing my concepts of psychodynamic psychiatry, I shall introduce also the following:

1. The exoteric-ecological forces which are in operation (loss of love object, fear of death, etc.).
2. The esoteric restrictive, permissive, punitive, and standard setting forces of the personality (system of values) called "Super Ego."
3. The instinct derivatives, drives, impulses, fantasies, called "Id."
4. The integrating, solution forming defense creating aspects of the personality, which can be called the "Ego" that is in contact with the exoteric cosmos and in contact with id and super ego. In other words, the ego is the master and most of the operating forces involved in the formation of the above-mentioned psychodynamic concepts are unconscious.

In addition, I shall discuss with you some of my psychodynamic concepts of distinguishing neuroses from psychoses.

1. Thus, in the psychotic the ego-functions are impaired in one or more spheres. The ego cannot cope with the exoteric cosmos, and as a result, it distorts the perceived information-data in order to maintain its integrity and mastery. The neurotic attempts to work out his conflicts within himself.
2. The psychotic seeks infantile pleasures (narcissistic, etc.).
3. The psychotic exhibits regressive infantile behaviour. He also expresses hostility and is using projection more than repression (used by the neurotic).
4. Anxiety is more predominant in the neurotic than in the psychotic, who shows much less guilt, shame, etc than the neurotic.
5. In the psychotic, there is a complete ego disintegration leading often into dangerous situations.
6. Under stress the psychotic may withdraw, whereas the neurotic will develop defensive symptom formation.

New concepts of teaching-training-research:

I have been always advocating that a student, to work effectively, must be competent in the basic principles, methods and theories underlying primarily two clinical disciplines, medicine and psychiatry, and to understand that the soma, as an open system of communication, is reacting to the exoteric cosmos and its ecological processes. This interaction, nevertheless, leads, very often, into the development of all kinds of psychological reactions whose nature and severity will depend upon the individual's capacity for adaptation, otherwise these changes will lead into a failure of the equilibrium, and as a result, the presence of illness. (*Destounis*)

As professionals, we are confronted with almost an impossible task, namely, to reach an agreement on:

1. standards of care of our patients
2. diagnostic criteria
3. minimum treatment methods for the mental illness

Nevertheless, I must stress here that, to me, the most important factor in order to treat correctly and effectively a patient, is not the diagnosis per se, but the recognition of all the socio-cultural and psychodynamic forces which are in operation leading into the development of illness.

Unfortunately, in many places in the U.S.A. the so-called pseudo-intellectual liberal faculty have done more harm to the trainees than the pseudopoliticians, by disassociating themselves from the traditional medical protypon, and as pseudo-socioreformers, have distorted psychiatry's role and responsibility. Undoubtedly, this has been done for their own personal-political gains. I would, therefore, propose that this kind of action and approach be considered deplorable, and I, personally, condemn it.

These "teachings" on the part of the above-mentioned faculty have made no contribution to the solution of socio-economic predispositions, etc., but on the contrary, their actions and their "megalioidis"* thinking have damaged the image and dignity of our profession-field in the eyes of our society.

In introducing, therefore, a comprehensive educational program one of the best ways is to take into serious consideration the following, which will determine either its success or failure:

1. The development of a new program, from its foundation, based upon new faculty, new goals and objectives, as well as new orientation.
2. The incorporation into the already established program, of additional faculty with new ideas and new orientation.
3. The introduction primarily of a new theoretical and psychodynamically oriented program with a flexibility for diversity.
4. The introduction of a new program which will enable the student to obtain a broad education and experience from psychoanalysis to molecular

* In Greek – delusions of grandeur

biology and community psychiatry, and thus giving him the opportunity to acquire knowledge, maturity, scientific growth and humanism.

5. In speaking specifically of research, I should like to stress here that the student must be exposed to the potential application of basic research to clinical psychiatric problems, which have never been so numerous and fruitful.
6. To generate, therefore, new knowledge during this period of the trainee's education, is the time to expend and invest in developing a complete program.
7. Since psychiatry has become, particularly in the last decade, an integral part of medicine, a special educational-training and research program should be introduced into the field of psychiatric liaison and consultation service. By developing this program, we offer the opportunity to the student to obtain skills and knowledge as related to multi-disciplinary research, and to therapeutic milieu.
8. In teaching the psychotherapeutic techniques and approach, I always stress to my trainees the necessity of developing the capacity of understanding, thinking, and feeling in terms of relating to another human being, which leads often into two processes: intellectual and empathic.
9. Special consideration is being given into the validity of how a student should be taught to develop his own research interests, and towards the completion of his education; he must be in a position to determine whether he will pursue clinical psychiatric research or research in relation to other medical disciplines (Research Fellowship).
10. Finally, it is of paramount importance to us to assist the student to develop a sense of responsibility for his education and future plans in general.

New concepts of faculty-trainee relationship:

To accomplish all these goals and objectives, in my opinion, the teacher should not "dominate" the student, but on the contrary, he (teacher) must furnish him with the best intellectual stimulation and integrity and thus leading him into a complete and total psychological maturation and growth.

Most of the trainees are confronted with an identity crisis. I, therefore, feel that the teacher should assist the student first to recognize it, and secondly, to overcome it by exposing him into his own system of values which will enable the trainee to obtain different roles in a milieu in which in the final analysis he will develop his own personal and professional identity.

The student, in his struggle to develop the above-mentioned identity, he very often poses the following logical question which I call, "where do they lead me syndrome?" If, therefore, the trainee receives no assistance, guidance, and understanding in order to be capable of overcoming his "confusion," he then inevitably becomes frustrated in the training, and at his teacher in particular.

The teacher, therefore, has an additional responsibility to the trainee, namely, to clarify for him the divisions of our field particularly in the areas of the historical developments, and the formation of the different "schools" of thought.

Furthermore, the teacher should assist the student to utilize his cultural, ethnic, and socio-economic background constructively, and at the same time, to make him increase his adaptability in order to confront the unavoidable changes, stresses and demands of our epoch.

From the very beginning, I, therefore, believe that the student must be exposed to the goals and objectives of the training-educational and research program, and be informed of what is expected of him at the completion and training.

I certainly also believe, that a degree of "identity crisis" is inevitable and, indeed, perhaps desirable in the process of psychological and professional maturation, scientific growth and identity formation.

Another task that the teacher has to face is the female student. It is my opinion that these trainees should receive special consideration since we are confronted with a changing role of women in our cosmos such as: self-esteem, assertiveness, ambitions, academic pursuits-goals, career opportunities, feminine and sexual identity.

In addition, I personally feel that motherhood, except for some women, may be rewarding to a fulfillment of their biologic and psychologic mission in life, plus a feeling of a creative potential, providing that they are stable and matured enough to accept the cultural patterns of reproduction which does not necessarily diminish their femininity.

Psychiatry, by its nature, places many stresses and demands on those who are on the way towards joining its ranks. The teacher, therefore, can contribute to or alleviate many of them, which if they are left unrecognized, can lead into psychological regression and depression with catastrophic consequences, namely, suicide (61 per 100,000 among psychiatrists, the highest suicide rate among physicians).

Summary-conclusions:

Advances in our field have increased the complexity and responsibility of our work. In view of these advances, new concepts in the education-training and research of a post-graduate psychiatric program were introduced.

The emphasis of this program was put, on one hand, upon the interrelationship between the medical-psychodynamic approach, and of the capacity of the trainee to recognize, evaluate and treat the man as a unique psychosocio-cultural entity, on the other.

In addition, an attempt was made to introduce new concepts concerning the faculty-trainee relationship in terms of resolving the students identity cri-

sis, and assist him in obtaining psychological maturity and professional growth.

In conclusion, the introduced new concepts on teaching and research of dynamic psychiatry into the medical schools and institutes for psychotherapy and psychoanalysis, are based on scientific and pragmatic approaches.

This approach and method reflects the author's philosophical concepts as related to the biologic, genetic, physiological, socio-economic, cultural and psychodynamic changes which are taking place today in our cosmos.

The responsibility lies with us to produce a scientific and compassionate psychiatrist in order to be able to face the new demands of the approaching year 2000.

Neue Konzepte in Lehre und Forschung der Dynamischen Psychiatrie

Nicholas Destounis

Der Autor beschreibt die Entwicklung zu neuen Ufern im Kampf gegen psychische Krankheit. Fortschritte auf diesem Gebiet haben die Komplexität der Arbeit erhöht. Auf diesem Weg muß nach Ansicht von *Destounis* der Ansatz wissenschaftlicher und praktischer in Bezug auf die biologischen, genetischen, physiologischen, sozio-ökonomischen, kulturellen und psychodynamischen Veränderungen, die in der Welt vor sich gehen, werden.

Destounis diskutiert sein neues philosophisches Konzept eines Postgraduierten-Ausbildungsprogramms in Dynamischer Psychiatrie, in dem vor allem der psychodynamische Gesichtspunkt eine große Rolle spielt. So soll der künftige Psychiater lernen, daß der Mensch eine einmalige psychodynamische und soziokulturelle Einheit darstellt. Die Ausbildung soll den Ausbildungskandidaten in die Lage versetzen, breitangelegte Erfahrungen zu machen und sich wissenschaftlich weiterzubilden.

Um all dies zu erreichen, ist es dem Autor wichtig, daß der Lehrer den Ausbildungskandidaten nicht dominiert, sondern ihm mit intellektueller Anregung und Integrität begegnet.

Die meisten Ausbildungskandidaten sind nach Ansicht des Autors in einer Identitätskrise. Der Lehrer sollte dem Ausbildungskandidaten dabei zur Seite stehen, sich eine eigene persönliche und berufliche Einheit zu erwerben.

Der Ausbildungskandidat sollte von Anfang an mit den Zielen der Ausbildung und der Forschungsprogramme vertraut gemacht werden und darüber informiert sein, was von ihm zum Abschluß der Ausbildung erwartet wird.

Der Autor glaubt, daß ein gewisses Ausmaß einer Identitätskrise unumgänglich ist, ja sogar erwünscht ist im Verlauf der persönlichen und beruflichen Reifung und Identitätsbildung.

Destounis hält es für angezeigt, ein spezielles Forschungsausbildungsprogramm zu entwickeln von Biochemie bis zur Epidemiologie und Ökologie, um den Ausbildungskandidaten mit dem notwendigen Wissen auszurüsten, das ihm die Bewältigung der Anforderungen unserer sich verändernden Welt ermöglicht.

Literature

- Destounis, N.* (1959): From Freud to Hippocrates. In: Psychiatric Communication (2)
– (1962): *S. Freud* – A Revolutionist of the Human Mind. In: Nova Scotia Medical Bulletin
– (1968): Human Values, Culture and Psychosomatic Medicine. In: Acta, Hellenica Neuropsychiatrica
– (1969): A Guide to the Use of Tranquillizers and Antidepressants. In: Acta Hellenica Neuropsychiatrica
– (1979): On Teaching Psychosomatic Medicine to Medical Students. Paper read at the 3rd International Congress of Psychosomatic Medicine, March 29–April 2, 1971, London (In Proceedings)
– (1974): Identity Crisis. Paper read at the Hellenic Society of Psychosynthesis, May, 1974 (Iatrologotechniki), Athens, Greece
Russel, B. (1921): The Impact of Science on Society (New York: Columbia University Press)

Author's address:
Prof. Nicholas Destounis, M.D., Ph.D.
12 Lykavittou Street
Athens 136
Greece

Darstellung einer Psychosentherapie unter besonderer Berücksichtigung des archaischen Identitätsverbots**

Dieta Biebel*

Psychosentherapie darf sich nicht dazu herabwürdigen, dem Patienten nur die eingeengte und negative Ersatzidentität eines medikamentös gebremsten psychisch Kranken anzubieten, wie es noch regelhaft in der Anstaltspsychiatrie geschieht. Das Identitätsverbot, dem diese Menschen unterliegen, wird auch nicht durch antipsychiatrische Bemühungen überwunden, in deren Rahmen dem Patienten ein künstlich geschaffener Freiraum angeboten wird, er aber innerlich unverändert bleibt.

Ammon hat mit seinem Ich-strukturellen und gruppendynamischen Konzept, das die Ich-Struktur des Therapeuten und im weiteren die Gruppenstruktur der Klinik in eine aktive und bewußte Korrespondenz zu der Ich-Struktur des Patienten bringt, eine humane und realisierbare Behandlungswissenschaft auch für psychotisch kranke Menschen entwickelt.

Seine Schülerin Dieta Biebel demonstriert in der vorliegenden Arbeit am Behandlungsverlauf eines kataton-schizophrenen Patienten, in welcher Weise es im Rahmen dieses Konzeptes möglich ist, einen psychotisch kranken Menschen mit seinem verinnerlichten, schweren Identitätsdefizit zu verstehen und dieses Lebensverbot in der Behandlung Schritt für Schritt aufzuheben.

Die Autorin leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Klinik der Psychosentherapie. In differenzierter und nachvollziehbarer Weise zeigt sie, wie der Therapeut in der Ich-strukturellen Arbeit solchen Kranken in besonderer und aktiver Weise gegenübersteht und sie in ihrem Nachholbedarf nach dem, was mit dem Wort „Beziehungsperson“ im tiefsten Sinne gemeint sein kann, annimmt.

Den Prozeß der nachholenden Ich-Entwicklung mit seinem zunehmenden Identitäts- und Strukturgewinn belegt die Autorin speziell und ausführlich am Beispiel kontinuierlicher Sprachentwicklung von den ersten rudimentären und zusammenhanglosen Ausdrücken bis hin zur entwickelten kongruenten und kohärenten Sprache.

Dem archaischen Identitätsverbot psychotischer Patienten wird in der Anstaltspsychiatrie mit einer starren, tendenziell strafenden Klinikstruktur entsprochen. Durch die Herausnahme aus der krankmachenden Realsituation, durch die starke Begrenzung und die Konkretisierung der archaischen Ängste wird das Ich der Patienten weitgehend entlastet, was in günstigen Fällen zur Reintegration führt (*Bettelheim, 1976*). Auf jeder psychiatrischen Station stellt sich ein psychodynamisches Kräftefeld her, das aus der unreflektierten Interferenz der Psychodynamik der Ärzte, des Pflegepersonals und der Patienten untereinander und aus den wechselseitigen Beziehungsgeflechten aller Beteiligten resultiert. Je kränker der Patient ist, desto stärker unterliegt er dem Zwang, seine internalisierte defizitäre Primärsituation zu reproduzieren, da er nur in dem Wieder-in-Szene-Setzen das ihm einzig mögliche Existenzgefühl erleben kann. Der Patient versucht deshalb, in

* Dr. med., Lehranalytikerin, Leiterin des Hamburger Lehr- und Forschungsinstitutes der DAP

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

Ärzten, Pflegepersonal und Mitpatienten die Gefühle zu provozieren, die seine Primärobjekte ihm gegenüber hatten. Dies ist als ein verzweifelter Versuch zu verstehen, der Desintegration, dem psychischen Tod, zu entgehen. Da aber Ärzte und Pfleger aufgrund des mangelnden psychodynamischen Verständnisses unreflektiert in der Gegenübertragung die Gefühle wie Wut, Sadismus, Ablehnung, Hilf- und Ratlosigkeit, Mitleid und Schuldgefühle mitagieren, kommt es in den psychiatrischen Krankenhäusern nicht zu einer Auflösung des Wiederholungszwanges.

In der Phase der scheinbaren Reintegration werden die Patienten häufig entlassen, ohne daß eine Wiedergutmachung stattgefunden hat, die der Patient aufgrund des pathologischen Treueverhältnisses zu verhindern bemüht ist (Pohl 1976). In der Trennung von der Klinik, dem Symbioseersatzpartner, erfolgt häufig die erneute Desintegration, wenn nicht die Medikamente in ihrer Funktion als Symbioseersatzpartner zur vorübergehenden Kompensation ausreichen. In der sehr eingeeengten negativen Ersatzidentität des medikamentös gebremsten psychisch Kranken versucht dieser, in der Anpassung an das archaische Identitätsverbot seiner Primärgruppe zu existieren. Der entscheidende Schritt, im Schutz der Klinik ein therapeutisches Bündnis herzustellen, wird so wegen des mangelnden psychodynamischen Verständnisses nicht vollzogen.

Die Lösung dieses Dilemmas, das seinen Ausdruck in der Drehtürpsychiatrie findet, kann daher nicht in einer Forderung nach mehr Personal und mehr Baulichkeiten bestehen, wie es die Enquête darstellt. Sie muß vielmehr in der Überwindung der fatalen Spaltung von Psychiatrie und Psychoanalyse bestehen, um den Ärzten und dem Pflegepersonal eine dynamisch psychiatrische Ausbildung zu ermöglichen, damit sie den Patienten als entwicklungsfähigen Menschen annehmen, sein Kranksein als Ausdruck und Folge der in der frühesten Kindheit erlebten Psychodynamik sehen und verstehen können.

Mit meinem Referat möchte ich einen Beitrag zur Behandelbarkeit chronisch schizophrener Patienten leisten. Am Therapieverlauf eines katatonen Patienten möchte ich die nachholende Ich-Entwicklung als einen Prozeß des Strukturgewinnes darstellen unter besonderer Berücksichtigung der Überwindung des archaischen Identitätsverbotes. Dies wird belegt an der schrittweisen Entwicklung einer kohärenten und kongruenten Sprache als Ausdruck der gewonnenen zentralen Ich-Funktion der Abgrenzung. In meinem Fallmaterial stütze ich mich auf die Krankenjournale der psychiatrischen Kliniken, auf Behandlungsberichte des früheren Hausarztes, auf Verlaufsprotokolle einer jetzt zwei Jahre dauernden, nicht abgeschlossenen Psychotherapie und auf ein ausführliches anamnestisches Gespräch mit der Mutter des Patienten.

Im Mai 1971 kam Herr K. das erste Mal mit akuter Psychose zur stationären Aufnahme in eine psychiatrische Landesnervenklinik. Er teilte dem aufnehmenden Kollegen mit, daß er Jesus Christus auf dem Weg zur auf-

gehenden Sonne ins Indianerland wäre. Dort müsse er ein Indianermädchen erlösen, das an einen Pfahl gebunden wäre. Auf dem Weg dorthin fürchtete er, von den sich verbiegenden Häusern und von den Menschen verschlungen zu werden. Aus Wut darüber müsse er auf die Autodächer steigen. Das mache ein so schönes knisterndes Geräusch. Am Tag darauf war der Patient stumm und starr und bot Zeichen von Katatonie. Die ständig seitlich abgepreizten Hände verblieben in der Position, in die der Kollege sie brachte. Als der Patient in den Wachsaal gebracht wurde, setzte er sich allen Anweisungen des Pflegepersonals scheinbar zum Trotz immer wieder auf das Bett eines sterbenden Mitpatienten, was zur Folge hatte, daß Herr K. in seinem Bett gefesselt wurde, wo er zu toben begann. Hohe Dosen Neuroleptika und Elektroschocks brachten eine leichte Besserung, so daß der Patient nach drei Monaten entlassen werden konnte. Vier Jahre lang war er, von seltenen Momenten abgesehen, in denen er einige Worte sprechen konnte, stumm und inaktiv. Er verbrachte seine Tage im Bett und wurde von seiner Mutter wie ein Säugling versorgt. Eine Wiederholung der Situation wie bei der Aufnahme in die psychiatrische Nervenklinik fand im Mai 1975 in meiner psychotherapeutischen Sprechstunde statt. Beim Erstinterview konnte er mir den oben beschriebenen Wahninhalt und sein Bedürfnis nach Hilfe mitteilen. Ab der zweiten Sitzung war er wieder stumm und starr.

Meiner Meinung nach ist das Verhalten chronisch schizophrener Patienten – sowohl die Katatonie als auch das bizarre Sprachverhalten – ein Abbild dessen, was dem Patienten aufgrund der gestörten Interaktion in der Primärgruppe an Entwicklung und Ausdruck noch möglich ist. Es entspricht dem internalisierten Identitätsverbot.

Wie *Günter Ammon* (1970) beschrieb, hängt die Ich- und Identitätsentwicklung eines Menschen von der Kommunikationsfähigkeit der umgebenden Gruppe ab. Sie hängt davon ab, wie die Gruppe die Bedürfnisse des Individuums versteht und befriedigt und wie sie sich über die Bedürfnisse und ihre Befriedigung verständigt. Wenn eine Ich-defizitäre Mutter ihr Kind in einer destruktiven symbiotischen Beziehung zur Kompensation ihrer eigenen großen Ängste benützt und ihm eine Befriedigung seiner Bedürfnisse und eine Abgrenzung nicht ermöglicht, bleiben weite Bereiche des Ichs des Kindes unentwickelt. Beim Kind resultieren strukturelle Ich-Defizite (*Ammon* 1973). Zu früh und überschießend entwickelt das Kind einzelne sekundäre Ich-Funktionen, z.B. die Sprache, die die Mutter aufgrund ihres Ich-Defizites zu ihrer eigenen Stabilisierung benötigt. Die Ich-Funktionen sind nicht integraler Bestandteil des Ichs auf dem Hintergrund einer gelungenen Symbiose. Ihre Funktionsfähigkeit ist an eine symbiotische Stütze gebunden, bei deren Wegfall das Ich desintegriert und aufgrund der mangelnden Abgrenzungsfähigkeit nach innen und außen von Nicht-Ich-Inhalten überschwemmt wird. Die in Abhängigkeit und zur Füllung der strukturellen Defizite der Mutter entwickelten Ich-Funktionen können dabei verlorengehen.

Die im Dienste der Mutter entwickelten sekundären Ich-Funktionen dienen dem Kind zur Abwehr der verschlingenden Symbiose. Daraus folgt, daß das Kind eine Abwehridentität entwickelt, die strukturell dem entspricht, was dem Kind trotz der Internalisierung des Lebensverbotes der Mutter bzw. der Primärgruppe an Entwicklung möglich ist. Aufgrund des archaischen Identitätsverbotes werden beim Kind die zentralen Ich-Funktionen, wie Ich-Autonomie, Ich-Identität, Ich-Integration, Ich-Abgrenzung, die die Mutter selbst nur fassadär mit Hilfe des Kindes zur Verfügung hat, nicht entwickelt. Hineingenommen in das kindliche unabgegrenzte Ich werden die Ängste, abgewehrten Bedürfnisse und Forderungen der Mutter. Das Kind befriedigt so die existentiellen Bedürfnisse der Mutter, für deren Erhaltung und Befriedigung es leben muß. Diese Ansprüche der Mutter führen auf seiten des Kindes zu Omnipotenzphantasien einerseits und, weil es zu deren Erfüllung nicht imstande ist, zu archaischen Schuldgefühlen und dem völligen Mangel an Selbstwertgefühl. Da ein Heraustreten aus der Symbiose von der Mutter und der Primärgruppe nicht gestattet wird, muß das Kind um das Leben in einem mörderischen Kampf rivalisieren, was zu extremen Existenz- und Verlassenheitsängsten und zu Wutgefühlen führt. Die permanente Frustrierung der existentiellen Bedürfnisse des Kindes führt nicht nur zu einer Arretierung der Ich-Entwicklung, sondern auch zu einer Deformierung. So wird z.B. die primär konstruktive Ich-Funktion der Aggression in destruktive Aggression verwandelt, die einer Wiedergutmachung entgegenwirkt.

Jeder Versuch der Abgrenzung ist begleitet von archaischen Ängsten, das Mit-Ich in der Symbiose, die Mutter, umzubringen. Daraus resultieren wiederum massive Schuldgefühle, die zur Selbstaufgabe führen, da die destruktive Symbiose als einzig ertragbare Lebensform immer wieder hergestellt wird. Der ständige Wechsel zwischen Fusionswunsch und Abwehr dieses Wunsches kennzeichnet die rasche Folge von Kontaktaufnahme und Kontaktabbruch dieser Patienten. Bei schizophren reagierenden Patienten kann dieser Wechsel so rasch sein, daß eine totale Kontaktlosigkeit nach außen und innen und damit eine totale Isolation des Patienten resultiert.

Meiner Meinung nach ist sie die direkte Folge der Internalisierung des Kommunikations- und Identitätsverbots der Primärgruppe. Sie ist auch die Folge der von *Bateson* und anderen 1956 beschriebenen, die schizophrenogene Familie kennzeichnenden Double-bind-Situation, die *Ammon* 1970 als das Zerreißen der Kommunikation im antagonistischen Gegensatz, z.B. einander ausschließender Forderungen, beschreibt. Daraus resultiert eine Spaltung zwischen dem rudimentär entwickelten Ich und seinen Bedürfnissen und Gefühlen und mehr oder minder entwickelten Ich-Funktionen, wie z.B. der sehr störanfälligen Sprache, die nicht mehr der direkten Kommunikation des Ichs mit dem Du dient. Vielmehr dient sie der Abwehr der verschlingenden Symbiose in einer Ich-losen fassadären Imitationssprache.

Der erste Schritt in der Therapie psychotischer Patienten ist, sie als entwicklungsfähige Menschen ernst zu nehmen, sie anzunehmen und Kontakt

herzustellen, indem alle die rudimentären Botschaften ihres Körpers und ihres Ausdrucks angenommen, verstanden und respektiert werden. Um so schwer Ich-defizitären Patienten Kontakt zu ermöglichen, ist es notwendig, sich die intensiven Gegenübertragungsgefühle bewußt zu machen und dem archaischen Lebensverbot dieser Patienten ein Stück weit zu entsprechen. In ständiger averbaler und verbaler Interaktion wird versucht, die Angst des Patienten abzubauen, den dauernden Kontaktabbruch zu akzeptieren, zu verstehen und schrittweise zu verhindern. Gleichzeitig ist eine flexible Handhabung der Therapie mit Hilfe der eigenen integrierten und kontrollierten Regression auf die Entwicklungsstufe des Patienten nötig, analog einer Schwangerschaftsregression, um die Bedürfnisse, die Ängste und die Frustrationsgrenze des Patienten zu erfassen und um seine Ängste möglichst klein zu halten. Für den Patienten muß sich der Therapeut exemplarisch abgrenzen und versuchen, ihm das Erlebte verbal zu vermitteln, sich darüber mit ihm zu verständigen und adäquat darauf zu reagieren. Wichtig ist ferner, daß der Therapeut die dem Patienten fehlenden Ich-Funktionen, bei dem beschriebenen Patienten besonders die Ich-Funktion der Abgrenzung und der Sprache, als Realperson zur Verfügung stellt. Durch die fortlaufende emotionale Korrektur, die dem negativistischen Selbstverständnis des Patienten immer wieder entgegenwirkt, entwickelt sich ein zunehmender Freiraum, in den hinein der Patient seine Ängste und Bedürfnisse mitteilen kann. Die daraus entstehende therapeutische Symbiose (Searles 1972) ermöglicht dem Patienten, schrittweise Worte zu bilden als Ausdruck einer beginnenden gesunden Abgrenzung im Gegensatz zum Mutismus, durch den der Patient seinen ihm einzig möglichen, pathologischen Abgrenzungsversuch von der verschlingenden Symbiose mitteilt. Die fortschreitende Auseinandersetzung mit dem Therapeuten führt zur Entwicklung einer kommunikationsfähigen Sprache als Ausdruck einer zunehmenden Ich-Strukturierung.

Bei dem eingangs erwähnten Patienten wurde das anfangs vereinbarte therapeutische Setting, zweimal wöchentlich 35 Minuten, je nach den Bedürfnissen des Patienten flexibel variiert. Die Häufigkeit der Sitzungen schwankte zwischen zwei und sieben pro Woche, wobei es in einer Phase wichtig war, mit dem Patienten während seiner Sitzungen spazieren oder essen zu gehen.

Das Äußere des 24jährigen Herrn K. war auffallend. Seine kindliche Statur war starr und eckig. Der Kopf war viel zu groß, er zeigte unbewegliche Mimik. Das einzig Lebendige waren seine großen, dunklen, sehr ausdrucksvollen Augen, die er jedoch meist niedergeschlagen hinter einer großen Sonnenbrille verborgen hielt. Gekleidet war er mit einem schwarzen, sehr schmalen langen Mantel, darunter trug er Kinderkleidung. Seine Bewegungen und seine Gangart waren abgehackt, steif, marionettenhaft. Am auffallendsten waren seine Hände, die er völlig unbeweglich wie Fischflossen vom Körper abgespreizt hielt. Zu Beginn der Sitzungen setzte sich Herr K. jeweils auf die Kante seines Stuhles und blieb dort bewegungslos sitzen. Die Mutter teilte

mir mit, daß er mit eineinviertel Jahren alles in vollkommenen Sätzen gesprochen hätte, daß er ein sehr braves, sehr anhängliches und sehr sauberes Kind gewesen sei. Bereits ab dem ersten Lebensjahr sei er ihr eine große Stütze in all ihren Nöten gewesen, besonders als sie ihren Mann wegen chronischer Schizophrenie und Alkoholabusus mit der Polizei ins Nervenkrankenhaus einweisen lassen mußte. Schon damals hätte sie alles mit ihm besprechen können. Vom 7. bis zum 10. Lebensjahr mußte der Patient wegen einer Wirbelsäulenverkrümmung im Gipsbett liegen. In der Pubertät begannen seine Sprachstörungen und verstärkten sich, als er die Mittelschule mit mittlerer Reife verließ. Im 21. Lebensjahr wurde er stumm. Auslösendes Ereignis war die Begegnung mit einem blonden Mädchen, in das er sich verliebte. Die ihm zur Verfügung stehende fassadäre Abwehrsprache ermöglichte es ihm nicht, sich mit diesem Mädchen über seine Gefühle zu verständigen. Gleichzeitig erlebte er, daß seine Mutter in dem Moment, als er ihr erstmals seine Angst mitteilen wollte, ihn aus eigener Angst zurückwies, wodurch sie die Umkehrung des Mutter-Kind-Verhältnisses aufrechterhielt. Vor diesem doppelten Verlassenwerden floh der Patient ins Indianerland, um als Jesus Christus das gefesselte Indianermädchen zu erlösen, das sowohl die Mutter bzw. die Freundin als auch ihn selber darstellte.

Ich erlebte die Mutter als überängstliche, überangepaßte, devote und hilflose Frau. Herr K. teilte mir im Erstinterview auf die Frage nach seiner Mutter nach langem Schweigen mit, daß sie die große Unbekannte im Hinterland sei. Sehr viel später meinte er, sie sei eine Tür, und wenn man sie öffne, sei nichts da, und daß sie ihn als graue Eminenz gesichtslos mit langem grauem Mantel und grauem Schlapphut vervielfältigt verfolge und daß ihre Stimme ihm immer zuflüstere: „Du mußt krank bleiben, Du darfst nicht erwachsen werden, Du darfst nicht weggehen“. Den Vater erlebte er als riesigen schwarzen Mann, dessen Entlassung aus der Nervenklinik er mit Todesangst befürchtete, da der Vater ihn umbringen wolle. Auf die geringste Zuwendung der Mutter dem Patienten gegenüber reagierte der Vater mit Tobsuchtsanfällen, wobei er die Mutter und manchmal auch den Patienten schlug. Die Mutter lag dann bewegungslos und ohne zu weinen mit offenen Augen am Boden. Anschließend zwang der Vater sie unter wüsten Beschimpfungen und mit ordinären Ausdrücken zum Geschlechtsverkehr. Große Erleichterung, aber auch ungeheure Schuldgefühle erlebte der Patient jedesmal, wenn sein Wunsch in Erfüllung ging und die Polizei den Vater abholte. In Identifikation mit dem Vater befürchtete er aber auch, daß die Mutter ihn beim geringsten selbständigen Schritt ebenso einsperren lassen würde. So ordnete er sich ihren Anpassungsforderungen total unter, gab sich ganz auf und wurde die Wachspuppe, die die Mutter haben wollte und ertragen konnte.

Der Patient kam jedesmal pünktlich zu den vereinbarten Sitzungen, wozu anfangs eine Bahnfahrt von sieben bis acht Stunden pro Tag nötig war. Ab der zweiten Sitzung saß der Patient ablehnend, stumm, von mir abgewandt,

mit dem Blick auf den Boden. Beim Kommen und Gehen gab er mir seine fischige Hand, ohne meine richtig zu berühren. Manchmal nahm er beim Gehen Blickkontakt auf.

Regressiv, identifikatorisch versuchte ich, seine Gefühle wahrzunehmen. Er vermittelte mir große Angst, Ablehnung, Mißtrauen, Abwehr, Mutlosigkeit, Resignation, große Verlassenheit, Hilflosigkeit, zwischendurch aber auch Hoffnung und Erwartung. Im Vordergrund stand die Ablehnung, die sich bei der geringsten Bewegung von mir, z.B. durch das Rühren einer Zehe oder durch ein etwas emotionaleres Reden oder durch eine Frage verstärkte, und die er mir durch Verdunkeln seines Gesichtsausdrucks mitteilte. Seine Ablehnung und seine Angst ließen nach, wenn es mir gelang, äußerlich und innerlich ihm genau die für ihn ertragbare schweigende Präsenz zu vermitteln oder ihn zu füttern, und zwar mit Klangfarbe, wobei der Sinngehalt der Worte eine ganz untergeordnete Rolle spielte. Ich empfand dann einen kurzen symbiotischen Kontakt, den er in den Sitzungen viele Male abbrach. Unter ständiger Kontrolle meiner intensiven Gegenübertragungsgefühle lernte ich, wie ein Seismograph auf die minimalen Veränderungen seiner Mimik und seiner Körperhaltung adäquat zu reagieren. Ich stellte ihm sein von mir intuitiv erfaßtes Erleben empathisch zur Verfügung und beendete dieses oder mein Schweigen oder die Fütterung mit Klang sofort bei der geringsten Veränderung. Dadurch erlebte er das erste Mal in seinem Leben, daß seine minimalen Äußerungen ihm erlaubt wurden, daß sie verstanden und beantwortet wurden, daß seine sehr geringe Frustrationstoleranz als seine Grenze akzeptiert wurde und daß ihm sein Symptomverhalten in Form von Mutismus und Katatonie als ihm einzig mögliche, wenn auch pathologische Form der Mitteilung, aber auch der Abgrenzung, zugestanden wurde. Ich erreichte damit, daß sich ein interpersoneller Raum zwischen uns entwickelte, in dem seine Angst immer mehr abnahm und der vorsichtig aufgenommene Kontakt länger werden konnte. Zum Dank brachte er mir zwei von ihm gemalte Bilder mit, einen angenagelten Fisch, der aus bunten rechten Winkeln bestand, und ein Bild vom bunten Kinderland, wo unter dicken regnenden Wolken die Sonne scheint; beides waren Symbole für ihn. Sehr viel später teilte er mir mit, daß er sich in dieser Zeit als einen angenagelten Fisch erlebt hätte, mich als eine in weiße Tücher eingewickelte Mumie mit starrem Gesicht. In der eingangs geschilderten Szene der Klinikaufnahme erlebte sich Herr K. im Indianerland als Heiland, der nun die irrationale Forderung seiner Mutter in der psychotischen Selbstaufgabe zu realisieren versuchte. Er hatte keinerlei äußere Realwahrnehmung mehr. Er mußte unbedingt den als Indianermädchen halluzinierten sterbenden Patienten retten, der auch die Mutter, die für ihn leben mußte, wie er für sie, darstellte. Aus Todesangst wegen der eigenen existentiellen Bedrohung, aber auch aus ohnmächtiger Wut über seine Hilflosigkeit – da er ja angebunden war, aber auch nie die Bedürfnisse seiner Mutter erfüllen konnte – tobte er.

Jede meiner Bewegungen hatte für den Patienten eine Bedeutung. So verstand er z. B. das Bewegen meiner Zehe als Zerstampftwerden von SS-Stiefeln. Die Wahrnehmung des Patienten entsprach zu dieser Zeit in der Rollen- umkehr- indem er, wie eine Mutter ihren Säugling, meine Körperäuße- rungen beobachtete – der koenästhetischen Kommunikationsweise einer frü- hen Symbiose (*Lampl-de Groot, 1967*). Sie ist daher ein Indiz für die präver- bale Stufe der Ich-Entwicklung dieses Patienten, die *Ferenczi* als die Periode der magischen Allmacht bezeichnete.

Auf der oben beschriebenen Basis gelang es dem Patienten, die therapeu- tische Beziehung als symbiotische Stütze anzunehmen, das therapeutische Setting als seinen Freiraum, seinen Platz zu akzeptieren und zu internali- sieren und als Ausdruck eines ersten Abgrenzungsschrittes durch Worte nach außen zu verteidigen. Ich hatte die Sitzungen in den Kindertherapie- raum verlegt. Als dieser einmal belegt war, reagierte er darauf mit großer Verstörung. Als ich für ihn wortstark den Ärger über die Vertreibung aus- drückte, stieß er bellend, abgehackt, laut und rauh seine ersten Worte her- aus: SS-Stiefel, Rost, Rasierklinge, Uterus, angenagelter Fisch. In der näch- sten Sitzung malte er nach langem Zögern, mich immer wieder fragend anse- hend, seine rechte Hand mit blauer Wasserfarbe an. Dann drückte er diese auf ein weißes Blatt Papier und klebte wieder nach langem Zögern mit grim- migem Gesicht dieses an die Wand. Lange in sich versunken schwieg er, dann schimpfte er mit unzusammenhängenden Hauptwörtern, die alle ge- waltamen Charakter hatten, gegen einen fraglichen gemeinsamen Feind. was mich daran erinnerte, wie Hunde ihre Hütten verteidigen.

Beim Zusammenbrechen der fassadären, in der destruktiven Symbiose entwickelten Abwehrsprache kann es zum Auftreten einer Art Einwort- sprache kommen: Die Patienten sprechen einzelne Worte aus, die anschei- nend einen hohen Symbolisationsgrad aufweisen, jedoch Repräsentanten des feindlichen Primärobjektes sind. Der logische Gehalt der Worte steht dabei oft in extremem Gegensatz zu der emotionalen Mitteilung. Die „Pseudo- symbolisation“ ist ein Ausdruck für das fragmentierte defizitäre Ich. Analog der Kommunikationsweise der frühen Mutter-Kind-Symbiose sind die Wor- te im Sinne von Einwertsätzen zu verstehen.

In dem ihm jetzt erlebbaren Freiraum – in dem die nachholende Ich-Ent- wicklung möglich wird – konnte er anfangen, seine Bedürfnisse wahrzuneh- men und mitzuteilen, selbst wenn es nur averbal durch Husten war, womit er mir sagte, daß er gefüttert werden wollte, und zwar mit Worten, deren emotionaler Gehalt immer noch wichtiger war als ihr Sinngehalt. Anschlie- ßend an eine solche Fütterung sagte er eines Tages: „Ich habe Hunger“, und aß mit gutem Appetit ein Butterbrot und trank Apfelsaft aus der Praxisküche. Von da an nahm er immer Wasser mit in die Sitzungen, zuerst nur für sich, dann auch für mich. Aufgrund der Internalisierung der therapeutischen Symbiose waren dem Patienten jetzt zunehmend Abgrenzungsschritte von mir möglich, die den Abgrenzungsversuchen eines kleinen Kindes entspra-

chen. Er kam auf mich zu und nahm Hautkontakt auf, in der Form des Händegebens, oder er lief weg in die hinterste Ecke des Raumes, oder er bot mir Wasser an und nahm es mir wieder weg und trank es aus, oder er gebrauchte Worte von mehr oder weniger aggressivem Inhalt. Ich mußte in dieser ganzen Zeit wie eine Mumie auf meinem Stuhl sitzen, da die geringste Bewegung meinerseits sofort zu einem Verstummen und Erstarren seinerseits führte. Ich fühlte mich körperlich von seiner averbalen Wut und Angst, von seinem negativistischen Mißtrauen und seiner Ablehnung gleichsam wie in eine Zwangsjacke gesteckt. Sie auszuhalten und durch empathische menschliche Zuwendung zu überwinden, ist meiner Meinung nach von zentraler Bedeutung in der Psychotherapie.

In dieser Phase des therapeutischen Prozesses träumte der Patient seinen ersten Traum: Eine Bürgermeisterstochter trug auf dem Kopf eine wassergefüllte Plastikugel, in der ein nackter Embryo schwamm, der herauswinkte. Ich meine, daß er damit auf einer der Ebenen des Traumes ein Abbild seiner derzeitigen embryonalen Entwicklung mitteilte.

Träume und Bilder enthalten meiner Meinung nach metaphorische Mitteilungen über den Ich-Zustand des Patienten, der in ihnen das verinnerlichte Identitätsverbot darstellt. An der Veränderung dieser Bilder läßt sich die schrittweise Entwicklung von Ich-Struktur ablesen: Die Entwicklung des Ich-Gefühls vom angenagelten Fisch zum winkenden Embryo entspricht einer beginnenden Aufweichung des Verbots der Primärgruppe, lebendig zu sein.

In dem Wir-Gefühl symbiotischer Verschmelzung mit der Mutter war er anfangs der, der sie heil macht und machen muß, der Heiland; seinem eigenen Ich-Gefühl entsprach der tote Fisch.

Der Traum psychotischer Patienten stellt nicht den Konflikt des Patienten mit dem internalisierten Objekt dar, ebensowenig ist das Identitätsverbot eine Instanz als Folge verinnerlichter Ver- und Gebote von seiten der Objekte, vielmehr repräsentiert es eine Unabgegrenztheit als Folge der destruktiven Symbiose.

Außerlich fing der Patient an, sich zu verändern. Gesicht und Figur wurden weicher, die Bewegungen nahmen zu, der schwarze Mantel, den er in Identifikation mit seinem Vater – den er als riesigen schwarzen Mann halluziniert hatte – getragen hatte, verschwand, die Kleidung wurde erwachsener. Die Erfahrung, sich abgrenzen zu dürfen, führte zu einer reiferen, interpersonellen, symbiotischen Beziehung, in der er erstmals freundlichere Wortverbindungen schuf, sowohl schriftlich als auch verbal. In stereotyper Wiederholung malte er in verschiedenen Farben seitenlange einzelne Worte, wie Liebe und Sonne, und verband sie mit anderen. Mit ebenso stereotypen Worten, z. T. Wortschöpfungen, begann er jede Sitzung. Mir schienen sie ein Ersatz der verlorengegangenen körperlichen Starre, ein reiferer Versuch der Abgrenzung zu sein. Dabei fiel auf, daß die Hauptwörter mit Eigenschaftswörtern und Verben verbunden wurden, z. B. Sonnegelb, Sonneblau,

Sonneleuchtend, Sonnelieben, Sonnehassen. Sie gingen über in Kanonaden von stereotypen Beschimpfungen seiner Mutter, meist sexueller Art, z. B. angenageltes Genitale, angefesselt am Brunnen, Mutter Hure, die er wütend hervorstieß, während er aggressiv im Zimmer herumstampfte, immer eine gewisse Distanz zu mir einhaltend.

Bei schwerer Belastung verfiel er wieder in seine Sprachlosigkeit und verlangte durch Husten Fütterung, was ich als einen Ausdruck dafür verstand, wie störanfällig sein Selbstvertrauen noch war. Dabei war eine deutliche Korrelation zwischen der Frustration und der gewählten Sprachebene festzustellen und letztere konnte als Indikator seiner zunehmenden Frustrationstoleranz benutzt werden. Die therapeutische Symbiose war aber schon so tragfähig geworden, daß Herrn K. erstmals eine Trennung von seiner Mutter möglich war und er nach München umziehen konnte. Die Sitzungen, die jetzt viermal pro Woche stattfanden, liefen stereotyp so ab, daß er zu Beginn in einem abgehackten Wortsalat schimpfte. Zunehmend konnte er dann überraschend klar über seine fürchterliche Kinderzeit, anfangs in verstümmelten, dann in immer vollständigeren Sätzen sprechen. So äußerte er z. B., daß ihn die Mutter nicht hatte wachsen lassen, daß sie ihm nur einen einige Quadratmeter großen Boden in der Küche neben dem Herd zugestanden hatte, daß sie ihn immer verschlungen hätte, daß er für sie ein toter siebenjähriger Schulfreund sein und bleiben mußte, den er oftmals um seinen Tod beneidet hätte.

Er berichtete von einem Bild, das er in sich sah: Er selbst ganz winzig, aber voll ausgebildet und bunt angezogen, saß außen auf einer riesigen grauen Höhle, an der er sich festzuhalten versuchte. Die Höhle bezeichnete er als seine Mutter, sein krankes Ich. Es fanden jetzt ständig Streitgespräche in ihm statt zwischen seinem gesunden und seinem kranken Ich. Die akustischen und optischen Halluzinationen verschwanden.

Weitere Fortschritte in der Therapie zeigten sich darin, daß er als Ausdruck des Kontaktes mit mir, mich real wahrzunehmen begann und mich beschreiben konnte, mir aber auch seine Ängste mitteilte, daß ich seine Mutter wäre und ihn verschlingen würde. In der Gegenübertragung erlebte ich, daß er ganz winzig in seinem Sessel wurde und ich das Gefühl bekam, riesig zu sein. Dem internalisierten Identitätsverbot folgend versuchte er, mich immer wieder zu seiner Mutter zu machen.

Den therapeutischen Freiraum testete der Patient analog dem Probehandeln eines Kindes immer wieder aus und stellte ihn in Frage. Als ich sein destruktives Ausagieren in der Realsituation strukturierend einschränkte, konnte er sich erstmals direkt verbal mit mir auseinandersetzen. Zunächst äußerte er seine Wut und sein Problem verschlüsselt in tabuisierten Wörtern. Dadurch, daß ich die Wörter annahm und verstand, wurde es dem Patienten möglich, sich zunehmend in kongruenten Sätzen mitzuteilen. In der Auseinandersetzung erlebte er fürchterliche Bauchkrämpfe zu Beginn der Sitzungen. Er fühlte den Zwang, die tabuisierten Worte auszusprechen. Es waren

aggressive, sexualisierte Symbole für früher erlebte Situationen. Er stampfte gequält hin und her, bis er das Wort gleichsam gebären konnte, z. B. käseln oder Pimmel. Käseln bedeutet umgangssprachlich Streit zwischen Kindern, die sich mit käsigen Füßen treten. Für ihn bedeutete es den häufig unter brutalen Umständen miterlebten Verkehr der Eltern, und zwar das mit den Genitalhaaren der Mutter verklebte Ejakulat des Vaters. In der therapeutischen Situation bedeutete es seinen großen Wunsch und die Abwehr dieses Wunsches, mit mir in sadistischer Weise zu schlafen, was synonym war damit, mich umzubringen, und was seine Wut ausdrückte, daß ich ihn nicht verschlinge, daß ich nicht seine Mutter war.

Ich fühlte in diesen Sitzungen, bis er sprechen konnte, seine mörderische, eiskalte Wut, die auszuhalten mir sehr schwerfiel. Nachdem er in vielen Sitzungen erlebt hatte, daß ich seine furchtbaren Gedanken und seine Wut annahm, sie verstand und aushielt, und daß es möglich war, darüber zu sprechen, überraschte er mich in einer Sitzung damit, wie ein Gockel zu krähen und anschließend wie ein Indianer in immer lauterem Tönen zu schreien. Dann sang er erstmals in seinem Leben mit ganz zarter Stimme das Caprifischerlied „Wenn auf Capri die rote Sonne im Meer versinkt“. Glücklicherweise wie ein beschenktes Kind ging er aus dieser Sitzung. Sie hatte für ihn bedeutet, leben zu dürfen. Er hatte den Eindruck, der erste Reifen seines Fasses, in das seine Mutter ihn immer getaucht hatte, sei geplatzt, der Kopf sei frei, ein erster Sieg seines Ichs über das archaische Lebensverbot seiner Mutter. Von da an änderte sich sein Aussehen, er wirkte lockerer, zog sich erwachsener an und ließ die Haare wachsen, was ihm seine Mutter immer verboten hatte. Er baute sich einen Kreis von Freunden auf, mit denen er sich verbal auseinandersetzen konnte.

In einer Sitzung teilte er mir in einem eigenartigen Singsang – den ich aus den Gesprächen mit seiner Mutter kannte, mit der ich in Analogie zur simultanen Kinder-Elterntherapie begleitende Ich-stützende Gespräche geführt hatte – mit monotoner Stimme mit, daß er die Therapie abbrechen müsse, daß er zurück zu seiner Mutter müsse. Als ich ihn auf die eigenartige Sprechweise ansprach, konnte er mir mit seiner eigenen neuen, klaren Sprache mitteilen, daß er wütend auf mich wegen der bevorstehenden Trennung wäre – ich mußte für vier Tage verreisen –, daß eben aber nicht er gesprochen hätte, sondern seine Hülle, seine Mutter.

Im weiteren therapeutischen Verlauf wurde diese Hülle in Identifikation mit mir durch die Imitation meiner Sprache ersetzt, mit deren Hilfe er sich zu Beginn und am Schluß der Sitzungen von mir abzugrenzen versuchte. In deren Schutz und nach Überwindung seiner Angst konnte er sich in seiner Sprache und in kongruenten Sätzen mit mir über seine Bedürfnisse verständigen und sich aggressiv mit mir auseinandersetzen. In dem Maße, wie ihm dies gelang, wurde auch die Spaltung zwischen Worten und Emotionen aufgehoben. Gleichsam von innen her wurde die Sprache mit Ich-Inhalten aufgefüllt und seine Hülle überflüssig. Anstelle der Stimme der Mutter in sich

hörte er zunehmend meine Stimme, die ihm meine Sätze wiederholte, mit denen er sich auseinandersetzte und mit deren Hilfe es im gelang, seine Verlassenheitsängste zu überwinden. Alle Therapeuten unseres Ausbildungsinstitutes, die er von Anfang an als freundlich umgebende Gruppe erlebt hatte, konnte er jetzt differenzierter als Realpersonen wahrnehmen und konnte deren momentane psychische Verfassung haarscharf schildern. Aufgrund der durchgearbeiteten Trennung war es ihm erstmals möglich, einen vierzehntägigen Urlaub, ohne psychotisch zu werden, bei seiner Mutter zu verleben und sich verbal von ihr abzugrenzen. Ich meine, daß damit deutlich wird, daß der Patient im Verlauf seiner Therapie aufgrund der Internalisierung der therapeutischen Symbiose begann, sich schrittweise als ein Mensch im eigenen Recht abzugrenzen und damit schrittweise das Lebensverbot der Mutter zu überwinden, was sich besonders an der Entwicklung der autonomen Ich-Funktion einer integrierten und kommunikativen Sprache belegen läßt.

On the Therapy of a Psychotic Patient with Special Regard to the Archaic Ego-Structure

Dieta Biebel

In institutional psychiatry the archaic super-ego of psychotic patients finds its correlate in a rigid, sometimes punitive clinic structure. Through removal from the actual pathological situation, and through the severe limitation and concretisation of archaic fears, the ego of the patients is largely relieved, which in favourable cases leads to reintegration. However, in the psychodynamic force field which on every ward results out of the unexamined interference of the psychodynamics of doctors, nursing staff and patients, and the web of relations among them, the patients helplessly act their psychopathology. This is to be understood as a desperate attempt, by psychodramatically reproducing the internalized primary group situation, to escape desintegration, the death of the psyche. The psychopathology of acute psychotic conditions thereby manifests itself as identification with the hostile archaic super-ego, and extensive relinquishment of the ego-functions developed in dependence on a symbiotic support. In doctors, nursing staff and fellow patients intense feelings of rejection, anger, pity, helplessness, perplexity and guilt are provoked which are acted out without due consideration.

The therapy of a chronically schizophrenic, catatonic patient serves to present ego-development as a process of acquiring personality structure, with special regard to the alteration of the archaic super-ego. This process is demonstrated in the gradual development of a coherent and congruent language as an expression of the acquired central ego-function of demarcation.

The author sees the behavior of schizophrenic patients – the catatonia as well as their bizarre speech-behavior – as the reflection of the development and expression of which the patient, on the basis of a disturbed interaction in the primary group, is nevertheless still capable. This behavior is a sign of the internalized prohibition of identity. As an expression of the resulting internal and external isolation of schizophrenics, the ego-less language produced for the mother serves not as a mean of communication but rather of a defence against a threatening symbiosis.

The first step in the psychotherapy of psychotic patients consists of utilizing the intense transference feelings brought to awareness to correspond to the hostile archaic super-ego. In this way a refuge, based on a real relationship, and in which an increasingly object-related discussion and ego-structuring process can take place, is made available to the ego-deficient patient, who must be taken seriously as a person capable of development. In this connection, a decisive factor is that the therapist, as personification of the patient's archaic super-ego and as actual person accepts the archaic aggression and fears of the patient, endures them and reacts sympathetically to them. Thus the patient is for the first time given the feeling that his needs and their fulfillment are admissible and accepted. The continual process of examining and comprehending through verbalisation of non-verbally manifested needs leads to a gradual alteration of the super-ego. Through the constant discussion of needs and emotions, especially of anxiety and anger, the dissociation of language and feeling is overcome. In this way language is filled with ego-content from within.

Literatur

- Ammon, G.* (1968): Die "schizophrenogenic mother" in der Übertragung. In: *Dyn. Psychiat.* (1) 34
- (1969): Oralität, Identitätsdiffusion und weibliche Homosexualität. In: *Dyn. Psychiat.* (2) 63
- (1970): Ich-Struktur und Gesellschaft: Zur psychoanalytischen Kulturtheorie. In: *Dyn. Psychiat.* (3) 65
- (1973): Die Psychodynamik der Psychosen, der Symbiosekomplex und das Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten. In: *Ammon, G.*: Dynamische Psychiatrie (Darmstadt und Neuwied: Luchterhand)
- (1975): Ich-psychologische und gruppenspezifische Aspekte der psychoanalytischen Gruppentherapie unter besonderer Berücksichtigung psychotischer Strukturen. In: *Ammon, G.*, Hrsg.: Psychotherapie der Psychosen (München: Kindler)
- (1978): Destruktion und Autorität: Eine psychoanalytische Studie. In: *Dyn. Psychiat.* (11) 308
- Bateson, G.; Jackson, D. D.; Haley, J.; Weakland, J. W.* (1956): Towards a Theory of Schizophrenia. In: *Behav. Science* (I) 251–264
- Bettelheim, B.* (1975): *Der Weg aus dem Labyrinth – Leben lernen als Therapie.* (Stuttgart: Deutsche Verlagsanstalt)
- Ferenczi, S.* (1909): Introjektion und Übertragung. In: *Bausteine zur Psychoanalyse*, Bd. 12 (Bern und Stuttgart: Huber)
- (1913): Entwicklungsstufen des Wirklichkeitssinnes. In: *Bausteine zur Psychoanalyse*, Bd. 1 (Bern und Stuttgart: Huber)

- Lampl-de Groot, J.* (1967): Die Zusammenarbeit von Patient und Analytiker in der psychoanalytischen Behandlung. In: *Psyche* (21) 73–83
- Pohl, J.* (1976): Die narzißtische Funktion des Zwanges. In: *Dyn. Psychiat.* (9) 369
- Searles, H. F.*, (1972): Über die therapeutische Symbiose. In: *Dyn. Psychiat.* (6) 373–382

Adresse der Autorin:
Dr. med. Dieta Biebel
Heilwigstr. 45
2000 Hamburg 20

Ich-strukturelle Untersuchungen bei Migräne-Patienten – Ein Beitrag zur Theorie der Psychosomatik im Rahmen der Dynamischen Psychiatrie**

Christine Bott*

Die Diskussion der vorliegenden psychoanalytischen Erklärungsmodelle ergibt divergente Auffassungen zur Pathogenese der Migräne, die entweder als Ausdruck eines neurotischen Konfliktgeschehens oder als Ergebnis einer nicht näher beschriebenen präödiptalen Störung erklärt wird (Sperling).

Anliegen dieser Arbeit ist es, am Beispiel des Symptoms Migräne die Frage nach der Spezifität einer psychosomatischen Symptombildung auf der Grundlage der wissenschaftstheoretischen Konzeption der Dynamischen Psychiatrie Ammons zu untersuchen.

Im Unterschied zu traditionellen Ansätzen der speziellen Psychosomatik, die Symptome bestimmten Krankheitsbildern bzw. bestimmten Persönlichkeitspathologien zuordnen, wird hier das psychosomatische Symptom auf seine psychodynamische und Ich-funktionale Bedeutung hin untersucht, und damit in den Bezugsrahmen der Dialektik von Ich und Gruppe gestellt. Anhand empirischer Ergebnisse wird gezeigt, daß Migränekranke qualitativ und quantitativ verschiedene Ich-strukturelle Störungen aufweisen, daß die Symptomwahl jedoch mit spezifischen Aspekten einer pathogenen Primärgruppendynamik, die sich in spezifischen Aspekten des Ich-Defizits abbilden, in Beziehung gesetzt werden kann.

In der psychoanalytischen Literatur herrscht Übereinstimmung bezüglich der Aktualgenese des Migränefalles, der symptomatologisch gekennzeichnet ist durch Flimmerskotom, meist halbseitige Kopfschmerzen, extreme Reizempfindlichkeit und Erbrechen aus abgewehrter Aggression. Dabei wird eine Verbindung zur Epilepsie hergestellt – Migräne kann epileptische Anfälle ersetzen – die Freud als „unkoordinierte Kurzschlußentladung destruktiver Impulse“ erklärte (Alexander, 1951).

Alexander beschränkt sich in seiner Untersuchung spezifischer kausaler Determinanten auf die Aggression, die im Unterschied zu anderen psychosomatischen Erkrankungen autoaggressiver Genese bei Migränekranken bereits in der Vorstellungsphase gehemmt sei. Eine Reihe von Autoren (Wolff, 1963; Beyme, 1966) beschreiben die zwanghafte Persönlichkeitsstruktur des Migränepatienten, die durch überhöhten Leistungsanspruch, perfektionistischen Ehrgeiz und exzessive Konkurrenzhaltung gekennzeichnet sei, Fromm-Reichmann sieht die Symptomatik in feindseliger intellektueller Rivalität und den daraus resultierenden Schuldgefühlen begründet.

* Dipl.-Psych., Lehranalytikerin am Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), München

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

Die neurophysiologischen und phänomenologischen Daten, die psychodynamischen Teilaspekte und die Relationssetzungen von Symptomatik und charakterologischen Konstanten innerhalb dieser Erklärungsmodelle stehen jedoch unverbunden nebeneinander, da von einer symptomorientierten Diagnostik ausgehend, isolierte Untersuchungen der Libidofixierung und der triebpsychologisch konzipierten Aggression angestellt werden.

Obwohl bereits *Touraine* und *Draper* (1934) bei Migräne-Patienten „eine übertriebene Abhängigkeitsbindung an die Mutter, von der sie sich niemals lösen können“, feststellten und *Jores* (1973) eine tiefe Unsicherheit und Beziehungslosigkeit dem eigenen Körper gegenüber beobachtete, wird die Symptomatik von diesen Autoren neurosenpsychologisch nach dem Modell der Konversion oder als psychovegetative Störung nach dem Modell der psychosomatischen Symptombildung begründet, die schließlich auf hereditäre bzw. konstitutionelle Momente, das sog. „somatische Entgegenkommen“ *Freuds* (1909) rekurren.

M. Sperling (1968) trifft dagegen folgende interessante Feststellung: Sie bezeichnet die Entwicklung psychosomatischer Symptome von acting-out-Patienten mit präödigalem Konflikthintergrund als „somatisches Agieren“, das sie als Ausdruck und Abwehr von Abhängigkeits- und Verlassenheitsängsten versteht.

Diese werden gerade im Rahmen der Therapie manifest, da der Analytiker erlebt wird als ein Objekt, das sich der omnipotenten Kontrolle dieser Persönlichkeitsstrukturen, die nur zu fetischhaften, partiellen Objektbeziehungen fähig sind, entzieht. Sie beobachtete bei einem Patienten offenes hypomanisches Agieren im Wechsel mit schweren Migräneanfällen, die sie als Selbstmord-Äquivalent und als Abwehr unerträglicher Depression versteht. Damit verweist sie auf eine frühe Schädigung innerhalb der Mutter-Kind-Beziehung. *Greenacre* (1947) hat das Flimmerskotom bei Migränpatienten mit dem mit Kopfschmerz verbundenen Lichtschock bei Kleinkindern, den sie mit Anfängen der Über-Ich-Entwicklung in Verbindung bringt, verglichen.

Ich möchte im Folgenden den weiteren theoretischen Bezugsrahmen meiner Arbeit kurz umreißen.

Die Untersuchung der divergenten Auffassungen zur Pathogenese der Migränesymptomatik aus einem neurotischen Konfliktgeschehen einerseits, aus einer nicht näher beschriebenen präödigalen Störung andererseits (*Sperling*, *Greenacre*) ist insofern von wissenschaftlichem Interesse, als dabei beispielhaft die Ich-funktionelle und psychodynamische Bedeutung einer psychosomatischen Erkrankung innerhalb der den verschiedenen Krankheitsbildern zugrundeliegenden Ich-strukturellen Schädigungen herausgearbeitet werden soll.

Ammon hat im Rahmen der wissenschaftstheoretischen Konzeption der Dynamischen Psychiatrie eine grundlegende Revision der traditionellen

symptomorientierten Nosologie und triebpsychologischen Psychodiagnostik vorgenommen und gezeigt, in welcher Weise die Indikation zu spezifischen therapeutischen Handlungsweisen eine Diagnostik der Ich-Struktur anhand ihrer primären, zentralen und sekundären Funktionen voraussetzt. Dabei wird das Symptom, hier die psychosomatische Erkrankung, unter dem Aspekt der Identität, d. h. der Dialektik von Ich und Gruppe untersucht und in einen persönlichkeitsumfassenden Bezugsrahmen gestellt. Das psychosomatische Symptom ist eine Bildung des Ichs zur Kompensation seiner strukturellen Defizite. Die Ich-Struktur ist das Ergebnis der internalisierten Psychodynamik der interpersonellen Beziehungen innerhalb aller lebensgeschichtlich prägenden Gruppen, besonders der Primärgruppe.

Im Rahmen dieser Ich- und Gruppentheorie eines gleitenden Spektrums psychischer Erkrankungen erhält die Frage nach der Spezifität einer Symptombildung eine veränderte Bedeutung; sie beinhaltet nicht die Erfassung einer Krankheitseinheit als Entität, die sich an ihren Symptomen oder Symptomkomplexen ausweist. Sie beinhaltet hingegen die Suche nach spezifischen Merkmalen pathogener Konstellationen in ihren Konsequenzen für spezifische Schädigungen in der Organisation der Ich-Struktur und des dynamischen Gefüges der Ich-Funktionen.

Die Bedeutung der Konzeption eines gleitenden Spektrums psychischer Erkrankungen und speziell psychosomatischer Erkrankungen kann über die Ich-strukturelle Untersuchung von Migräne-Patienten insofern beispielhaft deutlich gemacht werden, als diese Symptomatik sowohl bei eher neurotisch erscheinenden sowie Borderline-Patienten und Patienten mit präpsychotischer Persönlichkeits-Struktur vorkommt.

Dies möchte ich im Folgenden aufzeigen anhand der Diskussion um Konversion und Psychosomatik im engeren Sinn.

Wie *Ammon* (1974) ausführte, wird im psychosomatischen Symptom das böse Objekt nicht – wie im Konversionssymptom – symbolisiert, sondern abgewehrt, wobei die Abwehr den eigenen Körper benutzt, weil eine Abgrenzung gegenüber dem bösen Objekt auf der archaischen Ebene der Körper-Ich-Entwicklung nicht erfolgen konnte.

Pohl (1972) hat eine Beziehung im Sinne einer gleitenden Skala zwischen dem narzißtischen Defizit psychosomatischer Symptombildung und der Konversionssymptomatik in folgender Weise hergestellt: Das von *Freud* sogenannte somatische Entgegenkommen ist ein in den primären Objektbeziehungen erworbener narzißtischer Defekt des Körper-Ichs. Im Konversionssymptom dient die narzißtische Wunde der Darstellung ontogenetisch späterer Konflikte eines partiell progredierte und mehr oder weniger verdrängungs- und symbolisationsfähigen Ichs; die Konversionssymptomatik hat damit reparativ integrative Funktion für eine archaische Ich-Störung. Daher wird das psychosomatische Symptom entsprechend der Ausprägung der primär narzißtischen Schädigung und Entwicklung der Ich-Funktionen der Verdrängung und Symbolisierung in Abhängigkeit vom

Zustand der Ich-Grenzen durch einen organpsychotischen und einen organ-neurotischen Anteil bestimmt (*Pohl*, 1976).

Damit ist eine Beziehung im Sinn einer gleitenden Skala zwischen Psychosomatik und Konversion hergestellt.

Dazu kommt noch ein weiteres:

Die primäre narzißtische Schädigung auf der Körper-Ich-Ebene betrifft auch eine Entwicklung der Sexualität, da der Identitätsentwurf (*Lichtenstein*, 1961) der Mutter für das Kind, der den ersten interpersonellen Bezugsrahmen der Ich-Entwicklung bildet, bereits vorgeburtlich wesentlich bestimmt ist durch Wünsche, Ängste und Phantasien bezüglich der sexuellen Identität des Kindes. Konsequenterweise hat *Ammon* (1976) die Sexualität als eine zentrale Ich-Funktion konzipiert. Wenn die Mutter das Kind in der Projektion eines eigenen narzißtischen Defizits aufgrund seines Geschlechtes ablehnt, werden primäre Schädigungen, die gerade die psychophysische Dimension der sich entwickelnden sexuellen Identitätsstruktur betreffen, verursacht. Die unmittelbare Verschränkung der zentralen Ich-Funktionen „Körper-Ich“ und „Sexualität“ wird deutlich aus der Tatsache, daß psychosomatisch Kranke meist auch sexuelle Störungen aufweisen; theoretisch ist jedoch folgende Differenzierung psychodynamischer Bezüge möglich: Die psychosomatisch krankmachende Mutter kann sich nur dem körperlich kranken Kind emotional zuwenden und zwingt es dadurch, sich selbst abzulehnen, um angenommen zu werden. Dies bedeutet ein Zerreißen des somatopsychischen Zusammenhangs im Sinne einer Ich-Spaltung.

Das mütterliche double-bind besteht in dem oben beschriebenen Fall darin, daß der Kontakt mit dem Kind von Anfang an sexualisiert und zugleich abgewehrt wird. Das Kind wird primär in seiner sexuellen Identität abgelehnt und gezwungen, sich darin selbst abzulehnen, um nicht verlassen zu werden.

Die dadurch verursachte Schädigung der zentralen Ich-Funktion der Sexualität kann durch überkompensatorisch entwickelte sekundäre Ich-Funktionen, wie z.B. die Intelligenz, und psychosomatische Symptome ausgefüllt werden. Diese Ersatzbildungen erhalten ihre sozusagen sexuelle Bedeutung also nicht aus einem ödipalen Konfliktgeschehen, sondern aus ihrer reparativen Funktion für ein die sexuelle Identitätsstruktur betreffendes narzißtisches Defizit. In Verbindung mit den oben zitierten Ausführungen *Pohls* zur Konversion erklärt dies, wie ich meine, die sogenannten hysterischen und Konversionsphänomene bei Borderline- und psychotischen Patienten, besonders beim Krankheitsbild der Borderline-Hysterie.

Eine primäre Störung der die sexuelle Identität betreffenden Sphäre des Körper-Ichs bildet nach meinen Erfahrungen aus der jahrelangen psychoanalytischen Therapie mit sechs Migräne-Patienten eine wesentliche strukturelle Grundlage dieser Symptomatik. Ich möchte dementsprechend weitere Hypothesen bezüglich Ich-struktureller Gemeinsamkeiten, die m.E. in Beziehung zur Symptombildung stehen, formulieren:

Die Ich-Strukturen der Migräne-Patienten weisen qualitativ und quantitativ unterschiedlich entwickelte gesunde Ich-Anteile auf; in jedem Fall liegt jedoch eine strukturelle Ich-Störung vor, die die zentralen Ich-Funktionen der Aggression, des Körper-Ichs, der Sexualität und der Identität in einem Entwicklungsstadium relativer somatopsychischer Undifferenziertheit betrifft. Sekundäre Ich-Funktionen als Träger intellektuellen und anderen Leistungsvermögens sind zur Kompensation dieses Defizits im Dienst der Mutter entwickelt und funktionieren in dem Maße störungsfrei, als diese Kontaktebene innerhalb der Primärgruppe angenommen wurde.

In Identitätskrisen wird die Identitätsangst dieser Patienten mobilisiert, die die fragile Integrität der Ich-Struktur im Sinne psychotischer Desintegration bedroht.

Der Migräneanfall ist als Restitutionsversuch zu verstehen und dient damit der Abwehr der Psychose.

Zur Überprüfung und Differenzierung dieser Hypothesen habe ich folgendes empirisches Material herangezogen:

1. Meine Protokolle der psychoanalytischen Einzeltherapie mit 3 Patientinnen über 6 Monate bzw. 1 und 2 Jahre.
2. Die Gruppenprotokolle über 3 Patienten, zwei Männern und einer Frau, über ein bzw. jeweils 3 Jahre psychoanalytischer Gruppentherapie.
3. Die ersten Ergebnisse einer Querschnitt-Untersuchung von bisher 7 Migräne-Patienten, 2 Männern und 5 Frauen, die sich unterschiedlich lange, 3 Monate bis 3 Jahre, in psychoanalytischer Behandlung befinden.

Diese Patienten wurden mittels HAWIE, Rorschach, Anamnese und Exploration der behandelnden Therapeuten untersucht.

Der HAWIE wurde eingesetzt zur Ermittlung des intellektuellen Leistungsvermögens, das Rorschach-Verfahren zur Abschätzung der Abwehr- und Ich-Struktur. Aus der Anamnese wurde die Psychodynamik der Patienten abgeleitet.

Das Alter der Patienten liegt zwischen 30 und 40 Jahren. Der Beginn der Migräneanfälle liegt bei den einzelnen 1 Jahr bis 30 Jahre zurück, die Häufigkeit schwankt zwischen mehreren Anfällen pro Woche bis ca. 6 × pro Jahr.

Die insgesamt 12 Patienten kamen aufgrund unterschiedlicher Symptomatik in Therapie, wie Leistungsversagen, Angstzuständen, Anorexie und Vaginismus, multipler Psychosomatik, Zwangsvorstellungen, destruktiver Partnerbeziehungen, Depressionen und paranoisch-psychotischer Episoden. Von den 12 Patienten haben 4 eine präpsychotische Persönlichkeitsstruktur mit offen paranoischer Abwehr, 6 entsprechen dem Krankheitsbild der Borderline-Hysterie, bei 2 Patienten überwiegen Zwangsstrukturen. Daraus wird ersichtlich, wie eingangs festgestellt, daß die Migränesymptomatik innerhalb unterschiedlicher Persönlichkeitsstrukturen entwickelt wird.

Ich werde im folgenden die Ergebnisse der psychologischen Untersuchungen der 7 Patienten darstellen. Die einzelnen Daten werden mit Ausnahme des HAWIE nicht numerisch aufgeführt, da psychologisch sinnvolle

Ergebnisse gerade des Rorschach-Verfahrens auf einer Integration der Information aus Anamnese, Exploration und Untersuchungssituationen beruht.

Die 7 Probanden leben oder lebten bis vor kurzem in langdauernden symbiotischen Beziehungen, die durch gegenseitig starke Abhängigkeit und bei 6 Patienten durch offen agierte destruktive Aggression wie extrem sadomasochistische Prägung der sexuellen Beziehung, Suizidalität, Morddrohungen und Weglaufen eines oder beider Partner geprägt sind. Die Väter der Patienten waren über längere Zeit der Kindheit abwesend, wechselten, hatten psychosomatische Leiden und waren als Familientyrannen aufgebaut, während die Mütter eher undifferenziert, hilflos schwach, oder kalt-dominierend gekennzeichnet werden. Sechs der sieben Patienten erinnern sich, von ihren Eltern mißhandelt worden zu sein. Die Mißhandlung bestand in Schimpfen, Schlagen, Einsperren, Wegschicken, ständigen Verboten bzgl. selbständiger und spontaner Lebensäußerungen, Vorwürfen und Vermeidung von Körperkontakt. Alle beziehen aus betonter körperlicher Aktivität, aus einem besonders ausgeprägten Bedürfnis nach sexuellem Kontakt oder Wiederholung der erfahrenen körperlichen Mißhandlung eine grundlegende Erfahrung ihrer Existenz.

Dies kann als Ausdruck eines Bedürfnisses zu Entwicklung und Erhaltung eines Körper-Ich-Gefühls in positiver oder negativer Richtung, auf der Grundlage einer frühen Schädigung der Ich-Funktion des Körper-Ichs und der Aggression verstanden werden. Die Intelligenzquotienten der Probanden liegen zwischen 90 und 119, wobei die Profile der Sub-Tests umso unausgeglichen sind, je niedriger das Gesamtergebnis ist.

Der Wechsel von einzelnen hohen Werten mit abruptem Leistungsabfall indiziert daher eine Störung des intellektuellen Leistungsvermögens. Es ergab sich interessanterweise eine lineare Beziehung zwischen der Höhe des IQ und dem Zeitpunkt des Einsetzens der Migräneanfälle; je früher das Symptom begann, desto niedriger ist der IQ. Es ergab sich ebenfalls eine quasi lineare Beziehung, die aufgrund der beschränkten Quantifizierbarkeit der Rorschach-Ergebnisse nicht genauer zu präzisieren ist, zu den Anzeichen von psychotischer Desintegration im Rorschach. Die Protokolle dieser Probanden, die vor dem 20. Lebensjahr mit sechs, zehn, 16 und 19 Jahren erstmals Migräneanfälle bekamen, sind inhaltlich verarmt mit geringer Antwortzahl und dokumentieren eine zwanghaft eingeengte Anpassungsfassade (V%) mit schweren formalen Störungen des Deutungsprozesses, wie Fehlen von Farbantworten, Farbnennungen, Deskriptionen und Versager als Zeichen schwerer narzißtischer Störung.

Diese Patienten wurden von ihren Therapeuten als präpsychotisch, paranoid, zwanghaft und depressiv diagnostiziert.

In Verbindung mit der starken Leistungsorientiertheit in der gesamten Untersuchungssituation, die sich besonders auch in dem Überwiegen von Ganzantworten im Rorschach bei allen Probanden dokumentiert, kann dies als

Beleg angesehen werden für die Hypothese, daß die intellektuelle Leistung kompensatorische Funktion für eine Ich-Schädigung hat, die wiederum in Abhängigkeit vom Umfang dieser Schädigung gestört ist.

Die Rorschach-Protokolle der 3 Probanden, die IQ's zwischen 117 und 119 erzielten, sind reich, mit hoher Antwortzahl und kreativen Deutungen, in denen allerdings ebenfalls Anzeichen von psychotischer Desintegration vorzufinden sind, wie Bewegungsantworten mit mehrerlei Sinn, B-, die eine defekte Ich-Struktur indizieren, falsche Farben, Konfabulationen, Spiegelungen, Eigenbezug, Perseverationen. Daneben findet sich jedoch hochdifferenzierte Bewegungsantworten, die auf entwickelte gesunde Ich-Anteile hinweisen. (Diese Patienten wurden als Borderline-Patienten im Sinn der Borderline-Hysterie diagnostiziert). Dies ist als eine erste Bestätigung im Sinn der Hypothese, daß bei allen Migränepatienten eine strukturelle Ich-Schädigung, bei unterschiedlicher Ausprägung gesunder Ich-Anteile, vorliegt, anzusehen.

Die Bevorzugung archaischer Abwehrmechanismen wie Projektion und Verleugnung bei allen Probanden, sowie Eigenbezug und Realitätsverlust während des Deutungsprozesses, indizieren die gestörte Abgrenzungsfunktion.

In 4 der Rorschachprotokolle ergab sich eine Häufung pathologischer Defektantworten, die auf einer Störung des Deutungsprozesses aufgrund destruktiver Aggression beruhen. Diese Defektantworten haben vornehmlich sexuellen Inhalt.

Ich möchte im Folgenden beispielhaft entsprechende Rorschach-Deutungen einer Patientin berichten und in Beziehung setzen zu einer Phase ihres therapeutischen Prozesses.

Diese Patientin gab auf Tafel V. folgende Antwort:

„Sieht aus wie eine Fledermaus mit zwei mächtigen Hörnern, die weit hinfliegt in die Nacht. Da wird mir ganz komisch, als würden meine Gedanken von mir wegfliegen. Ich kann dieses Tier nicht richtig sehen, ich sehe nur die Rückenpartie, das nimmt alles Leben von mir weg.“ Auf Tafel VII: „Das ist für mich ein Fragment, da ist keine Mitte, da ist ein großes Loch, es fällt auseinander, wie eine Ruine. Ich würde mich darin verlieren.“ Auf Tafel IX: „Das kommt mir vor, wie ein weibliches Geschlechtsteil, die Scheide und darüber die Gebärmutter in einem verklärten Zustand. Das erinnert mich an das Bild von Grünwald. Der verklärte Christus.“

Aus diesen Deutungen werden die paranoische Abwehr der Patienten, ihre Abgrenzungsunfähigkeit und die destruktive Aggression in Verbindung mit psychotischen Ängsten bezüglich ihrer weiblichen Identität deutlich.

Diese Patientin, die unter häufigen und schweren Migräneanfällen leidet, reagierte einmal auf eine andere Patientin im Warteraum, die sie nie vorher gesehen hatte, mit einem Zustand existentieller Bedrohung. Sie hatte das Gefühl, diese Frau sei „ein lebender Leichnam“ und belaste sie mit dem schweren Vorwurf für ihre Leblosigkeit. Sie hatte das Gefühl, ohnmächtig

zu werden oder sich selbst zu verlieren unter diesen Beschuldigungen. Dies konnte verstanden und bearbeitet werden als Ausdruck der ohnmächtigen Wut der Patientin über das Identitätsverbot ihrer Mutter, die die Lebendigkeit der Tochter als tödliche Bedrohung ihrer eigenen Existenz erlebt hatte.

Nach einer aggressiven Auseinandersetzung mit mir, die ihr aufgrund zunehmenden Strukturgewinns im Rahmen der Therapie möglich wurde, hatte sie folgenden Traum: Sie war im Wohnzimmer ihrer Eltern, die Wände waren frisch getüncht. Dann entstand ein Riß in der Decke und fauliger Moder und Spinnweben kamen heraus. Der Riß vergrößerte sich und die Decke brach ein. Da erschien die Mutter und schimpfte furchtbar, sie gab der Tochter die Schuld für die Zerstörung. Die Patientin spürte ihren tödlichen Haß. Da begann sie sich zu wehren. Sie schrie die Mutter an, daß sie für die Zerstörung nichts könne, die Mutter sei selbst verantwortlich dafür. Danach erwachte sie mit Kopfschmerzen. In der darauffolgenden Sitzung, in der sie den Traum berichtete, vergingen die Schmerzen. Die gelungene Abgrenzung von der ihr von der Mutter vermittelten Schuld für deren eigenes narzißtisches Defizit, das die eingebrochene Zimmerdecke im Traum symbolisiert, war ermöglicht worden durch eine konstruktive Umpolung der vorher selbstdestruktiv verwendeten Aggression.

Ich möchte anschließend die Ich-strukturellen Störungen, die ich bei den von mir untersuchten und behandelten Migräne-Patienten gefunden habe, zusammenfassend darstellen. Die zentralen Ich-Funktionen der Aggression und des Körper-Ichs sind schwer gestört und zwar in einer Weise, die meines Erachtens für Migräne-Patienten spezifisch ist: Äußerungen von Lebendigkeit, wie der Ausdruck emotionaler Bedürfnisse, besonders aber spontane körperliche Bewegungen, werden innerhalb der Primärgruppe dieser Patienten als unerträglich erlebt und mit destruktiver Aggression, die die Integrität der Körper-Ich-Grenzen immer wieder verletzen, beantwortet.

Die bereits auf Körper-Ich-Ebene aufgrund dieser Familiendynamik destruktiv verformte Aggression wirkt, besonders bei den schwer archaisch Ich-kranken Migräne-Patienten, wie eingefroren in einer eigentümlichen, zerbrechlich wirkenden Starre von Mimik und Körperhaltung. Dieser Ausdruck entspricht der tiefen Unsicherheit dieser Patienten bezüglich ihres Körpergefühls, was sich häufig auch in Depersonalisationserfahrungen niederschlägt. Die Mütter dieser Patienten können ihre Kinder im Extremfall eigentlich nur ertragen, wenn alle Lebensäußerungen von ihrer Seite reglementiert und kontrolliert werden. Damit werden diese Lebensäußerungen, die einem umfassenden Identitätsverbot unterliegen, zu Leistungen, die für die Mutter erbracht werden müssen, und die, sobald sie im eigenen Recht unternommen werden, mit existentiellen Schuldgefühlen verbunden sind. In der Entsprechung dieser Leistungsanforderungen können innerhalb der Mutter-Kind-Symbiose viele Fähigkeiten, wie eine oftmals brillante Intelligenz, im Sinn von Hilfs-Ich-Funktionen für die Mutter entwickelt werden; diese bekommen jedoch auf der Grundlage einer existenziellen Er-

fahrung des Nicht-angenommen-Seins und des Niemals-genügen-Könnens zwanghaft perfektionistische Qualität. Diese Ich-Funktionen bleiben abgespalten und werden letztlich als Ich-fremd erlebt, was sich in ihrer Brüchigkeit, die besonders in Verlassenheitssituationen offenkundig wird, über Leistungsangst und zeitweiliges oder totales Versagen manifestiert.

Das Versagen im Leistungsbereich erweist sich, psychodynamisch gesehen, als pathologischer Abgrenzungsversuch dieser, in ihrer Abgrenzungsfähigkeit schwer gestörten Patienten, die Bedürfniswahrnehmung und -befriedigung im eigenen Recht aufgrund des internalisierten mütterlichen Identitätsverbots als schuldhaftes Verlassen und Zerstören der Mutter erleben.

Auf diese Weise werden die Patienten in der Kontaktlosigkeit einer feindlich-symbiotischen Beziehung festgehalten; im Erleben, daß andere Menschen von der Mutter selbstverständlich akzeptiert und angenommen werden, während sie selbst trotz aller Anstrengungen dieses Ziel letztlich nicht erreichen, ist mit archaischer Rivalität verbunden. Das Lebensverbot über die extreme Einschränkung der primär konstruktiven Aggression ist auf die sexuelle Identität bezogen, in dem Erleben der Patienten, als „anderes“ Kind mit einem anderen Geschlecht sich bewegen und entwickeln zu dürfen.

Ich habe gefunden, daß die Primärgruppen meiner Patienten bzw. Probanden gekennzeichnet sind durch destruktiv-symbiotische Beziehungsdynamik. Innerhalb dieser Familiengruppen stellt ein Zwangssystem von Befehlen, Strafandrohungen und Forderungen eine pathologische Deformation der Gruppengrenzen dar, das im Verlauf der Ich-Entwicklung anstelle einer Ich-Grenze internalisiert wird und das archaisch geschädigte Ich vor psychotischer Desintegration bewahrt. Die mehr oder weniger funktionsfähige Anpassungsfassade bleibt offensichtlich erhalten, solange die Patienten in ihren familiären oder später selbst hergestellten Zwangssystemen bleiben.

Aus der Untersuchung dieser Ich-Schädigung im Kontext der Psychodynamik der Primärgruppe wird m.E. die unmittelbare dynamische Bezogenheit der zentralen Ich-Funktionen des Körper-Ichs, der Sexualität, der Abgrenzung und der Identität und ihrer strukturellen Äquivalente im Zusammenhang mit der Entwicklung sekundärer Ich-Funktionen deutlich.

Die Migräneanfälle treten auf in allen Situationen, in denen die Identitätsangst dieser Patienten mobilisiert wird, wie Trennung, Beginn des Studiums, Ausübung eines Berufes, Pubertät und Menstruation. Ich verstehe den Migräneanfall als Manifestation des mütterlichen Identitätsverbots, wobei die diesem Verbot entstammende destruktive Aggression im Schmerzerleben gegen das eigene Ich gerichtet wird.

Durch die Angst, die Mutter zu verlassen und von ihr verlassen zu werden, ist das Ich von psychotischer Desintegration bedroht. Die Desintegration der Körper-Ich-Grenzen wird dabei angezeigt durch überhöhte Reizempfindlichkeit gegenüber Licht, Geräuschen und Gerüchen. Ich habe bei den Patienten, Männern und Frauen festgestellt, daß ihre Angst vor

emotionalem Kontakt, der meiner Erfahrung nach stets latent sexualisiert ist, häufig über spezifische psychosomatische Symptome an den Körperöffnungen, wie Vaginismus, Geschwüre und Entzündungen an Anus und Vagina abgewehrt werden. Ich verstehe dies als Ausdruck der strukturellen somatopsychischen Undifferenziertheit, wobei die Körper-Öffnungen unmittelbar oder symbolisch mit den defekten Körper-Ich-Grenzen identifiziert werden. Die oft außerordentlich starken Schmerzen, die das Anfallsgeschehen begleiten, verstehe ich in dieser Hinsicht als Restitutionsversuch des durch Desintegration bedrohten Ichs zur Erhaltung eines Ich-Gefühls. Gleichzeitig dient das Schmerzerleben als eine Art Selbstmißhandlung der Abwehr von Verlassenheitsangst, da die reale Präsenz der Mutter in der Kindheit über den Schmerz am ehesten erfahren wurde.

An Ego-Structural Study of Migraine-Patients – a Contribution to the Theory of Psychosis within Dynamic Psychiatry

The present paper is a contribution to the problem of the specificity of the symptoms developed in psychosomatic illnesses, viewed in the context of *Ammon's* Dynamic Psychiatry.

The theoretical discussion is specially concerned with two fundamental aspects of this therapeutic process research concept:

1. The psychosomatic symptom compensates structural deficits of the ego which result from pathological dynamics in the primary group. Thus the symptom is examined in its interpersonal genesis and its function in the dialectics of the ego and the group as a frame of reference.
2. The theory of the gliding spectrum of psychic and specifically psychosomatic disease; according to this the same symptom can be developed in ego-structures differing in the quality or quantity of their deficits. The question concerning the specificity of symptom formation implies, therefore, an examination of the specific characteristics of pathogenic constellations within the dynamics of the primary group, which are reproduced in the form of specific damage in the dynamic texture of the primary, central and secondary ego-functions.

This is effected through an ego-structural study of migraine-patients. The empirical material was drawn from the author's years of psychoanalytical therapy with six migraine-patients and from comprehensive test-psychological work on seven migraine-patients.

These patients differed both in the pathologies of their personality structures (paranoia, borderline hysteria, compulsion) and in their other symptoms.

The examination of the dynamics of the patients' primary groups produced the following confirmities:

They are characterized by a destructive symbiosis in the dynamics of the interpersonal relations. Typically, destructive aggression is acted inward, while the group boundaries are deformed to a compulsive system of commands, threats of punishment and demands.

This compulsive system has its ego-structural counterpart in a well-adjusted façade and in an over-compensation of secondary ego-functions in the area of intellectual performance. Central ego-functions found to be damaged to varying degrees were those of the body-ego, of sexuality, constructive aggression, demarcation and identity.

The dynamics of the migraine attack originate from fending off archaic abandonment anxieties – a strategy which is mobilized in periods of identity crisis. The fear of identity threatens the ego with psychotic desintegration which is particularly noticeable on the level of the boundaries of the body-ego.

The often extraordinarily severe pain accompanying the attack is considered as the ego's attempt to restitute and preserve some ego-feeling. At the same time, as a kind of ill-treatment of the self, the pain serves to fend off the fear of abandonment, since the real presence of the mother in childhood was experienced primarily through pain.

Literatur

- Alexander, F.* (1951): Psychosomatische Medizin (Berlin: de Gruyter)
- Ammon, G.* (1973): Dynamische Psychiatrie – Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie (Darmstadt: Luchterhand)
- (1974): Psychoanalyse und Psychosomatik (München: Piper)
- (1976): Das Borderline-Syndrom – ein neues Krankheitsbild. In: *Dyn.Psychiat.* (9) 317–347
- (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
- Beyme, F.* (1966): Der Verlauf der Migräne mit und ohne Psychotherapie. In: *Psychotherapy and Psychosomatics* (14)
- Freud, S.* (1909): Die psychogene Sehstörung in psychoanalytischer Auffassung. *Ges. W.*, Bd. VIII (London: Imago)
- Friedman, A.* (1968): The Migraine Syndrome. In: *Bull. New York Acad. Med.* (44) 45–62
- Greenacre, P.* (1947): Vision, Headache and the Halo. Reactions to Stress in the Course of Superego Formation. In: *Psychoanal. Quart.* (16)
- Jores, A.* (1973): Der Kranke mit psychovegetativen Störungen (Göttingen: Vandenhoeck)
- Lichtenstein, H.* (1961): Identity and Sexuality. A Study of Interrelationship in Men. In: *J. Am. Psychoanal. Ass.* (9)
- Pohl, J.* (1972): Konversion und psychosomatische Symptombildung. In: *Dyn. Psychiat.* (5) 277–289
- Sperling, M.* (1968): Acting-out Behavior and Psychosomatic Symptoms: Clinical and Theoretical Aspects. In: *Int. J. Psychoanal.* (19) 250–253
- Wolff, H. G.* (1963): Headache and other Head Pain (New York: Oxford University Press)

Adresse der Autorin:
Dipl.-Psych. Christine Bott
Arcisstr. 59
8000 München 40

Familien- und Partnerbeziehungen in Theorie und Praxis der Dynamischen Psychiatrie**

Béla Buda*

Das Leiden schwer Ich-kranker Patienten ist nicht länger verstehbar vor dem Hintergrund einer orthodoxen, sich auf die Aufklärung intrapsychischer Konflikte beschränkenden Psychoanalyse, sondern bedarf eines Entwurfs, der die direkte und reale Intervention und Beantwortung des Therapeuten im Hier und Jetzt der Behandlungssituation in den Mittelpunkt der theoretischen Reflexion und damit auch des therapeutischen Tuns stellt.

Der Autor der vorliegenden Arbeit findet in seiner psychiatrischen Praxis bestätigt, daß die schweren Ich-Krankheiten im Kontext einer gestörten und pathogenen Primärgruppendynamik stehen, und daß die Effizienz therapeutischer Hilfe abhängig ist von der Durchdringung und Wiedergutmachung pathogener und defizitärer frühkindlicher Gruppenerfahrungen. Die Einbeziehung anhaltender, dem Wiederholungszwang unterliegender Beziehungsmuster zur Familie und zu Ehepartnern in die therapeutische Situation sieht der Autor als notwendig in Fällen an, in denen extrem symbiotische Abhängigkeiten und Angewiesenheiten auf seiten der Patienten den therapeutischen Prozeß stören oder gar aufhalten.

Er stützt sich in seinem intervenierenden und interpretierenden Vorgehen im Rahmen der Ehe- und Familientherapie auf Theorien, welche die Familie oder die Partnerschaft im Sinne systemtheoretischer Überlegungen auf kommunikative Prozesse entwicklungsfördernder oder – hemmender Art untersuchen.

Mit dem Ziel einer Integration familien- und egetherapeutischer Strategien in das Behandlungsspektrum der Dynamischen Psychiatrie verbindet der Autor den Versuch, dem isoliert, ohne die Unterstützung einer Kontrollgruppe oder eines therapeutischen Teams arbeitenden Psychotherapeuten oder Psychiatern Möglichkeiten zum Verständnis archaischer Ich-Krankheiten aufzuzeigen und zwar im Sinne ihrer auf die Konservierung oder Restitution defizitärer Erlebens- und Verhaltensweisen gerichteten Pathodynamik, die in den Familien- und Ehebeziehungen sichtbar wird.

Die Entwicklungsgeschichte der Dynamischen Psychiatrie kann durch einen Prozeß der zunehmenden Berücksichtigung der Familien- und Partnerbeziehungen ebenso in den Theorien der Krankheitsgenese, wie auch in der Therapie gekennzeichnet werden. In diesem Prozeß ist die Theorie der therapeutischen Praxis immer vorangegangen. Theoretisch hatte schon *Freud* die Rolle der Eltern-Kind-Beziehungen in der krankmachenden Sozialisation erkannt und beschrieben. Durch das Konzept des Ödipus-Komplexes hatte er die erste Theorie der Familiendynamik geschaffen. Diese Theorie hat zum Verstehen der Ätiologie der Neurosen und sonstigen Persönlichkeitsstörungen viel beigetragen.

Freuds Interesse galt hauptsächlich den intrapsychischen Vorgängen, darum beschäftigt er sich immer mit der subjektiven seelischen Verarbeitung der

* Dr. med., Psychoanalytiker, Leiter der Psychotherapeutischen Abteilung des Psychiatrischen Landeskrankenhauses, Budapest

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

Ödipussituation, d. h. er sah die Problematik immer aus dem Gesichtspunkt der kindlichen Persönlichkeit, und schien die Fehler der Eltern nicht bemerkt zu haben. Er sprach über Traumata, die das Kind erleiden kann und die später sein Verhalten bestimmen können, erwähnte aber viel seltener, wer diese Traumata verursacht hatte und wie sie vermieden werden könnten. Eventuelle pathologische Familienverhältnisse und ihre weiteren Einflüsse auf die Entwicklung des Kindes waren für *Freud* nicht so interessant wie der intrapsychische Entwicklungsprozeß, den er entsprechend bestimmter Konfliktfolgen als phasenhaft gegliedert ansah.

Gleichzeitig war es *Freud*, der zuerst die große Bedeutung der interpersonellen Beziehungen für die gesunde Funktionsfähigkeit der Persönlichkeit entdeckt hatte. Jedoch begnügt er sich in seinen Überlegungen über die Beziehungen mit dem subjektiven Bild, das sich aus Mitteilungen der Patienten in der analytischen Situation ergab.

Demzufolge wurden die Familien- und Partnerbeziehungen in die psychoanalytische Therapie nicht einbezogen. Sie wurden nur in ihrer intrapsychischen Repräsentanz als Imagos, Introjekte oder Objektbeziehungen behandelt. In den ersten Jahrzehnten wurde sogar die therapeutische Realbeziehung, die Relation zwischen Analytiker und Patient außer acht gelassen. Man vermied jeden Kontakt mit dem Patienten, der Analytiker bewahrte sein Inkognito, um dem Patienten den möglich reinsten Projektionsschirm bieten zu können, und alle Manifestationen der Patienten wurden nur im Sinne des Übertragungsbegriffes bewertet.

Es ist daher kein Wunder, daß in dieser Periode nur die individuelle Erlebniswelt und das intrapsychische Kräftefeld im Mittelpunkt des psychoanalytischen Interesses standen, die Familien- und Partnerbeziehungen der Patienten unbeachtet blieben. Man muß erwähnen, daß *Freud* selbst nicht immer die klassische psychoanalytische Therapieregeln, die in seinen methodologischen Schriften und später in Lehrbüchern der psychoanalytischen Methodik (*Glover*, 1955) festgelegt worden sind, befolgt hat, sondern den Mut gehabt hat, mit seinen Patienten auch persönliche Kontakte aufzunehmen und auch die Realbeziehungen für therapeutische Zwecke zu nutzen. *Paul Roazen*s Untersuchungen bezüglich *Freuds* Lebensgeschichte haben das deutlich erwiesen (*Roazen*, 1972).

In den zwanziger Jahren unseres Jahrhunderts sind aber schon Auffassungen innerhalb der analytischen Bewegung aufgetaucht, die der Therapeut-Patient-Beziehung mehr Aufmerksamkeit schenkten, und die begannen diese Beziehung als eine in der Hier-und-Jetzt-Ebene behandelbare Realität oder als eine Wiederbelebung früherer Objektbeziehungen bzw. als ein Muster der anderen zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten zu betrachten. Unter diesen Auffassungen sollen die Versuche von *Sándor Ferenczi*, dem Begründer der Budapester Schule der Psychoanalyse erwähnt werden, die auf die Verkürzung der Therapiedauer und auf die emotionelle Wiedergutmachung der frühkindlichen Traumata zielten (*Ferenczi*, 1964).

Die Unterschiede zwischen den alten psychoanalytischen Theorien und diesen neueren Ansätzen sind scheinbar nicht groß. Aus den neueren Ansichten aber werden die Umrisse eines neuen, offeneren Persönlichkeitsmodells und eines neuen Therapieverhaltens bemerkbar. Dem früheren Modell gemäß war die Persönlichkeit ein geschlossenes System, welches durch Informationsaustausch, durch therapeutische „Inputs“ beeinflussbar war, während das neue Modell von einem Menschen ausgeht, der viel mehr psychische Möglichkeiten hat, an interpersonellen Situationen, wie z. B. der psychoanalytischen Situation, teilzunehmen und durch die Einbezogenheit in interpersonelle Systeme sich auch in seinen psychischen Strukturen zu verändern.

Das neue psychoanalytische Menschenbild wurde in jenen Entwicklungsphasen der Psychoanalyse wichtig, in welchen die verschiedenen Methoden der analytischen Gruppenpsychotherapie in den Vordergrund traten. Diese Therapieformen stellten deutliche Erweiterungen der psychoanalytischen Technik dar und fanden ihre Anwendung mehr und mehr auch außerhalb des analytischen Ordinationszimmers, in Polikliniken, psychiatrischen Abteilungen und überall in psychiatrischen Institutionen, die sonst nicht psychoanalytisch gearbeitet hatten, also im Rahmen einer sich entfaltenden Dynamischen Psychiatrie. Besonders die Methoden der Gruppenpsychotherapie brauchen ein Persönlichkeitsmodell als Voraussetzung, das nicht nur durch innere Informationsverarbeitung (wie z. B. Einsicht, Trennung einiger Vorstellungen von belastenden Emotionsladungen, Korrektur irrealer Erwartungen und Befürchtungen, usw.), sondern auch durch soziales Handeln, durch Interaktion mit anderen Personen (d. h. durch Lernen, durch Konfrontation mit Hilfe von interpersonellem Feedback, durch emotionelle Involvierung, usw.) verändern kann. Im Laufe der Gruppenpsychotherapie muß das Verhalten der Patienten gleichzeitig auf mehreren Ebenen betrachtet werden. Es manifestieren sich darin nicht nur Komplexe, krankhaft arbeitende Abwehrmechanismen, Ich-Schwächen oder Übertragungsregungen, sondern situationsbedingte Reaktionen auf die anderen Gruppenmitglieder und auf den Gruppenleiter und auch Verhaltensformen, die durch den Gruppenprozeß hervorgerufen werden. Je nach Schule werden diese Ebenen unterschiedlich bewertet und in verschiedenen Reihenfolgen behandelt, aber alle Schulen ähneln sich darin, daß der Therapeut sich auch mit realen Beziehungen befassen muß, und daß in die Therapie viel mehr Realität miteinbezogen wird, als es in der Einzeltherapie üblich ist.

Die neue Dynamische Psychiatrie, die von *Günter Ammon* und seiner Berliner Schule vertreten wird, geht noch weiter und scheut sich nicht, auch das Milieu im Rahmen der Milieuthérapie für therapeutische Zwecke zu verwenden, d. h. auch die tägliche Realität mehr unter therapeutische Kontrolle zu bringen. Gerade diese Schule hat sehr viel dafür getan, daß die Gruppenpsychotherapie innerhalb der Dynamischen Psychiatrie in den Dienst der Förderung der nachholenden Ich-Entwicklung des Patienten gestellt wurde.

(Ammon, 1973b, 1976). Die Einführung der psychoanalytischen Milieuthherapie war ebenso eine logische Erweiterung dieser Bemühungen, wie auch die Arbeit des psychoanalytischen Kindergartens, in dem die Eltern in die Therapie von Erlebnisstörungen oder Symptomen von Kleinkindern miteinbezogen werden (Gisela Ammon, 1973). Auch theoretisch trägt diese Schule der Rolle der Familienbeziehungen Rechnung. Im Konzept der archaischen Ich-Krankheiten betont Ammon die pathogene Wirkung der Primärgruppe, der Familie, und hebt besonders die Einflüsse der Mutter-Kind-Beziehung hervor (Ammon, 1973a).

In diese Erweiterung des therapeutischen Wirkungsfeldes der Dynamischen Psychiatrie, derzufolge der Analytiker statt Individuen immer mehr interpersonelle Systeme behandelt, lassen sich die neuen Techniken der Familien- und Ehepaartherapien eingliedern. Ebenso kann die Theorie der Dynamischen Psychiatrie die Theorien der Familien- und Partnerschaftsdynamik leicht in sich aufnehmen. Diese Theorien und Techniken wurden teils rein empirisch entwickelt, teils resultieren sie aus der Einflußnahme der kommunikations- und systemtheoretischen Ansätze auf die Psychoanalyse.

Zuerst wurde die Schizophrenieforschung durch diese Ansätze befruchtet, und dadurch fühlten sich die Forscher veranlaßt, das Verhalten der Mütter junger Schizophrener zu untersuchen (Hirsch, Leff, 1975). Später wurden eigene Schulen der Familientherapie gebildet. Aufgrund der familientherapeutischen Erfahrungen wurde es möglich, auch Ehepaare gemeinsam zu behandeln, ein Wunsch der innerhalb der Psychoanalyse seit den dreißiger Jahren immer wieder aufgetaucht ist. (Grotjahn, 1960) Die Theorien und Techniken der Familien- und Ehepaartherapien wurden in verschiedenen Terminologien und Konzepten beschrieben. Der Einfluß der elterlichen Familie, der Ehe oder der langdauernden Partnerschaft auf die psychische Gesundheit des Individuums kann vom Standpunkt aller größeren psychologischen Schulen erklärt werden. Je weiter eine theoretische Richtung von der Psychoanalyse abweicht, desto mehr wurde der Nachdruck auf die ungleiche Rollenverteilung innerhalb der Familie, auf den interpersonellen Kampf um die Macht und die Bestimmung von Regeln in der Familie oder auf Kommunikationsstörungen gelegt, und desto mehr wurde die Realitätsebene in die Behandlung miteinbezogen, wobei der Therapeut sich als Vermittler, Übersetzer, Schiedsrichter, „agent provocateur“ verstand. Umgekehrt, je näher man der Psychoanalyse stand, desto mehr sprach man über komplementäre Übertragungen, gemeinsame Widerstandsformen, ineinander verflochtene Abwehrmechanismen, usw. (Beels, Ferber, 1969; Richter, 1970; Haley, 1971; Sager, Kaplan, 1972).

Aber die Tatsache solcher Einflüsse bleibt unbestritten. Ebenso sind die theoretischen wie auch die praktischen Unterschiede zwischen den verschiedenen Richtungen kaum diskreditierend, weil die Erscheinungen, die erklärt werden müssen, dieselben sind, und die Arbeit der Familien- und Ehepaartherapeuten einander sehr ähnlich ist. (Haley, Hoffman, 1967).

Trotz gegensätzlicher Theorien und Methodenlehren besteht weitgehende Übereinstimmung hinsichtlich der Kernprobleme und wichtigsten Interventionen, wodurch die Kommunikation zwischen den verschiedenen Richtungen möglich wird. In der Tat wurden schon Versuche gemacht, die Grundbegriffe der Hauptrichtungen durch Übersetzung auf Gemeinsamkeiten und Übereinstimmungen zu überprüfen.

Die Integration der Familiendynamik, Familientherapie und Ehepaartherapie in die Dynamische Psychiatrie wäre aus mehreren Gründen sinnvoll. Hierdurch könnte die Dynamische Psychiatrie Kontakte mit erfolgreichen Wissenschaftsgebieten, wie der Ehe- und Familiensoziologie oder der Sozialpsychologie, aufnehmen. Die Kommunikation zwischen der Psychoanalyse und den anderen Strömungen der heutigen Psychiatrie könnte gefördert und der Weg für die Anwendung der Systemtheorie vorbereitet werden. Die Integration der Familiendynamik und Familien- und Ehepaartherapie könnte zum Verstehen der Zusammenhänge von historischen und situationellen Faktoren, die das Verhalten bestimmen, beitragen. In den interpersonellen Gleichgewichtszuständen, die symptomatische Manifestationen in einem Mitglied hervorrufen, oder die auf solchen Manifestationen beruhen, lassen sich fixierte individuelle Fehlentwicklungen beobachten.

In der frühen Kindheit entstandene Persönlichkeitsstörungen werden durch die Beobachtung bestimmter situationeller Kräfte, die diese Gleichgewichtszustände bestimmen, z. B. Erwartungen anderer Personen, spezielle kommunikative Transaktionsketten, partikuläre Belohnungs- und Bestrafungsschemata usw., verstehbar.

In der therapeutischen Praxis können die Methoden der Familien- und Ehepaartherapie bei manchen Fällen zur Intensivierung und zur Verkürzung der Therapie beitragen. Es gibt Fälle, in denen die Einbeziehung von Eltern und Geschwistern oder Ehepartnern die Überwindung unbeweglicher Widerstandsformen ermöglicht, oder zum Erkennen von wichtigen Widerstandsmanifestationen verhilft, die in scheinbar harmlosen Gewohnheiten, Befriedigungen oder Handlungen des Patienten verborgen sind.

Die Methoden der Familien- und Ehepaartherapien haben auch den Vorteil, daß sie sich ebensogut mit der Einzeltherapie, wie auch mit der analytischen Gruppenpsychotherapie und Milieuthérapie kombinieren lassen. Es gibt bewährte Kombinationsformen, in denen Gruppen ausschließlich aus Ehepaaren oder Familien bestehen.

All dies zeigt, daß die Theorien und Methoden der Familien- und Ehepaartherapie geeignet sind, Bestandteile eines multifokalen und komplexen, dynamischen und komplexen, dynamisch-psychiatrischen Therapiesystems zu werden.

Nicht nur die Literatur bot mir Gelegenheit, die Problematik der Familien- und Partnerdynamik und die Indikationen und den Nutzen der Familien- und Ehepaartherapie kennenzulernen, sondern auch die tägliche psychotherapeutische Praxis. Nach mehrjähriger Arbeit mit psychoanalytischer

Einzeltherapie konnte ich genau das feststellen, was schon vor vielen Jahren die Vorläufer der familientheroretischen Betrachtungsweise beobachtet hatten, daß es Fälle gab, bei welchen die symptomatische Heilung oder die durch die Therapie erreichte Persönlichkeitsreife eine akute neurotische oder psychosomatische Symptombildung und Erkrankung des bisher gesunden scheinenden Ehepartners nach sich zog. Es gab auch Fälle, in welchen verschiedene Familienmitglieder – besonders Eltern oder Ehepartner – eine Reihe von Verhaltensformen zeigten, die nur einen Zweck zu haben schienen, den Einfluß des Therapeuten auf den Patienten zu neutralisieren, eine affektive Bindung zu ihm zu verhindern, und die Therapie scheitern zu lassen, während dieselben Eltern, Ehefrauen oder Ehemänner sonst alles getan hätten, ihre Angehörigen gemäß dem traditionellen medizinischen Modell behandeln zu lassen. Mir fiel auch auf, daß ich keinem Fall begegnet war, noch über solche Fälle je gehört hatte, in welchen die Töchter oder die Söhne der Therapie entgegenzuwirken versuchten. Die „äußeren Widerstandsquellen“, wie ich solche Familienmitglieder oder Ehepartner bezeichnet habe, waren immer Eltern, Ehefrauen oder Ehemänner. Das ist mir umso mehr aufgefallen, weil ich viele ältere Patienten in Behandlung hatte, die mit ihren erwachsenen Kindern gemeinsam lebten.

Aus meiner Arbeit mit hospitalisierten Patienten gewann ich viele Eindrücke darüber, wie sich das Bild veränderte, wenn die übliche Heteroanamnese in der Anwesenheit des Patienten aufgenommen wurde, und wenn ich dabei ein Gespräch zwischen den Anwesenden anzuregen versuchte. Manchmal boten die Patienten auch nach mehreren psychotherapeutischen Sitzungen ein ganz anderes Bild, wenn sich die Zwei-Personen-Situation der Therapie wegen irgendwelcher Gründe zu einer Ehepaar- oder Familientherapie ähnlichen Situation verwandelte. Die entscheidende Beobachtung war es aber, daß äußerst relevantes psychologisches Material, das durch die Einbeziehung der Familienangehörigen leicht an den Tag gelegt werden konnte, in der analytischen Einzeltherapie oft nur schwierig und ziemlich spät vorgekommen war.

Solche Beobachtungen haben mich ermuntert, die Literatur der Familien- und Ehepartnertherapie zu studieren, und mit diesen Techniken eigene Versuche zu machen. Besonders haben mich in der Familientherapie die Gedanken von *Ivan Böszörményi-Nagy*, (*Böszörményi-Nagy, Framo, 1965; Böszörményi-Nagy, Spark, 1973*), in der Ehepartnertherapie die Schriften von *Jürg Willi* (*Willi, 1972, 1973*) beeindruckt, obwohl auch *Zuks* Konzept vom „side taking“ (*Zuk, 1971*) und *Jacksons* und *Haleys* kommunikationstheoretische Ansätze nützlich zu sein scheinen (*Jackson, 1970; Haley, 1963*). *Böszörményi-Nagy* ist ein geborener Ungar; und ich hatte Gelegenheit, ihn nicht nur auf internationalen Kongressen zu hören, sondern auch während seiner Ungarnreisen persönlich konsultieren zu können. In den letzten sechs Jahren machte ich die Familien- und Ehepartnertherapie zum routinemäßigen Teil meiner psychotherapeutischen Arbeit. Ich wurde überzeugt, daß die sehr lebendigen emo-

tionalen und libidinösen Bindungen, die zwischen den Familienmitgliedern und Ehepartnern bestehen, die unmittelbaren Kräfte sind, die das Verhalten und die Symptombildung des Patienten bestimmen, und daß die komplizierten Transaktionen, die komplementäre Befriedigungen und ineinander verschränkte Abwehr- bzw. Widerstandsmanifestationen enthalten, in der Einzeltherapie sehr schwierig verbalisierbar sind, sich auch in der Übertragung nur in entstellter Form äußern, sich aber in den vor dem Therapeuten ablaufenden familiären oder ehelichen Interaktionen sehr deutlich entfalten. Zweifellos sind diese Interaktionen, die charakteristischen „Spiele“ wie *Berne* sie bezeichnet hat (*Berne*, 1961, 1964) oberflächlicherer Art, als die an der Krankheit beteiligten Persönlichkeitsstrukturen bzw. Ich-Störungen, sind aber durch offene therapeutische Interventionen und durch die Behandlung von ganzen interpersonellen Systemen besser manipulierbar. Die Behandlung des ganzen Systems bedeutet, daß auch die nicht symptomtragenden Elemente des Systems behandelt werden müssen.

Die erhöhte Beweglichkeit der therapeutischen Interventionen ist besonders unter Umständen wichtig, in welchen die Bedingungen regelmäßiger psychoanalytischer Einzeltherapie oder Gruppenpsychotherapie fehlen. Bei Patienten, denen der in verschiedenen psychiatrischen Institutionen arbeitende Arzt oder Psychologe am häufigsten begegnet, sind meist weder die Motivationen noch die Möglichkeiten zur regelrechten Therapie vorhanden. Macht der Arzt oder Psychologe sich das familien- oder Ehepaartherapeutische Behandlungskonzept zu eigen, besitzt er nicht nur ein sehr wirksames therapeutisches Mittel, sondern er nähert sich damit auch einer Dynamischen Psychiatrie, welche sich in den mit Patienten überfüllten Institutionen und Versorgungszentren kaum verwirklichen läßt. Die psychoanalytischen Institute können durch die Verwendung von Methoden der Familien- und Ehepaartherapie eine erhöhte Wirksamkeit und die Erschließung eines neuen Forschungsgebietes gewinnen.

Anhand von Literaturstudien und eigenen Erfahrungen bin ich zu einigen Regeln der Verwendung dieser Verfahren in der dynamisch-psychiatrischen Arbeit gelangt. Ich möchte jetzt diese Regeln kurz erwähnen:

1. Patienten, die in engen Familien- oder Partnerschaftsbindungen leben, sollen neben den anfänglichen individuellen Gesprächen auch gemeinsam mit ihren Familienmitgliedern und Ehepartnern gesehen werden. Läßt man zunächst offen, worum es sich bei solchen Familiengesprächen handelt, ist es leicht möglich, aus solchen Zusammentreffen einen Prozeß, eine Sitzungskette zu machen. Die Angehörigen glauben zuerst, daß der Therapeut ihre Hilfe für die Behandlung des manifesten Patienten braucht, und befriedigen darüberhinaus auch ihre stets starken Wünsche nach Kontrolle über die Sachen des Kranken dabei; so leisten sie kaum Widerstand. Später, wenn die familientherapeutischen Interaktionen schon in Gang gesetzt sind, kann dieses multipersonale Behandlungsarrangement als Ehepaartherapie oder Familientherapie definiert werden.

2. Die ersten Begegnungen mit dem interpersonellen System des Patienten sollen dazu dienen, daß der Therapeut diagnostische Hinweise über den Fall auch in systempathologischem Sinne bekommt. Ist die Symbiose sehr auffällig und stark, und hat der Therapeut schon Vorstellungen über die Funktion des Symptoms oder des symptomatischen Verhaltens innerhalb des Systems, kann die Indikation einer Familien- oder Ehepaartherapie gestellt werden. Diese initiale Phase ist auch darum wichtig, weil während dieser solche Fälle erkannt werden können, in welchen die interpersonelle Pathologie übergroß ist und durch eine zu aktive Intervention die Gefahr erhöht wird, daß schwere Symptomausbrüche oder Symptomwechsel hervorgerufen werden können. Besonders die Gefahr des Selbstmordes muß berücksichtigt werden, wenn das bestehende Gleichgewicht zu rasch angegriffen wird. Meines Erachtens kommt die in der neueren Literatur der Psychotherapieforschung oft erwähnte Tatsache vom „deterioration effect“ (*Bergin, 1966*) eben in solchen Fällen vor. Die Verhaltenstherapie, aber manchmal auch die analytische Kurztherapie kann so rasche Symptomveränderungen verursachen, daß symbiotische Ehen oder Elternbeziehungen dadurch „dekompenziert“ werden. In solchen Fällen ist eine aktive Therapie oft kontraindiziert, und die Krankenrolle darf nicht angerührt werden.

3. Im Falle eines nicht aufklärbaren Scheiterns oder einer Verflachung des therapeutischen Prozesses ist es ratsam, die elterliche Familie oder den Ehepartner in die Therapie – wenigstens für eine Weile und für diagnostische Informationen – miteinzubeziehen. In vielen solchen Fällen zeigt sich eine überstarke und auch in der Gegenwart wirksame Familienbindung oder eine symbiotische Partnerbeziehung. In institutionellen Kontexten, d. h. in Behandlungssystemen, wo der Patient nicht nur mit einem Therapeuten, sondern mit einem „staff“ in Kontakt steht, ist es zweckmäßig, dasselbe auch beim Scheitern des Patienten in der Gruppenpsychotherapie zu tun. Die Systemwirkung seitens der Familie oder der Ehe kann die Involvierung in den Gruppenprozeß besonders erfolgreich verhindern.

4. Es gibt drei Kategorien von Patienten, die vorwiegend durch Familien- und Ehepaartherapie behandelt werden können:

a. Junge, in ihrer Elternfamilie lebende und schizophren reagierende oder Borderline-Patienten. Hier ist Familien-Therapie indiziert, weil die Familie den Patienten nicht nur durch die Sozialisation beeinflusst hat, sondern ihn auch in Gegenwart unter Kontrolle hält. Es lohnt sich zu wissen, daß es auch heute sehr geschlossene und traditionsgebundene Familien gibt, in welchen Großeltern oder einige, in der Familie lebende alte Verwandte die Schlüsselfigur der Familienpathologie sein können, und unbedingt in die Familientherapie einbezogen werden müssen.

b. Patienten, die in langjährigen kinderlosen Ehen leben, und außer ihren Ehepartnern wenige Kontakte haben. Solche Ehen neigen besonders zur „Kollusionsbildung“ (*Willi, 1973*). Hier ist Ehepartnertherapie indiziert.

c. Bei chronischen ehelichen Sexualstörungen. Solche Patienten sind besonders ungeeignet für die Individualtherapie. In solchen Fällen haben die neuen „Sexualtherapien“ (*Masters, Johnson, 1970; Kaplan, 1974*) mit der Partnerschaftstherapie, mit der gemeinsamen Behandlung mit dem Sexualpartner einen Durchbruch gemacht. Die Erfolge der Sexualtherapien werden heute von vielen Seiten als Argument gegen die Psychoanalyse und die Dynamische Psychiatrie verwendet. Obwohl die schnellen Erfolge oft oberflächlicher Natur und von kurzer Dauer sind, zeigen Therapien jedoch, wie wichtig die Beseitigung – größtenteils im Sinne des Realitätsprinzips – der ehelichen Kommunikationsstörungen auch auf sexuellem Gebiet ist.

5. Patienten, die außerhalb der ehelichen Familie oder dauernder Partnerschaften leben, kann durch die Familien- oder Ehe-therapie kaum geholfen werden, obwohl diese Beziehungen in der Krankheitsgenese eine wichtige Rolle gespielt haben können. Suchtkranke sind der Ehe-therapie nicht zugänglich, trotz der auffälligen Tatsache, daß sie mehr an ihre Ehepartner gebunden sind, die manchmal viel älter sind und eine Art von Mutter- oder Vaterfigur darstellen. Bei den sich im Aufbruch befindenden Ehen darf von der Ehe-therapie nichts weiter als die Beschleunigung der Scheidung erwartet werden. Manchmal kommt es vor, daß die Untersuchung von beginnenden Partnerschaften oder von sich durch die Geburt eines Kindes vergrößernden Familien dem Therapeuten wichtige diagnostische Hinweise geben kann. In solchen Fällen ist es möglich, die Wiederholung von frühen symbiotischen Beziehungen in „*statu nascendi*“ zu beobachten.

Meiner Erfahrung nach können die Ehepartner und die Mitglieder der elterlichen Familie leicht dazu veranlaßt werden, in der Therapie mitzuwirken. Die Interaktion entfaltet sich sehr schnell und ist leicht lenkbar. In Ungarn ist es viel leichter möglich, Ehepaare und Familien in Behandlung zu halten als langdauernde psychotherapeutische Gruppen. Es scheint ein Vorteil der Ehe- oder Familientherapie zu sein, daß man Co-Therapeuten miteinbeziehen kann, die eine Brücke zu anderen Therapieformen schlagen können. Dies können die Gruppentherapeuten, Milieutherapeuten oder somatischen Ärzte, wie z. B. bei psychosomatisch Kranken Internisten, Gynäkologen usw., sein.

Die Familien- und Ehe-therapie gibt neue Anregungen zur nachholenden Ich-Entwicklung dadurch, daß sie eben jene Kräfte beeinflusst, die die Ich-Entwicklung entweder ursprünglich geschädigt oder aufgehalten haben oder jetzt durch symbiotische Neubildungen fixieren. Diese Therapieformen tragen gewissermaßen dem Zeitdruck und der Verantwortlichkeit der praktizierenden Psychotherapeuten Rechnung und sind daher für Institutionen und psychotherapeutische Arbeitsbedingungen geeignet, in denen die Dynamische Psychiatrie ihre Funktion noch nicht erfüllen kann. Ich glaube, daß diese Therapien einen weiteren Raum auch dort verdienen, wo eine Dynamische Psychiatrie sich im Aufbau befindet. Vielleicht finden sie auch Eingang in das psychotherapeutische Versorgungssystem der Berliner Schule, deren

Lehr- und Forschungsinstitute und Kliniken vorbildliche Organisationen der Dynamischen Psychiatrie sind.

Family- and Partner-Relationships in Theory and Practice of Dynamic Psychiatry

Béla Buda

According to the author's opinion the development of Dynamic Psychiatry can be described as a process of an increasing consideration of family- and partner-relationships in the genesis and therapy of psychic illness. Though *Freud* had emphasized the meaning of the parent-child-relationship for the pathogenetic socialisation, he did not use these insights in the same measure for his therapeutic work. The primary group dynamics and their meaning for the emergence of psychic illness were taken into consideration merely under the aspect of their intrapsychic representation as „imagines“, introjects and object relations.

Mainly under the influence of *Sándor Ferenczi* the actual and real aspects of the analyst-patient-relationship were included in the theory and practice of the therapeutic treatment. While reviving former patterns of communication and interaction the actual treatment situation was to provide possibilities for interventions concerning the reparation of past traumatic experiences. This approach has been broadened by the introduction of group psychotherapy, group dynamics and milieu therapy. Within this development the family and partner therapy is according to the author's opinion a step further to a direct and thorough analysis of interaction and communication patterns and their modalities inside of interpersonal systems causing psychic illness. Applying these procedures it becomes possible not only to make out the pathological factors influencing the behaviour of the psychic ill, but also to treat the family and the partnership and their symbiotically determined dynamics in its entirety. This way the symptom becomes understandable in its significance for the maintenance of the balance within these systems profiting by the suffering of their ill members.

Basing on a common understanding of the genesis and structure of the archaic ego-illnesses these concepts provide chances of the integration of psychoanalysis and other social sciences. The author suggests that family and partner therapy can be conducive to intensify and shorten therapeutic procedures and serve to overcome manifestations of the patients' resistance. The methods can be appropriate for a many-focused and complex dynamic system of psychiatry by allowing the combination with individual therapy, group psychotherapy and milieu therapy.

Furthermore the author refers in this paper to his experiences with these methods and discusses diagnostic hints and theoretical conclusions deriving from the integration of family members and partners in the therapeutical situation. Hereby the author made some important observations, which led him to formulate the following rules for applying these forms of therapy: To avoid the occurrence of massive resistances on behalf of the patients' family or partners, an informal consultation is indicated in the beginning of the therapy. On believing to aid the therapist in curing the patient, the relatives have less anxiety and at the same time satisfy their need for control of the patient. The initial phase of the therapy is of importance for the diagnosis of such cases, in which an overactive intervention may lead to deterioration effects. An overhasty approach of the prevailing balance within the family system is often connected with the danger of a sudden outbreak or change of symptoms. It may even involve the danger of suicide.

The author considers family or partner therapy above all suited for three categories of patients: for young, schizophrenically reacting or borderline patients still living in their families, which is of vital importance despite of its pathology,, and for patients, which live in childless marriages of long standing and which are more or less unable to contact different persons but their spouses. In this connexion the author quotes *Jürg Willi*, who thinks that these marriages tend to establish a sort of collusion.

The new sexual therapies developed by *Masters* and *Johnson* are to be indicated in the case of chronic matrimonial disturbances of sexuality. It has been observed that individual therapy has proven to be less qualified in these cases. Although the astonishing success of sexual therapy has turned out to be short and superficial, the author regards these procedures as an important basis for the removal of matrimonial communication disturbances.

Patients, of course, living out of their family or without any partner, cannot be aided by family or partner therapy, although these relationships were playing an important part in the genesis of their illness. Addicts are not amenable to partner therapy notwithstanding the fact, that they are often strongly attached to matrimonial partners, which represent a kind of paternal or maternal figures for them. In case of parting marriages there is nothing else to be expected than the acceleration of divorce.

The analysis of families and partnerships gives generally the opportunity to observe the repetition of early symbiotic relationships in their „statu nascenti“. At the end of his explanations the author comes to the conclusion that the family and partner therapy gives new impulses for a retrieval of ego-development by influencing those forces, which have damaged or delayed ego-development in the beginning or which determined it by new symbiotic formations. He believes that these therapies deserve to be applied in all institutions and clinics, which take part in building up Dynamic Psychiatry.

Literatur

- Ammon, Gisela*, Hrsg. (1973): *Psychoanalytische Pädagogik* (Hamburg: Hoffmann & Campe)
- Ammon, Günter* (1973a): *Dynamische Psychiatrie – Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie* (Darmstadt: Luchterhand)
- , Hrsg. (1973b): *Gruppenpsychotherapie – Beiträge zur Theorie und Technik der Schulen einer psychoanalytischen Gruppenpsychotherapie* (Hamburg: Hoffmann & Campe)
- , Hrsg. (1976): *Analytische Gruppendynamik* (Hamburg: Hoffmann & Campe)
- Beels, C. C., Ferber, A.* (1969): *Family Therapy*. In: *Family Process* (8) 280–332
- Bergin, A. E.* (1966): *Some Implications of Psychotherapy Research for the Practice*. In: *Abnormal Psychol.* (71) 235–246
- Berne, E.* (1961): *Transactional Analysis in Psychotherapy. A Systematic Individual and Social Psychiatry* (New York: Grove Press)
- (1964): *Games People Play. The Psychology of Human Relationship* (New York: Grove Press)
- Böszörményi-Nagy, I., Framo, J. L.*, eds. (1965): *Intensive Family Therapy* (New York: Harper and Row)
- , *Spark, G. M.* (1973): *Invisible Loyalties. Reciprocities in Intergenerational Family Therapy* (New York: Harper and Row)
- Ferenczi, S.* (1964): *Bausteine zur Psychoanalyse* (Bern: Huber)
- Freud, S.* (1924): *Zur Technik der Psychoanalyse und zur Metapsychologie* (Leipzig, Zürich, Wien: Internat. Psychoanalytischer Verlag)
- Glover, E.* (1955): *The Technique of Psychoanalysis* (New York: International Universities Press)
- Grotjahn, M.* (1960): *Psychoanalysis and the Family Neurosis* (New York: Norton)
- Haley, J.* (1963): *Strategies of Psychotherapy* (New York: Grune and Stratton)
- , ed. (1971): *Changing Families. A Family Therapy Reader* (New York: Grune and Stratton)
- , *Hoffman, L.* (1967): *Techniques of Family Therapy* (New York: Basic Books)
- Hirsch, S. R., Leff, J. P.* (1975): *Abnormalities in Parents of Schizophrenics. A Review of the Literature and an Investigation of Communication Defects and Deviances* (New York: Oxford Univ. Press)
- Jackson, D. D.*, ed. (1970): *Human Communication. Vol. 1–2* (Palo Alto: Science and Behavior Books)
- Kaplan, H. S.* (1974): *The New Sex Therapy* (New York: Brunner/Mazel)
- Masters, W. H., Johnson, V. E.* (1970): *Human Sexual Inadequacy* (Boston: Little, Brown and Co.)
- Richter, H. E.* (1970): *Patient Familie. Entstehung, Struktur und Therapie von Konflikten in Ehe und Familie* (Hamburg: Rowohlt)
- Roazen, P.* (1972): *Freud and His Followers* (London: Allen Lane)
- Sager, C. J., Kaplan, H. S.*, eds. (1972): *Progress in Group and Family Therapy* (New York: Brunner/Mazel)
- Willi, J.* (1972): *Die hysterische Ehe*. In: *Psyche* (24) 326–356
- (1973): *Kollusion als Grundbegriff für Ehepsychologie und Eheberatung* (unveröffentl. Manuskript)
- Zuk, G. H.* (1971): *Family Therapy: A Triadic Based Approach* (New York: Behavioral Publications)

Adresse des Autors:
 Dr. med. Béla Buda
 I. Battyany u. 3
 Budapest/Ungarn

Therapeutische Gemeinschaft und analytische Milieuthherapie – Beiträge zu einer Reform der Psychiatrie**

Mathias Hirsch*

Das Anliegen der Arbeit ist die Darstellung und der kritische Vergleich zweier psychiatrischer Konzepte, die beide sowohl eine humanere Krankheitsauffassung als auch eine humanere therapeutische Strategie als die orthodoxe Schulpsychiatrie beinhalten: die therapeutische Gemeinschaft der Sozialpsychiatrie und die milieutherapeutische Gemeinschaft (Ammon) der Dynamischen Psychiatrie.

Unter der zentralen Frage: Was wirkt in der Behandlung schwer psychisch kranker Menschen therapeutisch, vergleicht der Autor diese beiden Behandlungsmethoden.

Beiden therapeutischen Ansätzen ist in der Darstellung des Autors gemeinsam, daß sie die Klinikgruppe als therapeutisch wirksames Medium verwenden. Entsprechend der unterschiedlichen Auffassung von der Entstehung psychischer Krankheit und dem daraus resultierenden differenten Krankheitsverständnis ist jedoch die Handhabung der therapeutischen Gruppe als therapeutisch-wirksames Instrument sehr divergierend.

Die Sozialpsychiatrie bemüht sich in der Gruppe der therapeutischen Gemeinschaft für den psychisch Kranken eine menschlichere soziale Umgebung, die offene Kommunikation ermöglicht, zu gestalten. Der Autor führt in der Folge jedoch aus, daß allein eine Verbesserung des sozialen Umfeldes noch keine therapeutische Wirksamkeit hervorruft. Auch wirft er die Frage auf, ob es sich bei derart offenen Gruppen tatsächlich um eine Gruppe handelt.

Die milieutherapeutische Gruppe der Dynamischen Psychiatrie wird als ein gruppenspezifischer geschlossener Organismus verstanden. Sie bietet dem Ich-kranken Patienten ein Feld, in dem er die verinnerlichte pathogene Erfahrung in der Übertragung wiederherstellen und sich ihrer in der Konfrontation mit seinem pathologischen Verhalten bewußt werden kann. Dabei agiert die Gruppe nicht im Sinne des Verhaltens der frühen Objekte mit, sondern mit Verständnis anders, als es der Patient unbewußt erwartet. Diese neue Erfahrung bedeutet im Sinne des Wiedergutmachens nach Meinung des Autors Verstehen und Herstellung von Beziehung statt Kontaktbruch und Verlassenwerden und stellt ein wesentliches therapeutisch wirksames Moment dar.

Die unterschiedliche Auffassung und Handhabung der therapeutischen Gruppe in diesen beiden Behandlungsmethoden wird durch Fallmaterial untermauert.

Das Anliegen dieser Arbeit ist es, zwei innerhalb der Geschichte der Psychiatrie bedeutende Konzepte einer humaneren Krankheitsauffassung und humanerer therapeutischer Strategien differenziert vorzustellen und voneinander abzugrenzen. Es handelt sich um die Theorie und Praxis der aus der Sozialpsychiatrie kommenden therapeutischen Gemeinschaft und die der von Ammon (1959, 1973a, 1973c) entwickelten analytischen Milieuthherapie, die der Dynamischen Psychiatrie zugehört. Im Mittelpunkt der Untersuchung wird der gruppenspezifische Aspekt beider Formen der therapeutischen Gemeinschaft stehen, da die den Patienten tragende Gruppe und ihre Dynamik als Medium therapeutischer Arbeit von entscheidender Bedeutung sind.

* Dr. med., Facharzt für Psychiatrie, Lehranalytiker am Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)

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

Die Weichen der historischen Entwicklung einer Psychiatrie, die wir noch heute vorwiegend antreffen, wurden im 19. Jahrhundert gestellt. In der Praxis ist der psychisch Kranke noch immer meist ein Objekt der Anstaltspsychiatrie, die ihn zum Teil einer feststrukturierten, hierarchisch aufgebauten Organisation macht, isoliert von allen anderen menschlichen Gemeinschaften und sozialen Bezügen. Auf der wissenschaftstheoretischen Ebene ist er Objekt eines naturwissenschaftlich-medizinisch orientierten Krankheitsbegriffs, der in Diagnostik und Therapie rein symptombezogen ist und an der psychischen Realität des Patienten vorbeigeht.

Bemühungen, diese unhaltbare Situation der Psychiatrie zu verändern, kamen aus zwei Richtungen. Zum einen waren es die Pioniere der psychoanalytischen Psychosentherapie, die unvoreingenommen von jeder medizinischen Ideologie zu einem psychogenetischen Verständnis psychischer Krankheit beitrugen. Zu nennen sind hier u. a. *Rosen, Sullivan, Fromm-Reichmann, Searles*. Eine individuelle Psychotherapie der Psychose ließ jedoch meist die Umgebung und insbesondere das Klinikmilieu unberücksichtigt. Erst die Integration eines psychoanalytischen Gruppenkonzepts in Genese, Verlauf und Therapie, wie sie besonders durch die Forschungen *Ammons* (1959, 1973a) geschehen ist, ermöglichte ein adäquates therapeutisches Vorgehen, das im Konzept der analytischen Milieuthherapie die individuelle Psychodynamik, die unbewußte Dynamik der umgebenden Gruppe und die Realität einer Klinik miteinander in Verbindung brachte und therapeutisch nutzbar machte. Auf dieses Konzept werde ich weiter unten ausführlich eingehen.

Aus der Erkenntnis heraus, daß die Anstaltspsychiatrie wenig effektiv arbeitet und im Gegenteil durch ihre rigide Struktur, durch die Unmöglichkeit, über Bedürfnisse und Konflikte zu kommunizieren, und die gleichzeitige Entmündigung des Patienten neue Krankheitsbilder in Form des Hospitalismus schafft, entwickelte die Sozialpsychiatrie neue Formen der Klinikbehandlung. Die verschiedenen sozialpsychiatrischen Richtungen haben das Bemühen um Aufdeckung und Beseitigung sozialer Faktoren gemeinsam, die krankheitsverursachend sind oder eine positive Entwicklung verhindern. Ihr Verdienst ist es, einen Beitrag zur Widerlegung eines individualistischen Krankheitsbegriffs geleistet zu haben. Während die Sozialpsychiatrie sich in der Ursachenforschung vorwiegend statistischer und soziologischer Methoden bedient, liegen ihrer Form der psychiatrischen Klinikbehandlung, der therapeutischen Gemeinschaft, bestimmte Bedingungen zugrunde, die ihr bekanntester Vertreter, *M. Jones* (1952) entwickelt hat:

1. Anstelle der überinstitutionalisierten hierarchischen wird eine demokratische Krankenhausordnung eingerichtet.
2. Die Patienten erhalten größtmögliche Freiheit und übernehmen für sich, ihre Mitpatienten und die Abteilung größtmögliche Verantwortung.
3. Alle Mitglieder einer therapeutischen Gemeinschaft, nämlich Patienten, Pfleger, Ärzte, Sozialarbeiter bemühen sich um maximal durchsichtige

Kommunikation. In täglichen Stationsversammlungen und Teamsitzungen wird das Verhalten aller Beteiligten reflektiert und das interpersonelle Geschehen auf die zugrundeliegenden Motivationen zurückgeführt.

Die Grundlage der Praxis der therapeutischen Gemeinschaft ist also eine Haltung psychisch Kranken gegenüber, die für sie eine menschlichere soziale Umgebung und offenere Kommunikation fordert und den Bestrebungen der Schulpsychiatrie, den Patienten zu entmündigen, entgegenwirkt. Die therapeutische Gemeinschaft intendiert im wesentlichen eine Humanisierung der Lebenssituation in der Klinik. Die gesellschaftliche Isolation und Ablehnung des Patienten, seine Entwürdigung und sein sozialer Rollen- und Funktionsverlust sollen aufgehoben werden. Das therapeutisch wirksame Mittel würde damit auf der Umstrukturierung des sozialen Umfeldes beruhen. Insofern bedeutet dieses sozialpsychiatrische Konzept einen enormen Fortschritt, ohne den eine effektive psychotherapeutische Arbeit in der Klinik mit schwer psychisch kranken Menschen nicht denkbar ist.

Ich möchte im Folgenden jedoch diese Prinzipien der sozialpsychiatrischen therapeutischen Gemeinschaft vom Standpunkt eines umfassenden Krankheitsverständnisses der Dynamischen Psychiatrie kritisch untersuchen und ihr die Praxis der analytischen Milieuthherapie, einer milieutherapeutischen Gemeinschaft, wie sie *Ammon* entwickelt hat, gegenüberstellen. Insbesondere kommt es mir dabei auf die gruppodynamischen Aspekte beider Formen an.

Der von *Ammon* (1959, 1973a, 1973c) auf der Grundlage der Pionierleistungen *Simmels* (1929) und der Brüder *Menninger* entwickelten analytischen Milieuthherapie und ihrer Form der milieutherapeutischen Gemeinschaft liegt ein geschlossenes psychogenetisches Konzept auch der schwersten psychiatrischen Erkrankungen zugrunde. Archaische Ich-Krankheiten, zu denen auch die psychotischen Reaktionen gehören, sind das Ergebnis einer defizitären Ich-Entwicklung in einer jeweils spezifisch gestörten Mutter-Kind-Symbiose. Diese pathogene Symbiose repräsentiert jedoch wiederum das Identitätsdefizit und die unbewußte Abwehrdynamik der umgebenden Familiengruppe. Psychische Krankheit ist somit Ausdruck eines Identitätsdefekts und einer Störung der Abgrenzung und Ich-Regulation entsprechend der zu rigiden oder zu durchlässigen Grenzen der Primärgruppe (*Ammon*, 1973a).

Die therapeutische Strategie der Dynamischen Psychiatrie geht davon aus, daß der Ich-kranke Patient destruktive verinnerlichte Objektbeziehungen und Gruppenstrukturen in alle aktuellen Gruppen hinein traumhaft ausagiert. Je weniger er in der Lage ist, die reale Lebenssituation von einer therapeutischen abzugrenzen, desto mehr muß die Therapie seine Lebenssituation umschließen. In der milieutherapeutischen Abteilung einer Klinik ist das therapeutische Setting für längere Zeit identisch mit der gesamten Lebenssituation des Patienten. Die Gruppe der milieutherapeutischen Gemein-

schaft stellt damit eine Bühne des Agierens für den Patienten zur Verfügung, dem im Schutze der Gruppe gestattet wird, die pathogene Erfahrung in der Übertragung wiederherzustellen und sich ihrer in der Konfrontation mit seinem pathologischen Verhalten bewußt zu werden. Dabei wird die umgebende Gruppe nicht im Sinne des Verhaltens der frühen Objekte mitagieren, sondern mit Verständnis anders reagieren als es der Patient unbewußt erwartet und immer wieder erfahren hat. Diese neue Erfahrung, die im Sinne des Wiedergutmachens Verstehen und Herstellung einer Beziehung statt Kontaktabbruch und Verlassenwerden bedeutet, ist ein wesentliches therapeutisch wirksames Moment. Weiterhin stellt die analytische Milieuthherapie eine Vielfalt von realen Aufgaben zur Verfügung, mit deren Hilfe verschüttete kreative Möglichkeiten des Patienten entfaltet werden können und die für die nachholende Ich-Entwicklung notwendigen bestätigenden "narcissistic supplies" gewährleisten. Die realen milieutheraeutischen Projekte stellen darüberhinaus ein gleichzeitig verbindendes und Distanz schaffendes Medium im Sinne eines dritten Objekts dar, über das indirekt mit dem Patienten kommuniziert werden kann.

Die grundlegende Voraussetzung einer nachholenden Ich-Entwicklung aber ist die den Patienten umgebende Gruppe der Therapeuten im weiteren Sinne wie Psychiater, Beschäftigungstherapeut, Sozialarbeiter, dem Pflegepersonal sowie den Mitpatienten. Es ist von eminenter Bedeutung, daß diese Gruppe als Gruppe eine Identität besitzt, d. h. sich ihrer Grenzen nach außen gegenüber der Umwelt und nach innen ihren Mitgliedern, ihren Zielen und Möglichkeiten gegenüber bewußt ist und sie flexibel in ständiger Abgrenzung neu bestimmt. Diese Abgrenzung, die der Gruppe prozeßhaft Identität verleiht, ist zuerst immer eine Abgrenzung von ihrem Leiter als einer zentralen Figur (*Redl, 1942; Ammon, 1973b*). Die Grenzen der Gruppe bilden sich in der anfangs aggressiven Auseinandersetzung, der sich der Leiter jedoch auch stellen muß. Erst dann sind Identifikationen der Gruppenmitglieder mit ihrem Leiter und untereinander möglich. Auf die psychiatrisch-psychotherapeutische Arbeit bezogen bedeutet das, daß erst eine solche Gruppe dem Therapeuten Schutz und Rahmen für ein Ich-strukturelles Arbeiten mit dem Patienten bietet.

Das Risiko, als reale Person eine wirkliche menschliche Beziehung zum Patienten einzugehen, immer wieder auf ihn zuzugehen und dabei sich selbst ständig in Frage zu stellen, ist nur zu ertragen, wenn der Therapeut sich selbst in seinen Schwächen und Fähigkeiten in einer flexiblen Gruppe erfahren und Vertrauen entwickeln kann. Für die Ich-Entwicklung des Patienten stellt das Erleben der Gruppengrenzen ein Modell für eigene sich entwickelnde Abgrenzungs- und Identitätsfindungsmöglichkeiten dar, die er verinnerlichen kann. Neben der oben angeführten neuen, wiedergutmachenden Erfahrung im Sinne einer emotionalen Korrektur (*Alexander, French, 1946*) stellt dieser Aufbau eigener flexibler Ich-Grenzen den entscheidenden therapeutisch wirksamen Faktor dar.

Ich möchte an dieser Stelle die Bedeutung der Zentralen Figur mit einer Fallvignette erläutern. Es handelt sich um die psychotherapeutische Abteilung eines mittleren psychiatrischen Krankenhauses, die in der Aufbauphase im Begriff war, ein dynamisch-psychiatrisches Therapiekonzept zu entwickeln. Die Patienten waren schwer Ich-krank Alkohol- und Drogenabhängige, das Team bestand aus zwei analytisch arbeitenden Psychologen, zwei Pflegern, einer Beschäftigungstherapeutin und einem Sozialarbeiter mit langjähriger Erfahrung in der ambulanten Suchtkrankenberatung. Ich kam in die Abteilung, um die ärztliche Versorgung, die Teamleitung sowie die Leitung der Stationsversammlung zu übernehmen.

→ Kurze Zeit vorher hatte ein jugendlicher drogenabhängiger Patient, Herr D., den Ruf der Abteilung und damit die im Aufbau begriffene psychotherapeutische Arbeit beträchtlich in Gefahr gebracht, indem er ein schweres Planierfahrzeug unerlaubt in Bewegung gesetzt hatte, das für Planierungsarbeiten für den innerhalb der Milieuthérapie zum großen Teil von den Patienten zu bauenden Sportplatz der Klinik eingesetzt war. Herr D. war wegen seines passiv aggressiven Verhaltens immer wieder aufgefallen und von allen Teammitgliedern wechselnd ermahnt worden, die das seit einiger Zeit schließlich aufgegeben hatten. Dieses neue Agieren machte das Maß voll. Das Team war vor einigen Tagen einstimmig zu dem Beschluß gekommen, Herrn D. wegen seiner zu großen Destruktivität zu entlassen, auch die Mehrzahl der Patienten hatte zugestimmt. Diesen Beschluß sollte ich durchsetzen und war auch nach den Berichten der Teammitglieder von der Notwendigkeit der Entlassung überzeugt.

In der folgenden Stationsversammlung reagierte Herr D. trotzig: das habe er sich gedacht, er würde schon gehen. Es zeigten sich jedoch bei den Patienten, die überstimmt worden waren, Widerstände gegen die Entlassung. Ich begann nun, die Beziehungen der Patienten zu Herrn D. zu klären, und es stellte sich heraus, daß er viele Verbündete hatte, die seine positiven und lebenswerten Seiten anführten. Zudem konnten die Patienten jetzt einen Teil ihrer Unzufriedenheit und Aggressivität dem Team gegenüber aussprechen. Es war mir nun nicht möglich, Herrn D. zu entlassen, da immer deutlicher wurde, daß er als Sündenbock die allgemeine Angst und Unsicherheit aggressiv ausgedrückt hatte. Wie sehr er das auch stellvertretend für das Team getan hatte, stellte sich in der Folge heraus. Nachdem ich die Aggressionen des Teams auf mich gezogen hatte, da ich ja den einstimmigen Teambeschluß nicht ausgeführt hatte, konnte über die Bedrohung gesprochen werden, die das Team von der Klinikumgebung ausgehend erlebte, gegen die sich ja die Aggression des Patienten D. gerichtet hatte.

Herr D. entwickelte zu mir jetzt eine intensive ambivalente Beziehung, da ich in die Konfrontation mit seinen passiven aggressiven Anteilen einerseits einstieg, andererseits ihn vor der Entlassung bewahrt hatte. Ich hielt ihm als Vertreter der Stations-Realität seine Verwahrlosungszüge vor und seine Gruppenunfähigkeit, so daß er umso mehr Gemeinschaftsaufgaben überneh-

men konnte, je mehr er mich feindlich erlebte und heftige Beschimpfungen mir gegenüber äußern konnte.

Vor meinem Eingreifen hatte sich zwar jedes Teammitglied für Herrn D. ein Stück weit verantwortlich gefühlt, es hatte sich jedoch niemand konsequent der Auseinandersetzung gestellt. Seine Beziehungen zur Gesamtgruppe waren nicht geklärt, insbesondere war seine Situation des Verlassenseins und der Isolation nicht verstanden worden. Herr D. drückte die unbewußte Dynamik der Abteilung aus, da er von der zersplitterten Teamgruppe verlassen war, die ihrerseits keine Möglichkeit hatte, eigene Angst und Unsicherheit und daraus resultierende Aggression zu verbalisieren und zu bearbeiten. Erst als sie Gelegenheit hatte, sich mit mir als neuem Leiter auseinanderzusetzen, konnte sie ihre Grenzen wiederfinden und den Patienten wieder aufnehmen, dem jetzt ein Splitting zwischen mir und seinem Gruppentherapeuten, den er jetzt als verständnisvoll erleben konnte, möglich war. Als relativer Therapieerfolg war zu bewerten, daß Herr D. von allen jugendlichen Drogenabhängigen am längsten in der Abteilung blieb, wenn auch ein befriedigender Abschluß der Therapie bei diesem schwerkranken Patienten zu dieser Zeit nicht möglich war.

Die in dieser Fallvignette anfangs bestehende Situation des Patienten und die anfängliche Dynamik der Abteilung spiegeln das Vorgehen sozialpsychiatrischer therapeutischer Gemeinschaften wider. Unter den Teammitgliedern war niemand, der sich für die Realität des Patienten verantwortlich fühlte, und zwar für eine Realität, die sowohl von objektiven Bedingungen der Abteilung und ihrer Umgebung als auch durch das Agieren des Patienten bestimmt wurde. Es wurde zwar wechselnd von allen Teammitgliedern immer wieder der Versuch gemacht, dem Patienten Grenzen zu setzen, das geschah jedoch durch den immer wiederholten Appell an seine Vernunft, ohne daß eine konstante interpersonelle Beziehung bestand. Außerdem wurde die unbewußte Bedeutung des Agierens nicht ausreichend verstanden, da sich der Gruppentherapeut des Patienten sozusagen nur für das zuständig fühlte, was der Patient selbst in die Gruppensitzungen brachte, und das Agieren nicht genügend in die therapeutische Arbeit einbeziehen konnte. Es war auch nicht erkannt worden, daß der Patient die unbewußte Aggressivität der gesamten Abteilung und besonders auch des Teams ausagiert hatte; die geplante Entlassung ist wiederum als aggressives Agieren des Teams dem Patienten gegenüber zu verstehen, der als Träger der Aggression aus der Gesamtgruppe ausgeschlossen werden sollte. Die demokratische Abstimmung, die scheinbar objektiv die gruppensystemische Realität der Abteilung wiedergeben sollte, verdeckte im Gegenteil die wirklich vorliegende unbewußte Dynamik. Erst als es mir gelang, die psychodynamische Ebene des Patienten und die gruppensystemische der Abteilung sowohl voneinander abzugrenzen als auch in Beziehung zu setzen, konnte das Verhalten des Patienten verstanden und therapeutisch nutzbar gemacht werden, verbunden mit seiner Erfahrung, nicht verlassen worden zu sein. In der Teamgruppe nahm ich

eine heftige aggressive Auseinandersetzung auf mich, durch die die Gruppe erst kommunikationsfähig wurde und die wirklich vorliegende unbewusste Dynamik erkannt und verändert werden konnte.

Es stellt sich hier die zentrale Frage: Was wirkt in der Behandlung schwer psychisch kranker Menschen therapeutisch?

Die Praxis der Sozialpsychiatrie zeigt äußerlich weitgehende Ähnlichkeit mit der milieutherapeutischen Gemeinschaft der Dynamischen Psychiatrie. Bei beiden Konzepten sind Tagesablauf und Gemeinschaftsleben fest strukturiert, es werden Großgruppensitzungen bzw. Stationsversammlungen abgehalten, es gibt im allgemeinen ein Angebot an Gruppenpsychotherapie, Beschäftigungs- oder Arbeitstherapie bzw. an milieutherapeutischen Projekten. Die wesentlichen konzeptionellen Unterschiede möchte ich im Folgenden herausarbeiten und beziehe mich dabei auf repräsentative Autoren der Sozialpsychiatrie, die in ihrem Bemühen um eine analytisch orientierte Arbeit der Dynamischen Psychiatrie noch am nächsten kommen.

Maxwell Jones' (1952, 1968) Terminus des „Sozialen Lernens“ beruht auf dem Konzept *Alexanders* (1946) der korrektiven emotionalen Erfahrung, dem Wiederholen und anders Erfahren der frühkindlichen Konfliktsituation. Insofern nähert er sich der Konzeption und Praxis der Dynamischen Psychiatrie von allen Sozialpsychiatern am meisten, es fehlt ihm jedoch das Verständnis der therapeutischen Gemeinschaft als geschlossener Gruppe, obwohl soziales Lernen auch seinem Verständnis entsprechend innerhalb der therapeutischen Gemeinschaft nicht nur in therapeutischen Sitzungen stattfindet. In Krisensituationen jedoch werden ad hoc Gruppen erst gebildet, deren Zusammensetzung bestimmt wird, die Teilnehmer dieser sogenannten Konfrontationsgruppen sind am Konflikt, der zur Krise führte, beteiligt und erforschen die Ursachen der Krise in einstündigen Sitzungen dieser einmalig tagenden Gruppen. Hier macht der leitende Arzt seine „latente Autorität“ geltend. In den sonst regelmäßig stattfindenden Großgruppen-, Team- und Psychotherapiesitzungen, in denen der Leiter seine Autorität zugunsten eines Klimas der Gleichberechtigung verbirgt, können offenbar Krisensituationen nicht bearbeitet werden. *Jones* hat wohl die Bedeutung des Leiters von Gruppen und der ganzen Abteilung erkannt, wie zwischen den Zeilen deutlich wird, kann die Funktion des Leiters aber nicht konsequent in einem konzeptionellen Zusammenhang verstehen.

Ploeger (1972) als Vertreter der Sozialpsychiatrie in Deutschland, der mit sogenannten „Neurotikern“ arbeitet, führt zwar *Jones'* Begriff der „therapeutischen Kultur“ an, kann aber nicht deutlich machen, wie er gruppenspezifisch definiert ist. In den Teamsitzungen wird zwar gruppenspezifisch gearbeitet, Beziehungen der Teammitglieder bearbeitet sowie mit Übertragung und Gegenübertragung umgegangen, die Teamgruppe ist aber nicht ein Ort der Integration aller auf verschiedenen Ebenen deutlich werdenden Ich-Anteile der Patienten. Entsprechend dem Fehlen einer zentralen Figur sind

auch die Gruppengrenzen extrem unbestimmt, was sich an der Inkonstanz der Zahl der Teilnehmer der Teamgruppe ausdrückt: zu den Sitzungen kommt, wer gerade etwas vorzubringen und zu klären hat. Nicht der Leiter hat die Aufgabe integrierend zu interpretieren, sondern das Teammitglied, das am wenigsten am aktuellen Konflikt beteiligt ist. Sogar die Patientengruppen haben eine von Sitzung zu Sitzung wechselnde Zusammensetzung. Hier kann gar nicht das Erlebnis der Gruppe als Ort der Geborgenheit trotz aller Ambivalenz eintreten, eine so unbestimmte Gruppengrenze nicht Vorbild der Ich-Grenze sein.

Das Krankheitsverständnis ist *Ploeger* zufolge einerseits schulpyschiatrisch orientiert, die Aufgabe der therapeutischen Gemeinschaft bei psychotisch reagierenden Patienten ist lediglich eine Ich-stützende, die Ich-Schwäche ist nicht zu verändern. Andererseits wird bei neurotisch Reagierenden als therapeutisch wirksam die Analyse der Konflikte gesehen, die Therapeuten üben analytische Zurückhaltung, Agieren wird stets als Ausdruck individueller Konflikte ohne Bezug zur Gruppensituation und als zu Vermeidendes unterdrückt. Von der orthodox verstandenen analytischen Arbeit abgespalten sind die Ich-stützenden Anteile der therapeutischen Gemeinschaft.

Alle therapeutischen Aktivitäten wie autogenes Training, Beschäftigungstherapie, Sport und Gruppentherapie sind nicht integrierte Teile eines therapeutischen Konzepts, das die Klinikgruppe als therapeutisch wirksame Gesamt-Gruppe begreift, wie es die milieuthérapeutische Gemeinschaft tut, sondern voneinander getrennt und zersplittert. So können solche Aussagen gemacht werden wie: „Krankengymnastinnen und Bademeister dürften wohl im wesentlichen, da sie Leistungen fordern, das Über-Ich der Patienten verkörpern. Ihnen kommt somit im Rahmen unseres Systems wahrscheinlich die meiste Autorität in den Augen der Patienten zu.“ (*Ploeger*, 1972, S. 83). Dabei sind die Krankengymnastinnen nicht einmal Mitglieder der Gemeinschaftssitzungen. Die Zersplitterung der therapeutischen Aktivitäten stellt sich aber gerade als pathologisches Mitagieren mit den zersplitterten Ich-Anteilen der Patienten dar, deren Splitting in der Übertragung und ihre Neigung zum Gegeneinander-Ausspielen der Übertragungspersonen nicht integrierend aufgehoben wird. Gerade diese Ich-Funktion der Integration und Synthese muß aber die therapeutische Gemeinschaft stellvertretend übernehmen, bevor der Patient selbst dazu in der Lage ist. Dazu aber ist eine flexibel abgegrenzte Gruppe notwendig, die sich wiederum nur um eine zentrale Figur bilden kann. Wie ich in meiner Falldarstellung gezeigt habe, bedeutet „flexibel abgegrenzte Gruppe“ eine mit allen Gefühlen gerade über unbewußte Prozesse kommunizierende Gruppe der Therapeuten, deren beispielhaftes Vorleben die Gruppe der Patienten identifikatorisch verinnerlichen kann.

Ein weiterer Vertreter der Sozialpsychiatrie in Deutschland sei angeführt: *Bosch* (1967) sieht das Problem sehr genau, psychoanalytische Therapie und sogenannte sozio-therapeutische Aktivitäten in der Therapeutischen Gemeinschaft zu integrieren. Er kann aber den Gegensatz nicht überwinden, da

er analytische Psychotherapie in der Klinik nur als orthodoxe, von der ambulanten Neurosen-therapie übernommene vorfindet, deren „wohlwollend neutrale“ Haltung er zu Recht als unmenschlich und unwirksam bei psychotisch kranken Menschen angreift. *Bosch* sieht aber andererseits den Ich-therapeutischen Charakter von Milieu- und Beschäftigungstherapie sowie der Arbeit mit dem Körper nicht, wie es die Dynamische Psychiatrie begreift, da er diese Aktivitäten und darüberhinaus ebenso Stationsversammlungen als reines konditionierendes Sozialtraining im Sinne behavioristischer Lerntheorien versteht.

Aus der Tatsache des in der Sozialpsychiatrie allgemein fehlenden Gruppenkonzepts lassen sich folgende Schlußfolgerungen ziehen: Es wird dem Patienten zwar implizit das Angebot gemacht, in der Klinik in einer kommunikativen menschlichen Gemeinschaft sich besser verstehen zu lernen sowie abgespaltene unbewußte Ich-Anteile zu integrieren. Da aber die ganze Klinik oder Abteilung nicht als geschlossener gruppenspezifischer Organismus verstanden und gehandhabt wird, eine Forderung, die *Ammon* (1973a) ausgesprochen hat, kann die Therapeutische Gemeinschaft nicht als Ort einer besseren Symbiose erlebt werden, aus der der Patient sich schuldfrei lösen kann. Die sozialpsychiatrische Therapeutische Gemeinschaft beraubt sich eines wertvollen therapeutischen Instruments, indem sie die unbewußte Gesamtdynamik nicht berücksichtigt. In der Praxis der Sozialpsychiatrie in Deutschland scheint überdies *Jones'* Forderung der demokratischen Struktur weitgehend mißverstanden worden zu sein. Die Vorstellung der Gleichheit und Gleichberechtigung aller Beteiligten bedeutet für Ich-schwache Patienten Überforderung und Verlassenwerden. Es besteht dazu die Gefahr, diese Vorstellung im Sinne einer Ideologiebildung der wirklich vorhandenen, aber verborgenen unbewußten Dynamik überzustülpen als Abwehr eben dieser Dynamik. Ein Leiter, der als solcher eingesetzt ist oder sich aufgrund seiner Persönlichkeit oder seiner fachlichen Kenntnisse qualifiziert, sich aber nicht als zentrale Figur zur Verfügung stellt, verweigert jede Auseinandersetzung und verläßt damit seine Patienten. Es wird versucht, die Bearbeitung der in der Gesamtgruppe auftretenden Konflikte in im allgemeinen nicht näher definierte therapeutische Gruppen oder Einzeltherapiesitzungen zu verlegen, die vom übrigen Geschehen abgespalten sind und additiv dem Gesamtkonzept hinzugefügt werden. Zu einer Verbindung der aufgesplitterten Situationen aber ist der schwerkranke Patient, wie eben ausgeführt, nicht in der Lage. Um aber den Normen der Therapeutischen Gemeinschaft – auch wenn sie vom Patienten mitbestimmt worden sind – zu entsprechen, muß er sich weiterer Abwehrmechanismen bedienen, unter denen der der Anpassung der häufigste ist. Gelingt ihm die Anpassung nicht, hat er mit Sanktionen zu rechnen, da die Therapeutische Gemeinschaft beim Agieren von Aggression und destruktiven Konflikten nicht deren Übertragungsdynamik erkennen kann, sondern ihnen auf der Realitätsebene begegnet. Auch wenn die Sanktionen letztlich von den Patienten mitbestimmt werden, enden sie

im Wiederholungsfall oft mit der Entlassung, also dem konkreten totalen Verlassenwerden des Patienten.

Phänomene wie die Ideologie-Bildung der Gleichheit, die Mystifizierung von Leiterfunktionen und der Verschleierung der Dynamik zwischen realen Menschen durch die Tendenz, die Beteiligten der Therapeutischen Gemeinschaft als Vertreter von Rollen und ihre Konflikte als Rollenkonflikt zu verstehen, haben Abwehrcharakter und umgehen insbesondere die Auseinandersetzung mit der destruktiven Aggression, die jeder psychisch Kranke in sich trägt und ohne adäquates Reagieren der Therapeuten weiter gegen sich selbst richtet.

Gruppendynamisch gesehen kann man in der Sozialpsychiatrie die Tendenz zur leiterlosen Gruppe mit völlig offenen, diffusen Gruppengrenzen im Gegensatz zu überinstitutionalisierten, hierarchisch rigiden Gruppenbildungen in der Schulpsychiatrie beobachten. Beide Gruppenstrukturen bedeuten über ein Verlassensein des Patienten, da die Erfahrung eines Schutzraumes, der alle Destruktivität und Ambivalenz trägt, und die Arbeit mit dem Unbewußten für Patient und Therapeut an die Existenz flexibel abgegrenzter Gruppen gebunden ist.

Die Ursachen für die Diskrepanz und den Widerspruch der Sozialpsychiatrie, einerseits das Angebot klinischer Psychotherapie zu machen, andererseits sich von der notwendigen echten Auseinandersetzung zurückzuziehen bzw. sie abzuwehren, wie ich es hier beschrieben habe, liegen meines Erachtens in der mangelnden Identität des Sozialpsychiaters. Ebenso wie es kein geschlossenes psychogenetisches Krankheitsverständnis psychischer Krankheit in der Sozialpsychiatrie gibt – in Deutschland hält man noch immer am Endogenitätsmythos der Schulpsychiatrie fest – fehlt ein Ausbildungsgang für das sozialpsychiatrisch tätige Personal. Neben der üblichen pflegerischen, sozialarbeiterischen psychiatrischen Ausbildung wird allgemein eine analytische Selbsterfahrung empfohlen, doch diese ist ebenso abgespalten von der psychiatrischen Identität, da es sich im allgemeinen um eine noch immer trieb- und konfliktorientierte Psychoanalyse handelt, wie die analytisch-therapeutische Praxis in der Therapeutischen Gemeinschaft.

Die Dynamische Psychiatrie kann dieser Identitätsschwäche ein geschlossenes Verständnis menschlicher gesunder und pathologischer Entwicklung entgegensetzen. Grundlegend ist dabei ein Krankheitsbegriff, der von der Verstehbarkeit schwerer psychischer Symptomatik als Ausdruck der Lebensgeschichte eines Menschen ausgeht. Dieser Mensch wird in seinen gesunden und kranken, bewußten und unbewußten Anteilen als ganzer Mensch verstanden und als solcher in einer besseren Umgebung, einem „facilitating environment“ z.B. einer Klinikgruppe angenommen, nicht als aufgespalten in verstehbare und nichteffühlbare, in gesunde und kranke oder konstruktive und destruktive Anteile.

Die therapeutischen Möglichkeiten und der therapeutische Optimismus der Dynamischen Psychiatrie beruhen auf der eigenen Erfahrung ihrer Psych-

iater und Mitarbeiter innerhalb ihrer Ausbildung, wie sie an den Instituten der Deutschen Akademie für Psychoanalyse durchgeführt wird (Hirsch, 1976), die sie als Identitätsentwicklung und-erweiterung in einer lebendigen Gruppe erleben konnten.

Die milieutherapeutische Gemeinschaft der Dynamischen Psychiatrie unterscheidet sich von der sozial-psychiatrischen durch das Verständnis der Gruppe der therapeutischen Gemeinschaft als geschlossenem gruppendynamischen Organismus. Wie ich in meinem Fallbeispiel gezeigt habe, ist es die Aufgabe ihres Leiters, das Ineinandergreifen der verschiedenen Ebenen bewußt zu machen und zu bearbeiten. Es handelt sich dabei jedoch nicht nur um ein analytisches Bearbeiten, sondern um ein ständiges aktives Herstellen von Beziehungen zu den schwer kontakt- und beziehungsgestörten Patienten. Dazu muß jedes Mitglied des therapeutischen Teams und letztlich beispielhaft sein Leiter sich selbst als reale Person anbieten, um den Patienten überhaupt erreichen zu können, und ebenso die therapeutische Gemeinschaft als Ort menschlichen Zusammenlebens gestalten. Insbesondere geschieht das auch durch das Bereitstellen realer Arbeitsprojekte, an denen Therapeut und Patient gemeinsam arbeiten und sich selbst verwirklichen. Während in der Sozialpsychiatrie die Tendenz besteht, Realität des Zusammenlebens und analytische Therapie des Patienten zu trennen, bietet die Dynamische Psychiatrie das Angebot zwischenmenschlicher Beziehungen als Feld des Agierens an, das als Kommunikationsmittel des sprachlosen Patienten verstanden wird. Es ist die Aufgabe des Therapeuten, in diesem Beziehungsgeflecht die Abgrenzung zwischen eigenen realen Schwächen und Fähigkeiten, eigenem Irrationalen des Patienten zu vollziehen. Je mehr der Therapeut sich aktiv als Mensch in die Beziehung einbringt und eine analytische Haltung aufgibt, desto mehr muß er sich infragestellen lassen, wozu er wiederum den Schutz und die Abgrenzungshilfe einer Gruppe braucht. Therapeutisch wirksam ist hier die oft für den Patienten erstmalige Erfahrung, daß menschliche Beziehung möglich ist und erhalten bleibt trotz aller Destruktivität und Ambivalenz, die er in sich trägt, die er aber umso mehr aufgeben kann, je mehr er sie erleben und erfahren kann, ohne verlassen werden zu müssen.

Aus den Bemühungen der Sozialpsychiatrie läßt sich ein guter Wille und menschliche Initiative erkennen, die Mißstände der Anstalts- und Verwahrspsychiatrie zu verändern. Dennoch besteht wegen des fehlenden eigenen Krankheitsverständnisses und der unzureichenden Identität die Gefahr einer unheilvollen Allianz zwischen Anstalts- und Sozialpsychiatrie, in welcher Reformen sich auf die Änderung äußerer Strukturen, nämlich der Neuerichtung von Gebäuden und einer äußeren Strukturreform, beschränken würden.

Therapeutic Community and Analytic Milieu Therapy – Contributions to a Reform of Psychiatry

Mathias Hirsch

This work intends the representation and critical comparison of two important psychiatric concepts, both including a notion of illness and a therapeutic strategy which are more human than the concept of the orthodox school of psychiatry: the therapeutic community of social psychiatry and the milieu therapeutic community of dynamic psychiatry. "What is effecting therapeutic success in treatment of persons who suffer from seriously psychic disease?" By asking this question the author compares the two above mentioned methods of treatment.

Both concepts have in common the steadily structured course of the day and the community life. Large groups are held, group therapy is offered, occupational therapy, work therapy resp. work at milieu therapeutic projects.

The essential differences between both methods of treatment consist, however, in a different understanding of illness and a resulting divergent handling of the group that supports the patient and in its dynamic as a means of therapeutic work.

Social psychiatry has no compact understanding of psychogenetic disease. On one hand it clings to the notion of endogeneity, supported by the orthodox school of psychiatry, too, on the other hand the research on causes refers to discovering of social factors which induce illness or hinder a positive development.

So the basis of social psychiatric practice in therapeutic community is an attitude towards psychically ill patients which demands for them more human social surroundings which inhibit the process of incapacitation. The function of the group in the therapeutic community is to represent a life situation that is more human.

The understanding of illness in dynamic psychiatry (*Ammon*) is based on a compact psychogenetic concept including all forms of psychic illnesses and most seriously psychiatric diseases. According to *Ammon* the cause of psychic illness is a deficient ego-development in a specifically disturbed mother-child-symbiosis. This pathogenetic symbiosis, however, represents the deficient identity of the surrounding family group and her unconscious dynamic of defence. So psychic illness expresses a defect of identity.

The therapeutic strategy of dynamic psychiatry assumes that in all topical groups the ego-deficient patient acts out destructive and internalized object relationships and group structures, in a way as if he was dreaming. In the milieutherapeutic community the therapeutic setting is for quite a long period identical with the complete life situation of the patient. There the group offers him a field where he reproduces the internalized pathogenetic expe-

periences in transference which he can become aware of in confrontation with his pathologic behaviour. In this process the group does not act in the way known from the behaviour of ancient objects but in another way than the patient unconsciously expects. This new experience means understanding and actual relationships instead of breaking off contact and being left, in this sense this new experience is an essentially effective aspect of therapy.

Whilst the therapeutically efficient means of social psychiatry is based on a changed structure of social surroundings, the therapeutically effective factor of dynamic psychiatry is the milieutherapeutic group. It offers an experience in the sense of an emotional correction (*Alexander*) and facilitates the forming of ego-demarcation in a retrieval. The author critically compares both different concepts of treatment considering therapeutic efficiency, his conclusions are as follows: With the therapeutic community social psychiatry, it is true, offers the patient a better understanding of himself in a communicative and human community, and it helps to integrate unconsciously split ego-aspects. But as the therapeutic community is not conceived, and not handled as a compact group dynamic organism, the therapeutic community can not be experienced as a situation of a better symbiosis which makes retrieval possible. Not considering the unconscious group dynamics the therapeutic community deprives itself of an important therapeutic means. The idea of equality and partnership of all participants means overstrain and abandonment to patients with ego-weakness.

According to the author's opinion the idea of equality and partnership is dangerous because it establishes an ideology which offers a defence against the actually unconscious dynamic. A leader who has his function because of personality or qualification but who is not disposable for the patients as a central figure, such a leader actually refuses to discuss any conflicts and thus abandons the patients. A group dynamic tendency towards a group without leader, with open and diffuse group demarcations is to be seen.

The author recognizes the causes of the discrepancy and the contradiction in social psychiatry in her lack of identity, because on one hand there is an offer of inward psychotherapy and on the other hand an authentic discussion of conflicts is refused.

Dynamic psychiatry, however, replies to this lack of identity a compact understanding of healthy and pathologic human development. It is based on a notion of illness that conceives psychic symptoms as an expression of the individual biography. Dynamic psychiatry understands man in his healthy and ill, conscious and unconscious aspects: as a whole person he is taken into better surroundings, into the facilitating environment of a milieutherapeutic group of a hospital. The author describes this group as a complete organism where it is the leader's duty to work out and make aware the interaction of the different levels. It is important not only to work out these analytic aspects but to get into contact to and relations with the patients who are seriously disturbed in just this capacity. In doing this the leader has to offer

himself as a real person in order to create a therapeutic community as a place for human community. The therapeutical effect results from the fact that here often the patients make for the first time in their lives the experience that human relations are possible and can be kept in spite of all the destruction and ambivalence they feel in themselves. The more the patients can experience these feelings without being abandoned, the more they can give them up. With a case study the author represents the divergent handling of the therapeutic group as an effective means in social psychiatry and dynamic psychiatry.

Literatur

- Alexander, F.; French, T. M.*: (1946): *Psychoanalytic Therapy: Principles and Application* (New York: Ronald Press)
- Ammon, G.* (1959): *Theoretical Aspects of Milieu Therapy* (Topeka, Kansas: The Menninger School of Psychiatry; Berlin: Pinel-Publikationen, 1977)
- , (1973a): *Dynamische Psychiatrie – Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie* (Darmstadt und Neuwied: Luchterhand)
- , (1973b): *Was macht eine Gruppe zur Gruppe?* In *Ammon, G.* (Hrsg.): *Analytische Gruppendynamik* (Hamburg: Hoffmann & Campe)
- , (1973c): *Psychoanalytische Milieuthérapie.* In: *Dyn. Psychiat.* (6) 112–130
- Bosch, G.* (1967): *Psychotherapie und Soziotherapie.* In: *Soc. Psychiat.* (2) 111–164
- Hirsch, M.* (1976): *Die Institutsgruppe als Milieu des Lernens in der psychoanalytischen Ausbildung.* In: *Dyn. Psychiat.* (9) 75–90
- Jones, M.* (1952): *Social Psychiatry* (London: Tavistock)
- , (1968): *Beyond the Therapeutic Community* (London: Yale Univ. Press) Dt. Ausgabe: *Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft* (Bern/Stuttgart/Wien: Huber, 1976)
- Ploeger, A.* (1972): *Die Therapeutische Gemeinschaft in der Psychotherapie und Sozialpsychiatrie* (Stuttgart: Thieme)
- Redl, F.* (1942): *Group Emotion and Leadership.* In: *Psychiatry* (5)
- Simmel, E.* (1929): *Psychoanalytic Treatment in a Sanatorium.* In: *Int. J. Psycho-Anal.* (10) 70–89

Adresse des Autors:
Dr. med. Mathias Hirsch
Jülicher Straße 8
4000 Düsseldorf 30

Das Körper-Ich und seine nachholende Entwicklung im Rahmen der Milieuthherapie**

Friedrich Battenberg*

Der Autor beschreibt in der vorliegenden Arbeit die nachholende Ich-Entwicklung unter besonderer Berücksichtigung der Körper-Ich-Entwicklung im Rahmen des Strukturmodells von Günter Ammon.

Der Körper des Kindes und die Kommunikation von Mutter und Kind darüber sind ein erster Raum kindlicher Ich- und Identitätsentwicklung. Gelingt diese Kommunikation über die gesunden Bedürfnisse des Kindes auf der Ebene der Körpersprache nicht, so bietet die psychosomatische Erkrankung oft die einzige Möglichkeit des Kontaktes.

Die Behandlung von Patienten mit einer solchen Körper-Ich-Problematik schließt eine Arbeit am und mit dem Körper-Ich mit ein, dies ist in der milieuthérapeutischen Gemeinschaft besser möglich als in der analytischen Einzel- oder Gruppentherapie.

In der Milieuthherapie, wie sie von Günter Ammon in Deutschland eingeführt wurde, steht ein Projekt im Mittelpunkt, das mit körperlicher Betätigung verbunden ist. Daher können alle Erfahrungen der Gruppenmitglieder auf die körperliche Aktivität im weitesten Sinne bezogen und oft erstmals damit verbundene psychische Empfindungen ausgedrückt werden.

Der Autor macht deutlich, daß verschiedene Ebenen der Körper-Ich-Erfahrung sich in einer milieuthérapeutischen Gemeinschaft nachholend entwickeln können.

Die psychoanalytische Milieuthherapie, wie sie von *Ernst Simmel* Ende der zwanziger Jahre mit dem Aufbau eines „psychoanalytischen Sanatoriums“ begann, wurde in Amerika von *Karl* und *Wilhelm Menninger* fortgesetzt. *Ammon*, der während seiner zehnjährigen wissenschaftlichen und theoretischen Arbeit an der Menninger-Klinik in Kansas diese Methode kennenlernte und sie durch Integration der Ich-Psychologie und der gruppenspezifischen Aspekte weiterentwickelte, führte diese therapeutische Technik in Deutschland ein. Schon 1959 unterschied er die Indikation zur Milieuthherapie am Grad der Ich-Regulationsstörung, die er heute im Sinne der zentralen Ich-Funktion der Abgrenzung nach innen und außen versteht (*Ammon*, 1959).

Im Folgenden werde ich zuerst die Ich-Entwicklung unter besonderer Berücksichtigung des Körper-Ichs darstellen, wie sie sich aus dem Ich- und Gruppenkonzept und Ich-Strukturmodell *Ammons* ergibt. Daran anschließend werde ich das milieuthérapeutische Konzept der Berliner Schule schildern. Im praktischen Teil werde ich dann anhand meiner milieuthérapeutischen Praxis verschiedene Ebenen der Körper-Ich-Erfahrung im Zuge einer nachholenden Ich-Entwicklung in dieser milieuthérapeutischen Gemeinschaft beschreiben.

* Dipl.-Psych., Prof., Psychoanalytiker am Münchner Lehr- und Forschungsinstitut der DÄP

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

Die Ich-Funktion der Abgrenzung stellt im Laufe der kindlichen Entwicklung in der primären Mutter-Kind-Symbiose einen zentralen Modus der Lösung aus der Symbiose dar. Die Entwicklung dieser Ich-Funktion bezieht sich dabei auf alle Ebenen der psychosomatischen Entwicklung des Kindes, der Reaktion der Mutter und der Primärgruppe darauf und der Unterstützung der kindlichen Wahrnehmung in Hinsicht auf die Wahrnehmung einer Realität außerhalb seiner selbst. Dabei beginnt die Ermöglichung von Abgrenzung bereits auf der Ebene, wie die Mutter dem kindlichen Körper als abgegrenztem Teil ihrer selbst begegnet.

Das *Ammon'sche* Ich- und Gruppenkonzept geht davon aus, daß der primäre Kontakt zwischen Mutter und Kind und daher auch die erste Beziehung zwischen beiden sich über den Umgang mit dem Körper des Kindes ausdrückt. Die Emotionalität der Mutter ist Ausdruck der Freude über das Kind bzw. irrationaler Bedürfnisse an das Kind oder sogar der Angst vor dem Kind. Alle diese Gefühle begleiten ihre Pflege und bestimmen die Symbiose zwischen Mutter und Kind. Über sie gewinnt das Kind ein primäres Gefühl seiner selbst. In der symbiotischen Interaktion zwischen Mutter und Kind strukturiert sich das kindliche Ich. Diese Strukturierung beginnt mit der Erfahrung des Kindes, einen abgegrenzten Körper haben zu können. *Freuds* Aussage, „das Ich ist zuerst ein körperliches“, wird im Ich-Strukturmodell von *Ammon* als zentrale Ich-Struktur der Interpersonalität in der Primärgruppe verstanden, d. h. daß die Mutter zum Aufbau dieser zentralen Ich-Struktur beim Kind dessen körperliches Ich zuerst einmal nicht in bezug auf seine Funktionen, sondern in seinem Dasein überhaupt annehmen muß.

Als Körper-Grenze fungiert in der Primärsituation die Haut. Die Pflege der Mutter bezieht sich auf dieses primäre Wahrnehmungsorgan des Kindes. Dieses kann dadurch erst die Umwelt-Mutter (*Winnicott*) wahrnehmen, diese Wahrnehmung des ersten Bereiches einer Ich-Struktur integrieren und im Körper-Ich-Gefühl sein Körper-Ich erfahren und abgrenzen.

Der Umgang mit dem Körper des Kindes spiegelt – wie *Ammon* es beschrieb – die Art, wie die Mutter und die Primärgruppe dem Kind eine psychosomatische Existenz gestatten. Gerade am Körper des Kindes strukturiert sich das gesamte gruppenspezifische Beziehungsgeflecht der Familie, die dem Kind eine Teilhabe am gemeinsamen Lebens- und Erfahrungsraum bereitstellt. Schon vor der Geburt des Kindes gibt es eine unbewußte Erwartungshaltung der Mutter, die bestimmt, welcher Mensch dieses Kind werden soll. Dabei spielen Phantasien der Mutter über das Geschlecht wie über das körperliche und psychische Sein des Kindes eine Hauptrolle (*Lichtenstein*, 1964). Das Kind wird deshalb nicht in ein total offenes Leben hineingeboren, sondern in einen Raum, der wie von unsichtbaren Fäden umgeben, eine unbewußte Matrix der kindlichen Entwicklung darstellt. In diesen unbewußten Erwartungen stellt sich die vorgeburtliche Kommunikation mit dem Kind her. Nach der Geburt bestimmen sie die Handlungen der Mutter, die sie dem Kind als Garant und Repräsentant seines Lebens in der Symbiose entgegen-

bringt. Die Erwartungen strukturieren somit die Wahrnehmung der Mutter vom Kind, d. h. ihre emotionale Reaktion seinem Kindsein gegenüber und die mütterliche Pflege des Kindes (*Winnicott*, 1965). Da diese sich zunächst vorwiegend auf den Körper des Kindes bezieht, wird der Körper selbst unbewußt ein Partner der Mutter, dem sie ein Lebensrecht einräumt. Schon dadurch ist die Mutter unbewußt bestimmt, mit den biologischen Veränderungen des Kindes umzugehen. Sie nimmt sie nicht als rein biologische Veränderungen wahr, sondern als Veränderungen in der psychosomatischen Struktur des Kindes. Sie kommuniziert mit dem Kind über die Bedürfnisse, die seinen jeweiligen Entwicklungen entsprechen, in der Art, wie sie unbewußt die Gesamtgestalt des Kindes wünscht. Dabei hat sie in bezug auf die Körperpotentialitäten des Kindes eine Körpervorstellung vom Kind, die dessen Potentialitäten unterstützen, einschränken oder verleugnen. Je stärker die unbewußten Erwartungen die Mutter bestimmen, desto mehr muß das Kind in seiner Existenz die Bedürfnisse der Mutter verkörpern. Es darf es zugleich nur in der Art, wie die Mutter es für dieses Kind – und zwar für jedes anders – unbewußt vorsieht.

Ammon betont, daß das interpersonelle Beziehungsgeflecht zwischen Kind und Primärgruppe der wesentliche Motor und Vermittler psychosomatischer Entwicklung ist. Am primär abgegrenzten Körper-Ich werden durch dieses Beziehungsgeflecht der familiären Gruppendynamik weitere Körper-Ich-Bereiche differenziert. Sie ermöglichen auf der einen Seite eine differenziertere Wahrnehmung, auf der anderen Seite eine differenziertere Abgrenzung des Körper-Ichs und tragen zugleich zur immer mehr sich differenzierenden Ich-Struktur bei.

Das früheste Körper-Ich entspricht der psychischen Erfahrung des Kindes auf der Ebene der Hauterfahrung als einer introjizierten Erfahrung, folglich einer gefühlsmäßig wahrgenommenen Grenze. Diese psychische Urgrenze wird durch die Mutter so differenziert, wie sie die vom Kind psychosomatisch erlebten Erfahrungen strukturiert. Das Körper-Ich des Kindes wird dabei jeweils zum Angelpunkt psychophysischer Veränderungen und Ich-Struktureller Differenzierung.

Ein aktiver Wahrnehmungsmodus der Haut ist der saugende Mund. *Spitz* (1956) beschreibt die Interaktion zwischen Mutter und Kind in diesem Bereich als „Welt der Urhöhle“. Diese Körper-Ich-Ebene wird in der Urhöhle des Mundes als primärem Wahrnehmungsorgan nach innen und außen zum Ort der ersten Verinnerlichung der guten Handlung der Mutter, die wie gute Nahrung aufgenommen oder in Reaktion auf eine ablehnende Haltung dem Kind gegenüber wieder erbrochen wird. Die Ebene der Mundwahrnehmung ist die Basis von Introjektion und Projektion. Nun können auf der nächsten Ebene der Körper-Ich-Entwicklung Objekte und Personen der Außenwelt wahrgenommen werden. Die Augen beziehen sich auf das Gesicht der Mutter, dessen Spiegel psychosomatische Befindlichkeiten vermittelt (*Winnicott*). Die schon differenzierteren Teile des Körper-Ichs werden ebenfalls im

Spiegel des mütterlichen Gesichts erlebt. Dieser Spiegel ermöglicht Wahrnehmung und Äußerung von Körper-Ich-Zuständen und Gefühlen. Die Ohren nehmen ebenfalls zuerst nur die Stimme der Mutter wahr und können nun auch für andere Sinneseindrücke durch die Reaktion der Mutter darauf offen werden.

In einem nächsten Schritt der Körper-Ich-Entwicklung werden die Gliedmaßen, ihre Koordination und ihr Gebrauch im Spiegel der Wahrnehmung der Mutter und der Primärgruppe in die Wahrnehmung des Kindes integriert. Diese Ebene des Körper-Ichs wird, wie alle vorangegangenen, von der Mutter besonders in der Art wahrgenommen, wie sie selbst ihre eigene Symbiose mit der Mutter erlebt hat. Gestattet die Mutter dem Kind keine freundliche Symbiose, so wird das Kind oft zu verfrühten körperlichen Leistungen gezwungen. Hält die Mutter das Kind in der Symbiose fest, darf es die körperlichen Abgrenzungsschritte erst sehr spät vollziehen, z. B. verfrühtes oder verspätetes Laufenlernen, verfrühte Sauberkeitserziehung, usw.

Eine weitere Ebene der Körper-Ich-Entwicklung ist die der sexuellen Körper-Ich-Identität. Alle diese Ich-Ebenen bauen jeweils aufeinander auf, sie strukturieren sich auf der Basis der ersten Körper-Ich-Abgrenzung. Defizite und Löcher in der primären Körper-Ich-Abgrenzung und Identität setzen sich bis zu späteren Entwicklungsschritten fort. Deshalb ist jede archaische Ich-Krankheit zugleich eine Körper-Ich-Erkrankung, verbunden auch mit Störungen im Bereich der Sexualität. Identität setzt immer auch ein Körper-Ich-Gefühl voraus (*Ammon*).

Archaisch Ich-krankte Mütter können dem Kind kein narzißtisches Körper-Ich-Gefühl vermitteln, da sie selbst nie eine körperlich narzißtische Bestätigung erfahren haben. In ihrer Suche nach Identität begegnen sie dem Kind im Wiederholungszwang, wie sie von ihren eigenen Müttern behandelt worden sind und zwar im Sinne eines Handelns an einem Objekt.

Bei diesen Müttern stellt der Umgang mit dem Körper des Kindes ein reines Behandeln dar, ohne daß ihnen die Qualität und Bedeutung ihrer Handlung bewußt werden kann. Dies ist deshalb nicht möglich, weil ihre eigene Gefühlssprache verstümmelt geblieben ist. Sie stellt eine Organsprache dar, die nicht in Symbole übersetzt werden kann, weil die Mutter selbst noch auf der körperlichen Suche nach ihrer eigenen Mutter ist. Solche Mütter behandeln den Körper des Kindes als Ganzen oder Teile von ihm wie fehlende Teile der eigenen Mutter oder von sich selbst (vgl. *Ammon*, 1973a).

Patienten mit dieser Körper-Ich-Problematik, die eine therapeutische Situation aufsuchen, haben oft keine Wahrnehmung ihres psychischen Defizites. Sie agieren oft traumhaft in ihre Umwelt hinein, wobei andere Menschen nur wie das gefühllos handelnde mütterliche Objekt erlebt werden können. Die Patienten können nicht über diese Handlungen, die ihre defizitären Gefühle ausdrücken, reflektieren. Ihr Handeln hat keinen Symbolwert, sondern ist direkte Wiederholung ihrer einzig möglichen Existenz (*Kuhl*, 1977). Sie können deshalb auch keine Deutungen ihres Verhaltens in der therapeuti-

schen Situation verstehen, fühlen sich nicht gemeint oder können ihre Wahrnehmung nicht mit einer Deutung in einen Zusammenhang bringen. Sie übertragen nicht im neurotischen Sinne, sondern leben in der psychischen Unabgegrenztheit von ihrer Primärgruppe. Sie können deshalb nicht Gefühle anderer auf sich beziehen, weil fühlen zu können schon eine Abgrenzung von der Ebene der körperlichen Handlungen bedeutet. Diese Ebene haben sie nie erreicht, weil sie nie Gefühle erlebt haben, außer in den Körpererfahrungen. In der psychoanalytischen Gruppentherapie sind sie verbal entweder gar nicht oder nur partiell zu erreichen (vgl. *Ammon*, 1973c).

Aus diesem Verständnis ergibt sich in der Therapie solcher Patienten die Notwendigkeit eines direkten therapeutischen Kontaktes auf präverbaler Ebene, wie er in der milieutheraeutischen Situation gegeben ist. Das wesentliche Moment in der Behandlung ist, daß hier Lebenssituation und Behandlungssituation identisch werden. Patienten, die nicht in der Lage sind, ihre verschiedenen Zeitdimensionen von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft zu trennen, erleben hier immer wieder in der Gegenwart zugleich ihre Vergangenheit und können mit Hilfe der Hilfs-Ichs der Gruppe und der Therapeuten diese Abgrenzung erstmalig erleben (*Ammon*, 1959). Zugleich können hier die Identitäts- und Ich-Funktionsstörungen der Kranken sichtbar und erlebbar werden. Die Milieuthherapie bietet gerade im Hinblick auf die beschriebenen Wahrnehmungsstörungen eine Möglichkeit der Erfahrung auf der Körper-Ich-Ebene an, die in anderen psychoanalytischen Techniken nicht direkt vermittelt werden kann. Weitaus stärker als in der psychoanalytischen Gruppentherapie tritt der Therapeut hier aktiv in direkten realen Kontakt zu den Patienten ein (*Ammon*, 1959, 1973b). Er wird zum Handlungspartner des Patienten in einer realen Lebenssituation. Dem Patienten wird dadurch eine Erfahrung auf der Ich-Ebene zuteil, auf der er verlassen wurde. Da bei diesen Patienten die Mütter ihre Handlungen als sprachlose Ersatzgefühle handhabten, kann auf dieser Ebene der Patient seine früheren Erfahrungen zusätzlich wiederholen und erlebt in dieser Wiederholung oft eine direkte Wiedergutmachung in der Reaktion der Therapeuten und / oder der Gruppe. Darüberhinaus stellt die milieutheraeutische Gemeinschaft einen Raum zur Verfügung, in dem realer Umgang mit Menschen und Dingen erprobt werden kann.

Die milieutheraeutische Gemeinschaft ist eine Gruppe von sechs bis zehn Patienten, die unter Leitung von zwei Therapeuten – im Rahmen einer langlaufenden ambulanten Psychotherapie – in einer abgegrenzten Zeit, zumeist für vier Wochen, und in einem abgegrenzten Raum – dem Ort des Einsatzes – miteinander eine Arbeits-, Lebens- und Erlebensgemeinschaft bildet. In Zusammenarbeit und Integration aller in der Gruppe vorhandenen konstruktiven Ich-Funktionen versucht sie, ein Stück Umwelt zu verändern, zu gestalten oder neu herzustellen. Die gemeinsam mit den Therapeuten ausgesuchte Realaufgabe wird als Projekt bezeichnet. Raum und Zeit, Projekt, die gemeinsame Gestaltung der Tage dienen als die die Gruppe von außen ab-

grenzende Realität. An diesen Realitäten strukturiert sich die Gruppe als Ort einer gemeinsamen täglichen Lebensbewältigung und einer gemeinsam geführten, für die Patienten sinnvollen Arbeits- und Lebensgemeinschaft. Sie ist für die Patienten vom therapeutischen Standpunkt her notwendig, weil sie gerade in ihren Familiengruppen oft Identitäts- und Sprachlosigkeit im Gefühlsbereich unter einer Anpassungsfassade abwehren mußten, die ihnen zwar ein Überleben garantierte, jedoch um den Preis eines toten Lebens. Der Verzicht auf die Abwehrfassade im Schutze der Gruppe ermöglicht ihnen oft erstmals einen emotionalen Kontakt im gemeinsamen Handeln. Besonders in der Arbeit am Projekt wird dabei das direkte gemeinsame Handeln von den Patienten auf der Körper-Ich-Ebene erlebt und zuerst auch auf dieser Ebene direkt ausgedrückt. Dadurch können Wahrnehmungsstörungen aufgrund von Körper-Ich-Defiziten sichtbar im Beisein der Therapeuten und der Gruppe agiert werden. Damit werden sie auch innerhalb des Schutzraumes der Gruppe korrigierbar.

Die milieutherapeutische Gemeinschaft verhilft den Patienten dazu, bisher nur partiell entwickelte, defizitäre oder fehlende Körper-Ich-Funktionen zu entdecken. Besonders Patienten mit einer kompensatorischen Abwehrfassade einer guten Realitätsbewältigung erleben oft erstmals das darunterliegende Defizit im Bereich des Körper-Ichs. Fassadäre Ich-Funktionen können so von ihrer Aufgabe als Schutz gegen die Wahrnehmung dieser frühen defizitären Erfahrung befreit werden. Sie können für die gemeinsame Aufgabe der Gruppe zur Verfügung gestellt werden und dadurch ebenfalls oft erstmals konstruktiv erlebt werden.

Die psychoanalytische Indikation für Patienten mit schweren Störungen auf der Körper-Ich-Ebene möchte ich anhand von Beispielen darstellen aus einer milieutherapeutischen Gemeinschaft, die ich im letzten Jahr in Stelzerreut leitete. In diesen Fallvignetten stütze ich mich auf folgendes Material: Interviews, Videotape-Aufnahmen und Gruppenprotokolle über die täglichen Sitzungen, sowie Aufzeichnungen der Therapeuten während der Zeit der therapeutischen Gemeinschaft.

Die Gruppe bestand aus acht Gruppenmitgliedern, vier Männern und vier Frauen. Sie wurde von mir und einer Therapeutin geleitet. Alle kamen aus unterschiedlichen Einzel- und Gruppentherapien, nur zwei Patienten stammten aus der gleichen therapeutischen Gruppe. Die einzelnen Patienten waren wegen schizophrener Reaktion, schwer depressiv hysterischen Zustandsbildern, psychosomatischen Erkrankungen bis hin zur Anorexia nervosa in Behandlung.

Wie bei jeder Ich-strukturell arbeitenden Therapie wird gerade in der Milieuthherapie die Kommunikation und der Kontakt unter Umgehung der Pathologie über konstruktive Persönlichkeitsanteile hergestellt. Diese konstruktiven Ich-Funktionen stellen eine Grundlage für das therapeutische Bündnis dar. Es ist wesentlich für den therapeutischen Erfolg, daß die Therapeuten in der Lage sind, diese konstruktiven Ich-Anteile der Patienten zu

erkennen und sie im gemeinsamen Handeln mit den Patienten direkt zu unterstützen. In der beschriebenen Gruppe wiesen die Patienten eher konstruktive Ich-Anteile auf der Ebene der Organisation und Planung auf. Handwerkliche Erfahrungen hatte keiner der Patienten. Eine Patientin malte gern, eine andere konnte zuverlässig die Kasse führen. Die Männer in der Gruppe waren, bis auf einen, stetig in einer begonnenen Arbeit, aber wenig spontan und eher kontrolliert mit einer Fassade guter Anpassung.

Die Gruppe traf sich zu fünf Sitzungen in München, die der Klärung der Motivation der Patienten dienten. Anhand der Planung der Realitäten, wie die Besorgung der Zimmer, wurde die örtliche und zeitliche Struktur als Gruppengrenze eingeführt. Dazu gehört auch der hier geltende Gruppenvertrag, der sich auf die Tagesstruktur, die tägliche Anwesenheit, die abendliche Sitzung und das Verbot sexueller Kontakte bezieht. Im Zentrum der Auseinandersetzung steht das gemeinsame Projekt. Anhand der Vorstellung über die Durchführung des Projektes werden narzißtische Größenphantasien ebenso abgrenzbar, wie die Angst, von der neuen Aufgabe verschlungen zu werden. Die Auseinandersetzung aller Gruppenmitglieder mit den Therapeuten, die diese Abgrenzungsfunktion zunächst für die Gruppe übernehmen, stellt eine erste innere Gruppengrenze her. Anhand der Verteilung wichtiger Arbeitsaufgaben wird auf der Ebene der Übernahme von Verantwortung auf der einen Seite die Selbstverantwortung der Patienten gefördert, auf der anderen Seite wird der Platz jedes einzelnen Gruppenmitgliedes in der Gruppe thematisiert und garantiert. In der Auseinandersetzung über die Funktion des Projektleiters, des Kassenswarts und des Küchenchefs können sich die Patienten untereinander auseinandersetzen. Schon hier können die Therapeuten direkte Einblicke in vorhandene positive Ich-Funktionen gewinnen.

Frau Gabler (die Namen der Patienten sind verändert), die anorektische Patientin, war erst zur vierten Sitzung in die Gruppe gekommen. Als Motivation gab sie an, sich von ihrem Freund trennen zu wollen und nicht allein sein zu können. Beitragen könne sie nichts, auch nichts mitbringen, vielleicht ein paar Schallplatten. Daß ich mich für die Art der Schallplatten interessierte, konnte die Patientin als Kontakt erleben und sich auf einen ersten Schritt zu einem therapeutischen Bündnis einlassen.

Herr Kröger, der Patient, der mit Frau Gabler aus der gleichen ambulanten psychotherapeutischen Gruppe stammte, setzte sich dafür ein, daß sie mitfahren solle. Herr Kröger ist als ein guter Organisator zu charakterisieren. Er führte neben seinem Studium einen kleinen Handel und organisierte studentische Unternehmungen.

Das ursprüngliche Projekt der Gruppe war der Bau eines Balkones gewesen. Dieses Projekt mußte die Gruppe wegen einer Aufteilung in zwei Gruppen aufgeben. Sie übernahm dann als eigentliches Projekt, die alten Doppelfenster des Hauses zu erneuern. Schon mehrere andere therapeutische Gemeinschaften hatten sich dieses Projekt vorgenommen, dann aber an Ort und

Stelle wieder verworfen. Die Gruppe konnte daher dieses Projekt als nur nützlich und von außen bestimmt erleben. Gegenüber dem weithin sichtbaren und schon im voraus bewunderten Balkon hatte sie ein Projekt übernommen, das nicht auf der Ebene eines narzißtischen Selbstgefühls, sondern sozusagen am Übergang zwischen Innen- und Außenwahrnehmung erlebt wurde. Dies spiegelte sich in der dauernden Auseinandersetzung auf der Körper-Ich-Ebene. Ständig wurden unbewußt Trennung und Abgrenzung thematisiert. Das Projekt wurde nur sehr zögernd in Angriff genommen, weil die Ebene einer abgegrenzten Körper-Ich-Entwicklung auch auf der Gruppenebene Voraussetzung dafür war. Bei einem narzißtisch-bestätigenden Projekt schließt sich die Gruppe um das Projekt vergleichbar schneller und die Ebene der abgegrenzten Körper-Ich-Entwicklung wird dadurch ebenfalls eher erreicht. Die Gruppe konnte das „nützliche“ Projekt, das minimale narzißtische Bestätigung versprach, erst beginnen, als es diesen Konflikt auf der Körper-Ich-Ebene durch das Bearbeiten eines Schränkchens agierend dargestellt hatte. Soweit zum Projekt.

In der milieuthérapeutischen Gemeinschaft steht am Ende eines gemeinsam verbrachten Tages – Essen, Arbeiten, kulturelle Unternehmungen, Erholung, all dies unternimmt die Gruppe gemeinsam – eine gruppentherapeutische Sitzung, in der das Erlebte be- und verarbeitet werden kann. Es wird vermieden, Regressionen zu fördern und zu starke Übertragungen entstehen zu lassen. Wenn starke regressive Bedürfnisse von einzelnen Mitgliedern entstehen, können sie z. B. in Einzelgesprächen bei einem Spaziergang oder in einer gemeinsamen Unternehmung oder Arbeit aufgefangen werden.

In der ersten Gruppensitzung am Ort befaßte sich die Gruppe vor allem mit ihrem neuen Gruppenraum. Er wurde als zu niedrig und zu eng erlebt. Die Wände waren den Gruppenmitgliedern zu kahl. Ein Mitglied schlug vor, die Wände neu zu streichen, ein anderes wollte selbstgemalte Bilder aufhängen. Die ganze Gruppe beschäftigte sich mit den Gefühlen, die die neue Situation auslöste. Diese Gefühle entsprachen der noch starren Gruppengrenze, die hier zunächst auf der Ebene einer Körper-Ich-Wahrnehmung, dem starr abgegrenzten Raum, dargestellt wurde.

In dieser Gruppe wurde die eigene Fassadenhaftigkeit, das falsche Selbst, auf die Wände des Gruppenraumes projiziert. Auf einer anderen Ebene wurde dieser Raum erlebt wie ein beengender Uterus. Es tauchten in der Gruppe starke Ängste vor der geringen Höhe des Raumes auf. Die Angst, daß einem die Decke auf den Kopf fällt, ist dabei direkt bezogen auf frühe Körper-Ich-Erfahrungen von Angst und Atemnot (*Sullivan*) bzw. bedrohlicher Nähe. Diese Atemnot wurde später in einer Hyperventilation auf der Körper-Ich-Ebene agiert und zwar unmittelbar, bevor die Gruppe ihre flexibel gewordenen Ich-Grenzen wahrnehmen konnte und in dieser Wahrnehmung wie in einem Geburtserlebnis eine gemeinsame Gruppengrenze integrieren konnte.

Frau Gabler saß während dieser ersten Sitzung fast regungslos und vollkommen stumm in der Gruppe. Auch wenn sie von den Therapeuten oder

Gruppenmitgliedern angesprochen wurde, äußerte sie kein Wort. Beim Abendessen begann sie dann plötzlich zu zittern. Sie konnte die Nähe und die Bedrohung durch das Gesehenwerden nicht aushalten. Die Therapeutin bot ihr ein Einzelgespräch an. Dabei erfuhr sie einiges von der Lebensgeschichte von Frau Gabler, was sie zu keinem Zeitpunkt der Sitzungen und Vorgespräche hatte mitteilen können.

Frau Gabler wuchs in einer spannungsreichen Familie auf. Die Mutter, die sie als liebevoll und natürlich idealisierte, hatte einen Mann geheiratet, der voller Ironie und Zynismus war. Er war autoritär, zeigte wenig Verantwortungsbewußtsein und war immer in Geldschwierigkeiten. Kurz nach der Geburt von Frau Gabler ließen sich die Eltern scheiden. Laut Gerichtsbeschuß mußte sie später von ihrer Mutter weg zum Vater. Dort sprach sie fast kein Wort, nur „ja“, „nein“, „Guten Morgen“ und „Gute Nacht“. Sie haßte den Vater, weil er die Mutter verlassen hatte und an ihrem weiteren Unglück schuld war. Frau Gabler war wegen Kontaktschwierigkeiten und Vaginismus in Therapie gekommen. Ihre früheste Kindheitserinnerung ist die Abneigung gegen das Händeschütteln. Auch heute noch bereitet ihr dies Schwierigkeiten.

Beim Abendessen saß ich ihr gegenüber. In dieser Therapie stellte Frau Gabler mit ihrer Erstarrung die noch fehlende Interpersonalität der Gruppe dar. Die Gruppe als Ganzes war noch zu keiner gemeinsamen Gefühlswahrnehmung fähig. Die Abwehr der Angst vor interpersonellem Kontakt wurde von vielen Gruppenmitgliedern körperlich ausgedrückt. Einige waren schweigsam und zwanghaft starr, andere waren hyperaktiv, fähig in ihren Bewegungen oder überstürzten sich in schnellem Sprechen. Beide Seiten, die Starre und die Hyperaktivität stellten m. E. im Agieren auf der Körper-Ich-Ebene die Defizite dieses Körper-Ichs selbst dar. Die Therapeuten als zentrale Personen müssen in dieser Zeit die meisten Ich-Funktionen für die Patienten übernehmen. Da ich selbst sehr einsilbig war, erlebte mich Frau Gabler wie ihren Vater, zu dem sie als kleines Kind sehr gern Kontakt gehabt hätte, der ihr aber speziell in der Zeit der Pubertät nicht half, aus ihrer Isolation herauszukommen.

Beim Frühstück am nächsten Morgen behielt die Gruppe nur die schlechtesten Teller, Tassen und mangelhaftes Besteck übrig. Es hielten sich vier Gruppen auf dem Gelände auf, und die anderen Gruppen hatten früher für sich gesorgt. Das erlebte die Gruppe als starke Frustration, da sie als einzige zwanzig Gedecke erstanden hatte und zusätzlich zwanzig Bestecke. Das alles hatte die Gruppe vom vorgesehenen Geld für das Projekt bezahlt. Nun erlebte sie, daß ihr alles weggenommen wurde. Zusätzlich machten die vielen Menschen der Gruppe Angst. Sie fühlte sich beiseite geschoben und erdrückt. Die Gruppe erlebte sich hier als Ganzes wie ein vernachlässigtes Kind, das nicht genügend Nahrung bekommt, weil die Geschwister größer und stärker sind. Es tauchen die Ängste auf der körperlichen Ebene auf, nicht richtig essen zu können und schlecht versorgt zu sein. Frau Gabler aß

während dieser Zeit fast gar nicht. Die Gruppe erlebte hier als Ganze ihr Körper-Ich-Defizit der Oralität. Frau Gabler agierte durch die Anorexia nervosa das Erleben der Gruppe als verweigernde Mutter, die dem Kind keine Erfahrung einer Urhöhle erlaubt. Mit dieser Erfahrung identifizierte sich die ganze Gruppe und projizierte sie auf die Therapeutin. Herr Kröger versorgte die Gruppe mit Milch, die er von seiner Hauswirtin mitbrachte. Er stellte damit die Rivalität zur Gruppenleiterin auf dieser Körper-Ich-Ebene dar.

Die Gruppe beschloß nun, ihren Platz auf dem Gelände dadurch festzulegen, daß sie einen Eßtisch zimmerte, den sie an einem gemeinsam ausgesuchten Platz aufstellen wollte. Die Gruppe konnte sich hier erstmals konstruktiv aggressiv von den anderen Gruppen abgrenzen. In dem Wunsch, einen eigenen Eßplatz zu haben, drückt sie ihre oralen Bedürfnisse aus, eine eigene Nahrung zu haben, also selbst leben zu dürfen, was einer Abgrenzung auf der Körper-Ich-Ebene der Oralität entspricht. In der Verbündung mit den konstruktiven Ich-Anteilen dieser Körper-Ich-Ebene konnte die gesamte Mutter-Gruppe für die oralen Bedürfnisse der einzelnen sorgen. In diesem gemeinsamen Interesse verbunden konnte die Gruppe nun auch handelnd dieses Interesse vertreten.

Am zweiten Tag wurde deshalb von der ganzen Gruppe das Material für die Projekte eingekauft. Dabei wurden mehrere Trödler besucht. Die Gruppe verlor sich beim Anschauen der angebotenen Gegenstände, von denen sie sich überflutet fühlte.

Die Therapeuten müssen gerade in der Anfangssituation der Gruppe die Abgrenzungsfunktion gewährleisten und als zentrale Repräsentanten der Realität für die Gruppe existent sein. Daß die Therapeuten im Sinne einer Identifikation mitagieren, ist eine spezifische Gefahr der Milieuthherapie. Sie ist es in besonderer Weise, weil die Therapeuten einerseits agierend mit den Patienten umgehen müssen, aber nicht mitagieren dürfen, sondern durch ihr Handeln eine konkrete und strukturierende Antwort auf die non-verbale Handlungen der Patienten geben müssen.

Da in der beschriebenen Situation die Therapeuten in diesem Sinne die Strukturierung der Situation nicht konkret übernommen hatten, traten bei mehreren Patienten Augenschmerzen auf, die noch tagelang anhielten und von einer Patientin durch den Verlust einer Haftscheibe agiert wurde. Die Gruppe erlebte in dieser Situation ein weiteres Körper-Ich-Defizit. Dies wurde von mehreren Patienten auf der Körper-Ich-Ebene der Wahrnehmung psychosomatisch agiert. Die Gruppe, deren starre Grenzen durch die Anwesenheit der anderen Gruppen bedroht waren, erlebte hier das Aufbrechen dieser starren Grenze durch die zu geringe Abgrenzungsleistung für die Gruppe, die die Therapeuten hätten gewährleisten müssen. Da Gefühle in der Gruppe noch nicht verbalisiert werden konnten, wurde die hier entstandene Angst durch einzelne Patienten auf der Körper-Ich-Ebene im psychosomatischen Symptom der Augenschmerzen dargestellt.

Am stärksten drückte Herr Kröger das Gefühl der Überforderung durch zuviel unstrukturierte Realität aus. Er hatte beim Trödler hektisch nach einem Bücherbrett oder nach einem Esstisch gesucht. Als die Gruppe schon wieder im Aufbruch begriffen war, machte er die Therapeutin auf ein häßlich überstrichenes Schränkchen aufmerksam. Das wollte er mitnehmen, abbeizen und in den Gruppenraum stellen. Das Schränkchen wurde gekauft und von der ganzen Gruppe als eigenes Projekt behandelt.

Durch sein Handeln wollte Herr Kröger ausdrücken, daß er der Therapeutin und auch der Mutter-Gruppe sich selbst anbieten wollte. Das Schränkchen stand für sein Körper-Ich und wurde von der ganzen Gruppe unbewußt so erlebt. Herr Kröger wollte durch dauerndes Organisieren als gut angenommen werden. Auf der Rückfahrt klagte er über Augenschmerzen. In der abendlichen Gruppensitzung konfrontierte ihn die Gruppe mit seinem hektischen Verhalten. Herr Kröger fragte seine Mitpatientin, Frau Gabler, wie sie ihn empfände. Als sie ihn als sehr oberflächlich beschrieb, begann er, stark zu weinen. Er war mit seinem Schränkchen, das in seiner Überstrichenheit seine Oberflächlichkeit darstellte, nicht akzeptiert worden. Wie das Schränkchen, fühlte er sich innerlich leer und hohl. Er erinnerte sich daran, daß er mit elf Jahren ins Internat geschickt wurde und bei den Patres nur durch Leistung Anerkennung bekam. Die ganze Gruppe spiegelte das beim Einkauf erlebte Gefühl des Allein-gelassen-werdens.

Hier konnte erstmalig ein Gefühl, das bisher nur agierend dargestellt wurde, für die ganze Gruppe ausgedrückt werden. Das Handeln von Herrn Kröger hatte durch die Auseinandersetzung auf dieser Ebene das darunter liegende Defizit erkennen lassen. Herr Kröger konnte jetzt auch das dazugehörige Gefühl für die Gruppe aushalten. In seiner Trauer fand die Gruppe eine erste Einheit auf der Ebene ihrer Körper-Ich-Defizite.

Am nächsten Tag konnte deshalb die Gruppe geschlossen den ganzen Tag arbeiten. Nur Frau Gabler konnte nur kurze Zeit mitarbeiten. Sie hielt die Nähe zur Gruppe noch nicht aus. Als ihr das sechs Monate alte Kind einer anderen Patientin zur Betreuung gegeben wurde, trug sie es in einem Tragegurt am Körper in immer gleichem Abstand von der Gruppe hin und her. Sie konnte auch noch nicht sprechen im Umgang mit dem Kind, aber auf der Ebene des Hautkontaktes konnte sie sich konstruktiv in der Identifikation mit dem Kind eine erste neue Erfahrung auf der Körper-Ich-Ebene gestatten. Sie wiederholte damit die Erfahrung zu ihrer acht Jahre jüngeren Schwester, die sie hatte großziehen müssen. Dabei war sie aber von den Eltern total verlassen worden. Hier gab ihr ebenfalls eine Mutter ein Kind zur Betreuung. Anders als in der damaligen Situation fühlte sich diese Mutter aber selbst für ihr Kind verantwortlich. Deshalb war auch ihr Dank an die Patientin eine direkte Wiedergutmachung der Undankbarkeit ihrer Mutter, die sie ein Kind aufziehen ließ, das vom Freund der Mutter stammte, der die Patientin vergewaltigt hatte. Frau Gabler konnte hier erstmalig erleben, wie ein Kind von einer guten Mutter angenommen werden und losgelassen werden kann, ohne

daß das Kind real verlassen wird und die Tochter zur verantwortlichen Mutter werden muß. Frau Gabler stellte hier für die Gruppe die langsam sich auflösende Starre der Gruppengrenze dar. War diese am ersten Tag noch wie ein fester Raum dargestellt worden, konnte sie hier aufgelockert in einem offenen Raum, auf dem Gelände nämlich, dargestellt werden. Dabei konnte Frau Gabler eine erste neue Körper-Ich-Erfahrung auf der Ebene der Hauterfahrung machen. Sie beginnt damit als erstes Gruppenmitglied ihre eigene starre Körper-Ich-Grenze zu verändern und wird dadurch zu einem Ich-Kern der Körper-Ich-Entwicklung der Gruppe.

Frau Gabler konnte hier zugleich handelnd erleben, daß die ganze Gruppe auch ihre Angst vor Nähe und besonders ihre Angst vor Männern annahm und ihr eine Aufgabe zuteilte, die sie übernehmen konnte. Sie drückte durch ihre räumliche Trennung von der Gruppe den Wunsch aus, wie ein Kind angenommen zu werden und nicht der Mutter-Gruppe und besonders den Therapeuten schutzlos ausgeliefert zu sein.

Die Gruppe bearbeitete dies als Gruppenproblem in der abendlichen Sitzung, als über die Angst vor der realen Nähe der Therapeuten gesprochen werden konnte. Dieser Wechsel von Nähe und Distanz, der in der Anfangsphase jeder Gruppe auftritt, wurde in dieser Gruppe auf der Körper-Ich-Ebene erlebt. Die dabei entstehenden Ängste, die hier ebenfalls auf der Körper-Ich-Ebene agiert wurden, beziehen sich auf den Umgang der Mutter mit dem Körper des Kindes. Auf der Ebene der Hauterfahrung bedeutet dies, daß Nähe und Distanz Modi der real erlebten Mutter-Kind-Beziehung auf der Körper-Ich-Ebene mitbeinhalten. Sowohl Mütter, die den Körper des Kindes ablehnen, wie Mütter, die ihn benutzen, können ihre „holding-Funktion“ (*Winnicott*) dem Kind gegenüber nicht „gut genug“ (*Winnicott*) wahrnehmen. Sie bieten dem Kind keine unterstützende Symbiose an, die die Voraussetzungen einer gesunden Körper-Ich-Erfahrung des Kindes werden kann.

Bei der Ausführung der Holzarbeiten für die Herstellung eines Tisches erlebte nun auch die ganze Gruppe am nächsten Tag erste Körper-Ich-Qualitäten, die von der Berührung des lebendigen Materials ausgingen. Dies stellt die undifferenzierte Form einer Hauterfahrung dar, die Frau Gabler direkt mit dem Kind agierte. Die Gruppe schloß sich in der Beschäftigung mit dieser Aufgabe, konnte diese Wahrnehmung integrieren und sich damit nach außen von den anderen Gruppen abgrenzen. Die Gruppenmitglieder besprachen beim Herstellen der Tische, daß viele von ihnen noch nie mit Holz gearbeitet hatten. Sie konnten damit erstmalig Erfahrungsdefizite besprechen. Daneben halfen aber auch die Gruppenmitglieder, die etwas erfahrener waren, den übrigen. Dadurch, daß die Gruppenmitglieder sich gegenseitig ihre konstruktiven Ich-Funktionen zur Verfügung stellen, wird die Milieuthherapie zum Vorbild für echte Kooperation. Darüber hinaus verhilft sie den Gruppenmitgliedern, Hilfe von anderen Menschen anzunehmen, da sie erfahren, daß ihre Arbeit einem gemeinsamen Ziele dient und sie selbst auch ei-

gene Stärken haben, die sie wiederum den übrigen Gruppenmitgliedern zur Verfügung stellen können.

In der parallel laufenden Kontrollgruppe der Therapeuten fühlten diese in der Gegenübertragung die Belastung der neuen Situation. Sie beschlossen, am nächsten Tag eine Wanderung in die Umgebung von Stelzerreut zu machen.

Die Patienten erlebten dieses Angebot als Zuwendung. Die Gruppe nahm die sechs Monate alte Gitte mit. Außer Frau Gabler trugen zwei Patienten sie ein Stück weit in ihrem Tragegurt. Die übrigen Patienten konnten einen so direkten Körperkontakt noch nicht zulassen.

Die reale körperliche Nähe und Distanz wechselten auf der Wanderung ab. Es bildeten sich Zweier- und Dreiergruppen, die sich sehr bald wieder auflösten. Als eine erste längere Abgrenzung von drei Patientinnen stattfand, warf Herr Kröger mit Tannenzapfen, wovon einer eine der drei Patientinnen im Rücken traf, was sehr schmerzhaft von ihr erlebt wurde. Auch hier wird der Wunsch nach körperlicher Nähe agiert. Aber anders als die konstruktive Nähe zum Kind wird hier die Wut über das körperliche Verlassenwerden destruktiv agiert.

Diese Dynamik vom Wunsch nach realer Nähe und der Wut über das Verlassenwerden wurde auch von den beiden Therapeuten in ihrer Kontrollgruppe bearbeitet. Einer der Therapeuten zog sich daraufhin für einen halben Tag von der Gruppe zurück. Er konnte danach die Gruppe wieder freundlich wahrnehmen und unterstützen.

In den nächsten Tagen konnten auch die übrigen Patienten im Kontakt zu den Therapeuten und den Gruppenmitgliedern und der ganzen Gruppe erleben, daß es hier nicht um ihr Funktionieren im Sinne einer Arbeitsleistung ging, sondern daß im Vordergrund das echte menschliche Interesse an ihnen stand.

Besonders Herr Palant, ein stark zwanghafter Patient, hatte sich in der zeitweisen Zusammenarbeit mit dem Therapeuten angenommen gefühlt. Wie im Spiegel der Mutter nahm er das Lob des Therapeuten über seine zuverlässige Sorge für die übrigen Gruppenmitglieder freundlich an. Er konnte nun den Wunsch, sich zeigen zu dürfen und gesehen zu werden, ausdrücken, indem er am nächsten Tag kein Hemd trug, weil er „die warme Sonne spüren wollte“. Die Gruppe unterstützte dieses Handeln, bezeichnete es als mutig und als Stehen-zu-sich-selbst. Damit hatte er für die Gruppe die Ebene einer differenzierteren Wahrnehmung, bezogen auf Augen und Ohren, erreicht. Herr Palant konnte für die Gruppe den Wunsch ausdrücken, mit seinem Körper-Ich gesehen und angenommen zu werden. In der Freude und dem Lob der Gruppe konnte er im Spiegel der „neuen Mutter“ seine negativen Erfahrungen überwinden. Er war als Zwilling aufgewachsen und hatte nach dem Tod seines Bruders im Kindesalter weiterhin nur als Zwillingenbruder existieren dürfen. Da die Mutter fast nur von seinem toten Bruder sprach, hatte er daneben auch nur das Recht, als ein Toter leben zu dürfen. Er erlebte

nun in der Gruppe, daß seine Frage nach seinem eigenen Wert und seiner Existenz ohne seinen Zwillingenbruder von der Gruppe verstanden und anders beantwortet wurde als von seiner Mutter. Als die Gruppe in der zweiten Woche seinen Geburtstag sehr freundlich für ihn gestaltete, erlebte er dies wie die Aufhebung seiner Körperlosigkeit nach dem Tod seines Zwillingenbruders und konnte dies der Gruppe tief bewegt mitteilen.

Frau Gabler begann nun, sich für den Küchendienst zu interessieren, nachdem sie den Kontakt zum Kind als echtem Gruppenmitglied häufiger erlebt hatte. Sie konnte mit einer anderen Patientin einen Küchenplan aufstellen und bat schließlich ein Gruppenmitglied, mit ihr gemeinsam zu kochen. In diesem konstruktiven Handeln konnte sie erstmals wahrnehmen, daß Essen und Füttern keine bedrohlichen Lebensäußerungen sind. Die ganze Gruppe unterstützte sie in ihren kleinen Schritten, die zugleich einen Gewinn an Ich-Struktur darstellten. Als Frau Gabler sogar allein gekocht hatte, war sie zum ersten Mal positiver Mittelpunkt der Gruppe. Sie konnte das Lob, das sie bekam, ebenso akzeptieren, wie das Lob über den Umgang mit der kleinen Gitter. Sie konnte langsam dabei ihre erstarrte Maskenhaftigkeit ablegen und lächeln. Am Tag, nachdem sie gekocht hatte, trug sie eine bunte Hose, nachdem sie bisher immer grau oder schwarz angezogen gewesen war. Im Kontakt mit der Patientin, die mit ihr den Küchenplan organisiert hatte, konnte sie nun auch malen. Von dieser Zeit an begann sie auch selbst mehr zu essen.

Dieses Ereignis kann als erste Gruppenabgrenzung auf der Körper-Ich-Ebene der Urhöhle verstanden werden. Frau Gabler hatte die Gruppe als die Urhöhle erfahren, in der sie das bekam, was sie durch ihr Symptom ausdrücken wollte: gute Nahrung, d. h. echtes menschliches Angenommen- und Akzeptiertwerden.

Die Gruppe hatte während dieser Zeit die Tischtennisplatten und den Eßtisch fertiggestellt. In einer Feier mit allen Gruppen bezog die Gruppe Lauf- und Wurfspiele auf dem ganzen Gelände ein. Im kreativen Akt einer Feier konnte die Gruppe sich dabei als Gastgeber der anderen Gruppen erleben – im Gegensatz zu dem eingangs erwähnten Trauma des Verlustes des Projektes –, indem sie anderen die Körper-Ich-Erfahrungen anbot, die den eigenen zwanghaft kontrollierten Bewegungen einen freieren Umgang entgegensetzten. Die Gruppe mußte das wie Frau Gabler erst im Sinne einer Anpassung der Großgruppe insgesamt anbieten, bevor sie selbst sich diese größere Freiheit und Flexibilität der Bewegung erlauben konnte.

Diese wurden in den nächsten Tagen in konstruktiver und destruktiver Art in der Gruppe agiert. Herr Kröger bat in Identifikation mit mir um einen halben Tag Urlaub von der Gruppe, weil ihm die Nähe zur Therapeutin zu bedrohlich war, ein Beispiel übrigens, wie das Verhalten der Therapeuten Vorbild- und Modellcharakter in der Milieuthherapie gewinnt. Er konnte diesen Tag für sich nutzen, fuhr mit dem Rad weg und berichtete dann strahlend vor der Gruppe von allem, was er gesehen hatte, besonders die Natur

und Pflanzen hatte er sehr intensiv wahrgenommen (die er auch sehr intensiv in seiner Wohnung pflegte). Auf der Körper-Ich-Ebene stellte er damit das Herausgehen aus der Symbiose aktiv her. Wie ein Kind lief er von der Therapeutin und Mutter weg, um strahlend zurückzukehren und zu berichten, was er erlebt hatte.

Frau Gabler imitierte dieses Verhalten, doch äußerte sie ihren Wunsch aggressiv und konnte keine Begründung dafür angeben noch ein Ziel nennen. Die Gruppe erlaubte ihr deshalb nicht, wegzugehen. Sie war darüber sehr böse und trotzte eine Zeitlang. Die Mutter von Gitte schließlich lief eines Abends nach der Gruppensitzung weg und veranlaßte die Gruppe dadurch, sie zu suchen. Frau Gabler fand ganz intuitiv sofort den Ort, an dem sie sich aufhielt, nachdem andere schon lange gesucht hatten.

In dieser Phase wurden alle Formen der Auseinandersetzung beim Heraustreten aus der Mutter-Kind-Symbiose agiert. Die Wut, die damit verbunden war, drückte am stärksten Herr Kröger der Therapeutin gegenüber aus. Er sah sie in einem Hünengrab liegen und wehrte sich aggressiv gegen ihr häufiges Kommandieren. Eine andere Patientin drückte ihre Wut dem Therapeuten gegenüber aus, von dem die Gruppenmitglieder erwarteten, daß er sie als Vater gegen die Mutter unterstützen und aus der Symbiose befreien sollte. Sie schrieb in einem Protokoll statt Bauchschmerzen immer seinen Namen. In einer Hyperventilation agierte sie die Angst vor der Symbiose und erreichte die ausschließliche volle Zuwendung von mir. Wie eingangs berichtet, hatte die Gruppe sich hier auf der Körper-Ich-Ebene geschlossen und erlebt, daß die Bedrohung durch die Gruppe sie nicht körperlich vernichtete, sondern durch das Verhalten der Therapeuten korrigiert wurde.

In dieser Phase hatte die Gruppe die ersten Projekte beendet. Mit ihrem ursprünglichen Projekt wollte sie noch immer nicht anfangen. Die Gruppe drückte ihren Widerstand dagegen dadurch aus, daß sie begann, das Schränkchen mit großem Einsatz von Zeit und voller Wut abzubeizen.

Hier konnte die Gruppe ihre Wut konstruktiv agieren, sie nannte das Schränkchen ihr eigenes Projekt, es symbolisierte das Körper-Ich der Gruppe. Ihm widmete sie mehr Aufmerksamkeit als dem ursprünglichen Projekt, das als Projekt der Therapeuten erlebt wurde. In dem mit viel Körpereinsatz verbundenen Abbeizen des Schränkchens ging die Gruppe gegen die Mutter vor und drückte zugleich den Wunsch nach aggressiver Auseinandersetzung aus.

Als dies von den Therapeuten angenommen wurde, indem sie sich mit der Gruppe über das nun sehr hübsch gemaserte Schränkchen freuten, konnte die Gruppe als ganze beginnen, das nützliche Projekt der Therapeuten, die Fenster, einzupassen und die Arbeit nun rasch zu beenden.

Dabei hatte die Gruppe insgesamt soviel Zuwendung und Interesse erfahren, daß einzelne Gruppenmitglieder wie Herr Palant sich wie neugeboren fühlen konnten. Frau Gabler erzählte der Therapeutin dann bei einem Spaziergang, wie erschreckt sie sei, weil sie zum ersten Mal seit Jahren wieder

menstruiert hätte. Dies zeigt, daß in der Gruppe die Körper-Ich-Ebene der Sexualität erreicht worden war.

Dabei war der Ebene der Körperentwicklung, der Ebene der Hauterfahrungen, die der Urhöhlen-Erfahrungen auf der Ebene des Mundes gefolgt, die Frau Gabler soweit nachholte, daß sie wieder viel essen konnte. In der Zeit der Symbiose und der Abgrenzung des Körper-Ichs durch Bewegungen und Handeln zeigte die Gruppe das ganze Spektrum konstruktiven und destruktiven Agierens. Nach dieser Zeit konnten einzelne Gruppenmitglieder nähere zärtliche Kontakte eingehen. Herr Kröger agierte mit Frau Gabler. Er war glücklich, als er einen Arm um sie legen konnte. Darauf erreichte die Gruppe die Ebene der sexuellen Identität. Frau Gabler konnte wieder menstruierten, und Herr Palant besprach mit dem Therapeuten sein Hauptproblem, seine Impotenz bei seiner Frau. Er trennte sich nach Beendigung der milieuthérapeutischen Gemeinschaft aktiv von ihr.

In einem Gedicht faßte Herr Kröger dann in einer der Trennungssitzungen nach dem Abschluß der milieuthérapeutischen Gemeinschaft seine Erfahrungen und die der Gruppe zusammen. Eine Passage daraus lautete:

„Durfte in dieser Umgebung selbst gedeihen.
Durfte mich produzieren.
Mich zurückziehen.
Durfte arbeiten und lieben
und kochen.
Durfte Abschied nehmen und den Schmerz darüber zeigen.
Sag' ja zu dir selbst, sei, wer du bist.“

Working with the Body-Ego and the Significance of Psychosomatic Illness in Milieu Therapy

Friedrich Battenberg

This paper discusses the ego-structural changes within the frame of a milieu-therapeutic community. This particular therapeutic technique was introduced by G. Ammon. It is indicated with patients who in interpersonal relations neither perceive their feelings, nor reflect, nor verbalize them. Such archaic seriously ego-ill patients were not really accepted in their primary group and not supported in their development, but were often treated as mere objects. Group therapy with its orientation towards verbal emotional reactions falls often short of reaching the level of their real deficits, which are in the preverbal region. This level can be reached by milieu therapy, offering a wider range of experience and conflict possibilities through a strictly time structured group-therapeutic situation. Such a group, consisting of six to ten patients, stays together for four weeks all day long and constitutes a living

and experiencing community in which the living and therapeutic conditions are identical (*Ammon, 1959*).

During this time the group tries to change its environment to a certain extent by means of a real task. Under such common working conditions, feelings can be more easily verbalized, since they refer to the mutual acting and treating of each other by the individual group members. The therapists are, particularly in the beginning, central figures, who support the patients in their constructive ego-parts. Through these processes the patients experience confidence. Experiencing the therapists as real partners, they also feel concretely supported and accepted by them. It is only after these concrete experiences that the patients acquire an amount of confidence to allow their deficits to become visible. Thereby the dimension of experience in milieu therapy concerns particularly the central ego-structure of the body-ego, of which the earliest border is the child's skin. The other levels are orality, sensual perception, the separation of the body from the symbiosis to the psychosomatic ego-identity level.

The group being discussed in this paper had such archaic ego-structural deficits in the ego-structures of the group members. The process of the body-ego development of this group and its individual patients is described. The central figure is a female anorectic patient, suffering from vaginism and contact difficulties. In the course of four weeks, which she spent in this group, she returned to eating regularly, changed her looks and clothes, began to paint for the first time and was able to menstruate for the first time in years. This is seen and explained in context of the collective development of the group in its conflict with the therapists, the offered reality, the planned accomplishment of a task in reality and of the group as a whole. Milieu therapy proves to be the means of a therapeutic, effective work with seriously psychic ill patients.

Literatur

- Ammon, G.* (1959): Theoretical Aspects of Milieu Therapy Topeka, (Kansas):The Menninger School of Psychiatry; Berlin: Pinel-Publikationen 1977)
- (1973a): Dynamische Psychiatrie – Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie (Darmstadt und Neuwied: Luchterhand)
 - (1973b): Psychoanalytische Milieuthérapie. In: *Dyn. Psychiat.* (6) 112–130
 - (1973c): Ich-psychologische und gruppodynamische Aspekte der psychoanalytischen Gruppentherapie. In: *G. Ammon*, Hrsg.: Gruppenpsychotherapie (Hamburg: Hoffmann & Campe)
 - (1975): Zur Theorie und Praxis der Dynamischen Psychiatrie unter besonderer Berücksichtigung der Milieuthérapie. In: *Psychiat. Praxis* (2) 243–252
 - (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
- Bass, G.* (1975): Die Arbeit mit den gesunden Ich-Anteilen: Die analytische Milieuthérapie. In: *Dyn. Psychiat.* (8) 8–16
- Kubl, M.* (1977): Symbiotisches Defizit und Sprachlosigkeit . In: *Dyn. Psychiat.* (10) 112–122

- Lichtenstein, H.* (1964): The Role of Narcissism in the Emergence and Maintenance of a Primary Identity; In: Int. J. Psychoanal. (45) 49–56
- Spitz, R. A.* (1956): Die Urhöhle – Zur Genese der Wahrnehmung und ihrer Rolle in der psychoanalytischen Theorie. In: Psyche (9) 641–667
- Winnicott, D. W.* (1965): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. (München: Kindler)

Adresse des Autors:
Dipl. Psych. Friedrich Battenberg
Holzstr. 39
8000 München 5

Gruppendynamische Arbeit mit dem Team einer Tagesklinik

Ein Beitrag zur dynamisch-psychiatrischen Reform unserer Psychiatrie**

Kurt Husemann*

Vor dem theoretischen und praktischen Hintergrund der milieuthérapeutischen Konzeption Günter Ammons beschreibt der Autor den Aufbau einer Tagesklinik in einer psychiatrischen Klinik. Psychoanalytische Milieuthérapie im Sinne der Berliner Schule Günter Ammons stellt den archaisch Ich-kranken Patienten ein Feld zum Aufbau neuer Ich-Grenzen zur Verfügung. Herkömmliche psychiatrische Kliniken sind aufgrund ihrer starren Abwehrfassade durch unbewegliche Grenzen charakterisiert, die aber psychodynamisch einem Äquivalent einer grenzenlos verlassenen Struktur gleichkommen. In beiden Behandlungssituationen wird der Patient in seiner Angst verlassen.

Ammon hat mit der ambulanten und stationären Milieuthérapie und mit der daraus konzipierten Technik des Ich-strukturellen Arbeitens ein Modell geschaffen, das sowohl in ambulanten als auch in klinisch stationären Formen diese Funktion der Grenzbildung als Voraussetzung strukturellen therapeutischen Arbeitens ermöglicht.

Voraussetzung jeder Form von Psychotherapie in der Klinik ist die gruppendynamische Arbeit mit den Mitarbeitern, vom Arzt über die Krankenschwester bis hin zur Sekretärin, um die zentrale Figur des Leiters in der Interdependenz von Team, Patientengruppe und Klinik.

Der Autor beschreibt die Gruppengrenze der milieuthérapeutischen Station als therapeutisches Agens, die gleichzeitig auch ihr stör anfälligster Faktor ist. An dieser Grenze geschieht die Auseinandersetzung um die Integration einer milieuthérapeutischen Station in die Gesamtklinik. Die Möglichkeiten und Grenzen der gruppendynamischen Arbeit in einer herkömmlichen psychiatrischen Klinik werden diskutiert.

Diese Arbeit basiert auf der Erfahrung einer mehr als zweieinhalbjährigen Tätigkeit in einer psychiatrischen Klinik. An ihr lassen sich exemplarisch bestimmte Grundbedingungen psychiatrisch-dynamischen Arbeitens, als auch die Schwierigkeiten und Grenzen aufweisen, dynamisch-psychiatrisches Denken in die herkömmlichen Kliniken zu integrieren.

Ich möchte Ihnen die Entwicklung eines milieuthérapeutischen Behandlungskonzepts für eine Tagesklinik vorstellen, das auf der Basis des Ich- und Gruppenkonzepts der Berliner Psychoanalytischen Schule steht und Modellcharakter hat. Die Bedeutung der gruppendynamischen Prozesse auf den wechselnden, voneinander abhängigen Gruppenebenen von Klinik, Team und Patienten soll dabei herausgestellt werden. Die Arbeit basiert auf Gruppenprotokollen der therapeutischen Gruppen und Mitarbeitergruppe, Videoaufzeichnungen und zweieinhalbjähriger teilnehmender Beobachtung in der Teamgruppe. Wenn wir davon ausgehen, daß Tendenzen der angelsächsischen Psychiatrie in gewisser zeitlicher Versetzung auch die Psychiatrie der Bundesrepublik beeinflussen, ist es abzusehen, daß die Zahl der Tages-

* Dr. rer. nat., Diplom-Psychologe, Psychoanalytiker am Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)

** Vortrag gehalten auf dem IX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 10.-14. Juni 1977 in München

kliniken sprunghaft ansteigen wird. In England kommen derzeit beinahe ebensoviele Plätze in Tageskliniken wie auf die übrigen stationären Behandlungsplätze. Nur der geringste Teil der elf Tageskliniken in der Bundesrepublik arbeitet nach psychodynamischen Prinzipien. Vorherrschend sind mehr oder weniger stark ausgeprägte sozialpsychiatrische Ansätze, die ein rehabilitatives und nicht psychotherapeutisches Ziel haben.

Aufbauend auf den ersten Erfahrungen *Simmels* (1929) in der klinisch-stationären psychoanalytischen Behandlung und den dynamisch-psychiatrischen Forschungen *Menningers* (1932) entwickelte *G. Ammon* (1959, 1970a, 1970b, 1973) das Konzept der milieuthérapeutischen Gemeinschaft besonders für die Behandlung der schwerst psychisch Kranken, die aufgrund des Ausmaßes ihrer Störungen von der herkömmlichen ambulanten gruppen- und einzeltherapeutischen Situation nicht profitieren können. Die psychoanalytische stationäre Milieuthérapie ist damit gerade für die riesige Gruppe unserer psychiatrischen Patienten geeignet, die in den großen Nervenkliniken verwahrt und nach überkommenen biologisch orientierten Ansätzen nur symptomorientiert behandelt werden.

Ammon (1973) unterscheidet zwischen der ambulanten und stationären Milieuthérapie. Für die vorliegende Arbeit ist die stationäre Milieuthérapie die Basis. Ich werde ihre Hauptkennzeichen kurz skizzieren und aufweisen, inwieweit die besondere Situation der Tagesklinik ein spezifisches Setting erfordert. Zur theoretischen Grundlegung verweise ich auf die Arbeiten von *Ammon* (1959, 1968, 1970, 1973, 1976). *Ammon* hat 1973 in dem längst vergriffenen Buch „Dynamische Psychiatrie“ die Prinzipien der Milieuthérapie definiert: „Ein Großteil unserer Patienten kann aufgrund von spezifischen Defekten der Persönlichkeitsstruktur, ganz besonders in den zentralen Ich-Funktionen der konstruktiven Aggression, der Integration und Ich-Abgrenzung von einer ambulanten Psychotherapie nicht genug profitieren, da die ambulante Gruppe nicht ausreicht, daß der Patient sein Verhalten zum Gegenstand der Bearbeitung macht. Diese Patienten sind dadurch gekennzeichnet, daß sie immer wieder ihre pathologischen Beziehungsmuster traumhaft agierend darstellen müssen.“

In den herkömmlichen analytischen Verfahren werden diese Patienten demnach auch als unbehandelbar abgeschoben. Der Patient ist aber nicht für die Psychotherapie da, sondern umgekehrt, wie in der psychoanalytischen Milieuthérapie die therapeutische Situation und die Behandlungssituation für eine begrenzte Zeit zusammengehen. Bei der ambulanten Milieuthérapie wird eine selbstverantwortliche therapeutische Gruppe unter der Leitung von zwei erfahrenen Psychoanalytikern zusammengestellt. Die Patienten kommen aus ihren Therapien in den Praxen niedergelassener Psychotherapeuten, und kehren im Anschluß an die Milieuthérapie wieder zurück in die therapeutische Situation der Einzel- oder Gruppentherapie. Die Behandlungssituation in der milieuthérapeutischen Tagesklinik hat einen ausgeprägten Realcharakter.

Ich-strukturelle Psychotherapie setzt immer wieder im Hier und Jetzt des aktuellen Gruppenprozesses an, wobei die Therapie besonders die konstruktiven Ich-Anteile verfügbar macht. Die zeitliche Begrenzung der milieuthérapeutischen Gemeinschaft auf vier Wochen läßt wie in einem Fokus sowohl kranke als auch gesunde Ich-Anteile stärker hervortreten. Milieuthérapie kann im Konzept der ambulanten dynamisch-psychiatrischen Behandlung demnach auch eingebettet in eine längerfristige Behandlungssituation gedacht werden.

In der stationären Milieuthérapie nach *Ammon* wird das therapeutische Milieu durch die Gruppe der Therapeuten, d.h. der Ärzte und Psychologen und deren Mitarbeiter vom Sozialarbeiter bis zur Krankenschwester geschaffen.

Die Patienten kommen in einer akuten Krisis, sei es nach einem Suizidversuch, aufgrund einer psychotischen Reaktion oder anderen Zusammenbrüchen ihrer Gruppenbezüge zur Aufnahme in die Klinik, haben überwiegend keine psychotherapeutische Vorerfahrung im Gegensatz zur ambulanten Form, wo die Patienten aus langfristigen Einzel- und Gruppensituationen kommen und wieder dorthin zurückgehen. In der ambulanten Milieuthérapie strukturiert die milieuthérapeutische Gemeinschaft als geschlossene Gruppe für den Zeitraum ihres Einsatzes den gesamten Tagesablauf, sie übernimmt die Regulation von Freizeit, Essen, spielerisch-kreativen Tätigkeiten, Ausflügen und die eigentliche Projektarbeit. Die Gruppensituation in der Klinik entspricht dagegen nicht der einer geschlossenen, sondern einer offenen Gruppe, da immer wieder Patienten aufgenommen und entlassen werden.

Beide Aspekte, der Aspekt der Aufnahmesituation als auch die Situation der offenen Gruppe, haben für den Aufbau und die Entwicklung stabiler und dennoch flexibler Gruppengrenzen entscheidende Bedeutung. Die hervorragende Aufgabe des therapeutischen Teams ist nach *Ammon*, die Funktionen von Reflektion und Kontrolle, von Synthese und Integration aller Prozesse, die zwischen den Patienten und dem Team ablaufen, zu übernehmen, um sie dem Patienten im Zuge der Behandlung nach und nach im Sinne einer nachholenden Ich-Entwicklung wieder zurückzugeben. Die Gruppengrenze der ambulanten Milieuthérapie, die von der Patientengruppe selbst gebildet wird, muß in der stationären Milieuthérapie von der Mitarbeitergruppe bereitgestellt werden.

Für einen Patienten, der in eine übliche psychiatrische Klinik aufgenommen wird, spielt sich das gesamte Leben für einen begrenzten Zeitraum innerhalb der Station ab. Er ist herausgerissen aus den wesentlichen Bezügen seiner Partnerschaft, seiner Arbeit und seiner Interessen. Sein Tagesablauf ist fremdbestimmt und abhängig von der Eigendynamik eines Klinikapparates mit seiner infantilisierenden Versorgungsstruktur.

Seelisches Leiden wird erst sekundär durch den Behandlungsapparat zu einer abgespaltenen Krankheit. Die Klinik und der Psychiater, der die Frage

nach der eigenen Identität nicht stellen kann, kann dem Patienten auch diese Frage, die hinter seiner psychischen Symptomatik steht, nicht vermitteln. Die Grenzbildung, die durch die Mauern und Türen der Station dargestellt wird, hat u. a. auch die Funktion eines Schützes, sie ist aber ohne den Bezug zu den Menschen, die die therapeutische Arbeit zu leisten und zu verantworten haben, als Grenze starr und unbeweglich und damit antitherapeutisch, weil sie in das Gesamtgeschehen der Behandlungssituation nicht einbezogen wird.

Die Entwicklung von lebendigen Grenzen durch gruppendynamische Reflexion der Prozesse in Team, Patientengruppe und Klinik soll im folgenden dargestellt werden. Die Tagesklinik, über die ich berichte, hat 25 Behandlungsplätze. Die Indikation zur Behandlung umfaßt das gesamte Spektrum der psychiatrischen Krankheitsbilder unter Ausschluß von Sucht- und Alterskrankheiten, psychisch kranken Jugendlichen und klar neurologisch begründbaren psychischen Erkrankungen. Nicht die schul-psychiatrische Diagnose entscheidet über die Aufnahme, sondern die Fähigkeit des Patienten, selbständig täglich von zu Hause zur Behandlung zu kommen. Die Behandlungsdauer ist mittelfristig zwischen zwei Monaten und max. einem Jahr. Fast die Hälfte der Patienten hat psychotisch reagiert, ein großer Teil litt unter psychosomatischen Erkrankungen. Die größte Gruppe aber stellten Patienten mit einer Vielzahl häufig diffuser Beschwerden und Störungen, schlechthin die Gruppe der Borderline-Patienten.

Ich werde kurz die Organisationsstruktur der Tagesklinik, das Behandlungsprogramm anhand des Tagesablaufes und die Entsprechung im Team-Arbeitsplan aufzeigen, wie es sich nach einer Entwicklungszeit von zwei-einhalb Jahren darstellt. Behandlungs- und Arbeitspläne sind dabei Niederschlag des Gruppenprozesses in der Auseinandersetzung der gruppendynamischen Kräftefelder von Leiter und Team, Team und Patientengruppe und der Gesamtgruppe mit der Klinikstruktur.

Geleitet wird die Tagesklinik von einem psychoanalytisch orientierten Psychiater, die beiden Stationen werden von einem Arzt bzw. mir als Psychologen geführt. Weiterhin umfaßt das Personal eine Sozialarbeiterin, eine Krankenschwester, eine Beschäftigungstherapeutin, eine Krankengymnastin und eine Sekretärin.

Zentral im therapeutischen Programm stehen die täglich stattfindenden therapeutischen Kleingruppen. Sie liegen ähnlich wie in der ambulanten Milieuthérapie am Ende des Behandlungstages. Zweimal in der Woche findet die gruppendynamische Großgruppe aller Patienten statt. Um diese mehr verbalen Gruppenaktivitäten siedeln sich eine Reihe anderer therapeutischer Aktivitäten wie Sport, Sozialinformation durch den Sozialarbeiter, Musik und Maltherapie an. Die Gruppenzusammensetzung entspricht immer der therapeutischen Kleingruppe. Besonderen Stellenwert haben die Projektgruppen. Dort arbeiten die Patienten in Analogie zum zentralen Projekt der

ambulanten Milieuthherapie an einer selbstgewählten Aufgabe, die ca. ein bis zwei Monate in Arbeit ist.

Auf der Ebene der Mitarbeiter steht die tägliche Nachbesprechung der Therapiegruppen mit dem gesamten Team im Vordergrund. Diese dienen nicht allein der gegenseitigen Information, sondern in erster Linie der Kontrolle der Gruppentherapeuten und der Einbeziehung aller anderen Informationen über die informellen Kontakte, die über den Tag gelaufen sind. Darüber hinaus gibt es die Fallkonferenz, die täglich kurzen Stationsbesprechungen und einmal wöchentlich die gruppenspezifisch arbeitende Teamgruppe.

Der Aufbau eines Behandlungskonzeptes, das sich an den Prinzipien der psychoanalytischen Milieuthherapie orientiert, kann direkt abgelesen werden an der Entwicklung der Gruppengrenzen des therapeutischen Teams. Die besondere tagesklinische Situation ist gekennzeichnet durch die Situation der offenen Grenzen, da nur ein Teil des gesamten Tagesablaufes äußerlich von der Behandlungssituation abgedeckt ist. Die Patienten kommen morgens von zu Hause in die Klinik und kehren nachmittags wieder zurück in ihre destruktiv krankmachenden Gruppenbezüge ihrer Partnerschaften, zu den Eltern oder auch in die Isolation ihres möblierten Zimmers. Darüber hinaus sind sie auch am Wochenende allein, eine Tatsache, die die Trennungsthematik in der gesamten tagesklinischen Behandlung in den Vordergrund stellt. Die Integrationsschwäche der häufig nur kompensatorisch gehaltenen Fassade unserer Borderline-Patienten bringt mit sich, daß sie ihre Konflikte und pathologischen Beziehungsstrukturen überwiegend nur agierend darstellen können. Die offene tagesklinische Situation kommt der Pathologie der Patienten dahingehend entgegen, daß sie regelrecht zum Agieren einlädt. Wie auch in der ambulanten Einzel- und Gruppentherapie ist es primär Aufgabe der Therapeuten, dem Patienten durch aktives empathisches Zugehen eine Beziehung anzubieten, in der er erleben kann, daß er in seinem Agieren nicht abgelehnt wird, allein weil sein Verhalten dem Anpassungsdruck einer Station zuwiderläuft. Das Behandlungsprogramm hat anfänglich nur die Funktion eines dritten Objekts, über das die Beziehung zwischen Therapeut und Patient geschaffen wird, um so aus dem acting-out ein Agieren innerhalb der erweiterten Grenzen der Behandlungssituation werden zu lassen. Über die besondere Situation des Agierens im therapeutischen stationären Prozeß hat auch *Bühling* (1977) gearbeitet.

Das Agieren, das im herkömmlichen Sinne ein Widerstand gegen die therapeutische Bearbeitung ist, erfordert in der dynamisch-psychiatrischen Arbeit eine andere Form der psychotherapeutischen Haltung, die *Ammon* Ichstrukturelles Arbeiten nennt und als das Kennzeichen der dynamisch-psychiatrischen Behandlung definiert.

In dem Maße, wie die Therapeuten die Abwehrstruktur des Agierens und Splittings verstehen und einbeziehen, wird auch die gesamte Lebenssituation des Patienten zu seiner Behandlungssituation. Dies alles ist aber nur mög-

lich, wenn die Therapeuten und Hilfstherapeuten eine Gruppe mit einer lebendigen Grenze sind, die die Patienten mit umschließt.

Bei der Eröffnung der Tagesklinik waren die Bedingungen für den Aufbau einer nach psychodynamischen Prinzipien arbeitenden Abteilung relativ günstig. Die Klinik selbst war in der Aufbauphase, unterstützt von viel narzisstischer Zuwendung einer interessierten Öffentlichkeit und des Trägers.

Das tagesklinische Behandlungskonzept spiegelt in seiner Entwicklung die Situation des Personals wider, das sich anfänglich noch nicht als eine Gruppe definieren konnte. Die einzelnen therapeutischen Aktivitäten standen unintegriert nebeneinander, da im Team die Ängste, Hoffnungen, irrationalen Erwartungen und Wünsche einander gegenüber und gegenüber den Patienten noch völlig ungeklärt waren und stark abgewehrt wurden. Die Aktivitäten im Tagesablauf hatten am ehesten den Charakter einer „therapeutischen Gemeinschaft“ (*Goffman, 1961*), in der die Situation des Klinikaufenthaltes selbst für die Patienten demokratisiert und angenehmer gestaltet werden sollte. In der Zersplitterung in ihre beruflichen Teilidentitäten entsprach die Therapeutengruppe dem Gesamtbild einer Persönlichkeit mit einzelnen Identitätsfragmenten.

Dies ist die Gruppensituation der meisten psychiatrischen Kliniken, die aber häufig in dieser Phase arretiert bleibt, da aus Identitätsangst der Mitarbeiter die Rolle des Einzelnen mangels qualifizierter psychodynamischer Ausbildung insbesondere des leitenden Arztes nicht verstanden und in Frage gestellt wird. Eine Veränderung wird so nicht zugelassen. In der Kommunikation entspricht diese Gruppensituation spiegelbildlich der Zersplitterung der Ich-Identität der Patienten. Eine Veränderung, die über eine reine Symptomkur hinausgeht, ist nicht zu erwarten, da der Patient in der Klinik nichts anderes als die Situation seiner Primärgruppe wiederfindet, wo die Klinikgruppe die Ich-defizitäre Mutter repräsentiert. Dynamisch-psychiatrische Arbeit ist immer wieder auch ein kreativer Prozeß. Die Entwicklung einer therapeutischen Struktur in einem Klinikmilieu ist etwas unvergleichlich anderes als die Übertragung von vorformulierten Konzepten, sondern bedeutet, daß die Gruppe der Therapeuten um die zentrale Figur des Leiters auf dem Boden der Prinzipien der Milieuthérapie eine genuine eigene Form entwickelt.

Ein entscheidender Fehler in der Anfangssituation ist es, der Verführung eines vorformulierten Konzepts zu verfallen, das in seinem rein formalen Ablauf einer analytischen Milieuthérapie entsprochen hätte, ohne aber auf die spezifischen Bedingungen gerade dieser Klinik und der Persönlichkeiten der einzelnen Mitarbeiter einzugehen. Eine Abteilung, die nach den Prinzipien der Dynamischen Psychiatrie arbeitet, muß ihre eigene unverwechselbare Prägung erreichen, je nachdem unter welchen institutionellen und personellen Bedingungen sie arbeitet. Die These *Ammons*: Gruppendynamik ist ein Naturgeschehen, hat für die Entwicklung der Teamgruppe eine entscheidende Konsequenz. Die Phase des emotionalen Lernens, in der Erfahrungen

gemacht werden können, braucht viel Zeit. Je mehr die Mitarbeiter ihre eigenen Gefühle und Reaktionen den Patienten gegenüber verstehen und für ihr Handeln einsetzen können, umso weiter und beweglicher werden die Gruppengrenzen der Gesamtgruppe, was dazu führt, daß das Team als Ganzes wesentlich mehr wahrnehmen kann und die Behandlungssituation sich so erweitert. Die Auseinandersetzung mit der Problematik der Patienten und die gruppenspezifische Reflektion im Team führt immer wieder auch zu einer Infragestellung der eigenen unbewußten Motivation für die Arbeit in einem psychiatrischen Krankenhaus, wo nicht zuletzt der Wunsch, selbst die Hilfe zu bekommen, die man meint geben zu können, stark im Vordergrund steht, eine Dynamik, die, wenn sie unreflektiert bleibt, nur zerstörend wirken kann, da sie den Patienten letztlich verläßt.

Die Interdependenz von Teamgruppe und Behandlungskonzeption bis hin zu ihrem Niederschlag in den formalen Behandlungsablauf sei an einem Fallbeispiel dargestellt.

Ein Teammitglied reagierte auf einen Partnerschaftskonflikt stark depressiv. Darüber konnte im Team nicht offen gesprochen werden. Es bildete sich eine Untergruppe, die sich außerhalb der Arbeitszeit intensiv um dieses Teammitglied kümmerte in einer zudeckenden und überprotektiven Haltung. Die in diesem Konflikt ausgedrückte destruktive Aggression wurde abgewehrt, was letztlich auch als Aggression gegen die Patienten verstanden werden muß. Gleichzeitig wurde das Teammitglied zum Außenseiter gemacht, auf den projektiv alle eigenen Identitätsängste abgeladen werden konnten. In der täglichen Arbeitssituation führte der unausgesprochene Konflikt zu massiven Arbeits- und Kommunikationsstörungen. Gerade in einem milieutherapeutischen Feld müssen die Mitarbeiter miteinander sprechen können über das, was an scheinbar unwesentlichen Ereignissen in der Gesamtgruppe geschieht. Die vorherigen häufigen kurzen Kontakte zwischen Team und Patienten reduzierten sich, das Team saß in immer längeren nutzlosen „Besprechungen“ zusammen. Die Gruppe der Patienten reagierte darauf mit Angst und Wut und fühlte sich massiv verlassen, was aber nicht ausgesprochen werden konnte, sondern nur schweigend agiert wurde. Sie blieben morgens weg, kamen nicht zu den angesetzten Therapien, saßen symbiotisch verklammert stundenlang schweigend im Aufenthaltsraum.

Es bildeten sich Untergruppen, die sich häufig nach dem Behandlungstag in Wirtschaften trafen. Diese Kontakte wurden aber nicht in die therapeutische Gruppe gebracht. Insbesondere eine Patientin geriet mehr und mehr in die Rolle des Prügelknaben und Außenseiters. Auf der Teamebene wiederholte sich diese Dynamik, indem überlegt wurde, ob diese Patientin überhaupt behandlungsfähig sei, schlechthin, das Agieren auf beiden Seiten war Ausdruck der Identitätsangst und gleichzeitig ein pathologischer Bewältigungsversuch. In dem Moment, wo im Team die schwierige Gruppensituation der Patientengruppe angesprochen wurde, wurde auch der Zusammenhang mit dem eigenen verleugneten Gruppenkonflikt deutlich und einer ag-

gressiven Bearbeitung zugänglich. In der nachfolgenden Stationsversammlung konnte sich die Gruppensituation wieder klären, was für die Patientin, die in die Außenseiterrolle geraten war, ein entscheidendes Erlebnis im Verlauf ihrer Therapie war, da sie sich im Sinne des Wiederholungszwanges gerade für diese Rolle auch angeboten hatte.

In der Fortentwicklung des Tagesklinik-Behandlungskonzepts hat diese spontane Großgruppensituation ihren Niederschlag gefunden, weil von da an zweimal wöchentlich eine gruppendynamische Großgruppe aller Patienten unter meiner Leitung eingeführt wurde. Dieses Beispiel steht für die Differenzierung der Gesamtgruppensituation nach innen in ihrer wechselseitigen Abhängigkeit von Team und Patienten.

Entsprechend dem Ich- und Gruppenkonzept *Günter Ammons*, wo Ich, Unbewußtes und Gruppe bei dem Verständnis des Identitätsbegriffes nur zusammenhängend gedacht werden können, lassen sich Parallelen finden hinsichtlich der Aufteilung in primäre, sekundäre und zentrale Ich- und, was ich als Hypothese aufstellen möchte, damit auch Gruppenfunktionen.

Der äußere Rahmen der Klinik als Institution mit ihren räumlichen und organisatorischen Bedingungen, mit ihren Stellenplänen und Verwaltungsstrukturen kann für die Teamgruppe als eine anfänglich noch unausgefüllte Matrix angesehen werden, in die vergleichbar mit der Anfangssituation einer gruppendynamischen Studiengruppe projektiv die Vorstellungen der einzelnen Mitarbeiter von sich selbst eingebracht werden. Die primären, vorgegebenen Ich-Funktionen einer Gruppe, die als erstes in dieser Matrix der sich entwickelnden Gruppe sichtbar werden, sind dabei die einzelnen isolierbaren beruflichen Fertigkeiten der Mitarbeiter, die aber nur als Potentialitäten im Felde des jeweiligen Gruppengefüges verstanden werden können.

Eine Krankengymnastin z. B. hat gelernt, mit bestimmten Techniken und Übungen eine abgrenzbare und auf eine Funktion reduzierte Beziehung zum Patienten aufzunehmen, ohne daß es dabei zu einem echten zwischenmenschlichen Kontakt zwischen ihr und dem Patienten kommen muß. Dieser rein funktionelle Aspekt ließe sich ohne weiteres auch für alle anderen Berufsbereiche herausstellen. In einer herkömmlichen psychiatrischen Station bleibt die therapeutische Aktivität leider häufig auf diesen funktionellen Aspekt reduziert. Diese symptomatische Interaktion zwischen Krankengymnastin und Patient in der herkömmlichen psychiatrischen Station entspricht damit genau der Dynamik zwischen Mutter und Kind in einer borderline-machenden Familienstruktur, da der umgreifende Aspekt der Ich-Identität nicht wahrgenommen wird. Allein die reflektierende Gruppensituation läßt zu, daß aus den Funktionen der einzelnen Mitarbeiter ein psychodynamisch wirksames Feld entsteht.

Von den primären, funktionalen und mitgebrachten Fähigkeiten als einem Feld von in der Gruppe entwickelbaren Potentialitäten abgehoben, möchte ich die sekundären Ich-Funktionen einer Gruppe bzw. ihrer Mitglieder sehen. Zu diesen sekundären Funktionen möchte ich z. B. Eigenschaften wie

Empathie, Emotionalität, Verlässlichkeit, Denkfähigkeit, die über rein konkretes Denken hinausgeht und letztlich auch die Funktion der Sprache und Kommunikation zählen. Alle diese Gruppen-Ich-Funktionen können sich ohne das Medium einer Gruppe nicht entwickeln.

Von entscheidender Bedeutung sind aber die zentralen Ich-Strukturen einer Gruppe, ihre Integrations- und Regulationsfähigkeit, ihre Fähigkeit zu Autonomie und Abgrenzung, ganz besonders aber die Ich-Funktion der Kreativität und konstruktiven Aggression. Diese zentralen Ich-Funktionen sollten in erster Linie in der Person des psychodynamisch ausgebildeten Leiters repräsentiert sein, der die organisatorischen und gruppenspezifischen Ebenen im Team koordiniert, die Abgrenzung zu leisten hat, wie z. B. auch gegen weiterführende therapeutische Bedürfnisse der Teammitglieder in der Teamgruppe, als auch die gesamte Repräsentation der Abteilung in der Gesamtklinik vertritt, verbunden mit der nötigen Kompetenz, Entscheidungen treffen zu können.

Die Bedeutung, die der Zentralen Figur in jeder ambulanten gruppenspsychotherapeutischen oder gruppenspezifischen Gruppe zukommt, gilt auch für die milieuthérapeutische Tagesklinik. Von der Ebene der Patienten her habe ich beschrieben, daß die therapeutische Situation in der Patientengruppe einer permanenten Anfangsphase mit allen ihren irrationalen Ängsten, Aggressionen und Wünschen gleicht. Sie ist verbunden mit der Phase der Trennung, die sich aus der Tatsache der nur mittelfristigen Behandlungsdauer und der ständigen Trennungssituationen durch die Wochenenden und Feiertage ergibt.

Dieses äußere Setting und die spezifische Persönlichkeitsstruktur unserer schwerkranken Patienten erfordern eine veränderte Haltung des Therapeuten gegenüber seinem Patienten; sich den Patienten in der Psychiatrie zur Verfügung stellen heißt, daß der Therapeut mit seiner ganzen Persönlichkeit und Emotionalität der Patientengruppe in der Form seines Daseins in der Klinik einen neuen Identitätswurf vorlebt und mit der Gruppe und dem Einzelnen darüber in der aktuellen Situation direkt kommuniziert; das hieß z. B. für die Patienten, daß ich auch „nach Dienstschluß“ erreichbar war, eine Haltung, die anfänglich unter den Mitarbeitern sehr stark abgelehnt wurde. Eine distanzierte, orthodoxanalytische Haltung, die allein interpretatorisch das Geschehen erfaßt, würde vom Patienten als Verlassenwerden erlebt.

Auf der Ebene der Mitarbeiter des therapeutischen Teams ist die Rolle des Leiters auch deshalb zentral, weil hinsichtlich der Motivation und Bereitschaft, sich auf die stark verunsichernde und angstmachende Arbeit in der Psychiatrie einzulassen, große, z. T. auch reale Widerstände zu berücksichtigen sind.

Die Mitarbeiter der Tagesklinik arbeiten z. T. auch auf anderen Stationen, wo sie gänzlich verschiedenen Arbeitsbedingungen ausgesetzt sind. Dieses

bringt massive Konflikte mit sich, die entweder zu einer Ablehnung der tagesklinischen Arbeit führen oder aber zu einer starken Abwehr der anderen Stationen als Versuch einer Abgrenzung, um die eigene, sich neu entwickelnde Identität als dynamisch-psychiatrischer Therapeut nicht zerstören zu lassen. Auch hier muß der Leiter abschätzen und vermitteln und die Realität der Gesamtklinik mit einbeziehen, die für die Entwicklung eines milieutherapeutischen Feldes häufig eine recht schmerzliche Grenze darstellt.

Ich werde im folgenden darauf eingehen, worin die spezifischen Störfaktoren des gruppendynamischen Feldes der milieutherapeutischen Tagesklinik liegen. Diese lassen sich genau an der Funktion der Gruppengrenze festmachen. Die gruppendynamische Geschlossenheit, eine *conditio sine qua non* für eine psychoanalytische Milieuthherapie in der Tagesklinik, ist gleichzeitig ihr Hauptagens in der Behandlungssituation und auch ihr stör anfälliger Bereich. Dafür zwei Beispiele, wo jeweils die Bedeutung der Gruppengrenze in ihrer Funktion der Unterscheidung von Ich- und Nicht-Ich und Nicht-Wir reflektiert wird.

Ein Hochschul-Sportlehrer plante, eine wissenschaftliche Arbeit über Sport mit psychisch Kranken zu schreiben. Einmal wöchentlich beteiligte er sich am Sport mit Patienten, hatte aber sonst keinen Kontakt zu ihnen. Zum Team hielt er Kontakt über die Krankengymnastin, die den Patientensport leitete. Von dem Zeitpunkt seiner Mitarbeit an änderte sich die Einstellung der Patienten gegenüber dem Sport. Die Spiele wurden immer aggressiver, zerstörerischer, es kam zu kleinen Verletzungen. Die Patienten gerieten in schwere Auseinandersetzungen mit dem Sportlehrer, von dem sie sich falsch verstanden, als Geisteskranke behandelt fühlten. Der Sportlehrer fühlte sich durch die Aggressivität der Patienten stark bedroht. In der Gruppendynamik der Gesamtgruppe stellte er ein Loch in der Gruppengrenze dar, die Auseinandersetzung, die über ihn lief, galt nicht ihm, sondern den Gruppentherapeuten. In der Teamsitzung, zu der der Sportlehrer eingeladen wurde, konnten Gründe der Spannung aufgedeckt werden, was zur Folge hatte, daß ich, da er eine intensivere Mitarbeit im Team ablehnte, auf seine Mitarbeit verzichtete und er sich nicht mehr am Patientensport beteiligte. Ein solche Einstellung des Teams, zugunsten der übergreifenden Konzeption auf Kompromisse zu verzichten und die Grenze zu schließen, erscheint von außen her leicht als elitär, ist aber als Abgrenzungsleistung immer wieder nötig. Für die Bedeutung von Einflüssen auf die Gruppengrenze von außen sei symptomatisch ein anderes Beispiel genannt.

Zum Jahresende hatte der leitende Psychiater der Tagesklinik die Stelle gekündigt, um sich als Psychotherapeut fortzubilden. Die Trennung war vom Team und dem Arzt dadurch abgewehrt worden, daß alle Enttäuschung und Wut über seinen Weggang an der Phantasie festgemacht wurde, die Identität als Psychiater und Psychotherapeut seien unvereinbar. Die Stelle des leitenden Abteilungsarztes wurde nicht wieder besetzt, die Mitarbeiter der Tagesklinik wurden über die Möglichkeit einer kontinuierlichen Arbeit über lange

Zeit im unklaren gelassen, alle Bemühungen um eine Entscheidung wurden von der Klinikleitung mit formalistischen Gründen abgewehrt.

In der Beziehung der Teammitglieder zu den Patienten und untereinander kam es dabei zu ähnlichen Schwierigkeiten, insbesondere im zentralen Bereich der Kommunikation, wie ich sie oben beschrieben habe. Auf der Ebene der Patienten reagierte das schwächste Gruppenmitglied und drückte seine Verlassenheit durch einen Suizidversuch aus, den ersten Suizidversuch überhaupt im Verlauf der tagesklinischen Arbeit. Dies sei als ein Beispiel genannt, wie hoch sensibel eine Gruppe von schwerkranken Patienten innerhalb einer derart offenen Situation wie die der Tagesklinik reagiert und von welcher Bedeutung die Klärung von Gruppenprozessen im Team selbst ist. Auf der anderen Seite sei mit diesem Beispiel auf die Einschränkung durch eine oft rigide und abwehrende Klinikstruktur hingewiesen.

Die Einbettung einer nach psychodynamischen Gesichtspunkten arbeitenden Abteilung in die Dynamik der Gesamtklinik ist eine der größten Schwierigkeiten bei der Realisierung einer dynamisch-psychiatrischen Konzeption. Im Falle der Tagesklinik hatte die Gesamtklinik in den zwei Jahren ihrer Aufbauphase entscheidende Veränderungen gemacht. Während anfänglich die Atmosphäre relativ freundlich, wenn auch nicht ambivalenzfrei war und genügend Entwicklungsraum gegeben war, kam die Klinik selbst im Laufe der Zeit in eine Phase der Auseinandersetzung. Sie mußte sich mit ihrer geleisteten Arbeit messen lassen an ihrem mit viel Aufwand propagierten Anspruch, eine der modernsten psychiatrischen Kliniken der Bundesrepublik zu sein. Dieser Druck von außen bedeutete schlechthin nichts anderes als eine massive Identitätsbedrohung derjenigen, die die Klinik nach innen und außen repräsentieren. In den Reaktionen wurden zusehends die klassischen Abwehrstrukturen der alten Psychiatrie deutlich, die sich in der Tendenz zu Bürokratisierung und Verwaltung, in der Einrichtung von mehr und mehr geschlossenen Stationen und in der Einschränkung von Kompetenz und Entscheidungsfreiheit der einzelnen Mitarbeiter niederschlugen.

Besonders bedrohlich wirkt in einer solchen internen Gruppendynamik einer gesamten Klinik, wenn sich dort eine Untergruppe entwickelt hat, die eine klare Vorstellung ihrer Arbeit, ein Konzept und damit Identität hat. Die Vorwürfe, wie z. B. unzureichende Versorgung, Zwei-Klassen-Behandlung der Patienten, Elite-Psychiatrie etc., die von außen gegen die Klinik gerichtet wurden, wurden in demselben Moment projektiv auf diese Untergruppe, die Tagesklinik, verschoben als Ersatz für den Außenfeind, der eine Gruppe ohne eigene echte Gruppengrenzen stabilisieren hilft. Die Tagesklinik nahm in dieser Situation die Position des zu sehr ängstigenden und diffusen Außenfeindes ein und wurde zum Sündenbock.

Die an diesem Beispiel sichtbar gewordene Dynamik entspricht im Kleinen deckungsgleich der irrationalen Abwehr gegen eine Dynamische Psychiatrie, so wie sie die Deutsche Akademie für Psychoanalyse in den letzten zehn Jahren immer wieder erfahren hat.

Abschließend möchte ich noch einmal herausstellen, welches Ziel ich bei dieser Arbeit verfolgt habe. Ich möchte mit dem Bericht über meine mehrjährige dynamisch-psychiatrische Tätigkeit in der Praxis der Krankenhauspsychiatrie einen exemplarischen Beitrag liefern über die Möglichkeit einer inneren strukturellen Reform unserer Psychiatrie. Eine Reihe von Schwerpunkten habe ich dabei herausgestellt:

1. Voraussetzung für jede dynamisch-psychiatrische Tätigkeit, wie *Ammon* in seiner Grundlagenarbeit über Dynamische Psychiatrie herausgestellt hat, ist eine Konzeption vom Menschen, seiner Persönlichkeit, den Möglichkeiten seiner Beziehungen in Gruppen und deren Störbarkeit. Diese Konzeption kann keine papierene, formalisierte Organisation einer Psychiatriereform durch Änderung von Belegungs- und Stellenplänen sein, sondern sie muß beginnen bei der kontrollierten Selbsterfahrung allerer, die in der Psychiatrie arbeiten.
2. Die humane Behandlung von psychisch Kranken kann nicht ersetzt werden durch schön eingerichtete Stationen und apparativ optimal ausgestattete Abteilungen, sondern diese kann dadurch, so wie in der Tagesklinik, die auch mit einem Videotape ausgestattet war, nur erleichtert werden.
3. Voraussetzung für jede eigentliche psychotherapeutische Arbeit in der Klinik ist die permanente Klärung von gruppendynamischen Prozessen in der Gruppe der Mitarbeiter. Eine psychotherapeutische Behandlung von Einzelnen oder einer ganzen Gruppe von Patienten ohne den Einbezug der Gesamtdynamik der Großgruppensituation, die sich bildet aus Team-Patientengruppe und Klinik, ist eine Illusion, da damit die grundlegende Erfahrung, daß der Mensch in Gruppen, die voneinander abhängig sind, lebt und kommuniziert, verleugnet wird.

Group-dynamical Work with a Team in a Day-Clinic

Kurt Husemann

This work is based on *Günter Ammon's* concept of in-patient psychotherapeutic milieu therapy.

In-ward milieu therapy is appropriate for those patients for whom for shorter or longer time because of the breakdown of their ego-boundaries an ambulant dynamic psychiatric treatment seems contraindicated.

The group-boundaries, in ambulant milieu therapy developed by the therapeutic group itself, has to be provided by the staff in in-ward treatment. Prior condition is the process of emotional learning of the whole staff in coming to terms with the central figure of the psychodynamically trained leader.

The author shows the basic conception of *Günter Ammon's* milieu therapeutic concept in its ambulant and in-patient form.

In opposite to other psychiatric wards the boundaries of the day clinic treatment situation are less structured, since the patients are alone during the night and the weekend.

This open situation meets the pathology of day clinic patients, first of all borderline patients, psychosomatic patients and psychotic reacting patients and invites to acting out.

The group-boundary of the staff must be flexible enough to understand the patients' acting out as a communicative offer and to include it in order to enable the life situation to become the patients' treatment situation.

The author describes the building up of a day clinic in its personnel and treatment structure, as it looks like after two and a half years of developmental work on three levels: staff, group of patients, whole clinic.

Dynamic psychiatric work is described as a genuine creative process, which has to take place in the real group dynamic field of the clinic. To transfer the formal outer structure of treatment situation has to develop in the same way as the formation of patient and staff group is changing. With the help of several case vignettes of group dynamical work the importance of the group-boundary as a therapeutic agent is stressed out. By example of the group dynamical working through of an unexpressed conflict of a staff member the fluctuation of group dynamic processes on the level of the staff and the patients' group is described up to the development of a continuous work with all patient-groups.

The denial of this conflict in the group of the staff led in the patients' group dynamical situation to the scapegoating of one patient. The working through of the conflict in the staff group made the patients coming out of her position possible even though she had offered herself for it because of her personal structure. Consequently a weekly greater groupdynamical session was established. In further examples the influence upon the group-boundaries from outside in its constructive and destructive parts is described. Thus the staff group acting for the patient group marked off a member, who represented a „hole“ in the group dynamical field.

The insert of a milieu therapeutic ward in the whole clinic that does not work milieu therapeutically is proofed to be very hard, because this field can not be reflected groupdynamically. Often rigid defense structures, that get the character of reality in their rules and orders built up a resistance.

The staff group as a whole can be described in analogy to the development of structures within a single personality as a structural unity with primary, secondary and central group functions. The author establishes a parallel to the profile of structure of the Berlin Psychoanalytic School. On the level of the group there are equivalents for the ego-functions represented in single members or in subgroups of the whole group.

Milieutherapeutic in-patient work is stressed out as a living alternative to a formalised outer reformation of psychiatry.

Prior condition of every inner reformation is psychodynamic training of everybody working in the field of psychiatry however. This can be either in the clinic itself or in ambulant Balint and group dynamical groups like those that are brought about by the DGG and the DGPM.

Literatur

- Ammon, G.* (1959): Theoretical Aspects of Milieu Therapy. The Menninger School of Psychiatry, Topeka, Kansas, USA
- (1968): Dynamische Psychiatrie. In: *Dyn. Psychiat.* (1) 6–18
 - (1970a): Auf dem Wege zu einer dynamischen Sozialpsychiatrie. In: *Dyn. Psychiat.* (3) 121–126
 - (1970b): Die analytische Gruppentherapie im Rahmen der Sozialpsychiatrie. In: *Dyn. Psychiat.* (3) 185–190
 - (1973): Dynamische Psychiatrie-Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie (Darmstadt: Luchterhand)
 - (1976): Das Borderline-Syndrom – ein neues Krankheitsbild. In: *Dyn. Psychiat.* (9) 317–348
- Bühling, W.* (1977): Die Funktion des Agierens von Borderline-Patienten in der Milieuthera-
peutischen Gemeinschaft. In: *Dyn. Psychiat.* (10) 307–316
- Goffman, E.* (1961): Analyse über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer
Insassen (Frankfurt/M: Suhrkamp, 1972)
- Menninger, W. S.* (1932): Therapeutic Methods in a Psychiatric Hospital. In: *J. Am. med. Ass.*
(99) 538–542
- Simmel, E.* (1929): Psychoanalytic Treatment in a Sanatorium In: *Int. J. Psychoanal.* (10) 70–89

Adresse des Autors:
Dipl.-Psych. Dr. rer. nat. Kurt Husemann
Carmenstr. 7
4000 Düsseldorf

Das Suchtproblem innerhalb der Dynamischen Psychiatrie**

Gerd Röhling*

Daß die orthodoxe Psychiatrie der Sucht in ihrem psychopathologischen System keinen eindeutigen Standort hat zuweisen können, beruht nach Ansicht des Autors in der Tatsache, daß sich die Sucht einer interpersonellen Beschreibung und symptomorientierten Klassifizierung entzieht und daß das ungestillte Verlangen des Patienten nach etwas, das außerhalb seiner selbst liegt, von vornherein auf einen gruppenspezifischen Zusammenhang verweist. Die Flucht in den Suchtzustand ist gleichzeitig die Suche nach einem Gefühl, dessen Fehlen dem Patienten einen unerträglichen Zustand schafft: das Gefühl der Verankerung in einer psychophysischen Identität. Nach Art und Schwere des der Sucht zugrundeliegenden unerträglichen psychophysischen Zustandes versucht der Autor zwei Formen der Sucht voneinander abzugrenzen: die Borderline-Sucht und die anaklitische Sucht. Das gleiche Symptom kann dabei im gesamten Ichstrukturellen Zusammenhang einen jeweils anderen Stellenwert und eine andere Funktion haben. Bei der Borderline-Sucht, die einen permanenten Zustand der Verunsicherung der Grenzen und Möglichkeiten des Patienten signalisiert, besteht diese Funktion darin, dem archaischen Ambivalenzkonflikt zu entgehen und die bedrohlichen Identitätsängste abzuwehren. Die anaklitische Sucht entsteht auf dem Boden einer totalen Identitätsverweigerung und -verarmung und signalisiert einen permanenten Zustand existentiellen Verlassenseins. Hier hat die Sucht die reparative Funktion, in einer Art negativer Identität überhaupt so etwas wie ein Existenzgefühl auf einer archaischen Körper-Ich-Ebene zu konstituieren.

Kaum eine Erkrankung hat sich der psychopathologischen Beschreibung und der nosologischen Einordnung der orthodoxen Psychiatrie so sehr widersetzt wie die Sucht. Keine primär faßbaren und pathognomonischen Störungen der Wahrnehmung, des Gedächtnisses, der Orientierung, des Triebes, der Affektivität, der Intelligenz und des Bewußtseins, die diese Erkrankung nach statischen psychopathologischen Kriterien eindeutig kennzeichnen und von anderen Erkrankungen unterscheidbar machen.

Mit einer zwanghaften und elementaren Dynamik tritt uns vielmehr in der Sucht ein unstillbares und „krankhaftes“ Verlangen nach einer Substanz entgegen, die in der Lage ist, bestimmte Qualitäten des Bewußtseins partiell auszuschalten. Dieses Verlangen, das auch der Krankheit ihren Namen gibt, verweist zwingend und offener als bei jeder anderen Erkrankung auf ein ungestilltes und sich gegen jede Einsicht und Vernunft durchsetzendes Bedürfnis, zu dessen Befriedigung ein außerhalb des Patienten liegendes Objekt benötigt wird. Damit wird der klassische individualpathologische Bezugsrahmen von vornherein gesprengt, und es stellt sich die für ein an Bedürfnissen orientiertes und gruppenbezogenes Krankheitsverständnis zentrale Frage, was denn der Patient in seiner Süchtigkeit eigentlich sucht. Diese Suche

* Dr. med., Lehranalytiker am Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik der DAP, Berlin

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

nach etwas außerhalb seiner selbst geht dabei bei der Einnahme von Drogen und Alkohol mit einer inneren Herabsetzung der Funktionen des Bewußtseins und der Wahrnehmung nach innen und außen einher. Das verweist darauf, daß die süchtigen Patienten in einem unerträglichen Zustand mit Teilen des ihnen verfügbaren Bewußtseins und der ihnen gegenwärtigen Welt leben und daß sie sich etwas einzuverleiben versuchen, was ihnen an ihrer Integrität und an ihrem Wohlbefinden fehlt. Eine zureichende nosologische Zuordnung der Sucht müßte sich daher m. E. nicht auf den Suchtvorgang selbst, also das „krankhafte“ Verlangen beziehen, sondern müßte den dahinter liegenden unerträglichen Zustand, die fehlende Identität des psychophysischen Wohlbefindens erfassen. Das krankhafte Verlangen selbst wäre dann als Ausdruck einer bestimmten Abwehrdynamik zu beschreiben, die den Wunsch nach dem gesuchten Zustand ebenso ausdrückt wie die auf die Ausschaltung des eigenen Bewußtseins gerichtete Selbstdestruktion. Diese das äußere Bild beherrschende und gleichförmige massive Abwehrformation rechtfertigt noch keine nosologische Zuordnung der Sucht. Es stellt sich vielmehr die Frage nach dem Verständnis und der Identität des zugrundeliegenden unerträglichen psychophysischen Zustandes, die einen Zugang zu süchtigen Patienten und eine Möglichkeit der Therapie eröffnen kann.

Die orthodoxe Psychiatrie dagegen, die in Anlehnung an einen naturwissenschaftlichen Krankheitsbegriff darum bemüht ist, psychische Krankheit als Ausdruck einer quasi biologisch verankerten Entität zu beschreiben und systematisch zu klassifizieren, hat das zwanghafte Verlangen als eigentliche Krankheit gesehen und sich daher besonders schwer darin getan, die Sucht nosologisch zuzuordnen. Ihrem Krankheitsverständnis, das nach einer abgrenzbaren und intra-individuell-organistisch herauslösbaren Krankheitsursache, nach einer inneren mechanistisch vorstellbaren Genese und nach pathognomonischen Symptomen und Syndromen sucht, will sich die Sucht ganz und gar nicht fügen; denn die Sucht drückt – im Gegensatz zur sogenannten Schizophrenie, zur Depression, zur Neurose, zur sog. Psychopathie – in ihrem Begriff ein elementares, sich zwanghaft durchsetzendes Verlangen aus, aber keinen nach den Regeln der orthodoxen Psychiatrie faßbaren inneren Krankheitszustand, der als nosologische Einheit vorfindbar und an bestimmten individualpsychologischen Symptomen diagnostizierbar wäre. In diesem Sinne konnte es der orthodoxen Psychiatrie auch nicht gelingen, der Frage, ob die Sucht eine einheitliche Krankheit ist, auf den Grund zu gehen und wurde dabei ihrem eigenen Anspruch nicht gerecht. *Bleuler* (1969) begnügte sich mit einer phänomenologischen Einteilung in 1. Milieu- und Gelegenheitstrunksucht, 2. Neurotische Trunksucht, 3. Psychopathische Trunksucht und 4. Sekundäre Trunksucht, wobei das Kernproblem ungelöst bleibt und nur auf eine andere Ebene verschoben wird.

Wenn ich hier die Frage aufwerfe, ob die Sucht in bezug auf Ursache, Genese und Dynamik ein einheitliches Krankheitsbild darstellt, so stellt sich mir diese Frage auf der Basis der Dynamischen Psychiatrie. Diese allerdings

unterscheidet sich in ihrem Krankheitsverständnis grundlegend von der orthodoxen Psychiatrie. Psychische Erkrankung erscheint hier nicht als quasi naturgesetzliches Geschehen, das sich aufgrund einer inneren, der postulierten Krankheitsentität inhärenten Logik unabhängig von der persönlichen Entwicklung und dem Einfluß umgebender Gruppen entwickelt. Diese letzten bilden vielmehr die entscheidenden Faktoren, aus deren Kontext heraus psychische Krankheit sich erst begreifen läßt. Sogenannte gesunde und pathologische Entwicklungskomponenten entfalten sich nicht isoliert voneinander, sondern sind aus der Gesamtkonzeption einer Persönlichkeitsentwicklung zu beschreiben, an der ungeformte biologische Anlagen, vielfältige Wahrnehmungs- und Erfahrungsprozesse und Introjektionen verschiedener Anteile der Mutter und der Primärgruppe teilhaben. Diese Prozesse finden dann zu einer Strukturbildung, die in ihrer Einheit und ihrem Zusammenspiel erst eine „kranke“, d. h. destruktive, gegenüber einer „gesunden“, d. h. konstruktiven Dynamik abgrenzen läßt. Als zentraler Maßstab ist hier der Begriff der lebensgeschichtlichen und gruppenbezogenen Identität zu sehen, so wie ihn *Ammon* entwickelt hat. Nur von diesem Punkt der Identität, d. h. der Frage, wer ein Mensch im Rahmen seines Lebenskreises ist und als was er sich begreift, läßt sich sog. „Krankheit“ m. E. überhaupt erst bestimmen, spezifische psychische Erkrankung erscheint dabei immer als eine spezifische Störung der Identität, letztendlich einer Gruppenidentität. Der Begriff der Identität steht dabei in engem Zusammenhang zur Ich-Struktur, so wie *Ammon* (1978) sie aus gruppenspezifischen Zusammenhängen – in Abgrenzung zu *Freuds* Strukturmodell – entwickelt hat. Ich-Struktur ist dabei kein bloßes Funktionssystem innerer Instanzen, sondern hat immer eine soziale und geschichtliche Dimension. Psychische Krankheit erscheint dabei als die Verinnerlichung einer destruktiven Dynamik einer pathologischen Primärgruppensituation, in der der Patient zum Symptomträger wird und die eine strukturelle Ich-Schädigung hinterläßt.

Auf dem Hintergrund dieser Ausführungen stellt sich die Frage nach dem Stellenwert der Sucht innerhalb des gleitenden Spektrums psychischer Erkrankungen (*Ammon*, 1973) und die Frage, ob die Sucht eine Krankheitseinheit im Sinne einer spezifischen, gleichartigen Identitätsstörung ist, wobei ich den unerträglichen Zustand, der dem krankhaften Verlangen zugrundeliegt, als Ausdruck einer defizitären Identität betrachte. Es wären dabei die Verschränkungen von Ich-Struktur, Psychodynamik, Ich-Funktionen und Symptomatik vom zentralen Aspekt der Identität zu beurteilen.

Meine Erfahrungen mit suchtkranken Patienten beruhen dabei auf einer intensiven stationären Gruppen- und Milieuthérapie im Sinne einer Dynamischen Psychiatrie mit über fünfzig – durchschnittlich ein halbes Jahr – behandelten männlichen schwer alkoholkranken Patienten (*Röhling*, 1975) sowie meiner Arbeit auf einer psychiatrischen Aufnahmestation, auf der etwa 50 % der Patientinnen Suchtkrankheiten aller Schweregrade hatten und schließlich auf einer langjährigen ambulanten Einzel- und Gruppentherapie

von Borderline-Patienten, bei denen sich verschieden gelagerte Suchtdynamiken beobachten ließen.

In der Reflexion der Übertragungs- und Gruppendynamik ließ sich dabei ein Zugang finden zur im wechselnden Kontext sich reproduzierenden symbiotischen Primärgruppendynamik süchtiger Patienten (Röhling, 1977). Die zur Abwehrstruktur gewordene Suchtdynamik erscheint dabei geprägt von einer durch extrem starke Verleugnungstendenzen gekennzeichneten Realitätsstörung. Die Verleugnung geht dabei mit einer starken Idealisierung der Mutter aus der Zeit der frühen Symbiose einher, von der eine niemals real erfasste Befriedigung und Geborgenheit suchartig halluziniert wird. Die Droge wird als trügerisch ideales Objekt benutzt, das alle narzißtischen Defekte ausfüllen soll, und das symbiotisch-diffuse Existenz auf Kosten eines vollständigen Rückzuges von äußeren Objekten aus einer Existenz in realen Gruppenbezügen garantieren soll. Das Ausweichen vor den Veränderungen einer herausfordernden Realität und die Sucht nach einem symbiotisch-zeitlosen Idealzustand korreliert dabei mit einer frühkindlichen Familiensituation des Patienten, die durch die Verleugnung einer lebensverneinenden Realität und die Vortäuschung eines idealen Zustandes gekennzeichnet ist. Dadurch entwickelt sich bei den Patienten eine zentrale Schwäche in bezug auf die Abgrenzung von äußerer Realität und innerer Realität, die sich in der fehlenden Abgrenzung von äußerer Gruppensituation und innerer Phantasiewelt widerspiegelt. Die Patienten bleiben in einer diffusen, unabgegrenzten Realitätserfahrung verhindernden Abhängigkeitsbeziehung. Der wiederholungszwanghaft aufgesuchte symbiotisch-somnambule Zustand verhindert eine Erweiterung der Erfahrung und damit die Entwicklung eines abstrakten Denkens. Die Suchterzeugende Situation ist gekennzeichnet durch mangelnde, insuffiziente, diffuse und verschleiende Kommunikation und konkretisiert sich in konfusen Wahrnehmungs- und Denkprozessen, in denen die Realität verweigernd und diffus erscheint.

In der sich in dieser grundlegenden Suchtdynamik manifestierenden Abwehrstruktur erscheinen die Patienten relativ homogen. Andererseits sind Suchterscheinungen auf einem weiten Spektrum in unserer Gesellschaft so häufig, sind die Suchtpatienten in bezug auf Ausmaß und Schwere, Flexibilität der Symptomatik und Kommunikationsverhalten so unterschiedlich, daß sich die Frage ihrer Ich-strukturellen Zuordnung stellt. Erst im elementar sich durchsetzenden süchtigen Verlangen selbst scheinen sich alle bestehenden Unterschiede im Sinne einer Entdifferenzierung zu verwischen. Der unerträgliche Ich-Zustand, dem der Patient durch die Sucht zu fliehen versucht, scheint jedoch durchaus unterschiedlicher Art und Schwere sein zu können. Dieser für die eigene Wahrnehmung und das Selbstgefühl unerträgliche Zustand umschreibt dabei m. E. eine schwerwiegende Identitätsstörung. Die aufgezeigte Dynamik der Sucht kann sich dabei meiner Erfahrung nach in einem verschiedenen Ich-defizitären Kontext realisieren, d. h. verschiedenartige defizitäre Ich-Primärstrukturen können durch eine gleich-

artige Ich-Abwehrstruktur beantwortet werden. Die jeweils spezifische Qualität des zugrundeliegenden Ich- und Identitätsdefizits würde erst einer Einordnung der Sucht auf dem Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten ermöglichen. Ich möchte nun hier versuchen, einen ersten Ansatz zu einer groben Differenzierung der defizitären Identitätsstrukturen süchtiger Patienten zu machen und eine archaisch-anaklitische Ebene einer mehr Borderline-symbiotischen Ebene gegenüberstellen. Die eine in ein süchtiges Verhalten mündende Identitätskrankheit möchte ich Borderline-Sucht nennen und sie dem Rahmen des von *Ammon* (1976) konzipierten Borderline-Syndroms zuordnen, die andere möchte ich in Anlehnung an den von *Spitz* (1967) geprägten Ausdruck der anaklitischen Depression anaklitische Sucht nennen. Die Sucht kann sich dabei meiner Erfahrung nach innerhalb dieser beiden Grundstrukturen durchsetzen und dabei eine jeweils spezifische Dynamik und reparative Funktion entfalten.

Das Erleben und Verhalten des Suchtkranken ist durch einen oft abrupten Wechsel extremer Ich-Zustände gekennzeichnet, die unkontrolliert und unintegriert sind. Nachgiebiges, unterwürfiges Verhalten kann von höhnischen Starrsinnsexzessen verfolgt sein, provozierende Überheblichkeit mit Selbstanklage und Selbstmitleid abwechseln, trotziges Schweigen mit Aggressionsentladungen, Einfühlung auf der einen Seite, Rücksichtslosigkeit in anderen Dingen gegenüberstehen, Einsicht und Starrheit wechseln, klares Denken in verworrene Denkabläufe übergehen. Diese unintegrierten Äußerungen des Ichs scheinen dabei Ausdruck verschiedener unverbunden internalisierter Objekte zu sein, die sich – bei mangelnder Frustrationstoleranz als Reaktion auf oft geringe äußere Anlässe – in einem Ich-Zustand aktualisieren. Der Patient kann z. B. in einem Augenblick wie die kalte, stolze Mutter agieren, dann wie der gutmütige, kranke Großvater klagen oder wie der unbeherrschte Vater trotzen. Die internalisierten partiellen Objekte durchbrechen die mangelnde Kontrolle und Integrationskraft des schwachen Ichs und fungieren als bruchstückhafte Fassaden, um die Kontaktangst und Kommunikationsverunsicherung zu verbergen und werden zu Trägern hilfloser Aktionen, die vergebliche Versuche darstellen, mit den eigenen Gefühlen und der Realität umzugehen und so als fassadäre Maskierungen und gleichzeitig als Hilferufe entschlüsselt werden können. Einige Ich-Funktionen können dabei durch fassadäre Anpassungsleistungen eine Pseudostabilität erlangen und zeitweise funktionsfähig erscheinen, jedoch bei kleinsten mit Realitätsanforderungen verbundenen Frustrationen desintegrieren. In diesem Ich-Verhalten bieten die Sucht-Patienten oft in ganz extremem Ausmaß das Bild des von *Ammon* (1976) konzeptionalisierten Borderline-Syndroms.

Dieses ist gekennzeichnet durch das suchartige Verlangen nach engen symbiotischen interpersonellen Erfahrungen, in denen im Wiederholungszwang eines archaischen Ambivalenzkonfliktes die Destruierung dieser Erfahrungen von Anfang an angelegt ist. Da sich die archaischen Defizite in der symbiotischen Nähe reproduzieren, mißlingen diese Beziehungen in der

ständig wechselnden Dynamik von Verschmelzung und Zerstörung. Hierbei nimmt die gestörte Oralität, die unter der Herrschaft einer internalisierten destruktiv gewordenen Aggression steht, einen zentralen Platz ein. Auf diesem Hintergrund möchte ich die Form der Sucht, die durch eine zentrale Schädigung der Abgrenzungsfunktion auf der Ebene des symbiotisch-oralen Erlebens und dem daraus resultierenden unerträglichen Zustand einer Identitätsdiffusion gekennzeichnet ist, Borderline-Sucht nennen. Die Patienten sind auf der dauernden Suche nach symbiotischen Objekten, deren verschlingende Introjektion gleichzeitig deren Zerstörung bedeutet, aus der starke Schuldgefühle resultieren und die in quälende Einsamkeit mündet, die ihrerseits wieder einen erneuten Objekthunger entfacht. Die Patienten zeigen bei verschiedenen Suchterscheinungen – Alkoholsucht, Drogensucht, Nikotinsucht, Freßsucht – eine vielfältige Symptomatik mit einer starken Affektivität, die sich abrupt – z.B. in aggressiven Entladungen – nach außen kehren kann, mit starkem Rededrang und Flucht in wechselnde Tätigkeiten. Sie scheinen – innerlich unter Spannung und nie befriedigt – auf einer dauernden Existenzsuche. Entsprechend ihrer Identitätsfassaden haben sie im Gegensatz zum anaklitisch suchtkranken Patienten vielfältige Ausdrucks- und Lebensmöglichkeiten, aber zentral fehlt ihnen ein Gefühl existentieller Sicherheit. Auslösend ist dabei eine in der Primärgruppensituation der frühen Kindheit erlebte verunsichernde menschliche Erfahrung: die Abhängigkeit in der symbiotischen Dynamik ließ einerseits die archaische Mutter bedrohlich und übermächtig erleben und bot andererseits Schutz vor den gefürchteten Schritten in eine eigene Identität. Die Sucht ist auf dieser Ebene als ein archaischer Abwehrvorgang zu verstehen, wobei im Rückzug von der Realität und von menschlichen Kontakten bedrohlich erlebte symbiotische Nähe vermieden werden soll, dabei gleichzeitig aber im Suchtzustand ein abgespaltenes symbiotisch-diffuses Erleben intrapsychisch gesucht wird.

Ziel der Sucht ist es dabei, der kräftezehrenden inneren Dynamik von Verschmelzung und Zerstörung zu entkommen und in dem Erleben einer zeitlos-symbiotischen Einheit um den Preis einer totalen Verleugnung der Realität, Ruhe vor den Kräften des eigenen Unbewußten zu finden. Der suchtkranke Patient kann diesen inneren Kräften jedoch nicht entfliehen, sondern verstrickt sich immer tiefer in einen *circulus-vitiosus* von Aggressionen, Schuldgefühlen, Depressionen und Sucht. Der Schlüssel zum Verständnis der Borderline-Sucht ist nur durch das Verständnis des spezifischen Defizits der zentralen Funktion der Identität zu gewinnen. Dabei liegt der Schwerpunkt der Identitätsstörung auf der Ebene der Abgrenzung und Differenzierung von Ich und Nicht-Ich, d.h. von Kind und archaischer Mutter. Der Patient befindet sich in dauerndem Kampf um eine abgegrenzte psychosomatische Identität, die ihm von der Primärgruppe vorenthalten worden ist.

Die spezifische Dynamik der Sucht realisiert sich dabei auf dieser Ebene in einem strukturellen Borderline-Kontext. Ich-strukturell besteht eine Schwäche der zentralen Ich-Funktionen, dabei jedoch eine kompensatorische Aus-

bildung sekundärer Ich-Funktionen. Eine inkonstante und widersprüchliche affektive Erfahrung in der frühen Kindheit führt zu einer Identitätsverunsicherung bei wechselnden Identitätsfassaden. Die Funktion, die der Sucht in diesem Zusammenhang strukturell zukommt, besteht darin, der ungelösten, ambivalent aufgeladenen Identitätsfrage auszuweichen. Das hat seine Wurzeln in der Gruppendynamik einer zerrissenen Primärgruppe, die auf Identitätsschritte feindselig reagierte und die Wahrnehmungsbasis dessen, was in der Familie passierte, verunklarte. Die Sucht stellt dabei in einer dauernden Perpetuierung der zerstörerischen Primärgruppendynamik die Situation einer diffusen, ungelösten Symbiose wieder her, in der die Erfahrung einer eigenen, innerlich verfügbaren und abgegrenzten Existenz gesucht und zwanghaft wieder zerstört wird.

Aufgrund meiner klinischen Erfahrungen – insbesondere mit schwerstkranken Suchtpatienten in der Klinik – bin ich jedoch zu der Überzeugung gekommen, daß für eine große Zahl von Suchtpatienten die eben gegebene Einordnung in das Borderline-Spektrum nicht zureichend ist und daß ein viel schwererer und archaischerer Defekt in der Ich-Struktur vorliegt. Und zwar handelt es sich hier nicht um eine Identitätsdiffusion, sondern vielmehr um ein Identitätsvakuum, das den unerträglichen Zustand konstituiert, der durch die Sucht abgewehrt werden muß. *Spitz* (1967) beschreibt Säuglinge, die eine zeitlang von ihrer Mutter getrennt waren, anfangs weinerlich und anklammernd wurden, dann häufig schrien und an Gewicht verloren, den Kontakt verweigerten, an Schlaflosigkeit litten, einen starren Gesichtsausdruck bekamen, motorisch verlangsamt waren und schließlich in einen lethargischen Dauerzustand verfielen. Als Ursache für dieses Syndrom, das er anaklitische Depression nannte, beschrieb er den Entzug affektiver Zufuhr. In Anlehnung an dieses von *Spitz* beschriebene Krankheitsbild möchte ich die schwerste Form der Sucht, die durch eine psychosomatische Schädigung auf der archaischen Ebene des Körper-Ichs gekennzeichnet ist, anaklitische Sucht nennen.

Die Patienten erscheinen ausdruckslos bis apathisch, ohne Interessen, mit undifferenzierter Wahrnehmung, ihre affektive Ausdrucksfähigkeit ist stark herabgesetzt, sie sprechen kaum und erscheinen ihrer Umgebung gegenüber gleichgültig. Zentral ist ihr extrem herabgesetztes Gefühl von sich selbst, ein mangelndes Erleben ihrer Bedürfnisse und Wahrnehmungen, auch ein mangelndes Leidensgefühl, insbesondere eine basale Störung im Körper-Ich-Gefühl. Im Zentrum ihres Erlebens und ihrer Aktionen steht eine Beziehungslosigkeit und affektive Leere. Ein solcher Patient hat sich z.B. jahrelang jeden Freitag nach Arbeitsschluß mit ein paar Flaschen Schnaps auf sein Zimmer verkrochen, sich ins Bett gelegt und das ganze Wochenende dort trinkend in benommenem Zustand verbracht – ohne jeglichen Kontakt und ohne jegliche Tätigkeit. Ein anderer Patient verließ das Klinikgelände in einem unbeobachteten Moment, als das Tor für den Essenwagen geöffnet war, irrte ziellos in der Stadt umher, bis er sich schließlich nach einem Einbruch von

der Polizei festsetzen ließ. Er konnte später nur gleichgültig mit den Achseln als Antwort darauf zucken, warum er dies alles getan habe; ohne irgendeine ihm bewußte Intention war er aus dem Kliniktor gegangen, für das fehlende Erleben seiner selbst war es völlig belanglos, wo er war, wohin er ging, was er tat, Zugehörigkeit und Bindungen waren für ihn nicht fühlbar, einen „menschlichen Kontakt“ erlebte er schattenhaft erst im Zugriff der Polizei.

Die Familiengeschichte dieser Patienten und ihre Primärgruppendynamik erscheinen so ausdruckslos und „leer“ wie ihr gegenwärtiges Leben: wenig Spuren, wenig Erinnerungen, wenig Gefühle, wenig Dramatik. Der allgemeine Nenner, auf den ihre frühkindliche Lebenssituation gebracht werden kann, ist ein extremer allgemeiner affektiver Mangelzustand. Archaische Ich-Defekte, Diffusion von Realität und Irrealität, verschwommene Wahrnehmung, diffuse Denkprozesse, mangelnde zwischenmenschliche Erfahrung und Konfliktfähigkeit sind die Folge. Für das Kind wie für die Eltern ist die Erfahrungsmöglichkeit in der interpersonellen Situation bis auf ein Minimum reduziert, eigene Erfahrungen können nicht mehr gemacht werden und die Möglichkeit eigener Erfahrung wird als schwerste Bedrohung in dieser Situation erlebt. Auf dieser Basis entwickelt sich die Psychodynamik der Sucht: als Ausweg aus einem diffusen Zustand der Leblosgkeit, des Nicht-existent-Fühlens und als Suche nach einem diffus gefühlten symbiotischen Erleben, das im Wiederholungszwang mißlingt. Primäres Ziel ist es dabei, ein Körper-Ich-Gefühl zu erreichen und auf diese Weise überhaupt eine Existenz zu erleben. Für die schwerkranken Patienten, denen jegliche Erfahrung eines echten menschlichen Objektes fehlte, hat dabei die Sucht reparativen Charakter, führt jedoch ständig in einer zwanghaften Selbstaufhebung zur Vermeidung existentieller Erfahrung.

Die spezifische Verleugnungsdynamik der Sucht realisiert sich hier in einem Kontext psychotischen Ausmaßes. Ich-strukturell besteht ein gravierendes Defizit in den zentralen Ich-Funktionen, aber auch eine Schwäche in den sekundären Ich-Funktionen, die aufgrund des allgemeinen Mangels an affektiver Zufuhr unterentwickelt bleiben. Die Patienten leben in einem Zustand minimaler Lebensentfaltung und signalisieren einen permanenten Zustand des Verlassenseins. Der Platz, der der Sucht in diesem Zusammenhang zukommt, ist die zentrale Funktion der Identität selbst: an die Leerstelle der fehlenden Identität – auch fehlen weitgehend fassadäre Identitätskompensationen – tritt die Sucht und wird dabei zum destruktiv-pathologisch verformten Träger nie befriedigter existentiell-archaischer Identitätsbedürfnisse auf der psychosomatischen Ebene der Körper-Identitäts-Bildung. In der Sucht kann der Patient sich überhaupt nur identisch und rudimentär existent fühlen bei gleichzeitiger Aufhebung jeder konstruktiven Identitätsmöglichkeit. Diese Flucht in eine negative Identität spiegelt dabei die Gruppendynamik einer extrem feindseligen Primärgruppe wider, die keine Identität gestattet: jeder Ansatz eines eigenen Identitätsgefühles und Selbsterlebens wird destruktiv negiert, so daß es zu einer der schwersten Formen destruktiv ge-

wordener Aggression kommt, die ihre Energie in einer permanenten Selbstauflösung erschöpft und dadurch – bei allgemeiner Reduktion aller körperlichen und psychischen Funktionen – den Rest eines Existenzgefühles schlägt.

Die Abgrenzung von zwei verschiedenen Formen, der anaklitischen und der Borderline-Sucht, stellt einen Versuch dar, die Sucht von dem Gesichtspunkt der zentralen Identitätsstörung zu erfassen und auf dem Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten einzuordnen. Die beiden verschiedenen gelagerten defizitären Identitätsstrukturen werden dabei mit der gleichen Ich-Abwehrstruktur beantwortet.

Vielleicht ließe sich diese Differenzierung mit der Unterscheidung von psychosomatischen Erkrankungen im Sinne einer Organpsychose und funktionellen psychosomatischen Störungen vergleichen. Überhaupt wird ja auf dem Gebiet der Psychosomatik die Frage diskutiert, ob die so weit verbreiteten psychosomatischen Reaktionen immer ihre Ursache in einem gleichgelagerten Identitätsdefizit haben. Die weite Verbreitung der Einnahme von Suchtmitteln wie dem Alkohol legt eine ähnliche Fragestellung nahe. Über die beschriebene Unterscheidung hinaus wären dabei noch weitere Differenzierungen denkbar, die sich auf Differenzierungen des zugrundeliegenden Identitätsdefizites, das z.B. nur partiell sein kann und in spezifischen Krisensituationen zu Sucht-Reaktionen führt, beziehen. Bei einer stabilen Identitätsstruktur würden durch die Einnahme von Suchtmitteln wie dem Alkohol auch bestimmte Aspekte der Realität und des Bewußtseins zeitweise ausgeblendet, aber nicht zum Zwecke pathologischer Abwehr, sondern im Sinne einer kreativen Verbindung zu einer symbiotisch-archaischen Situation. Der Stellenwert der Drogeneinnahme bestimmt sich auch hier erst vom Aspekt der Identität her, wobei in diesem Falle eine gesunde Ich- und Gruppenidentität die Voraussetzung und den Kontext bilden.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß sich die Störung dieser Ich- und Gruppenidentität dabei auf den beiden erwähnten psychopathologischen Ebenen in einem anderen Schweregrad und in einem anderen strukturellen Kontext realisiert. Dabei läßt sich auf beiden Ebenen verfolgen, daß die jeweilige Diffusität und Desintegration der inneren Objektwelt des Suchtkranken die verleugnende und integrationsunfähige Familiensituation widerspiegelt und sich in eine zeitlich und strukturell diskontinuierliche Ich-Struktur mit Realitäts- und Denkstörungen und insbesondere mit Wahrnehmungsverzerrungen und -ausfällen umsetzt. Insofern besteht in einem bestimmten Sektor der Ich-Struktur eine aus einer spezifischen Psycho- und Gruppendynamik hervorgegangene gleichartige Störung, die jedoch im gesamten Ich-strukturellen Zusammenhang einen jeweils anderen Stellenwert und eine andere Funktion hat. Diesen Stellenwert bekommt die Suchtdynamik mit ihren Verleugnungstendenzen und ihrem Rückzug aus der Realität jeweils durch den Grad und durch das Ausmaß des Defizits und der Störung der zentralen Ich-Identität. Auf der Ebene der Borderline-Sucht besteht eine archaische Identitätsbedrohung; der Patient ist in einem permanenten Zustand der Ver-

unsicherung seiner Grenzen und Möglichkeiten; die Aggression hat ihr ganzes Potential zu einer destruktiven Ambivalenz formiert, die zu einer aufzehrenden dauernden inneren Auseinandersetzung führt, sich gegen das eigene Ich richtet und sich ebenso in aggressiven Ausbrüchen nach außen wenden kann; die Wahrnehmung nach außen und innen ist bei mangelnder Realitätskontrolle unsicher, verschwommen und eingeschränkt. Realität und Irrealität sind bei mangelhafter Abgrenzung fließend; das Denken ist diffus. Die Sucht hat hier die Funktion, dem archaischen Ambivalenzkonflikt zu entgehen und die bedrohlichen Identitätsängste abzuwehren.

Auf der Ebene der anaklitischen Sucht besteht eine totale Identitätsverweigerung und -verarmung. Der Patient ist in einem permanenten Zustand existentiellen Verlassenseins; die Entfaltung der Aggression ist im Ansatz erstickt, so daß sie sich destruktiv gegen alle Strukturen und Funktionen des eigenen Ichs richtet, an die sie diffus und unbeweglich gebunden bleibt und zu einer dauernden Selbstaufhebung führt; die Wahrnehmung nach außen und innen ist auf ein Minimum reduziert, eine Realitätserfahrung kaum vorhanden, das Denken nicht entwickelt. Die Sucht hat hier die reparative Funktion, in einer Art negativer Identität überhaupt so etwas wie ein Existenzgefühl auf einer archaischen Körper-Ich-Ebene zu konstituieren.

Die Sucht erscheint mir so als eine der schwersten Formen psychischer Erkrankungen, die im Falle der anaklitischen Sucht in früheste und vorsymbiotische Bereiche der Mutter-Kind-Beziehung reicht, in der es noch nicht einmal zur Ausbildung eines Identitätskonfliktes kommen kann und ein existentielles Vakuum besteht. Das scheinbar unstillbare, als krankhaft klassifizierte Verlangen, das sich in der Sucht mit elementarer Dynamik durchsetzt und den unerträglichen Zustand einer nicht gefühlten eigenen Existenz aufheben soll, stellt sich so als eine von der Mutter und der Primärgruppe ungestillte Suche nach eigener Existenz und Identität dar.

The Problem of Addiction within Dynamic Psychiatry

Gerd Röhling

An insatiable and "pathological" demand for a substance confronts us in addiction with a compulsive and elementary dynamic. This substance is in the position to block out certain qualities of human consciousness partially. This demand refers more openly than with any other illness to an unfulfilled need pushed through against all insight and reason, requiring an object outside of the patient for its satisfaction. With this the classic, individual pathological frame of reference is ruptured, raising the central question for a need oriented and group related comprehension of the illness as to what the patient actually seeks in his addiction. This search for something outside of

himself proceeds with the consumption of drugs and alcohol, reducing the functions of consciousness and perception internally and externally. This refers to the fact that addicts live in an unbearable state with parts of their available consciousness and their immediate world, and that they try to incorporate something into themselves which is missing from their integrity and their sense of well being. Therefore a sufficient nosological coordination of addiction must not, in my opinion, have a bearing on the addiction process, the "pathological" demand, but rather must deal with the unbearable condition behind it, the missing identity of the psychophysical sense of well being. The pathological demand itself is then to be described as the expression of a certain defense dynamic which expresses the wish for a sought after condition as well as the selfdestruction directed toward the elimination of the addict's consciousness. This homogeneous, massive defense formation, which controls the external picture, still justifies no nosological coordination of addiction. It raises rather the question as to the comprehension and the identity of the underlying unbearable psychophysical condition, which can open up an access to addicted patients as well as a possibility for therapy.

I should like to try to differentiate between two different forms of addiction according to the type and severity of the underlying identity deficits and of the group dynamics and ego-structural context: borderline addiction and anaclitic addiction. With both forms it can be observed that momentary diffusion and desintegration of the addict's inner object sphere reflect the denied and non-integrated family situation. The inner object sphere transforms itself into a temporally and structurally discontinuous ego-structure with reality and thought disturbances and, in particular, perception distortions and perception losses. Accordingly there exists in a certain sector of the ego-structure a disturbance of the same kind, resulting from a specific psycho and group dynamic. This disturbance has, however, another position and another function in the total ego-structural context. The addiction dynamic receives this position with its denial tendencies and retreat from reality at times via the degree and the extent of the deficit and of the disturbance of the central ego identity. On the level of borderline addiction there exists an archaic identity threat; the patient is in a permanent state of insecurity concerning his limits and possibilities; the aggression has formed its entire potential into a destructive ambivalence that leads to a wasteful, lasting, inner dispute and directs itself against the ego and can turn itself outward, perception is uncertain, vague and limited due to insufficient control of reality. Reality and unreality flow together due to lacking differentiation; thinking is diffuse. Addiction has here the function of avoiding the archaic ambivalence conflict and of warding off threatening identity fears.

On the level of anaclitic addiction there exists a total identity refusal and identity impoverishment. The patient is in a permanent state of existential abandonment; the development of aggression suffocates at the onset so that it directs itself destructively against all structures and functions of the ego to

which it remains diffusely and motionlessly bound and leads to a continuous self-suspension; inward and outward perception are reduced to a minimum, practical knowledge of reality hardly present, thought undeveloped. Addiction has here a reparative function to constitute in a kind of negative identity something like a feeling of existence on an archaic body-ego-level. Addiction appears to me to be one of the severest forms of psychic illness, which, in the case of anaclitic addiction, extends into the earliest and pre-symbiotic reaches of the mother-child-relationship, in which it cannot even come to the formation of an identity conflict. Thus an existential vacuum exists. The apparently insatiable and as pathological classified demand, which asserts itself in addiction with elementary dynamics, should eliminate the unbearable condition of an empty existence. It presents itself as an unappeased search, resulting from the mother and the primary group, for existence and identity.

Literatur

- Ammon, G.* (1973): Dynamische Psychiatrie – Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie (Darmstadt: Luchterhand)
– (1976): Das Borderline-Syndrom – ein neues Krankheitsbild. In: *Dyn. Psychiat.* (9) 317–348
– (1978): Das Verständnis des Entwicklungsdefizites von Ich-Strukturen in Persönlichkeit und umgebender Gruppe als Grundlage für Wissenschaft und Praxis einer Dynamischen Psychiatrie. In: *Dyn. Psychiat.* (11) 120–140
Bleuler, E. (1969): Lehrbuch der Psychiatrie (Berlin, Heidelberg, New York: Springer)
Röhling, G. (1975): Psychosomatik und Perversion bei alkoholkranken Patienten – Syndrome ungelebten Lebens. In: *Dyn. Psychiat.* (8) 404–417
– (1977): Ich-strukturelle Ansätze in der Psychodynamik des Suchtgeschehens. In: *Dyn. Psychiat.* (10) 4–22
Spitz, R. A. (1967): Vom Säugling zum Kleinkind (Stuttgart: Klett)

Adresse des Autors:
Dr. med. Gerd Röhling
Johann-Sigismund-Straße 16
1000 Berlin 30

Das Agieren von Suchtkranken in stationärer Psychotherapie**

Walter Bühling*

Anhand der Erfahrungen mit Suchtkranken auf einer seit zwei Jahren bestehenden Suchtstation im Rahmen einer psychiatrischen Klinik wird der Versuch unternommen, das Agieren der Patienten auf psychoanalytischer Basis zu verstehen und therapeutisch nutzbar zu machen.

Die Suchtkrankheit ist auf dem gleitenden Spektrum der Borderline-Erkrankungen anzusiedeln. Sie zeichnet sich vor allem durch eine zersplitterte Ich-Struktur mit dem Verlust der Ich-Grenzen nach innen und außen aus. Durch die Verinnerlichung undifferenzierter und destruktiver Objekte ist der Suchtkranke nicht in der Lage, seine Konflikte wahrzunehmen und zu reflektieren. Stattdessen agiert er seine Konflikte aus mit Hilfe von Abwehrformationen wie denen der Verleugnung, der Idealisierung und der Projektion. Das selbstdestruktive Symptomverhalten, das mit dem Agieren nahezu identisch ist, umfaßt die gesamte Lebenssituation. Die therapeutische Aufgabe besteht darin, das Agieren in das Klinikmilieu einzubeziehen, um es therapeutisch verstehbar und handhabbar zu machen. Daher besteht die zentrale Strategie der Behandlung von Suchtkranken in der Grenzsetzung und Strukturierung des Stationslebens.

Der Autor wird hierbei insbesondere über Erfahrungen bei der Strukturierung des Stationslebens berichten. Besonderer Schwerpunkt wird auf den Zusammenhang der gruppenspezifischen Abläufe im therapeutischen Team, des Klinikmilieus und des Agierens der Patienten gelegt werden. Erst vor diesem Hintergrund wird der Stellenwert eines milieutheraeutischen Ansatzes, der die Arbeit an einem Projekt, die Freizeitgestaltung und das Zusammenleben auf der Station umfaßt, in seiner Tragweite deutlich.

Der schützende Rahmen einer milieutheraeutisch ausgerichteten Station ermöglicht den Patienten, ihr Symptomverhalten gefahrlos auszuagieren, um später in einem weiteren Schritt Verständnis und Einsicht in ihre Konflikte zu gelangen. Damit werden die zersplitterten Ich-Anteile neu organisiert und integriert. Das Verständnis und die Handhabung des Agierens von Suchtkranken wird an verschiedenen Fallbeispielen belegt.

Die vorliegende Arbeit ist aus den Erfahrungen in der Therapie von Suchtkranken auf einer Suchtstation im Rahmen einer psychiatrischen Klinik entstanden. Der Autor hat diese Suchtstation mit Hilfe nur weniger Mitarbeiter unter denkbar schwierigen Umständen aufgebaut.

Gerade diese Aufbauarbeit hat Einsicht in die Möglichkeiten und Grenzen im Umgang mit Patienten und Mitarbeitern vor dem Hintergrund einer Großklinik vermittelt.

Der Beobachtungszeitraum, auf den sich diese Arbeit bezieht, umfaßt eine Zeit von zwei Jahren. Nach etwa einem Jahr befanden sich 20 Patienten auf der Station, die in zwei Gruppen an den therapeutischen Aktivitäten teilnahmen. Das Team bestand zu diesem Zeitpunkt aus einer Ärztin, zwei psychoanalytisch ausgebildeten Gruppenpsychotherapeuten, einem Sozialarbeiter, einer Beschäftigungstherapeutin, einem Sportlehrer und vier Krankenschwestern.

* Dipl.-Psych., Psychoanalytiker, Mitarbeiter 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

Die Struktur der Station gliederte sich in eine geschlossene Station zur Entgiftung, der Suchtstation und einer offenen Station.

Die Arbeit wird schwerpunktmäßig die Probleme des Agierens im gruppendynamischen Zusammenhang mit der Teamgruppe reflektieren. Hierbei soll im Mittelpunkt die Gruppendynamik der Großgruppe von Patienten und Mitarbeitern stehen.

Die Funktion des Agierens von Patienten und Mitarbeitern wird auf dem Hintergrund des Organismus des gesamten therapeutischen Milieus hinsichtlich ihrer therapeutischen Effektivität untersucht. Hierbei stellt die gruppendynamische Großgruppe das zentrale Behandlungsinstrument zur Offenlegung der unbewußten Psychodynamik einer Suchtstation dar.

Die Suchtkrankheit ist auf dem gleitenden Spektrum der Borderline-Erkrankungen anzusiedeln. (Ammon 1973) Insbesondere fällt ihre Nähe zu psychotischen Reaktionen auf. Der Ich-strukturelle Ansatz zeigt, daß Suchtkranke über eine zersplitterte Ich-Struktur mit dem Verlust der Ich-Grenzen nach innen und außen verfügen. So ist z.B. der Wahrnehmungsbereich bis hin zur realen Realitätsverleugnung vollkommen undifferenziert. Die Patienten können nach innen weder ihre Gefühle und Konflikte wahrnehmen, noch Reize ihrer äußeren Umgebung differenziert aufnehmen. Die verinnerlichte Konfliktsituation hat Ammon (1973) in den Begriff des Symbiosekomplexes gefaßt, der genetisch auf die präödpale Ebene der frühkindlichen Zeit hinweist. Dem Suchtkranken ist es nicht gelungen, sich aus der Symbiose mit der Mutter zu lösen. Er klebt noch an den frühkindlichen undifferenzierten Objekten, in einer Zeit, in der das Kind noch nicht die Fähigkeit entwickelt hat, zwischen Ich und Nicht-Ich zu unterscheiden. Daher sind insbesondere die zentralen Ich-Funktionen der konstruktiven Aggression, der Kreativität und der Identität unentwickelt geblieben.

Durch die Unfähigkeit, Objekte zu differenzieren und vom Ich abzugrenzen, hat der Suchtkranke im Unterschied zu anderen Borderline-Patienten eine extreme Neigung zum Agieren. Er projiziert sein inneres Chaos nach außen und agiert seine Konflikte auf der Ebene der Realität aus.

Der Begriff des Agierens wird in der klassischen psychoanalytischen Literatur vorwiegend unter ihrem Widerstandsaspekt begriffen. Freud formulierte 1914 in seiner Schrift „Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten“: „. . . so dürfen wir sagen, der Analysierte erinnere überhaupt nichts von dem Vergessenen und Verdrängten, sondern agiere es. Er reproduziert es nicht als Erinnerung, sondern als Tat, er wiederholt es, ohne natürlich zu wissen, daß er es wiederholt.“ Das Agieren fungiert in dieser Konzeption als Störfaktor im Dienste der Abwehr und ist vor dem Hintergrund von Freuds triebtheoretischem Neurosenmodell zu verstehen. Der unter dem Wiederholungszwang stehende Patient agiert seine Konflikte anstelle sie zu erinnern und zu bearbeiten. Daher wird von vielen Analytikern der agierende Patient als schwieriger Patient angesehen. Freud (1938) hierzu: „Es ist uns unerwünscht, wenn der Patient agiert, anstatt zu erinnern; das für unsere Zwecke

ideale Verhalten wäre, wenn er sich außerhalb der Behandlung möglichst normal benähme und seine abnormen Reaktionen nur in der Übertragung äußerte.“

Erst *Anna Freud* (1968) zweifelte die therapeutische Effektivität des Erinnerns an. Sie betonte, daß die Behandlung von Neurotikern voraussetzt, daß diese Patienten über eine genügende Ich-Stärke, ein sekundär-prozeßhaftes Denken, eine intakte synthetische Ich-Funktion und über die Kontrolle des Ichs über die Motivität verfügen. *Anna Freud* erkannte bereits, daß sich das Anwendungsgebiet der Psychoanalyse von den Übertragungsneurosen zu anderen diagnostischen Kategorien erweitert hat – hierzu zählt sie delinquente Charakterneurosen, präpsychotische Psychotiker, paranoide Zustände und auch die Suchtkrankheiten –, ohne daß sich jedoch das Konzept des acting-out mit verändert hätte. Obwohl *Anna Freud* erkannte, daß diese Patienten unter der Herrschaft des Es agieren, hatte sie noch kein umfassendes Behandlungskonzept für diese schwer Ich-kranken Patienten zur Verfügung.

Ammon (1973) begreift das Syndrom der Borderline-Patienten, zu denen auch die Suchtkranken zu rechnen sind, als „Kompensation einer strukturellen Schädigung im Sinne eines „narzißtischen Defizits“ oder „Loch im Ich“. Diesen Patienten gelingt es aufgrund ihrer zersplitterten Ich-Struktur und der desintegrierten Ich-Funktion nicht, ihre Krankheit als Ich-fremd zu erleben und in reflektierender Beobachtung analytisch zu bearbeiten. Stattdessen leben sie ihre unbewußten Konflikte traumhaft in die Realität hin aus, die dadurch zur Bühne ihrer infantilen Symbiose wird. Der infantile Konflikt wird erneut dargestellt und ausagiert. Die innere Strukturlosigkeit und Zerrissenheit von Suchtkranken spiegelt sich in ihrer äußeren Lebenssituation wider, die zumeist chaotischen und suizidalen Charakter hat. Die meisten Suchtkranken haben ihre Arbeit verloren, ihre Wohnungen sind, sofern sie überhaupt noch eine haben, verwahrlost, ihre finanzielle Situation ist chaotisch. Die Beziehungen zu ihren Partnern und Freunden sowie Familienangehörigen sind von einer extremen Ambivalenz gekennzeichnet. Besonders auffallend ist der rasante Ich-Zustands-Wechsel. Phantasien, magische Allmacht wechseln mit schweren depressiven Verstimmungen, Gefühlen der inneren Leere und der eigenen Nutzlosigkeit. Die Objektbeziehungen sind derart gestört, daß sich Suchtkranke entweder als völlig abhängig und hilflos fühlen oder unter totaler Verkennung der Realität ihre Beziehungen idealisieren. Infolge dieser inneren und äußeren Diffusität sind sie nicht in der Lage, Emotionen und Erlebnisinhalte zu verbalisieren.

Fast durchgehend waren alle Patienten, die auf die Suchtstation kamen, zu einer psychotherapeutischen Behandlung nicht motiviert. Sie litten nicht unter sich selbst, da ihre Krankheit nicht als Ich-fremd erlebt werden konnte. Äußere Notwendigkeiten, wie der totale Zusammenbruch ihrer Lebenssituation oder um einer Zwangseinweisung vorzugreifen, brachten diese Patienten in die Klinik. Zur Zeit ihrer Aufnahme waren anamnestiche Daten zu ihrer Familiendynamik kaum eruierbar. Schönfärberisch idealisierten sie ihre

Familienverhältnisse. Auskünfte waren nur aus ihrer isoliert dargestellten Suchtgeschichte oder, wie es oft makaber formuliert wird, aus ihrer „Suchtkarriere“ erhältlich.

Ähnlich wie in ihrer Lebenssituation versuchten sie kontinuierlich Kontakt zu vermeiden, indem sie z.B. die Klinik nachts heimlich verließen und ihre zerrütteten Familien aufsuchten. In angetrunkenem Zustand kehrten sie sodann am frühen Morgen randalierend in die Klinik zurück.

Dieses Agieren der Suchtkranken ist jedoch nicht allein aufgrund ihrer eigenen Psychodynamik zu verstehen, sondern muß im Zusammenhang mit dem Milieu der Suchtstation gesehen werden. So wurden z.B. zu Beginn der Arbeit keine Nachtpfleger zur Verfügung gestellt. Die Patienten fühlten sich alleingelassen. Die unstrukturierte Situation der Station stellte eine Aufforderung zum Agieren dar.

Die Mitarbeiter reagierten insgesamt auf das Agieren der Patienten mit einer starken Gegenübertragung, das sich lediglich auf das Symptomverhalten der Patienten bezog. Das Verhalten der Teammitglieder muß als ein Gegenagieren bezeichnet werden. Sie konfrontierten die Patienten ständig aggressiv und ließen sie wahllos aus der Klinik, ungeachtet ihrer unbewußten Dynamik. Einige Mitarbeiter gingen distanzlose, kumpelhafte Beziehungen zu den Patienten ein, andere vermieden jeden Kontakt mit ihnen und verbarrikadierten sich im Stationszimmer. Die Mitarbeiter verhielten sich damit ähnlich wie die krankmachende Familiengruppe, aus der die Patienten kamen.

Eine weitere Maßnahme, um dem Agieren der Patienten entgegenzutreten, bestand in einer äußeren Strukturveränderung. Das Stationsleben wurde durch äußere Grenzsetzungen geregelt. Gemeinsam mit den Patienten wurde ein Hausvertrag entwickelt, in dem Ausgangsregelungen, Besuchszeiten und Tagesablauf strukturiert wurden. So notwendig diese Grenzsetzungen auch waren, genügten sie jedoch in keiner Weise, um ein therapeutisches Milieu zu schaffen, in dem das Agieren der Patienten in die Klinik gezogen werden konnte, um es damit kontrollierbar zu machen.

Letztlich hatte diese äußere Strukturreform die Bedeutung, den Zusammenhang zwischen dem Agieren der Patienten und dem Verhalten der Teamgruppe zu verschleiern und zu verleugnen. Diese Tendenz zeigte sich insbesondere in der Art und Weise, wie die therapeutische Arbeit durchgeführt wurde. Die verschiedenen therapeutischen Aktivitäten wurden isoliert voneinander ohne Integration und Kommunikation formal durchgeführt. Unfruchtbare Auseinandersetzungen des Teams um Entlassungen von Patienten oder um eine übergreifende formale Konzeption spiegelten die zersplitterte Ich-Struktur der Patienten wider. Die Rollendiffusion und die unklaren Funktionsbereiche der Mitarbeiter lösten unter ihnen massive Ängste und Aggressionen aus, die gruppenspezifisch nicht bearbeitbar waren. Die Mitarbeitergruppe erwies sich zusehends als lernunfähige Gruppe, die in sich gespalten war und über keine eigene Gruppengrenze verfügte.

Die Patienten reagierten hierauf durch vermehrtes Agieren außerhalb der Klinik. Die interpretatorische Arbeit mit den Patienten stieß auf Unverständnis und Schweigen. Sie fühlten sich zu Recht unverstanden, abgelehnt und alleingelassen. Berechtigte Kritik der Patienten wurde zurückgespiegelt. Der Therapeut fühlte sich nach jeder Gruppen-Therapiesitzung wie nach jeder Teamsitzung ausgelaugt und resigniert.

Zu diesem Zeitpunkt, als alle Teammitglieder das Gefühl hatten die therapeutische Arbeit stagniere, wurde eine gruppenspezifisch orientierte Großgruppe eingeführt, an der alle Patienten der beiden Therapiegruppen und alle Mitarbeiter teilnahmen. Diese gruppenspezifische Großgruppe entwickelte sich als das zentrale Behandlungsinstrument, das sowohl der Teamgruppe als auch der Patientengruppe erst zu einem tieferen Verständnis der Gesamtsituation verhalf.

In diesen Großgruppensitzungen wurden die Schwierigkeiten des Stationslebens in all ihren Aspekten angesprochen. Die Patienten beklagten sich insbesondere über das lieblose Essen in der Klinik, ihre zu kleinen Zimmer, die zu strengen Ausgangsregelungen etc. Hier bestand die Aufgabe darin, berechtigte Kritik der Patienten von ihren pathologisch motivierten überhöhten Forderungen abzugrenzen. Der Teamgruppe wurde deutlich, wie sehr sie von der Klinikleitung im Stich gelassen wurde, ständigen Anforderungen ohne jede Anerkennung von außen ausgesetzt war. Dadurch wurde der Druck nach innen und die aggressive Dynamik der Teamgruppe verstehbar. Erstmals konnten auch die Grenzen der therapeutischen Arbeit akzeptiert werden.

Mit großem Interesse verfolgten die Patienten, wie die Teammitglieder miteinander umgingen. Sie registrierten genau das anfängliche Schweigen der Teammitglieder und ihre stets einheitlich vorgebrachten Meinungen. Dieser Widerstand des Teams gegen die Offenlegung ihrer eigenen Dynamik wurde von den Patienten aufgedeckt. Die Beziehung zu den Teammitgliedern verlor allmählich ihre Anonymität, stattdessen wurde sie persönlicher und differenzierter. Das Mitagieren der Teamgruppe wurde nun durchschaubarer, wie z.B. das voreilige Austeilen von Medikamenten, vordergründiges Mitleid, das infantilisierenden Charakter hatte, oder bloße Rechtfertigung auf das provokatorische Verhalten der Patienten. Insbesondere wurde der Zusammenhang des unbewußten averbalen Agierens der Patienten und des Gegenagierens der Mitarbeiter sichtbar. Interessanterweise wurde in der Großgruppe die Leiterfunktion des Therapeuten akzeptiert, was in den bisherigen Teamsitzungen nicht der Fall gewesen war. Die Großgruppe bot dem Team eine einzigartige Möglichkeit, sowohl einen eigenen emotionalen Lernprozeß zu beginnen, als auch Einsicht und Sensibilität in der Wahrnehmung von Gruppenprozessen und der unbewußten Dynamik des Agierens der Patienten zu gewinnen.

Dieser Prozeß der Bildung einer Gruppengrenze innerhalb der Teamgruppe ermöglichte den Patienten, Interesse an ihrer Therapie zu gewinnen.

Nach und nach begannen sie ihre Erfahrungen aus dem Sport, der Beschäftigungstherapie, der Interaktionsgruppe und der Gruppenpsychotherapie sowie ihre Beziehungen zu den jeweiligen Leitern aus der Teamgruppe einzubringen.

Das Agieren der Patienten verlagerte sich in das Stationsleben. Die Rückfälle ließen deutlich nach. Stattdessen begannen die Patienten, ihre Gefühle auszudrücken. Sie äußerten, daß sie sich beobachtet und kontrolliert fühlten. Die Station sei mit einer Strafanstalt vergleichbar. Mehrere Patienten klagten zunehmend über psychosomatische Beschwerden wie Magenschmerzen, Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit. Alle Beschwerden, die insbesondere durch die geringe Frustrationstoleranz bedingt waren, wurden am Leiter als der Zentralen Figur der Großgruppe festgemacht. Positive Gefühle wurden auf andere Teammitglieder übertragen. Dadurch konnten die Gefühle der Patienten aufgespalten werden.

Die mannigfaltigen Realitätsaspekte der Station, über die kommuniziert werden konnte, erfüllten damit die Funktion einer dritten Person, wie *Ammon* es bereits 1959 in seiner Arbeit „Theoretical Aspects of Milieu Therapy“ beschrieben hat.

Das auf die Gruppe bezogene feindliche und suizidale Verhalten der Patienten und ihr im Dienste der Abwehr stehendes Agieren wurde sichtbar und damit therapeutisch kontrollierbar. Entgegen den pauschalen Beteuerungen der Patienten, wie gut sie miteinander auskämen, wurde die immense Beziehungslosigkeit und innere Leere, Langeweile und Trägheit, in der die Patienten isoliert voneinander lebten, sichtbar. Durch harte Konfrontation mit den kranken, agierenden und damit externalisierten Ich-Anteilen mußten die Patienten in ihren pathologischen Persönlichkeitsanteilen verunsichert werden (*Ammon*, 1973). So wurden die Patienten massiv mit der Unsauberkeit der Gemeinschaftsräume und ihren toten, lieblos eingerichteten Zimmern konfrontiert. Durch diese Konfrontation auf der Realitätsebene im Hier und Jetzt wurden die Aggressionen der Patienten frei. Erstmals begannen sie, sich untereinander gegen den Leiter zu verbünden. Die Gruppe begann sich allmählich wirklich als Gruppe zu erleben. Später begannen die Patienten untereinander, sich mit ihrer häufig passiv-aggressiven Weise im Umgang mit Realitätsaspekten auf der Station auseinanderzusetzen. Erst jetzt wurde ein Gruppenvertrag, der insbesondere in der Schweigepflicht, im Sexualtabu und im Schreiben von Protokollen bestand, akzeptiert. Damit hatte die Großgruppe die Funktion der Integration und Kommunikation des gesamten milieuthérapeutischen Umfeldes auf der Station übernommen.

Innerhalb dieses Prozesses wurden auch insbesondere die gesunden und konstruktiven Ich-Anteile des Agierens bei den Patienten sichtbar. Schließlich hatte sich in ihrem Agieren das averbale pathologische und nur atmosphärisch spürbare Gesamtmilieu präsentiert. Das Agieren kann deshalb nicht nur als Ausdruck ihrer Krankheit verstanden werden. Später wurde im Rahmen eines milieuthérapeutischen Projekts in Zusammenarbeit von Mitar-

beitern und Patienten ein Sportplatz gebaut, der allen Patienten in der Klinik zur Verfügung stand. Hierbei entdeckten die Patienten ihre gesunden und konstruktiven Ich-Anteile.

Beim Aufbau dieser Suchtstation war eigentlich das passiert, was *Ammon* 1973 folgendermaßen formulierte: „Der Therapeut wird dann in zunächst informeller Weise und häufig auch weitgehend nonverbal mit dem Patienten über dessen Ängste, Aggressionen und Schwierigkeiten kommunizieren, die dieser in seinem täglichen Leben in der Klinik und in der Auseinandersetzung mit den Realaspekten der Situation erlebt. Erst allmählich wird sich aus diesen informellen Kontakten eine stärkere formalisierte Psychotherapie entwickeln.“

Die Erfahrungen beim Aufbau dieser Station haben mir gezeigt, wie abhängig die therapeutische Arbeit mit den Patienten von der Erfahrungs- und Lernfähigkeit der Mitarbeiter ist. Mit einem am Symptom orientierten und lediglich humanisierten Stationsleben, das sich nur auf das bewußte Sozialverhalten bezieht, kann gerade den schwerst Ich-gestörten und zum Agieren neigenden Patienten nicht geholfen werden.

Die Synthese und Integration aller Erfahrungen im Gesamtmilieu der Station hat daher zentrale Funktion, die zersplitterten Ich-Anteile neu zu organisieren und zu strukturieren. Der schützende Rahmen einer milieutherapeutisch ausgerichteten Station ermöglicht es damit den Patienten, ihr Symptomverhalten gefahrlos auszuagieren, um später in einem weiteren Schritt zu Verständnis und Einsicht in ihre Konflikte zu gelangen.

Acting-Out of Addicts in In-Patient-Psychotherapy

Walter Bühling

The autor presents the experiences made in establishing a ward of addiction patients in a psychiatric hospital within the frame of a clinical centre. The period of observation covers two years. Problems of acting-out of patients and co-workers are in the centre of the representations, as seen on the groupdynamic background of the entire therapeutical milieu of the ward of addiction patients as well as of the clinical centre as a whole. According to *Ammon* the author understands addiction as a form of disease that is part of the gliding spectrum of borderline-illnesses with affinity to psychotic reactions.

The splitted ego-structure, the weakness of demarcation and especially the deficient aggression of the patients make their extreme inclination to acting-out conceivable. The inner chaos is projected outside and is acted out on the level of reality. The author differentiates the acting-out of borderline-patients from the acting out of neurotically reacting patients. Orthodox psycho-

analysis understands neurotic acting-out in its aspects of resistance and repetition.

In the therapeutic concept of the Berlin School pathological as well as constructive aspects of acting-out, as it appears within the frame of a therapeutic milieu, can systematically be used for therapy in the sense of a retrieval of ego-development. On the level of acting-out within a group the attempt is shown to allow the patient new possible forms of communication and relation.

The author describes the difficulties in the therapeutic work in connection with the behaviour of the co-workers' group, their counter acting-out and their emotional resistance against learning and accepting of new experiences. Complete abandonment, aggressive counter acting-out or a companionship that lacks distance are forms of behaviour towards the patients which obstruct therapeutic work.

A central instrument of treatment: a groupdynamic group including patients and co-workers, only made possible to lead therapy out of stagnation. The aspect of reality in the ward of addiction patients and the development of a sensible milieutherapeutic project gave way to a process of profound emotional experiences differing fundamentally from secondary processes as expressed in pseudo-democratic and intellectual ideas.

During this process the patients helped the therapeutic team to discover its lacks in emotional presence and in its capacity of making new experiences. The patients could only engage in therapy after they had discovered the ambiguity of pseudo-therapeutic demands on one hand and lacking personal presence on the other hand. Relapses decreased obviously. The acting-out of the patients having been done outside the hospital up to the present moment in dramatical situations, could now, without danger, be acted out inside the hospital. In a self-destroying way the patients behaved destructively refusing and, for the first time, frankly acted-out their aggression inside the hospital, thus this aggressive behaviour was open to confrontation in reality and could afterwards be discussed in the group. On the other hand constructive and creative ego-aspects of the patients' acting-out were tested and developed in milieutherapy and the sheltering group. The synthesizing and integrating function of all experiences in the whole milieu of the ward helps to reorganize the splattered ego-aspects and gives them new structure.

The experiences in establishing this ward of addiction patients have shown that a therapy must fail if it is only orientated in symptoms and aiming at a consciously social behaviour.

The extremely ego-disturbed patients who tend to acting-out can only be helped as far as the group of therapeutic co-workers is willing to make new experiences.

Literatur

- Ammon, G.* (1959): Theoretical Aspects of Milieutherapy (Revision of a paper written at The Menninger Foundation, Topeka. Neuaufl. Pinel-Publikationen Berlin, 1977)
– (1973): Dynamische Psychiatrie: Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie (Darmstadt und Neuwied: Luchterhand)
Freud, A. (1968): Acting Out. In: Int. J. Psychoanal. (49) 165–170
Freud, S. (1914): Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten. Ges. W. Bd. X (London: Imago)
– (1938): Abriß der Psychoanalyse. Ges. W. Bd. XVII, a.a.O.

Adresse des Autors:
Dipl.-Psych. Walter Bühling
Steffenstr. 43
4000 Düsseldorf

Die Fettstoffwechselstörung als Symptomverhalten bei archaischem Ich-Defizit – Ergebnisse eines wissenschaftlichen Forschungsprojektes**

Ana Rojnik*

In der Arbeit wird über ein Forschungsprojekt berichtet, das an der psychiatrischen Universitätsklinik Ljubljana durchgeführt worden ist und dessen Leiterin die Autorin war.

Dieses Projekt ist von der Annahme ausgegangen, daß Fettstoffwechselstörungen als psychosomatisches Symptomverhalten und Ausdruck eines archaischen Ich-Defizits aufzufassen sind. Das Forschungskonzept ist im theoretischen Ansatz psychoanalytisch orientiert und beruht auf Günter Ammons psychoanalytischer Theorie von der Ich- und Identitätsentwicklung in der Gruppe. Mit Ammon nimmt die Autorin eine Erfahrungsschwäche und zwanghafte Gruppensymbiose der Primärgruppe als psychogenetisch relevant für die gestörte Ich-Entwicklung und das psychosomatische Symptomverhalten an.

Die bei Patienten mit Fettstoffwechselstörungen stets zu findenden chron. Angstzustände weisen nach Meinung der Autorin auf eine permanente Identitätskrise hin, wobei das Symptomverhalten die Ich-Desintegration abwehrt.

Es folgen die Ergebnisse der psychologischen und laborchemischen Untersuchungen von 40 Patienten: Die Persönlichkeitsstruktur, die Familienstruktur und das hypothetisch angenommene archaische Ich-Defizit werden durch testpsychologische und sorgfältige psychoanalytisch-orientierte anamnestiche Erhebungen nachgewiesen.

Parallel hierzu ergeben die Lipidogramme qualitativ wie quantitativ pathologische Werte. Da der erhöhte Blutfettstoffspiegel ein wesentlicher Risikofaktor für die Entwicklung einer Arteriosklerose ist, betont die Autorin die Notwendigkeit einer kausalen Therapie, die neben der medikamentösen die psychotherapeutische Behandlung miteinschließt.

Anhand von laborchemischen Kontrollen der Fette im Blut ist es der Autorin möglich, die Effizienz ihrer therapeutischen Arbeit mit den Patienten zu überprüfen.

Fettstoffwechselstörungen als psychosomatisches Symptom und Ausdruck eines archaischen Ich-Defizits zu sehen, ist eine neue Betrachtungsweise, die inzwischen Eingang in die interdisziplinäre Medizin gefunden hat. Als Ursache wird eine Störung im Entwicklungsprozeß des Körper-Ichs erkannt, neben einer biologischen und essentiellen Ätiologie. Die Körper-Ich-Entwicklung ist jedoch ein Gruppengeschehen, wie es Ammon in seiner Lehre von der Ich- und Identitätsentwicklung formuliert hat.

Brüchiges Ich, „Loch im Ich“, permeable Ich-Grenzen sind Synonyme für Ich-Defizite. Das Defizit im Körper-Ich ist die Folge von Defiziten in der Primärgruppe, die ihre eigene Identität nicht gefunden hat. Eine Erfahrungsschwäche und ständige Ambivalenz gegenüber ihren Gruppenmitgliedern oder zwanghafte Gruppensymbiose sind die pathogene Ursache für die ge-

* Dr. med., Leitende Psychiaterin an der Psychiatrischen Universitätsklinik in Ljubljana, Jugoslawien

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

störte Entwicklung des Ichs und der Gesamtheit seiner Ich-Funktionen. Das Körper-Ich ist bei psychosomatischen Patienten den Ich-Funktionen entfremdet. Meiner Meinung nach ist das Ich des psychosomatisch Kranken wie ein Sieb, dessen Löcher mit Symptomen ausgefüllt sind – eine Symptom-Pseudo-Identität.

Von *Freud* ist viel über das psychosomatische Symptom gesagt worden. Er und nach ihm *Grodddeck* und andere mehr haben das psychosomatische Symptom vor allem im Rahmen der Konversionsneurose erklärt. Das organische Symptom, das *Freud* psychoanalytisch nicht erklären konnte, hat er den Neurophysiologen überlassen. Viele Forscher sind vom Gefühl ausgegangen und haben das Krankheitsbild als vegetative Neurose erklärt. Die Symptombildung bei der Angstneurose war jedoch nicht so eindeutig und verständlich wie bei der Konversionsneurose. Bei organischen Symptomen konnte kein Konflikt zwischen Triebbedürfnis und Ich-Abwehr nachgewiesen werden wie bei der Konversion. An die Stelle einer psychischen Vorstellung waren beim vegetativen Organsymptom diffuse Angstempfindungen und Entfremdungsgefühle getreten. Hier ist meiner Meinung nach eine Brücke zwischen einerseits neurophysiologischem und biochemischem Substrat und andererseits psychoanalytischer Deutung für die organische Symptombildung zu finden. Die organische Symptomatik der Angstneurose, oder, wie *Freud* es genannt hat, Aktualneurose, ist kein Äquivalent eines psychischen Zustandes, sondern eine unbestimmte Angst, die durch Psychotherapie nicht bearbeitbar ist, weil sie nicht an eine verdrängte Vorstellung gebunden ist. Nach meiner klinischen Erfahrung nehme ich an, daß es kein Motiv für den Angstzustand gibt, sondern daß dem organischen Symptom eine Identitätskrise zugrunde liegt; somit wird es zum psychosomatischen Symptom, das der Abwehr einer psychotischen Desintegration dient.

Die unbewußte Dynamik der Gruppe spielt eine entscheidende Rolle für die Bildung permanenter Angstzustände, für die Symptombildung und die Symptomidentität. Chronische unbewußte Angstzustände sind die Ursache für ein mangelhaftes Körper-Ich-Gefühl, für das Fehlen der Körper-Ich-Identität. Archaische Defizite im Körper-Ich bedingen nach *Ammon* das psychosomatische Symptomverhalten. Unsere klinischen Erfahrungen und Forschungen beweisen ebenfalls, daß die pathologische Dynamik der Primärgruppe, die fehlende Identität der Primärgruppe und die fehlende Identität der Mutter mit großer Wahrscheinlichkeit bereits zur Zeit der Schwangerschaft eine Körper-Ich-Schädigung bewirken. Die vegetativen Störungen, die aus der unbewußten Ambivalenz und Ablehnung durch die Mutter gegenüber dem ungeborenen Kind, somit intrauterin schon entstehen, erklären die sogenannte Disposition. Pränatal wird bereits der Kern für spätere psychosomatische Symptombildung gelegt; in der postnatalen Ich-Entwicklung werden dann die sich entwickelnden zentralen Ich-Funktionen durch die Dynamik der umgebenden Primärgruppe deformiert, ganz besonders entwickeln sich ein gestörtes Körper-Ich und defekte Ich-Grenzen.

Mit dem Problem der Organsymptombildung haben sich viele Forscher beschäftigt: Physiologen, Neurophysiologen, Anthropologen, Neurologen und Psychiater und nicht zuletzt auch die Psychoanalytiker in Vergangenheit und Gegenwart. Jeder Forscher hat in seinem Arbeitsbereich Ergebnisse gefunden; aber wenige haben die Psyche in ihre Forschungen miteinbezogen oder gar Körper und Psyche und die umgebende Gruppe, d. h. die zwischenmenschlichen Beziehungen in der Vergangenheit und im Hier und Jetzt des aktuellen Lebens miteinander in Beziehung gesetzt. *Franz Alexander* hat die psychosomatische Medizin begründet, und *Harald Schultz-Hencke* die psychoanalytische Psychosomatik als psychoanalytische Lehre für die Organneurosen. Mit dem Konzept des „Gleichzeitigkeitskorrelats“ hat er die organische Symptomatik als körperliches Korrelat für psychische Vorgänge verstanden. In seiner Theorie vertrat *Schultz-Hencke* die Auffassung, daß zwischen Psyche und Körper eine einfache funktionale Abhängigkeit von Gleichzeitigkeitscharakter vorliegt. Dabei bestehe zwischen Körper und Psyche keine Wechselbeziehung im Sinne einer gemeinsamen Kausalität, wohl aber sei eine Interaktionsbeziehung denkbar. *Schultz-Hencke* entwickelte das Schema der Antriebsbereiche: Das Besitzstreben, das Geltungsstreben, das Sexualstreben und die Angst, die er bestimmten Körperorganen oder Organgruppen zuordnete und annahm, daß psychische Erregungszustände in den jeweiligen Antriebsbereichen zu Funktionsveränderungen in den entsprechenden Organen führten.

Melitta Sperling – zitiert nach *Ammon* – hat 1955 die hier bereits angesprochene pathogene Dynamik der psychosomatisch machenden präödiptalen Mutter-Kind-Beziehung hervorgehoben. Sie sagt, „es sei spezifisch an dieser Beziehung, daß sie den Charakter einer wechselseitigen magischen Lebensversicherung habe. Vonseiten der Mutter werde diese Beziehung bestimmt durch ihr Bedürfnis, das Kind in bezug auf die Befriedigung lebenswichtiger körperlicher und emotionaler Bedürfnisse in einer andauernden Abhängigkeit zu halten.“

Bei der Diagnostik und Therapie psychosomatisch Kranker erkennen wir immer wieder, wie *Ammon* schon betont hat, daß das psychosomatische Symptomverhalten einer destruktiven, interpersonellen Dynamik folgt, nicht nur beim Kind, sondern auch beim psychosomatisch kranken Erwachsenen, der sich permanent nach symbiotischen Beziehungen sehnt in seinem privaten wie beruflichen Bereich. Gerade Behörden und Institutionen böten dies an und verweigerten die Entfaltung einer beruflichen Identität. Zitat von *Ammon*: „Diese Situation, der wir in der Therapie psychosomatisch erkrankter Patienten immer wieder begegnen, macht deutlich, daß das psychosomatische Symptomverhalten einer interpersonellen Dynamik folgt, in der das Kind von der Mutter genötigt wird, auf die Entwicklung und Abgrenzung der eigenen Identität zu verzichten und die Identität eines Symptomträgers zu akzeptieren, mit dessen Hilfe die Mutter die eigene Pseudoidentität aufrechterhalten kann.“

Ich möchte nun an einem Fallbeispiel die psychosomatische Symptomdynamik erläutern:

Ein akademisch ausgebildeter Diplom-Ingenieur, Fachmann für Computertechnik, mußte, weil er im Verlauf einer paranoiden Reaktion einen Suizidversuch unternommen hatte, in eine psychiatrische Klinik aufgenommen werden. Er fühlte sich in seiner beruflichen Identität beeinträchtigt. Bei der Herstellung einer wissenschaftlichen Forschungsarbeit hatte er Zweifel an seinen Fähigkeiten bekommen, etwas Neues und Einmaliges zu entwickeln. Er wechselte die Arbeitsstelle. Alle Erwartungen kreativer Art, die an ihn gestellt wurden, blockierten ihn. Seine Arbeitssituation und sein Chef verlangten von ihm eine rechnerische Bearbeitung innerhalb des Personalbereichs der Firma, wozu er ein ihm unbekanntes neues Computerverfahren anwenden sollte. Er floh davor in eine psychosomatische Reaktion und depressive Verstimmung. Er jammerte, daß er sich nicht konzentrieren könne, nicht denken könne, er sei in seinen Gedanken wie gelähmt, er könne nicht arbeiten und wolle seinen Arbeitsplatz verlassen. Er suchte noch einmal nach einem Hilfs-Ich und kam zu einer Konsultation zu mir. Die initiale therapeutische Symbiose verhalf ihm, seine Pseudoidentität durch Symptomverhalten zu bewahren. Die Flucht und Angst in seiner realen Arbeitssituation mußten bearbeitet werden, in seiner bedrohten Lebenssituation die realen beruflichen Fähigkeiten erkannt werden, und er mußte zusätzlich lernen, Kontakt zu seinem Chef und den Arbeitskollegen, die ihm behilflich sein konnten, aufzunehmen. Der Patient entschloß sich zu einer ambulanten Gruppentherapie im Rahmen unserer Nachsorge. Die Gruppe unterstützte ihn und stellte ihm ihre Fähigkeiten und Erfahrungen zur Verfügung. Die Gruppe bearbeitete nochmals seine Flucht aus der Arbeitssituation und bestärkte ihn, seine beruflichen Fähigkeiten noch einmal auszuprobieren.

Er vertiefte sich daraufhin ein weiteres Mal in seine Fachliteratur und erstellte schließlich seinem Chef ein konkretes Arbeitsprogramm. Sein Chef war über seinen Vorschlag begeistert. Erstmals erlebte der Patient, daß er beruflich voll anerkannt wurde. Zu diesem Zeitpunkt nahm er in seiner Firma zusätzlich zu seinen Mitarbeitern Kontakte auf, er nahm am vormittäglichen Kaffeetrinken teil, wo auch über private Dinge gesprochen wurde. Hier konnte er erstmals über seine Probleme sprechen. Er intensivierte die beruflichen Besprechungen innerhalb der Firma und konfrontierte sich auf diese Weise mit der realen Entwicklung weiterer Arbeitsprogramme. Je mehr er seine berufliche Identität durch die Bewältigung neuer praktischer Aufgaben erweiterte, umso mehr gab er sein Symptomverhalten auf. Sein psychosomatisches Symptom verlor seine Funktion im Felde eines echten beruflichen Selbstwertgefühls.

Noch zur Zeit seines Krankseins besuchte er ein Fortbildungsseminar für technische Mathematik und beendete es außerordentlich erfolgreich. In der analytischen Gruppentherapie hatte er nach und nach defizitäre Ich-Funktionen nachholend aufgebaut und am Arbeitsplatz sein Wissen angewandt.

Simultan zur beruflichen Identitätsentwicklung nahm auch seine Familienfähigkeit bzw. Gruppenfähigkeit zu. Nach fünfzehnjähriger Ehe fühlte er sich erstmalig gegenüber seiner vierzehnjährigen Tochter real als Vater und akzeptierte ihre Forderungen nach Hilfe bei ihren Entwicklungsproblemen. Mit Angst registrierte er eigene Symptome im Verhalten der Tochter, erkannte sie als Projektionen und die eigene ungelöste Symbiose aufgrund mangelnder Abgrenzung. Er nahm sein Erleben der Symbiose mit seiner Tochter in Angriff, indem er aktiv in die Familiendynamik einstieg. Er half seiner Tochter nun bei den Hausarbeiten, was er sonst nie getan hatte, er nahm an Elternabenden in der Schule teil und wurde aktiv bei der Entwicklung von Vorstellungen über eine Familienreform. Seine Frau war lebenslustig und aktiv in ihrem Beruf und trug alle Fürsorge für die Familie, indem sie vor allem für das materielle Wohlbefinden sorgte. Die emotionale Befriedigung der Familie dagegen blieb ungelöst. Eine idolisierte, aber mangelhafte unbewußte Familienidentität hielt alle Mitglieder zusammen. Der unbewußte Identitätskonflikt der Frau spiegelte sich im Symptomverhalten ihres Mannes und ihrer Tochter wider, die eine eigene Identitätsentwicklung forderte. Unser Patient übernahm die Rolle des Symptomträgers nun nicht mehr unbewußt, seine Verlassenheitsangst wurde ihm bewußt; er war nun aber fähig, die Dynamik der Familiengruppe zu verändern und die Bedrohung, verlassen zu sein, real zu beherrschen. Durch dieses Verhalten half er allen Familienmitgliedern zu ihrer Identität. Sein Symptomverhalten war jedoch immer noch abhängig davon, wie und in welcher Art und Weise die therapeutische Gruppe sich ihm gegenüber verhielt, was wiederum davon abhängig war, wie sich der Patient im interpersonalen Raum der Gruppe selbst erlebte und verhielt. Seine früher unbewußte destruktive Dynamik gegenüber den Familienmitgliedern, insbesondere gegenüber den Eltern und der Ehefrau, denen der Patient wiederum als externaler Symptomträger wegen eigener mangelnder Identität diente, zeigte sich zu einem anderen Zeitpunkt: Der Patient entwickelte Zwangsideen, seine Ehefrau ermorden zu müssen, als Abwehr seiner Verlassenheitsängste. Aus Furcht, daß er den Mord realisieren könnte, lebte er zeitweise wieder bei seinen Eltern. Auf diese Weise stellte er das primäre Trauma seiner Familie wieder her. Das hier beschriebene Geschehen zeigt die interpersonelle Symptomverschiebung von der Mutter und Primärgruppe zur Ehefrau. Aufgrund der mangelnden Identität der Ehefrau nimmt diese die gesamte pathogene Dynamik der Primärgruppe an. So wie die Mitglieder der Primärgruppe nicht den Ausbau eigener Identität unterstützten, diente auch seine Familie, besonders die Ehefrau, mehr dazu, seine eigene fehlende Identität in Symptomen zu kontrollieren.

Ich möchte jetzt näher auf meine Forschungsarbeit eingehen: Mein Interesse an dieser Arbeit entstand aus Erfahrungen mit ambulanten Patienten, die ich neurologisch beraten habe und die ärztliche Hilfe wegen Kopfschmerzen suchten, die der behandelnde Arzt als organisch bedingt ansah. Diese organisch Kranken, die ich als Psychosomatiker begriff, zeigten neben mehr oder

weniger permanenten Kopfschmerzen auch arteriellen Hochdruck und klagten in den meisten Fällen über diffuse lähmende Empfindungen am ganzen Körper. Meine klinischen Beobachtungen und mein analytisches Interesse führten dazu, Patienten mit psychosomatischem Symptomverhalten mehr auf ihren gestörten interpersonellen Raum und ihre Lebenssituation hin zu untersuchen. Auf diese Weise entstand die Idee meiner Forschungsarbeit. Mein Forschungsprojekt umfaßt drei Teilbereiche und wurde vom Republikanischen Forschungsfonds unterstützt. Die drei Teilbereiche umfaßten folgende Aufgabe: "Die psychosomatische Persönlichkeit als Risikofaktor bei der Entwicklung von Stoffwechselstörungen." Das Forschungsteam wurde gebildet aus zwei Psychologen, einem psychoanalytisch ausgebildeten Psychiater und einem Elektroencephalographologen. Ich habe zunächst mit klinischen Untersuchungen begonnen und die persönliche Anamnese des Patienten, die Krankheitsstruktur seiner Primärfamilie und ihre Dynamik, die Beziehung der aktuellen Familie zum Kranken und den Krankheitsverlauf erfragt.

Das Forschungsprojekt beruhte auf Untersuchungen bei 40 Patienten: 15 Männern und 25 Frauen im Alter zwischen 20 und 45 Jahren. Das Durchschnittsalter betrug 30,3 Jahre. Die klinischen Psychologen hatten mit dem FPI-Fragebogen die Ich-Struktur der Patienten analysiert. Jeder Kranke war mit dem Rohrschach-Text und durch ein Encephalogramm untersucht worden. Die klinischen Befunde ergaben, daß bei älteren Patienten ab dem 30. Lebensjahr mehr und mehr fortschreitende organische Psychosyn-drome nachweisbar waren. Das organische Psychosyndrom ist meines Erachtens bereits sekundär, entstanden als Folge rigider Lebensgewohnheiten, die mit Stereotypen auf dem Boden einer progressiven Atheromatose einhergehen. Die Atheromatose beruht beim Psychosomatiker auf mehreren Risikofaktoren: Auf dem erhöhten Spiegel der pathogenen Fette im Blut, auf arteriellem Hochdruck, auf ständigen emotionalen Spannungen, auf chronischen Stress-situationen. Chronische emotionale Spannungen sehe ich als Folge eines archaischen Ich-Defizits.

Wie bisher ersichtlich ist mein Forschungskonzept an erster Stelle psychodynamisch im Ansatz und an *Ammons* psychoanalytischer Lehre orientiert. Psychologisch gesehen haben Menschen, die an der psychosomatischen Erkrankung der Fettstoffwechselstörung leiden, Persönlichkeitsstrukturen, die zwanghaft und schizoid erscheinen, und leiden an psychosomatischen Symptomen wie Kopfschmerzen, Herzkrämpfen und anderen Beschwerden. Diese Symptome, die wir immer wieder gefunden haben, werden von den Kranken als fremd erlebt. Die Symptomentfremdung reflektiert unbewußt die mangelnde Ich-Identität, die in diesem Zusammenhang auch als fremd empfunden wird. Die Patienten klagen, daß sie sich nicht entspannen können, sie wirken nach außen ruhig, introvertiert und mehr passiv wartend, sie leiden unter einem Mangel an Urvertrauen, Selbstwertgefühl und Selbstverwirklichung.

Die psychoanalytische Forschung stellt die unbewußte Gruppendynamik in den Mittelpunkt bei der psychosomatischen Symptomentwicklung. Psychosomatiker reagieren stark auf aktuelle unbewußte Gruppenvorgänge: wenn sie zerstörerisch sind, kommt es zum Ausbruch des organischen Symptoms. Das Symptom erscheint wieder, obwohl es lange nicht vorhanden gewesen ist. Die Symptomatik erscheint in der Regel immer dann, wenn eine spezifisch destruktive Dynamik abläuft. Die unbewußte Dynamik können wir hier mit der medizinischen Terminologie als Allergen bezeichnen, welches die fassadäre Persönlichkeitsstruktur aufhebt und dafür das Symptomverhalten hervorruft.

Die Persönlichkeitsstruktur dieser Kranken ist nach dem FPI-Fragebogen über neun Gruppenpaare I. Ranges und drei Gruppenpaare II. Ranges verteilt. Dies ergibt folgende Besonderheit der psychosomatischen Persönlichkeit: Die Patienten der ersten Gruppe reagieren psychosomatisch, nicht aggressiv nach außen, ruhig, ungesellig und zurückhaltend, unentschieden, nachgiebig, gespannt und sehr gehemmt, unkritisch. Die der zweiten Gruppe reagieren sehr introvertiert, sehr gefühlslabil und sehr weiblich.

Der Rohrschach-Test deckte eine schizoide Persönlichkeitsstruktur auf und in 30 % bei meinen Kranken bereits Psychosyndrome.

Die psychoanalytisch orientierte Anamnese ergab weiterhin: einen großen Identitätsmangel, häufig einen symbiotischen Lebensstil, eine fassadäre Funktionsfähigkeit, leicht paranoid gefärbte zwischenmenschliche Beziehungen, große narzißtische Verletzbarkeit, rudimentäre Gruppenfähigkeit, geringe Traumfähigkeit – die Träume sind Organträume, die die Zersplitterung des Körperbildes symbolisieren; des weiteren: mangelhafte sexuelle Identität mit Perversionen, keine Erlebnisfähigkeit des eigenen Körpers, Angst vor Berührung, schwaches Selbstwertgefühl und schwache Ich-Autonomie, große Selbstdestruktionstendenzen, besonders im Bereich des Körper-Ichs, ein deformiertes Körper-Ich und rigide Ich-Grenzen, mangelhafte Ich-Abgrenzung nach innen und außen. Mehr oder weniger sind alle zentralen Ich-Funktionen verkümmert oder deformiert oder unentwickelt geblieben. Die Motorik ist gehemmt und die Wahrnehmung eingeengt. Die sekundären Ich-Funktionen sind meistens überkompensiert, wie das Denken, die Intelligenz, die Sprache, die Phantasie. Die Verdrängungsfähigkeit ist wenig ausgeprägt. Als Abwehrfunktionen auf einer gleitenden Skala herrschen vor: Organsymptombildung, Regression, Isolierung, Verschiebung, Verdichtung.

Die Familiendynamik dieser Patienten wies eine schwache Gruppenidentität auf mit Verleugnung als Abwehr der Realität, die die Ich-Entwicklung verhinderte und ein Identitätsverbot beinhaltete.

In meinen komplexen Beobachtungen habe ich die Symptomanalyse und Symptomdynamik mit den entsprechenden laborchemischen Untersuchungen in Beziehung gebracht, die zusammengefaßt ein organisches Psychosyn-

drom und anhand des klinischen Krankheitsverlaufs eine generalisierte oder Gehirngefäßatheromatose ergaben.

Die Lipidogramme, die qualitativ und quantitativ den Fettstoffwechselfpiegel anzeigen, waren bei allen untersuchten Patienten pathologisch verändert, qualitativ wie quantitativ. Mit anderen Worten kann man sagen, daß die Störungen des Fettstoffwechsels und des Blutfettstoffspiegels eine große Affinität zeigen zu Gefühlszuständen, zu nicht erlebten Gefühlen oder Gefühlsspannungen; Veränderungen in den Lipidogrammen hatten ihr Äquivalent in Veränderungen des emotionalen Zustands des Patienten. Ich-psychologisch und psychoanalytisch gesagt: Fettstoffwechselstörungen gehen Hand in Hand mit pathologischen Ich-Zuständen und Ich-Funktionsstörungen als Folge eines archaischen Ich-Defizits. Chronischer Streß führt zu permanenten Ich-Störungen und verursacht Emotionen wie z.B. diffuse Angst, wie aus der Streßforschung bekannt ist. Durch Streß werden alle organischen Systeme in Mitleidenschaft gezogen, die durch das autonome oder vegetative Nervensystem innerviert sind, einschließlich der Hormonsysteme, die den Stoffwechsel katalysieren.

Das Forschungsprogramm ist von einem psychodynamischen Konzept ausgegangen, sekundäre Veränderungen aber haben wir auch in pathophysiologischem und neurophysiologischem Sinne erfaßt. Aufgrund dieser pathopsychodynamischen und pathophysiologischen Zusammenhänge möchten wir postulieren, daß wir die internistischen Termini „endogen“ und „essentiell“ nicht nur als biologische Dispositionen auffassen. Nach unseren Untersuchungen sind wir zu dem Ergebnis gelangt, daß für die metabolischen Entgleisungen der Fette, Eiweiße, des Zuckers und der Harnsäure ein archaisches Ich-Defizit verantwortlich ist.

Ich möchte noch einmal wiederholen, daß der Blutspiegel der Metaboliten in direktem Zusammenhang steht mit den Gefühlszuständen der Patienten, die aber wiederum abhängig sind von der aktuellen Dynamik der umgebenden Gruppe, in der der Patient lebt.

Wie wir gesehen haben, funktionieren Patienten mit archaischem Ich-Defizit durch ihre Pseudoidentität und durch Symptomverhalten. Diese Patienten können weder ihre realen Bedürfnisse verwirklichen noch ihre aktuellen Konflikte und Aufgaben meistern. Deshalb leben sie ständig in einem Teufelskreis von chronischem Streß und vegetativen Störungen, die sich pathophysiologisch in erhöhtem Blutdruck und anderen durch den Nervus Sympathikus verursachten Symptomen äußern, wie Stoffwechselstörungen, Thrombose, Magen-Darm-Ulcera, Glaukome, Hauterkrankungen, Asthmaanfälle und Hormonstörungen. Nach meinen Forschungsergebnissen haben vegetative Symptome sekundär organische Krankheiten zur Folge wie die Atheromatose.

Meine Forschungsarbeit soll eine Arbeit im Dienste der Prävention sein. Sie soll Ärzten der somatischen Medizin – Internisten, Gerontologen, traditionell arbeitenden Psychiatern – eine Einsicht in die Komplexität psychoso-

matischer Krankheitsbilder solcher Art vermitteln, die neben anderen Symptomen schon sehr früh dysmetabolische Syndrome zeigen. Erhöhter Blutfettstoffspiegel mit erhöhten Eiweißen und erhöhtem Harnsäurespiegel sind einige Faktoren, die zur Arterioskleroseentwicklung führen. Wichtig ist zu wissen, daß Patienten mit häufigen psychosomatischen Reaktionen noch zusätzlich Risikofaktoren aufweisen wie Bluthochdruck und permanente emotionale Spannungen, die zusammengenommen wiederum zur Arteriosklerose führen.

Die therapeutische Effizienz liegt in einer kausalen Therapie, die wegen der sekundären Krankheitssymptome neben einer psychotherapeutischen Behandlung auch eine medikamentöse miteinbeschließt, aber nicht nur letztere. Die analytische Gruppenpsychotherapie bei psychosomatischen Patienten ist die Therapie der Wahl für die nachholende Ich-Entwicklung des archaischen Ich-Defizits.

Wenn die psychosomatisch Kranken ihre Pseudoidentität im gruppenpsychotherapeutischen Prozeß aufgeben und beginnen, sich selbst zu verwirklichen, verliert das psychosomatische Symptom schrittweise seine Funktion. Wir können durch laborchemische Untersuchungen den psychotherapeutischen Heilungsprozeß kontrollieren: wenn die Laborwerte durch Blutfettstoffspiegel im Normenbereich liegen und stabil bleiben und keine medikamentöse Therapie mehr stattfindet.

Ein die verschiedenen Entstehungsfaktoren berücksichtigendes therapeutisches Angebot verhindert die Entwicklung der Arteriosklerose.

Deficiency in Human Fat-Metabolism as Symptomatic Behaviour Arising from an Archaic Ego-Deficiency

Ana Rojnik

The author *Ana Rojnik* reports in a study on a scientific research project carried out under her supervision at the University Hospital of Ljubljana, Yougoslavia. Her project was based on the assumption that a deficiency in the metabolism of human fat can be considered as symptomatic and expressive of an archaic ego-deficiency. The team of experts consisted of four persons: the author herself as the responsible psychiatrist trained in psychoanalysis, two clinical psychologists and one electroencephalologist. The research was carried out on 40 patients, 15 men and 25 women. The patients' average age was 30.3 years.

All patients had on account of unclarified headaches, undergone neurological examination by the author of the study on hand. Their family doctors had all sent them to the University Hospital to have an organic origin as the

explanation for their headaches excluded. In the various tests the author discovered besides the already mentioned headaches in nearly all cases arterial high pressure and diffuse sensations of paralysis.

She started her research programme by establishing a detailed psychoanalytical anamnesis. This included an exact scrutiny of the structure of the disease, the dynamics of the primary group and the actual family situation, the relationship between family and patient and an interrogation about the history of the disease. The clinical psychologists evaluated the personality structure of the patients by means of FPI – questionnaires and Rohrschach – test papers. Additionally each patient was examined by EEG.

This research project is in the first place a psychoanalytical one and orientated on *Ammon's* psychoanalytic system of ego-development and its infringements. According to *G. Ammon* psychosomatic symptoms are expressions of an archaic ego deficiency in a personality with a disturbed consciousness of personal identity. Referring thus to *Ammon's* theory the author traces the cause of psychosomatic deficiency back to a defective development of the body-ego and back to a family incapable of promoting growth in the consciousness of identity with oneself. The deficit in the body – ego is an outcome of the defaults of the primary group.

Debility of awareness and constant ambiguity, or a compulsory symbiosis of the group towards the developing child are the pathogenetic causes of disturbances in the development of the ego and its functions. In the opinion of the author the ego of the psychosomatic patient is like a sieve. Its holes are filled with psychosomatic symptoms. She considers the organic symptom as belonging to the gender of vegetative neurosis'. In the case of vegetative organic symptoms diffuse feelings of anxiety and estrangement take the place of suppressed psychic conceptions.

Her experience with the matter on hand permits the author to assume that the reason for that diffuse state of anxiety may well be the patient's crisis in self-identification. In connection with it the psychosomatic symptom would, therefore, function as a defence against ego-desintegration.

Chronically diffuse conditions of anxiety reflect a permanent threat to the ego and its identity. The author brings these facts into causal connection with an unconscious dynamic threatening the identity of the group the patient is surrounded by. She dates the psychopathological origin of the so-called "vegetative growth of organic symptoms" back to the prenatal phase of the ego-development. Quotation: "The vegetative derangements resulting from an unconscious ambiguity of the mother's feelings towards her unborn child are an explanation for the so called 'disposition'. It's in the prenatal phase that the basis is laid for later psychosomatic disarrangements".

In the case of the tested patients the clinical and psychological findings have shown that beyond the age of 30 a more or less progressing artery somatosis, combined with a psychosyndrome, can be traced. This artery somatosis as a psychosomatic symptom depends on various risk factors: a rai-

sed level of lipid concentration in the blood, arterial high pressure, and a permanent emotional hypertension in connection with chronic stress.

People who suffer from irregular fat-metabolism have a coercive schizoid personality structure according to the scientific results gathered by the author. These patients complain about not being able to relax. Outwardly they appear to be calm, unaggressive, emotionally introverted, passive, restrained, and they suffer from a lack of self-evaluation and self-realization. The psychoanalytically orientated anamnesis revealed a great lack of awareness of personal identity, a symbiotic style of life, a functionability, paranoidically coloured interhuman relations, little awareness of one's own body, a weakly developed self-evaluation, grievous tendencies towards auto-aggression, great narcissistic violability and a defective ability to mark off the ego. The central ego-functions were either deformed or diminished, secondary functions like reasoning (i. e. intelligence) were overcompensated. The motory ability and the sensory apparatus were greatly restricted. The dynamic within the patients' families revealed a weak consciousness regarding the fact of being a clearly defined group and also a kind of denial of aspects of reality for the sake of self-defence.

The author added the corresponding chemical laboratory experiments to her complex observations of the dynamic underlying these symptoms. The compiled results gave evidence of a psychosyndrome and in connection with the clinical development of the deficiency either a generalized arteriosclerosis became apparent or at least one limited to the vessels of the head. The lipidogrammes indicating the level of fat-metabolism in the blood showed pathological changes in quantity as well as in quality. These results allow the author to conclude that disharmony in the fat-metabolism is of great affinity to emotional states, to unexperienced feelings or to emotional tensions.

The author closes her research report with the following statement: "On account of chemical laboratory tests of the lipid level in the blood I was able to control the (therapeutic) efficiency of my therapeutic efforts. The patients' achievements with regard to self-realization went hand in hand with the normalization of laboratory results; i. e. the psychosomatic symptoms gradually lost their functions the better the patients developed the awareness of their identity."

Literatur

- Alexander, F.* (1943): Fundamental Concepts of Psychosomatic Research: Psychogenesis, Conversion, Specificity. In: *Psychosom. Med.* (5) 205
- (1950): *Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications* (New York: Norton) Dt. Ausg.: *Psychosomatische Medizin, Grundlagen und Anwendungsgebiete* (Berlin: de Gruyter, 1951)
- Ammon, G.* (1973): *Psychoanalyse und Psychosomatik* (München: Piper)
- (1970a): *Gruppendynamik der Aggression – Beiträge zur psychoanalytischen Theorie* (Berlin: Pinel-Publikationen)

- (1970b): Gruppe und Aggression. Eine psychoanalytische Untersuchung zur Aggressionsdynamik der Familiengruppe. In: Gruppendynamik der Aggression, a.a.O.
- (1973a): Dynamische Psychiatrie – Grundlagen und Probleme einer Reform der Psychiatrie (Darmstadt: Luchterhand)
- , Hrsg. (1973b): Gruppenpsychotherapie – Beiträge zur Theorie und Technik der Schulen einer psychoanalytischen Gruppentherapie (Hamburg: Hoffmann & Campe)
- (1973c): Aggression und Ich-Entwicklung in der Gruppe. Ein Beitrag zur psychoanalytischen Aggressionstheorie. In: Z. Psychother. med. Psychol. (23) 61–72
- Bruyn, G. W.* (1973): Anxiety and Pain in Neurological Practice. In: *Rees, W. L.*, Ed., a.a.O.
- Cohen, C. et. al.* (1970): Reduced Catechol-o-methyltransferases Activity in Red Blood Cells of Women with Primary Affective Disorders. In: *Science* (170) 1323
- Dreyfuss, F.; Czaczkes, J. W.* (1959): Blood Cholesterol and Uric Acid of Healthy Medical Students under the Stress of an Examination. In: *Arch. Intern. Med.* (103) 708–711
- Dunbar, F.* (1954): Emotions and Bodily Changes. (New York: Columbia Univers. Press)
- Engel, F.* (1953): General Concept of Adrenocortical Function in Relation to the Response to Stress. In: *Psychosom. Med.* (15) 565
- Eslser, M.; Goulston, K.* (1973): Levels of Anxiety in Colonic Disorders. In: *New England J. Med.* (228) 16
- Friedmann, A. P.* (1960): Chronic Headache. *Med. Tms. (N. Y.)* (88) 889–901
- Grundy, S. M.; Griffin, A. A.* (1959): Effects of Periodic Mental Stress on Serum Cholesterol Levels. In: *Circulation* (19) 496–498
- Gunn, C. G.; Friedmann, M.; Byers, S. O.* (1960): Effect of Chronic Hypothalamic Stimulation upon Cholesterol induced Atherosclerosis in the Rabbit. In: *J. Clin. Invest.* (39) 1963–1972
- Hauss, V. H.* (1964): Herz, Kreislauf und Emotion. In: *H. Hoff, H. Tschabitscher, K. Kryspin-Exner*, Hrsg.: Muskel und Psyche. (Basel/New York: Karger)
- Böhle, E.* (1955): Über die Fettfraktionen im Blut bei Kreislaufkranken, insbesondere bei Herzinfarktpatienten. In: *Dtsch. Arch. Klin. Med.* (202) 579–598
- Hegglin, R.* (1961): Geleitwort. In: *B. Staehelin*, Hrsg.: Allergie in psychosomatischer und soziologischer Sicht. (Stuttgart: Thieme)
- Hill, L. B.* (1935): A Psychoanalytic Observation on Essential Hypertension. In: *Psychoanal. Rev.* (22) 60
- Israel, L.* (1967): Menstrual Disorders and Sterility. (New York: Harper & Row)
- Mann, E. C.* (1972): Spontaneous Abortions and Miscarriage. In: *I. Howells*, Ed.: Modern Perspectives in Psycho-Obstetrics (Edinburgh: Oliver and Boyd)
- Mann, E. C.; Cuellar, J. F.*: Anxiety as a Complicating Factor in Gynecological Practice. In: *Rees, W.*, Ed., a.a.O.
- Meltzer, L. E.*: Anxiety in Cardiovascular Disease. In: *W. L. Rees*, Ed., a.a.O.
- Rees, W. L.* (1973): General Aspects of Anxiety; an Introductory Survey. In: *Rees, W. L.*, Ed.: Anxiety Facts in Comprehensive Patient Care. Excerpta Medica. (Meppel: Krips Reprint)
- Ryan, R. E.* (1966): Tension Headache. *Applied Ther.* (8) 77–89
- Schachter, S.* (1966): The Interaction of Cognitive and Physiological Determinants of Emotional State. In: *C. D. Spielberger*, Ed. Anxiety and Behavior (New York: Academic Press)
- Schettler, G.* (1961): Arteriosclerose (Stuttgart: Thieme)
- Schunk, J.* (1953): Emotionelle Faktoren in der Pathogenese der essentiellen Hypertonie. In: *Z. klin. Med.* (152) 251–280

Adresse der Autorin:
 Dr. med. Ana Rojnik
 Klinica Balnisanica za Psihijatrijo
 61260 Ljubljana Polje
 Jugoslawien

Abgrenzung des spezifischen Ich-Defizits psychosomatisch Kranker im Rahmen der Krankheitslehre der Dynamischen Psychiatrie Günter Ammons**

Karin Schibalski-Ammon*

In der vorliegenden Arbeit untersucht die Autorin auf der Basis des Ammonschen Ich- und Gruppenkonzeptes die strukturellen Besonderheiten des Psychosomatikers.

Auffallend ist immer wieder die mangelnde Motivation zur Therapie dieser Patienten, die Ursache hierfür ist in einem psychischen Wahrnehmungsdefekt zu suchen. Ebenso läßt sich die von einigen Autoren angeführte Schichtspezifität der psychoanalytischen Behandlungsmöglichkeit des Psychosomatikers unter Ich-strukturellem Aspekt erklären.

Ausgehend davon, daß sich in einer relativ homogenen Gruppe von psychosomatisch Kranken das spezifische strukturelle Defizit innerhalb der Gesamtdynamik der Gruppe in einer spezifischen Gruppenstruktur abzeichnen wird, untersucht die Autorin eine Gruppe mit nur psychosomatisch reagierenden Patienten im Vergleich zu einer Gruppe mit Borderline-Kranken. Die Struktur der Patienten wird anhand von klinischen und inhaltsanalytischen Auswertungen untersucht und eindeutige Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen vor allem auch auf der Ebene der Aggression und des interpersonellen Bereiches festgestellt.

Abschließend stellt die Autorin Thesen zur Ich-Struktur des psychosomatisch Kranken in Abgrenzung von der Ich-Struktur der Borderline-Patienten zur Diskussion.

Besonders in Hinblick auf die signifikant unterschiedlichen aggressiven Äußerungen der beiden Patientengruppen, zieht die Autorin die therapeutische Konsequenz der Umstrukturierung der Gruppe der psychosomatisch reagierenden Patienten.

Mit einem kurzen Traum einer Patientin aus einer homogen strukturierten therapeutischen Gruppe mit psychosomatisch Kranken möchte ich diese Arbeit beginnen:

Sie träumte: Sie liege krank und erstarrt auf einer Bahre, umgeben von zehn stummen Holzköpfen ohne Nasen, Mund und Ohren. So war es gewesen, wenn sie als Kind im Kindergarten von der Mutter abgegeben in ihrer schweren Verlassenheitsangst erkrankte und in das Kinderzimmer geschoben wurde. Dann kam die Mutter, deren unlebendige Präsenz sie dankbar als einzige Form von Mütterlichkeit auf Kosten des kranken Körpers erleben durfte. Als ein stummer Partner hatte die Mutter alle anderen Lebensbedürfnisse und Wahrnehmungsfunktionen verweigert. Dies prägte den interpersonellen Raum ihres Gruppenbezugs, den sie mit dem Traum metaphorisch ausdrückte und war dabei gleichzeitig ein Ausdruck des Gefühls der Gruppe als ganzer von sich selbst.

* Dr. med., Fachärztin für innere Krankheiten, Lehranalytikerin am Münchner 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

Zum Problem der psychosomatischen Erkrankung konstatiert *Cremerius* (1977) noch kürzlich folgendes: „Die Skepsis und Resignation, die um die fünfziger Jahre die psychoanalytische Psychosomatik in den USA befiel, hat jetzt, 20 Jahre später, auch uns erreicht. Als Reaktion auf die Enttäuschungen, Ätiologie und Pathogenese dieser Erkrankungen nicht erklären zu können, beobachten wir jetzt eine starke Hinwendung zu psychophysiologischen und soziokulturellen Fragestellungen. Auch scheint die Phase der stürmischen Hypothesenbildung auf diesem Gebiet beendet.“ Die vollzieht *Cremerius* auf die gleiche Art und Weise, indem er auf eine genetische Erklärung der psychosomatischen Erkrankung überhaupt verzichtet und diese vielmehr analog der Neurosenentstehung erklärt. Übereinstimmend mit der Gruppe um *de M'uzan*, die genaueste Beschreibungen der spezifischen Persönlichkeitsmerkmale bei Psychosomatikern darlegten, setzt er sich mit der auch von ihm festgestellten mangelnden Motivation dieser Patienten auseinander, die er resignativ konstatiert, ohne sein psychogenetisches Verständnis und das damit korrespondierende therapeutische Vorgehen zu hinterfragen. Vielmehr erweitert er am Schluß seiner Arbeit das psychosomatische Verständnis durch einen verschwommenen Begriff von Schichtspezifität, dessen psychodynamische und Ich-strukturelle Aspekte er vernachlässigt. Diese Einstellung zur Psychosomatik, widergespiegelt auch im Begriff der Alexithymie, stellt nach meiner Meinung eher eine Reproduktion der spezifischen Besonderheiten im interpersonellen Raum dar, als daß sie sie erklärend versteht. Die von ihm angeführte Schichtspezifität, die er mit der Erfahrung begründet, daß bei 350 Unterschichtpatienten eine regelrechte psychoanalytische Behandlung nicht möglich war, dieses jedoch bei Mittel- und Oberschichtpatienten sehr wohl möglich war, läßt sich auf dem Hintergrund eines triebpsychologischen Konzeptes und Konfliktmodelles nicht erklären.

Welchen Einfluß sollte die soziale Realität auf biologistisch determinierte innerpsychische Instanzen und deren Konfliktodynamik haben?

Erst unter dem Ich-strukturellen Konzept von *Ammon* (1976, 1978) mit seiner Einteilung in primäre, zentrale und sekundäre Ich-Funktionen wird dieser Tatbestand verständlich. Hiernach ist es wahrscheinlicher, daß es dem Analytiker auf dem Boden seiner Schichtzugehörigkeit und seines Wissenschaftsverständnisses eher möglich ist, zu den Ober- und Mittelschichtpatienten auf der Ebene intakter sekundärer Ich-Funktionen Kontakt herzustellen, als er dieses beim Unterschichtpatienten kann und auch für nötig hält. Die Voraussetzungen einer Therapie schwer Ich-kranker Patienten, nämlich die Kontaktaufnahme zunächst in intakten Bereichen der Persönlichkeit findet in einem trieb- oder Ich-psychologischen Konzept keine Entsprechung, da es lediglich um die Erhellung virulenter, im Unbewußten fixierter Konflikte geht.

In meiner vorliegenden Arbeit will ich versuchen, auf dem Boden des *Ammonschen* Strukturmodells die strukturellen Besonderheiten psychosomatisch reagierender Patienten auf dem Hintergrund der Familiendynamik

zu schildern. Hervorgehoben sei dabei, daß der Strukturbegriff, so wie er von *Ammon* (1976, 1977, 1978) und auch in der vorliegenden Arbeit verwendet wird, nicht dem in der Trieb- und Ich-Psychologie verwendeten Begriff im Sinne einer innerpsychischen Struktur (Ich – Es – Über-Ich) oder dem von der Gruppe von *de M'Uzan* (1977) verwendeten Begriff der Struktur im Sinne einer rein phänomenologischen Beschreibung entspricht.

Wie es in dem anfänglichen Beispiel sowohl in dem Traum, als auch in der kurzen geschilderten Psychodynamik zum Ausdruck kommt, spiegelt die Defizienz interpersoneller Beziehungen die Defizienz in der frühen Mutter-Kind-Symbiose und Primärgruppe wider. Um zu einem strukturellen Verständnis der Psychosomatik zu kommen, bietet sich unter diesem Aspekt an, die im Beziehungsgeflecht der therapeutischen Gruppe aktualisierten strukturellen Defizite auf dem Hintergrund ihrer historischen Dimension im Hier und Jetzt zu untersuchen. Als These wird hingestellt, daß sich in einer relativ homogenen Gruppe von Psychosomatikern das spezifische strukturelle Defizit innerhalb der Gesamtdynamik der Gruppe in einer spezifischen Gruppenstruktur abzeichnen wird. Diese zu untersuchen und in ihrer Bedeutung für Psychodynamik und Struktur des psychosomatisch Kranken auch in ihrer therapeutischen Dimension zu diskutieren, ist das zentrale Anliegen meiner Arbeit. Ich möchte dabei eine Gruppe, die sich vorwiegend aus Borderline-Patienten zusammensetzt, und eine Gruppe von Patienten, die vorwiegend an psychosomatischen Symptomen leiden, gegenüberstellen.

Die Arbeit stützt sich auf ausführliche Erhebung der Anamnese von drei verschiedenen Analytikern, umfangreiche psychodynamisch orientierte Fragebögen, die von den Patienten selbst verfaßten Lebensläufe, die Gruppenprotokolle sowie erste Ergebnisse aus inhaltsanalytischen Untersuchungen des Gruppengeschehens. In diesem Zusammenhang möchte ich meinen Kollegen *Battenberg*, *Oehler*, *Hertkorn* und *Onken* sehr herzlich danken, die mir im Rahmen der inhaltsanalytischen Untersuchung bei der Erstellung der Kategorien und der Auswertung des Materials geholfen haben. Beide Gruppen starteten Mitte 1975 unter meiner Leitung und unter Mitarbeit eines männlichen Co-Therapeuten. Es handelte sich um eine homogene therapeutische Gruppe mit psychosomatisch Kranken, deren elf Mitglieder an pektanginösen Beschwerden, Hautausschlägen, Psoriasis, sogenannter vegetativer Dystonie, Gastritis, Hyperventilationstetanie, Adipositas und Migräne litten. Alle Patienten dieser Gruppe erfüllten die Kriterien der sogenannten mangelnden Motivation. Sie kamen nicht aus eigener Initiative, sondern waren vom Hausarzt aufgrund körperlicher Beschwerden, deren psychosomatische Genese vom Hausarzt erkannt und den Patienten vermittelt wurde, überwiesen worden. Obwohl der bewußte psychische Leidensdruck mehr oder weniger gering war, imponierte das Aufsuchen der psychotherapeutischen Behandlung andererseits als letzter Versuch, nachdem alle anderen ärztlichen Bemühungen und medikamentöse Behandlung erfolglos geblieben waren. Schon bei der Auswertung der Fragebögen zeigte sich dabei die be-

sondere Problematik eines körperlich und nicht psychisch erlebten Leidensgefühls, wie ich es bereits 1976 als ein spezifisch Ich-defizitäres Verhalten des psychosomatisch Kranken beschrieben habe. Die Frage: „Halten Sie sich für schwer krank?“ wurde von allen Mitgliedern mit „Nein“ beantwortet. Auf die Frage: „Haben Sie sich Gedanken über die Finanzierung gemacht?“ verwiesen acht von zehn Patienten auf die Krankenkasse, obwohl die finanzielle Situation in den Erstinterviews geklärt worden war. Die Frage: „Wie sehr sind Sie daran interessiert, Verhaltens-, Denk- und Empfindungsweisen in sich selbst zu ändern?“ wurde von den meisten Patienten nicht beantwortet oder beispielsweise so: „Ich kann mir nicht vorstellen, meine Denk- und vor allem meine Empfindungsweisen zu verändern, meine Verhaltensweisen schon, wenn auch nicht ganz“. Die Frage: „Wie müsste ihre Umgebung sein, damit Sie sich wohler fühlen könnten?“ wird mit konkretistischen Vorstellungen, wie Wünschen nach einer Wohnung auf dem Land, einer kompletten Wohnungseinrichtung, weniger Geldsorgen und weniger Arbeit, beantwortet.

Dieser, der mangelnden Motivation zugrundeliegende psychische Wahrnehmungsdefekt, der der verinnerlichten Dynamik von Primärgruppe und Mutter entspricht, die kindliche Gefühle und Aggressionen mit Verlassen beantworteten, spiegelt sich gleichermaßen in dem sozialen Arrangement und den Partnerbeziehungen dieser Patienten. Die Mehrzahl der Patienten empfand die berufliche Situation als problemlos oder höchstens eintönig, wobei sie ihre beruflichen Aufgaben beständig ausfüllten und im allgemeinen gut funktionierten. Ebenso wurden die Partnerschaften als problemlos geschildert und idealisiert, wobei die meisten Patienten zu Beginn der Therapie in toten Ehen lebten. Die Abende wurden vor dem Fernseher verbracht, die Partner hatten sich nichts zu sagen, sieben der elf Patienten hatten seit Jahren keinen sexuellen Kontakt. Die schwersten Defekte im interpersonellen Bereich wurden verleugnet und konnten erst nach längerer Zeit berichtet werden. Beispielsweise konnte eine Patientin, die permanent ihren Mann als unbefragt aufopfernd und liebevoll dargestellt hatte, erst nach Ablauf eines Jahres der Gruppe mitteilen, daß der Mann trinke und sich seit vielen Jahren mit Selbstmordgedanken trage. Eine andere Patientin schilderte ihren Mann ebenfalls als gut und lieb, obwohl sie seit ihrer Heirat vor zehn Jahren keinen sexuellen Verkehr mit ihm gehabt hatte. Eine dritte Patientin stellte ihre Ehe als harmonisch dar, obwohl auch sie mit ihrem Mann weder einen emotionalen noch sexuellen Kontakt noch gemeinsame Interessen hatte, und, wie es sich später herausstellte, der Ehemann alkoholsüchtig war und an Schuhfetischismus litt.

Die hochgradigen Defekte im interpersonellen Bereich konnten dabei überhaupt erst im Zuge eines Strukturgewinnes innerhalb des therapeutischen Prozesses problematisiert werden. Ein emotionaler Kontakt sowie eine Wahrnehmung von Defekten geschieht dabei vorwiegend über das psychosomatische Symptomverhalten. So meinten mehrere Patienten, es ginge

ihnen gut, wenn sie nur von ihrer Psoriasis, ihrer Fettsucht oder ihren Kreislaufbeschwerden befreit seien. Auch im interpersonellen Bereich wird Ablehnung und Zuwendung nur im Körperlichen erlebbar, so wie sich beispielsweise eine Patientin von ihrem Mann lediglich abgelehnt fühlte, weil sie zu dick sei, oder eine andere sich aufgrund ihrer psoriatischen Hautveränderungen von ihrem Mann abgestoßen fühlte, wobei andererseits dieser jeden Abend die erkrankten Hautpartien mit Teersalbe einschmierte.

Diese Dynamik entspricht der emotionalen Kontaktebene zwischen Mutter und Kind, die, wie es bei allen Patienten nachweisbar ist, und wie *Ammon* (1974) es vielfach herausgestellt hat, das Kind lediglich im erkrankten Zustand wahrnehmen und andere Gefühle, vor allen Dingen jedoch Aggression mit Verlassen beantworteten. So ist es zu verstehen, daß viele dieser Patienten dieser Gruppe regelmäßig bei Veränderungen und Trennungen körperlich erkrankten, weil die entsprechende Angst und Wut nicht anders wahrgenommen und gezeigt werden konnte. Beispielsweise reagierten die Patienten dieser Gruppe auf den Umzug aus den Räumen des Instituts in meine Privatpraxis kaum; sie kommentierten das Geschehen freundlich und höflich, während in der ersten Sitzung in meiner Praxis einige Mitglieder fehlten, weil sie erkrankt waren.

Diese nur im Körperlichen artikulierbare Angst vor Verlassenheit wird in charakteristischen Träumen zum Ausdruck gebracht. Beispielsweise träumte eine Patientin dieser Gruppe, nachdem ein Gruppenmitglied seinen Weggang angekündigt hatte und die Gruppe diesen Beschluß hilflos betroffen aufgenommen hatte, folgendes: „Auf einem Baum sitzen lauter zerquetschte, zerrupfte Vögel. Ein schrecklicher Anblick. Nur auf der Baumspitze sitzt ein gesunder Vogel.“ In dem Wunsch und der gleichzeitigen Angst vor Identität wird immer wieder der zerstörte Körper als Kontaktebene angeboten.

Die bereits innerhalb der aktuellen Partnerschaftsbeziehung sowie innerhalb der Mutter-Kind-Interaktion aufgezeigten psychischen Wahrnehmungsdefekte sind dabei eng verbunden mit einer verkrüppelten konstruktiven Aggression, die notwendig ist, um Schwierigkeiten im interpersonellen Bereich wahrzunehmen und zu benennen. Auf diesen Aspekt werde ich im Rahmen meiner inhaltsanalytischen Untersuchung später näher eingehen.

Im Gegensatz dazu hatte die Vergleichsgruppe mit vorwiegend Borderline-Kranken therapeutische Hilfe aufgesucht wegen Kontaktstörungen, Suizidalität, Einsamkeitsgefühlen, Arbeitsstörungen, Depressionen und plötzlichen aggressiven Durchbrüchen. Dabei gehe ich von einer Definition des Borderline-Syndroms aus, wie *Ammon* sie 1976 vortrug. Alle diese Patienten hatten die Sprechstunde aus eigener Initiative aufgesucht aus einer bewußt im interpersonellen Bereich erlebten psychischen Problematik, die sie allein nicht mehr zu bewältigen vermochten. Im Gegensatz zu den Patienten der Psychosomatikgruppe waren sie vielfach nicht in der Lage oder auch nicht bereit, sich dem beruflichen Reglement anzupassen. Viele von ihnen waren fähig, ganz klar die oft desolate Situation ihrer Partnerbeziehun-

gen zu erkennen und zu benennen, sowie auch diese mit den Erfahrungen innerhalb ihrer Familiengruppe in Verbindung zu setzen, ohne sich jedoch von diesen Beziehungen abgrenzen zu können. Entsprechend diesem Mehr an konstruktiver Aggression können die Patienten bei Identitätsanforderungen und Trennungssituationen mit offener Aggression reagieren, wie beispielsweise die Patienten anlässlich des Umzugs der Gruppe in meine Privatpraxis in einer heftigen Auseinandersetzung ihre Wut und Angst vor dem Gefühl, mir ausgeliefert zu sein, sowie aber auch die Angst und den Wunsch nach Nähe auszudrücken vermochten. Eine psychosomatische Symptomatik lag hier entsprechend dem Krankheitsverständnis des Borderline-Syndroms in einem hohen Prozentsatz ebenfalls vor. Sie war jedoch nicht der Grund für die Aufnahme der Therapie. Vielmehr war es im Unterschied so, daß die Psychosomatik erst nach Befragen angegeben wurde. So zeigte eine Untersuchung bei ca. 300 Patienten, bei denen ein geringer, statistisch zu vernachlässigender Anteil primär wegen psychosomatischer Symptome in Behandlung gekommen war, nach einer Fragebogenaktion ein Jahr und mehr nach Therapiebeginn, daß zu 80 % psychosomatische Beschwerden vorlagen. Dies weist speziell auf ein Borderline Syndrom hin, in dem psychosomatische Problematik ubiquitär ist, die jedoch in der Therapie keine Rolle spielt.

Um diese Ergebnisse mit besonderer Berücksichtigung der destruktiven Aggression genauer zu belegen, möchte ich an dieser Stelle erste Ergebnisse aus inhaltsanalytischen Untersuchungen unterstützend heranziehen. Es wurden dabei über eine Reihe von Sitzungen mit Hilfe von Tonbandprotokollen vergleichbare Situationen für die inhaltsanalytische Auswertung geschaffen.

Beim Durchlesen der Protokolle versuchten wir auf einer sprechanalytischen Ebene zu differenzieren, wie Aggressionen auf der verbalen Ebene geäußert wurden. Rein empirisch stellen wir daraufhin Gegensatzpaare auf, die auf der inhaltsanalytischen Ebene unseres Erachtens die Modalität der aggressiven Äußerungen beschreiben. Dabei ist anzumerken, daß eine solche inhaltsanalytische Betrachtungsweise auf der phänomenologischen Ebene eingeordnet werden muß. Keineswegs können aus ihr kausalgenetische oder die Struktur der Ich-Funktion der Aggression betreffende Aussagen abgeleitet werden. Diesen Aussagen wird erst eine faktorenanalytische statistische Untersuchung der Aggression, wie sie *Beck, Bott, Rock, Wiehl-Volbehr* (1978) erstellt haben, gerecht.

Kritisch ist dabei anzumerken, daß sich der empirisch statistische Teil nur auf eine jeweils geringe Anzahl von Protokollen stützt, wobei diesem aber entgegengehalten werden muß, daß die Ergebnisse dieser Arbeit nur als Hypothesen genommen wurden, die sich erst in Verbindung mit klinischen Daten (Erhebung der Anamnese von drei verschiedenen Analytikern, umfangreiche psychodynamisch orientierte Fragebögen, die von den Patienten selbst verfaßten Lebensläufe, die Gruppenprotokolle sowie die klinische Direktbeobachtung im Gruppenprozeß und Einzelsituationen) belegen lassen.

Wir unterschieden mehrere Situationen, denen gegenüber Gefühle geäußert werden konnten, nämlich innerhalb der Gruppe, gegenüber der eigenen Person, den Gruppenmitgliedern und den Therapeuten und außerhalb gegenüber der Arbeitswelt, der primären und aktuellen Familiengruppe. Außerdem interessierte uns die Frage, welche Gefühlsäußerungen in beiden Gruppen zugelassen wurden, wie differenziert sie geäußert wurden und in welcher Interaktion in Beziehung zum Therapeuten und zu den Gruppenmitgliedern Gefühle möglich waren. Um diese näher zu bestimmen, unterteilten wir die Gefühle nach ihrer Qualität in aktiv und passiv, direkt und indirekt, positiv und negativ, konkret und eher diffus. Schließlich interessierten uns noch die auf das Symptomverhalten bezogenen Äußerungen.

Im Anschluß an die Aufstellung dieser Kategorien untersuchten zwei Gruppen von Therapeuten mehrere aufeinanderfolgende Tonbandprotokolle und errechneten die inhaltsanalytischen Basiszahlen unabhängig voneinander und untersuchten im Vergleich der Zahlen die Brauchbarkeit der Kategorien. Anschließend wurden mit Hilfe von vier Feldertafeln statistische Unterschiede errechnet.

Anhand der jeweiligen Gruppensitzung, innerhalb derer das Tonband zum ersten Mal aufgestellt wurde, soll die Gruppenkultur beider Gruppen in ihrer unterschiedlichen psychodynamisch bedingten Struktur vergleichsweise dargestellt werden.

Beide Gruppen waren gleichermaßen um Erlaubnis gebeten worden und wurden über die Beweggründe aufgeklärt. Die Gruppe von Borderline-Patienten reagierte auf das Tonband offen aggressiv, indem Teilaspekte in Beziehung zu dem Tonband auf die Therapeuten übertragen wurden. Beispielsweise warfen die Patienten den Therapeuten vor, als Menschen nicht ernstgenommen und als Forschungsobjekte benutzt zu werden. Das Annehmen dieser Aggression ermöglichte ein Schließen der Gruppengrenzen. Im Rahmen der jetzt möglichen Ich-Erweiterung konnte das Übertragungsgeschehen vom Tonband gelöst in der Auseinandersetzung mit der Primärgruppe und den Therapeuten wiedererlebt und bearbeitet werden. Dabei konnte die elterliche Liebesverweigerung als grundsätzlich narzißtische Kränkung in dem unmittelbaren Kontakt mit den Therapeuten wiedererlebt werden. In dieser Phase des Gruppengeschehens fanden sich dabei eine Vielzahl von Ich-Zuständen, die das Körper-Ich, vielfältige psychische Erlebnisweisen und die Phantasiewelt miteinbezogen.

Die Gruppe der psychosomatisch Kranken reagierte dagegen mit einem langen depressiven Schweigen trotz intensiver Kontaktbemühungen von seiten der Therapeuten. Das Schweigen wurde erst durch eine Patientin gebrochen, die zu weinen begann und ihr Gefühl mitteilte, das Tonband so zu erleben wie die Mutter, der sie als einer stummen Partnerin eingeklemmt zwischen Vertiko und Canapé zur Verfügung stehen mußte, und der sie aufgrund der mütterlichen Hilflosigkeit nicht zeigen durfte, daß sie selber stumm und traurig war. Das konkret als mütterlicher Partner erlebte Ton-

band war ein Spiegelbild der frühkindlichen Interaktion mit der toten Mutter, die, wie es mehrere Patienten schilderten, alle Lebensäußerungen des Kindes für ihre Existenz aufnahm und nichts gab. Wenn eine solche direkte Konfrontation mit der narzißtisch defekten Beziehung nicht gegeben war, fand zunächst eine konkretistische und diffuse Auseinandersetzung mit dem Therapeuten und der Außenwelt statt, wobei Gefühle weitgehend ausgespart wurden. Erst gegen Mitte der Gruppensitzung wurden direkte Gefühlsäußerungen artikuliert, wenn sich die Auseinandersetzung auf die kranke Körperebene als Kontaktebene bezog. Als ich beispielsweise eine Patientin mit ihrer passiven Verweigerungshaltung konfrontierte, bezog sie dies auf ihren als dick und häßlich erlebten Körper, wobei sie ihre Wut und Trauer über das Gefühl des Abgelehntseins mir gegenüber zum Ausdruck brachte. Erst die Abgrenzung eines derartig über den negativ erlebten Körper hergestellten emotionalen Kontaktes erlaubte anschließend ein Schließen der Gruppengrenzen. Dadurch, daß sich die Gruppenmitglieder teilweise auf die Seite der Patienten und teilweise auf meine Seite stellten durch Identifikation mit guten und bösen Mutterobjekten, gelang eine Auseinandersetzung zwischen den Gruppenmitgliedern, an der sich überhaupt erst Strukturierungsprozesse vollziehen konnten. Erst dann gelang eine Wahrnehmung neuer Realität, wenn die Stufe primären Erlebens erreicht wurde, wo auch innerhalb der Primärgruppe Kontakt stattgefunden hatte. Dies betraf in unserem Zusammenhang das kranke Körper-Ich des Patienten, demgegenüber die Gruppe als eine gute Mutter mit einer Art positiver Körper-Wirklichkeit entgegentreten konnte. Ich möchte dieses Geschehen anhand eines Traumes aufzeigen, der innerhalb der Gruppensitzung, in der das Tonband eingeführt wurde, dieses Stadium zum Ausdruck brachte.

Ich verstehe diesen Traum als Ausdruck der tiefen Verlassenheit und mütterlichen Angst vor Veränderung, die jetzt als grundsätzlicher narzißtischer Defekt gezeigt werden konnte, und wobei dann eine Abgrenzung von der primären Erfahrung stattfinden konnte.

Ein Patient berichtete folgenden Traum: „Ein Mann und eine Frau gehen blind und taub auf ein Straßenbahngleis zu. Die Straßenbahn kommt immer näher, die sie weder sehen noch hören. Er schaut zu, kann aber weder schreien, noch sich bewegen, um beide zu warnen. Dann muß er sehen, wie beide zermalmt werden.“ Dieser Traum wurde im therapeutischen Prozeß verstanden und bearbeitet als Ausdruck der lediglich metaphorisch gegen die Therapeuten gerichteten verschleierte Aggression, die das Tonband in die Gruppe einführen, nicht sehen, was sie damit anrichten und unfähig sind, das was sie auslösen, zu bewältigen. Die Auseinandersetzung im Hier und Jetzt machte eine Abgrenzung von der Primärsituation möglich. So waren die Eltern dieses Patienten blind gewesen gegenüber jeglicher positiver Wirklichkeit. Noch auf dem Totenbett hatte die an Mamma-Carcinom verstorbene Mutter dem Patienten eingeschärft, er solle sich vor allem nie nackt zeigen, das sei häßlich. Dies entsprach dem existentiellen Versuch der Mutter,

eine Abgrenzung des Kindes zu verhindern, das ihr eigenes Lebensgefühl weitertragen soll. Das in der Unfähigkeit zu sterben zum Ausdruck gebrachte Ich-Defizit wird noch einmal im Tode dem Kind aufgelastet.

Nachdem ich versucht habe, die wesentlichen Aspekte der Struktur beider Gruppen darzulegen, möchte ich nun die ersten Ergebnisse der Inhaltsanalyse mitteilen, die sich folgendermaßen zusammenfassen lassen:

1. Die aggressiven Äußerungen der Gruppenmitglieder in beiden Gruppen unterscheiden sich nicht in der Quantität der in einer Gruppensitzung auftretenden Aggressionen.
2. Die aggressiven Äußerungen unterscheiden sich jedoch hochsignifikant in beiden Gruppen hinsichtlich ihrer Qualität ($p = 0,0001$).
 - a) Die aggressiven Äußerungen sind in der Gruppe der Psychosomatiker hochsignifikant diffuser (z.B. ich habe hier ein ganz komisches Gefühl), während in der Vergleichsgruppe der Borderline-Patienten die Aggressionen konkreter geäußert werden (z.B. fragen Sie nicht so dumm).
 - b) Die aggressiven Äußerungen sind in der Gruppe der psychosomatisch Kranken hochsignifikant indirekter Natur (z.B. ja, diese akuten Fälle werden einfach nicht so behandelt, wie's vielleicht notwendig wäre), während in der Gruppe der Borderline-Patienten die Aggressionen direkter geäußert werden konnten (z.B. das ist eine Ihrer typischen läppischen Redewendungen).
 - c) Die aggressiven Äußerungen sind in der Gruppe der psychosomatisch Kranken hochsignifikant passiver (z.B. mir ist eigentlich nichts aufgefallen), während in der Gruppe der Borderline-Patienten die Aggressionen aktiver geäußert wurden (z.B. das lasse ich mir nicht gefallen).
 - d) Die Aggressionen werden in der Psychosomatikergruppe hochsignifikant stärker nach innen als negativ gewertete Äußerungen gerichtet (man hat halt das Gefühl, man ist so häßlich), im Vergleich zu der Gruppe der Borderline-Patienten, deren Aggressionen auf äußere Objekte, als positiv gewertet, gerichtet sind (z.B. ich hab mich direkt neben Dich gesetzt, weil Du heute Deine Haare geschnitten hast).
3. Im Zusammenhang damit stehen folgende weitere Ergebnisse: Die Aggressionen gegenüber den Therapeuten können in der Gruppe der Psychosomatiker in geringem Maße geäußert werden. Hochsignifikant unterscheiden sich davon die aggressiven, direkten Auseinandersetzungsmöglichkeiten vieler Gruppenmitglieder mit den Therapeuten in der Gruppe der Borderline-Patienten.
4. Die stärksten Äußerungen von Aggression finden sich in der Psychosomatikergruppe in Bezug auf die familiäre Lebenssituation, während bei den Borderline-Patienten die Auseinandersetzung der Gruppenmitglieder untereinander die höchsten Werte aufweist.

Nach dem oben Gesagten möchte ich hinsichtlich der Ich-Struktur des psychosomatisch Kranken in Abgrenzung von der Ich-Struktur der Borderline-Patienten, so wie sie sich im gruppentherapeutischen Prozeß als einer

hauptsächlich auf verbale Äußerungen bezogenen Therapie darstellt, folgende Thesen zur Diskussion stellen:

1. Der Psychosomatiker verfügt über eine andere Form der Gefühlswahrnehmung als der Borderline-Kranke. Die Gefühle des psychosomatisch Kranken beziehen sich diffus mit besonderer Konzentration auf das kranke Körpererleben, das regressiv auf die Beziehung zur krankmachenden Mutter gerichtet ist.
Im Gegensatz dazu hat der Borderline-Kranke eine differenziertere und konkretere Gefühlswahrnehmung zur Verfügung.
2. Die Gefühle des Psychosomatikers sind eher auf das Körper-Ich bezogen, während sich die Gefühle des Borderline-Patienten auf interpersonelle Beziehungen richten.
3. Die destruktive Aggression bleibt beim Psychosomatiker im Körpersymptom gebunden und richtet sich gegen den Abbruch der destruktiven, aber konstant erlebten Mutter-Kind-Beziehung. Die destruktive Aggression des Borderline-Kranken gilt entsprechend der von ihm erlebten passageren Objektbeziehungen sowohl dem Versuch, die Beziehung aufrechtzuerhalten, als auch deren Abbruch. Die destruktive Aggression ist Ausdruck seiner Ambivalenz.
4. Entsprechend den vielfältig erlebten kurzzeitigen Objektbeziehungen hat der Borderline-Kranke eine Vielzahl von Gefühlsäußerungen differenzieren können, wenngleich diese auch defizitär geblieben sind, weil sie letztlich das Objekt auch nicht erreichen.
Dagegen konnte der Psychosomatiker nur wenige Gefühlsqualitäten innerhalb der frühen Mutter-Kind-Symbiose entwickeln, die sich einseitig auf den mit Gefühlen überbesetzten Körper verdichten.
5. Wenn der Borderline-Erkrankte vorwiegend versucht ist, die Außenwelt seinen inneren Objekten aktiv anzupassen, so zieht sich der psychosomatisch Kranke passiv auf sein Körper-Ich als inneres Objekt zurück und schützt sich vor der Auseinandersetzung mit der Außenwelt durch eine objektentleerte Funktionsfassade. Während sich das emotionale Erleben einseitig auf die Körperebene verdichtet, ist die Realität emotional verarmt. Sie wird lediglich als eine fiktive Realität wahrgenommen.
6. Die Fassade schützt vor der Trauer um das nicht erlebte Leben, während die vielfältigen Fassaden des Borderline-Patienten diesen vor der Angst vor Ich-Diffusion schützen.

Ich möchte an diese Thesen eine Kritik der Gegenüberstellung einer nosologischen Einheit von Psychosomatik und Borderline-Syndrom anschließen, zumindestens insofern, als meine Untersuchungen gezeigt haben, daß eine Klassifikation nach der Symptomatik eine Aussage über die Struktur nicht möglich macht. Auch in der Gruppe der Borderline-Kranken bestanden passagere psychosomatische Erkrankungen, wobei besonders Ammon (1976) diese Reaktionsweisen bei Borderline-Kranken vielfach dargestellt hat.

Ein deutlicher Unterschied zeigt sich jedoch zwischen beiden Gruppen im Umgang mit der Symptomatologie.

Während psychosomatische Symptomatik bei Borderline-Erkrankungen eine instabile Reaktionsweise unter anderen psychischen Reaktionsweisen darstellt und weitgehend auch im interpersonellen Kontext für die Kranken reflexionsfähig ist, stellt die psychosomatische Erkrankung für den oben beschriebenen Psychosomatiker den zentralen Modus seines interpersonellen Kontaktes dar.

Die psychopathologischen Reaktionsweisen und Arrangements sind für ihn aufgrund einer schweren Störung der zentralen Ich-Funktion der konstruktiven Aggression von der Wahrnehmung ausgeschlossen. Insofern übernimmt die psychosomatische Erkrankung entsprechend einer deformierten, jedoch konstanten interpersonellen Kontaktebene zur Mutter die zentrale Ich-Funktion der Integration und dient als Identitätsersatz, indem Entwicklung und Wahrnehmung sekundärer Ich-Funktionalität möglich wird.

Ich möchte noch einmal darauf hinweisen, daß auch dieses nur auf einem gleitenden Spektrum verstehbar ist, je nach dem psychodynamischen Stellenwert psychosomatischer Reaktionsweisen in der Primärgruppe und sich sicherlich im Einzelfall nur sehr schwierig differenzieren lassen wird. Insofern stellt die geschilderte homogene Gruppe ein ideales Forschungsinstrument dar, in der die Besonderheit psychosomatischer Struktur in gewissem Sinn als eine Entartungsreaktion der Gesamtgruppe hervortritt und darstellbar wird.

Weiterhin ist zu bedenken, daß sich ja auch bei Borderline-Kranken ohne psychosomatische Reaktion eine isolierte Problematik als Identitäts- und Integrationsersatz finden läßt, wobei sich auch hier das Phänomen der sogenannten mangelnden Motivation zeigt. Verstehbar wird auch dieses nur im Kontext eines Strukturmodells, das die Ausbildung primärer, zentraler und sekundärer Ich-Funktionen im Kontext einer spezifischen Familiendynamik sieht.

Zum Schluß meiner Arbeit möchte ich auf einige Aspekte der therapeutischen Möglichkeiten bei der psychosomatischen Problematik unter Berücksichtigung der in der homogenen Gruppe psychosomatisch Kranker gewonnenen Erfahrungen hinweisen.

Für den chaotisch ausagierenden Borderline-Patienten mit seinen vielschichtig und vielfältig zersplitterten Erfahrungs- und Identitätspotentialitäten ist die zentrale und verlässliche Präsenz des Therapeuten von existentieller Wichtigkeit, die dem Patienten erstmalig dazu verhilft, Ich-Gefühle abzugrenzen und zu integrieren. Für die grundsätzlich verarmte Ich-Struktur des Psychosomatikers reicht dies jedoch nicht aus. Der Therapeut muß hier in der therapeutischen Beziehung vielfältige Erfahrungen anbieten, indem er den Mut zum Agieren eingeht und Gefühle für den Patienten äußert, der dazu nicht in der Lage ist. Erst daran bilden sich überhaupt Strukturen.

Durch die im Gruppenprozeß provozierten Gegenübertragungsgefühle, die dem diffusen Kommunikationsdefizit der primären Interaktion entsprechen, versuchen die Patienten immer wieder, den Therapeuten dem mütterlichen Vorbild entsprechend zu lähmen und zu der ihnen vertrauten unlebendigen Präsenz zu machen. Diesem Angstabwehrbedürfnis muß der Therapeut ständig entgegenwirken, indem er so viel an lebendiger Präsenz anbietet, wie es ihm möglich ist. Das therapeutische Instrument besteht dabei nicht in der Interpretation, sondern in dem unter Kenntnis der Psychodynamik permanenten direkten Eingreifen innerhalb des Hier und Jetzt der Gruppensituation, was überhaupt erst eine Korrektur defizitärer Ich-Strukturen erlaubt. Der Therapeut stellt dabei seine eigene Ich-Struktur nicht so sehr als Vorbild der Abgrenzung zur Verfügung, sondern als Vorbild einer vielschichtigen Erfahrungsstruktur, indem er den Kranken an all seinen Wahrnehmungen und seinen eigenen Gefühlen und auch eigenen Erlebnisweisen teilhaben läßt. Erst durch diese Erfahrung von realen Objekten und den dabei ermöglichten Gewinn an Struktur kann die im psychosomatischen Symptom gebundene Angst als interpersonell erlebte Angst überhaupt der Bearbeitung zugänglich werden.

Ausgehend von den oben dargelegten Ausführungen über die Ich-Struktur des Psychosomatikers möchte ich deswegen in konsequenter Weise kritisch darauf hinweisen, daß eine homogene Strukturierung von Gruppen mit psychosomatisch Kranken therapeutisch nicht indiziert ist, weil der Therapeut in der Auseinandersetzung mit der verarmten Ich-Struktur des Psychosomatikers durch die vielfältigen lebendigen Ich-Potentialitäten von Borderline-Patienten unterstützt werden muß. Dies entspricht ganz den sowohl in Berlin als auch in München gemachten Erfahrungen mit derartigen Gruppen, wobei auch umgekehrt der Psychosomatiker durch seine eher rigide Ich-Struktur dem Borderline-Patienten zur Abgrenzung hilfreich zur Verfügung stehen kann.

Ich habe in meiner Arbeit versucht, die Ich-Struktur des psychosomatisch Kranken genauer zu bestimmen, da erst eine Kenntnis spezifischer struktureller Defizite im Kontext zu familien- und gruppodynamischen Prozessen eine adäquate Rekonstruktion defizitärer Ich-Anteile erlaubt. Diese besteht beim Psychosomatiker weniger in einer Abgrenzung und Integration, sondern in der Bereitstellung einer lebendigen, vielschichtigen Erfahrungsstruktur, die erst in diesem Sinne für den Psychosomatiker Abgrenzung von der primären mütterlichen Objekterfahrung bedeutet.

Demarcation of the Specific Ego-Deficit of Psychosomatic Patients as Part of the Nosology of Dynamic Psychiatry

Karin Schibalski-Ammon

The present paper describes with the basis of *Ammon's* structural concept the ego-structure in psychosomatically reacting patients in relation to their family dynamics.

In undertaking her work, the author assumed that in a relatively homogeneous group of psychosomatically reacting patients the specific structural deficit in the dynamics of the group as a whole would be reflected in a specific group structure.

It was the central aim of this work to analyse this structure and to discuss it in its significance for the patients personality structure and also in its therapeutical dimension.

For this a group consisting mainly of borderline patients was contrasted with a group of patients suffering mainly from psychosomatic symptoms. The two groups differed considerably with respect to the so-called lack of motivation. The patients of the psychosomatic group did not come on their own initiative but had been sent to the therapeutical practice by their family doctors because of physical complaints whose psychosomatic genesis the doctors had established and communicated to the patients. The problematics of experiencing suffering physically and not psychically is described by the author as specifically ego-defective behaviour in psychosomatically reacting patients. Underlying the lack of motivation is a psychic perception defect corresponding to the internalized dynamics of the primary group and of the mother who reacted to emotions and aggression in the child by abandoning him. In contrast to this the control group with mostly borderline patients was characterized by psychic disturbances which they consciously experienced in the interpersonal area and which was connected with a correspondingly higher potential of constructive aggression.

In this regard it could be established through clinical and supporting content-analytical studies of the structure of the psychosomatically ill patients as compared with the group of the borderline patients that the destructive aggression in the psychosomatically reacting patient remains bound in the body symptom and is directed against breaking of the mother-child-relationship which is destructive but experienced as consistent.

In the group of the psychosomatically ill patients the expressions of aggression were to a highly significant degree more diffuse, more indirect and more passive in comparison with the group of borderline patients where they were found to be more concrete, more direct and more active. This led to the therapeutic consequence of changing the structure of the group by introducing into it patients with borderline and psychotic personality structures respectively those who were acting out interpersonally. In coping with the

poor ego-structure of the psychosomatically ill patient the therapist must then be supported by the manifold lively ego-potentialities of borderline patients.

While to the borderline patient the therapist makes his own ego-structure available as a model for demarcation he has to act for the psychosomatically ill patient as a model of a flexible ego-structure of experiencing which, to this patient, will only then and in this sense mean demarcation from the experience of his mother.

Literatur

- Ammon, G.* (1974): Psychoanalyse und Psychosomatik (München: Piper)
 – (1976): Das Borderline-Syndrom – ein neues Krankheitsbild. In: *Dyn. Psychiat.* (9) 317–348
 – (1978a): 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
 – (1978b): Die psychosomatische Erkrankung als Ergebnis eines Ich-strukturellen Defizits. In: *Dyn. Psychiat.* (11) 287–299
Beck, B.; Bott, C.; Rock, W.; Wiehl-Volbehr, A. (1978): Methodische Ansätze zu einer objektivierenden Ich-strukturellen Diagnostik. In: *Dyn. Psychiat.* (11) 152–164
Cremerius, J. (1977): Kritik des Konzeptes der „Psychosomatischen Struktur“. In: *Psyche* (31) 293–318
De M'Uzan, M. (1977): Zur Psychologie der psychosomatisch Kranken. In: *Psyche* (31) 318–333

Adresse der Autorin:
 Dr. med. Karin Schibalski-Ammon
 Tengstr. 38
 8000 München 40

Die Rolle der Psychosomatik in der Dynamischen Psychiatrie**

Hartwig Volbehr*

Der Autor wirft die Frage auf, ob die Konzeption der psychosomatischen Erkrankung als einer Krankheitseinheit überhaupt möglich ist oder ob nicht vielmehr die psychosomatische Reaktion als eine Reaktionsmöglichkeit neben anderen angesehen werden muß, die bei jeder Art einer psychischen Erkrankung auftreten kann.

Vor diesem Hintergrund gibt der Autor einen Überblick über die Entwicklung einer psychoanalytischen Psychosomatik. Er setzt sich mit der Freudschen Unterscheidung zwischen dem körperlichen Symptom als Konversionssymptom und als Äquivalent des Angstanfalls auseinander, die den Grundstein legte für die Spaltung der psychosomatischen Krankheitseinheit in solche, die behandelbar und solche, die als untherapierbar gelten. Einen grundlegend neuen Ansatz erfuhrt die psychoanalytische Psychosomatik durch den Ich-strukturellen Ansatz, wie er von Günter Ammon entwickelt wurde.

Die psychosomatische Reaktion kann dann als ein möglicher Versuch der Kompensation bzw. der Anpassung an die defizitäre emotionale Interaktion innerhalb der Beziehung des Kindes zur Mutter bzw. Primärgruppe begriffen werden.

Im Rahmen der therapeutischen Konzeption der Dynamischen Psychiatrie findet dies seinen Ausdruck darin, daß Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen am erfolgreichsten in möglichst heterogenen, d. h. nicht speziell „psychosomatischen“ Gruppen behandelt werden.

Anschließend zeigt der Autor an Hand zweier Fallvignetten die enge Beziehung zwischen Ich-Struktur und Körper-Ich-Struktur auf.

Die Begriffe „Psychosomatik“ und „Psychosomatische Medizin“ umfassen heute eine Reihe unterschiedlicher Forschungsrichtungen, die in ihren wissenschaftlichen und methodischen Ansätzen wenig Gemeinsamkeiten haben. Erwähnt seien hier nur die Forschungen auf den Gebieten der experimentellen Psychophysiologie, der Streßforschung, der Bio-feed-back-Untersuchungen, der Sozialmedizin und schließlich der Psychoanalyse.

Das Gemeinsame dieser Ansätze ist, daß sie alle als eine Reaktion auf den ausgeprägten Dualismus von Psyche und Soma im positivistischen wissenschaftlichen Denken der Medizin des 19. Jahrhunderts und auf die sich hieraus entwickelnde, zunehmend rein somatisch orientierte Schulmedizin zu verstehen sind.

Ich möchte einführend einen kurzen Überblick über die Entwicklung einer psychoanalytischen Psychosomatik geben, wie sie ausführlich von Ammon in seinem 1974 erschienenen Buch „Psychoanalyse und Psychosomatik“ dargestellt wurde.

Der Begriff „Psychosomatische Medizin“ wurde von Felix Deutsch (1922) geprägt. Er verstand darunter eine psychoanalytische Medizin, von der er sich eine Wiederversöhnung von Psychoanalyse und Medizin versprach.

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

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

Freud hingegen, der keine einheitliche psychosomatische Konzeption hatte, verwendete den Begriff „Psychosomatische Medizin“ nicht. Er unterschied zwei grundsätzlich verschiedene Ursachen psychosomatischer Symptome, nämlich das Symptom als Konversion eines neurotischen Konfliktes ins Körperliche und das Symptom als Äquivalent des Angstanfalls. Die eigentlichen psychisch bedingten körperlichen Symptome waren für ihn lediglich die Konversionssymptome, wobei er mit „Konversion einen Sprung aus dem Seelischen in die somatische Innervation“ bezeichnete. Er führt dies in seiner Arbeit „Die Abwehr – Neuropsychosen“ (1894) aus und stellt fest, daß bei der Hysterie die Unschädlichmachung der unerträglichen Vorstellung dadurch erfolgt, daß die Erregungssumme ins Körperliche umgesetzt wird, wofür er den Namen „Konversion“ vorschlägt. Wie bei allen Psychoneurosen wird nach *Freuds* Meinung durch das Symptom, im Falle der Konversion durch das körperliche Symptom, das Ich von einem Konflikt mit unbewußten Triebimpulsen befreit. Die Aufdeckung dieses unbewußten Konfliktes führt zur Heilung. Eine gänzlich andere Ursache für psychosomatische Symptomentstehung sieht *Freud* im körperlichen Symptom als „Äquivalent des Angstanfalls“ bei der sogenannten Angstneurose. Da ihm jedoch die körperliche Symptomatik dieser Patienten und die dahinter liegende Angst psychoanalytisch nicht angebar erschien, schloß er, daß es sich hier nicht um eine verdrängte Vorstellung bzw. einen intrapsychischen Konflikt handele. Das organische Symptom sieht er als das Ergebnis einer Ablenkung somatischer Erregung, der sozusagen der Zugang zum Psychischen verwehrt wird. Das Problem der Angst – oder Aktual-Neurose biete für die Psychoanalyse keine Anhaltspunkte, sondern müsse der biologisch-medizinischen Forschung überlassen werden.

Für die psychosomatische Medizin hatte diese Konzeption *Freuds* weitreichende Folgen, da hiermit die Unverstehbarkeit bestimmter psychosomatischer Erkrankungen, d. h. das Dogma der Unmöglichkeit einer kausalen Therapie in das psychosomatische Denken eingeführt wurde. Außerdem setzt *Freud* hier bereits den Keim der Spaltung in eine psychosomatische Medizin, die sich an der Psychoanalyse und eine, die sich an der organischen Schulmedizin orientiert, wenn er sagt, daß die Psychoneurosen, d. h. beispielsweise die psychosomatischen Symptome i.S. einer Konversion zum Zuständigkeitsbereich der Psychoanalyse gehören, die psychosomatischen Symptome als Äquivalent des Angstanfalls bei der Angstneurose jedoch zum Zuständigkeitsbereich der biologisch-organischen Medizin.

Hieraus wird verständlich, daß die Weiterentwicklung der psychoanalytisch orientierten psychosomatischen Medizin in der Folge einen Weg beschreitet, der einseitig am Konfliktmodell des Neurosenkonzeptes orientiert ist. Zwar wurde besonders durch die Forschungen von *Franz Alexander* versucht, auch für psychosomatische Erkrankungen, die sich nicht als hysterische Konversionssymptome verstehen lassen, ein psychoanalytisches Verständnismodell zu entwickeln. Alle diese Modelle bewegen sich jedoch in

den Grenzen des Neurosenkonzeptes und führten letztlich zur pessimistischen und resignierten Einstellung der orthodoxen Psychoanalyse gegenüber den psychosomatischen Erkrankungen. Hat sich doch an der bereits von *Freud* getroffenen Feststellung, daß sie mit den psychoanalytischen Methoden des Neurosenkonzeptes in der Regel nicht angebar sind, nichts geändert.

Eine grundlegende Neuorientierung erfuhr die psychoanalytische Psychosomatik durch den Ich-strukturellen Ansatz, wie er von *Ammon* entwickelt wurde. Die Analyse der Ich-Struktur eines Patienten und die Verstehbarkeit seiner Symptomatik, z. B. einer psychosomatischen, aus dieser Ich-Struktur heraus, führt zu einem weit über die Analyse eines intrapsychischen Triebkonfliktes hinausgehenden grundsätzlich neuen Verständnis eines Menschen und seiner Erkrankung. Anknüpfend an *Freuds* sehr richtiger Beobachtung, daß ein psychosomatisches körperliches Symptom bei der Angstneurose den Angstanfall ersetzen kann, läßt sich aus Ich-struktureller Sicht sagen, daß bei Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen ganz besonders die Ich-Funktion der Angst auf Grund eines weitreichenden Defizits im Bereich der zentralen Ich-Struktur so weit geschädigt ist, daß eine bewußte Auseinandersetzung mit dieser Angst nicht möglich ist und sie kompensatorisch auf der Körper-Ich-Ebene ausgedrückt wird. Die Angst ist jedoch nur ein Aspekt eines komplexen psychischen Geschehens.

Mit seinem psychoanalytischen Konzept der psychosomatischen Erkrankung setzt *Ammon* eben da an, wo *Freud* resigniert eine Sackgasse gesehen hatte. Erst hierdurch läßt sich das gesamte Spektrum der psychosomatischen Erkrankungen in die Psychoanalyse integrieren. Diese Psychoanalyse kann jedoch nur innerhalb der ganzheitlichen Grundkonzeption der Dynamischen Psychiatrie verstanden werden, welche das gesamte Umfeld des leidenden Menschen und die psychische, somatische und soziologische Seite des Krankheitsgeschehens mit einbezieht. Die von *Ammon* auf Grund seiner jahrzehntelangen therapeutischen Erfahrung mit psychisch und psychosomatisch Kranken entwickelte Theorie der „archaischen Ich-Krankheiten“ und des „Loch im Ich“ ist heute von ihm und seiner Schule, besonders im Hinblick auf die wissenschaftliche Erforschung der Ich-Funktionen, des Ich-strukturellen Persönlichkeitsprofils und der Störungen im Bereich der zentralen Ich-Strukturen weiterentwickelt worden. So konnte z. B. von *Beck, Bott, Rock* und *Wiehl-Volbehr* (1977) an Hand eines Fragebogens zur Ich-Funktion der Aggression der Nachweis von zwei signifikant unterschiedlichen Aggressionsformen erbracht werden. Es konnte nachgewiesen werden, daß sich bei Psychosomatikern ein besonders hohes Potential an defizitärer Aggression findet, welche proportional zur destruktiven, unbewußt nach innen, d. h. gegen den eigenen Körper gerichteten Aggression zu sehen ist.

Bei 92 von mir psychotherapeutisch behandelten Patienten fanden sich bei nur elf Patienten keine psychosomatischen Symptome. Ich möchte an dieser

Stelle anmerken, daß ich in diesem Referat nur dann von einem psychosomatischen Symptom spreche, wenn dies tatsächlich eine Ich-defizitäre Ursache und damit echten Symptomcharakter hat. Abgrenzen hiervon möchte ich psychosomatische Reaktionsweisen, die auch beim psychisch Gesunden passager vorkommen und die als Ausdruck von Angst und Trauer, z. B. in Trennungssituationen, aufzufassen sind. Auf den Begriff „Psychosomatische Erkrankung“, der oft für die sogenannten klassischen psychosomatischen Krankheitsbilder verwendet wird, werde ich gesondert eingehen.

Von den oben erwähnten 92 Patienten litten 81 vor oder während der Therapie an chronischen, rezidivierenden oder wechselnden psychosomatischen Störungen. Einige Patienten, bei denen in der Anamnese keine psychosomatischen Störungen zu eruieren waren, reagierten im therapeutischen Prozeß, z. B. bei Trennungssituationen, mit zum Teil schweren psychosomatischen Symptomen. Unter den elf Patienten ohne Psychosomatik sind jedoch einige, bei denen anderweitige Störungen des Körper-Ichs zu beobachten sind, die sich in der gestörten Beziehung zum Körper ausdrücken, z. B. durch gestörte Erlebnisfähigkeit des Körpers oder durch ein körperliches „gesünder als gesund“ mit übergroßer Angst, krank zu werden.

Von den 92 Patienten haben, aufgeschlüsselt nach der Ich-strukturellen Diagnose:

- 19 (21 %) eine neurotische Struktur
- 57 (62 %) eine Borderline-Struktur
- 6 (7 %) eine psychotische Struktur
- 9 (10 %) eine Struktur im Sinne einer narzißtischen Depression.

16 Patienten litten bei Therapiebeginn an einer schweren psychosomatischen Erkrankung, zwei mit einer Struktur im Sinne einer narzißtischen Depression kamen mit Mißbildungen zur Welt, 19 Patienten kamen nur oder vorwiegend wegen ihrer Psychosomatik zur Therapie.

Alle hier aufgeführten Patienten wurden über einen längeren Zeitraum in Einzel- oder Gruppentherapie behandelt oder befinden sich noch in Behandlung. Von den 92 Patienten sind oder waren 18 Patienten in einer Gruppe, die vor ca. drei Jahren speziell als psychotherapeutische Gruppe für schwer psychosomatisch Kranke konzipiert war, dann aber aus therapeutischen Erwägungen wieder mit Patienten, die nicht primär wegen psychosomatischer Störungen eine Therapie aufsuchten, gemischt wurde.

Die Ich-strukturelle Diagnose wurde gestellt durch:

- drei Erstinterviews mit verschiedenen Therapeuten
- die Anamneseerhebung
- einen strukturierten Fragebogen zur Lebens- und Krankengeschichte
- die Überprüfung des therapeutischen Verlaufs und damit der Diagnose durch Kontrollarbeit
- die Diagnose des Co-Therapeuten in der Gruppe.

Die somatische Diagnose wurde gestellt:

- aus der Anamnese, dem Befundbericht niedergelassener Ärzte, den Krankenberichten der Kliniken.

Die auffallende Häufigkeit psychosomatischer Symptome bei dem beschriebenen Krankengut führte notwendigerweise zu der Frage nach der nosologischen Einheit der psychosomatischen Erkrankung und danach, ob das psychosomatische Symptom überhaupt als Ausdruck eines abgrenzbaren, einheitlichen Krankheitsbildes in Folge eines spezifischen Interaktionsmodus einer defizitären symbiotischen Beziehung zwischen Mutter und Kind verstanden werden kann. Die Ubiquität psychosomatischer Symptome bei Ich-defizitären Erkrankungen spricht meines Erachtens vielmehr dafür, daß es sich um einen, diesen Erkrankungen generell zur Verfügung stehenden Mechanismus handelt, um Ich-Defizite abzuwehren bzw. zu kompensieren.

Ich möchte daher im folgenden den Versuch unternehmen, an Hand der Störungen der zentralen Ich-Strukturen die psychosomatische Symptombildung als Teilaspekt der Ich-strukturellen Störung jener psychischen Erkrankungen zu beschreiben, die im Rahmen der Dynamischen Psychiatrie als differenziertes Spektrum archaischer Ich-Krankheiten zusammengefaßt werden.

Nach *Ammon* entwickelt das Ich die primär gegebenen Ich-Kerne im Medium der Gruppe zu einer flexibel abgegrenzten Ich-Struktur mit zentralen und sekundären Ich-Funktionen. Auch das Körper-Ich differenziert sich aus einem primär angelegten Ich-Kern, wird zu einem wichtigen Teil der zentralen Ich-Struktur im Sinne von Körper-Ich-Identität und erhält funktionalen Charakter, wenn man von Körper-Ich-Regulation, Körper-Ich-Gefühl oder Körper-Ich-Wahrnehmung spricht.

Die Identitätsentwicklung eines Menschen in der frühen Kindheit vollzieht sich im Schutz der Mutter-Kind-Beziehung an der Grenze von Ich und Primärgruppe. Gelingende Ich-Entwicklung setzt voraus, daß die emotionalen Bedürfnisse befriedigt werden und daß über diese Bedürfnisse eine Auseinandersetzung stattfinden kann. Hierbei spielen die Ich-Funktionen der konstruktiven Aggression und der Ich-Abgrenzung eine wichtige Rolle und erfahren entscheidende Impulse für ihr späteres Schicksal. Auf einer frühen Objektstufe wird diese Auseinandersetzung besonders auch mittels der Körpersprache auf der Körper-Ich-Ebene geführt.

Wenn eine Mutter auf Grund ihres eigenen Identitätskonfliktes und der hieraus resultierenden Schuldgefühle direkte emotionale und aggressive Auseinandersetzungen nicht zulassen kann und damit konstruktive Abgrenzungsschritte des Kindes verhindert, wird von Seiten des Kindes und der Mutter eine Ebene der Auseinandersetzung gesucht, die einerseits Abgrenzungsschritte ermöglicht und andererseits die Mutter-Kind-Beziehung stabilisiert. Diese Ebene ist sehr häufig die Ebene des Körper-Ichs, da die Mutter ihre Schuldgefühle durch materielle Versorgung und Sorge um den Körper

des Kindes kompensieren kann. So beschreibt *Gisela Ammon* (1973) in ihrer Arbeit über „Vorstufen psychosomatischer Erkrankungen“ im Rahmen ihrer Erfahrungen im Psychoanalytischen Kindergarten vorwiegend hilflose und ratlose Mütter, die im Leben nur schwer zurecht kommen, das Kind quasi als Stütze verwenden, von ihm abhängig sind und die nach außen angepaßt und aggressionsgehemmt wirken. Sie betont, daß diese Mütter sich in ihrer Rolle als Mutter in ihrer umgebenden Gruppe nicht anerkannt und sicher fühlen und daß hieraus oft destruktive Rivalitäten innerhalb der Primärgruppe um die Rolle der besseren Mutter entstehen, die zur Überprotektivität, besonders in Bezug auf die Sorge um die Körperlichkeit des Kindes führt.

Der Körper des Kindes wird im Sinne eines dritten Objektes Träger der Ersatzkommunikation mit der Mutter und der Primärgruppe, d. h. die körperliche Erkrankung des Kindes ist Ausdruck der pathogenen Dynamik der gesamten Primärgruppe. Der Körper wird aber auch Träger der deformierten konstruktiven Aggression zwischen dem Kind und seiner Umwelt. Die defizitäre bzw. kompensatorische Entwicklung des Körper-Ichs ist jedoch nur ein Teilaspekt der defizitären Entwicklung des Kindes innerhalb seiner Primärgruppe. Schwere Störungen im Bereich des Körper-Ichs werden immer auch mit Störungen im Bereich der übrigen zentralen Ich-Strukturen einhergehen. Das Körper-Ich stellt somit nur eine Möglichkeit neben anderen dar, kompensatorisch die defizitäre Mutter-Kind-Beziehung zu stabilisieren. Ich meine, daß unabhängig von der Art und von dem Ausmaß des Defizits im Bereich der zentralen Ich-Struktur, d. h. unabhängig von der Art der Ich-defizitären Erkrankung, eine psychosomatische Reaktion zur Integration des Ichs dienen kann. Die Schädigung im Bereich des Körper-Ichs ist nie ein isoliert auftretendes Phänomen, sondern ist immer der Ausdruck der defizitären Entwicklung mehrerer zentraler Ich-Funktionen und der Identität eines Menschen. Auf Grund des hier ausgeführten und auf Grund der praktischen Erfahrung läßt sich feststellen, daß im gesamten Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten psychosomatische Störungen in einem gleitenden Spektrum auftreten. Den hier aufgegriffenen Gedanken formulierte *Pohl* (1972) folgendermaßen: „Psychische Erkrankungen mit somatischer Symptombildung lassen sich demnach im Sinne einer gleitenden Skala nach dem Ausmaß der im Rahmen der Ich-Entwicklung erfolgten primären und sekundären Funktionsstörungen anordnen.“

Durch den Ich-strukturellen Ansatz, der sich nicht nur auf eine phänomenologische Beschreibung von Krankheitsbildern beschränkt, sondern die Krankheit in Bezug zum ganzen Menschen und seiner Geschichte versteht, wird die psychosomatische Medizin integrierter Bestandteil der Dynamischen Psychiatrie. Ich möchte im folgenden versuchen, das gleitende Spektrum der psychosomatischen Störungen in Beziehung zum Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten zu setzen und werde dabei auf die den schweren Formen psychosomatischer Erkrankungen zugrundeliegende Ich-Struktur und Dynamik etwas ausführlicher eingehen.

Die Zuordnung auf dem Spektrum psychosomatischer Symptome wird einerseits durch das sich körperlich manifestierende Symptom und andererseits durch die zugrundeliegende Ich-Struktur determiniert. Von entscheidender Bedeutung für die körperliche Manifestation des Symptoms ist dabei der psychophysische Zusammenhang, der noch erhalten und erlebbar oder nicht mehr direkt erkennbar sein kann, die Flexibilität, die an der Fähigkeit zu vorübergehender Symptomaufgabe oder zu Symptomwechsel ablesbar ist und schließlich der somatische Schweregrad, der sich darin ausdrückt, ob das Symptom funktionell ist, ob morphologische Organveränderungen bestehen und inwieweit es eine lebensbedrohliche Situation hervorruft. Die Beurteilung der zugrunde liegenden Ich-Struktur bezieht sich auf das Ausmaß der Ich-strukturellen Schädigung und die dadurch gegebene Zuordnung zu den verschiedenen Formen der archaischen Ich-Krankheiten.

Auf der einen Seite der Skala finden sich Symptome, denen eine Dynamik mehr im Sinne eines neurotischen Konversionssymptoms zugrundeliegt, wenn auch hier, wie *Pohl* (1972) zeigen konnte, archaisch Ich-defizitäre Anteile regelmäßig nachweisbar sind. Dann folgen die psychosomatischen Störungen bei Patienten mit Ich-strukturellen Schädigungen im Sinne des Borderline-Syndroms und im Sinne psychotischer Reaktionsformen. Hier handelt es sich nach meinen Beobachtungen mehr um funktionelle, entweder rezidivierende oder auch durch Symptomwechsel gekennzeichnete körperliche Störungen, wobei auch die anderen Ich-defizitären Anteile der Ich-Struktur im Wechsel als psychische Symptombildungen in den Vordergrund treten können.

Die andere Seite der Skala bilden die psychosomatischen Erkrankungen mit morphologisch faßbaren Organveränderungen, mit verselbständigter, starr abgespaltener Symptomatik und ohne direkt erkennbaren und erlebbaren psychophysischen Zusammenhang. Hierzu sind die sogenannten klassischen psychosomatischen Erkrankungen wie Anorexia nervosa, Asthma-Bronchiale, Colitis ulcerosa etc. zu zählen.

Von *Meng* (1934) wurde für diese Gruppe von psychosomatischen Erkrankungen der Begriff „Organpsychose“ vorgeschlagen, da er, noch ganz der Libido-Theorie verhaftet, bei diesen Patienten „einen völligen Rückzug der narzißtischen Libido und eine Verschmelzung des Ichs mit dem triebhaften Es“, ähnlich wie bei der Psychose, vermutete. *Ammon* (1973) nahm den Begriff der Organpsychose wieder auf, weil er bei der klinischen Arbeit häufig den Wechsel zwischen psychosomatischem Symptom und psychotischer Desintegration beobachten konnte. Er bemerkt dazu: „daß in beiden Fällen die integrierende Funktion der Ich-Grenze gestört ist“ und „durch eine partielle Desintegration des Körper-Ichs die Intaktheit der übrigen Ich-Bereiche bewahrt wird.“

Ich möchte nochmals auf *Meng* zurückgreifen, der neben seiner unzureichenden psychogenetischen Erklärung jedoch eine gute Beschreibung dieses

Krankheitsbildes gibt, die er in dem Satz zusammenfaßt: „Die Adynamie und Apathie des Organpsychotikers ist eine Wiederholung des libidolosen Seins, das nur nicht stirbt.“

Die durch diesen Satz ausgedrückte tiefe Verlassenheit, weil keine inneren Objekte zur Verfügung stehen, trifft auch auf unsere klinische Erfahrung mit diesen Patienten zu und entspricht meines Erachtens mehr dem Krankheitsbild der narzißtischen Depression (nach *Ammon*) bzw. der anaklitischen Depression (nach *Spitz*), als dem der Psychose. Der Begriff „narzißtische Depression“ gibt einen Hinweis auf die durch ein schweres narzißtisches Defizit geprägte zentrale Ich-Struktur dieser Patienten. Der Begriff „anaklitisch“ drückt die für diese Patienten notwendige ständige konkrete Anwesenheit äußerer Objekte bei völligem Fehlen verfügbarer innerer Objekte aus. *Spitz* (1946) hatte beobachtet, daß bei Säuglingen, die zunächst eine unauffällige Entwicklung zeigten, ein Zustand völliger Kontaktverweigerung, Lethargie und motorische Verlangsamungen auftraten, nachdem sie von ihrer Mutter verlassen worden waren. Er hält den konkreten Entzug affektiver Zuwendung für das klinische Bild der anaklitischen Depression bei Säuglingen verantwortlich.

Ich möchte hier zur Diskussion stellen, ob es nicht auch einem Entzug affektiver Zufuhr gleichkommt, wenn eine identitätsgestörte und erfahrungsunfähige Mutter bzw. Primärgruppe nach der normalen frühen Phase einer nahezu ausschließlichen Interaktion und Zuwendung auf der Körperebene nicht in der Lage ist, neue emotionale Ebenen der Interaktion mit dem Kind zuzulassen und wenn sie identitätsverweigernd mit verstärkter Sorge um den Körper des Kindes reagiert, wie dies bei psychosomatisch krankmachenden Müttern angenommen werden muß. Eine gelungene Mutter-Kind-Symbiose, die eine lebendige, d. h. veränderbare Interaktion voraussetzt, wird in dem Augenblick pathologisch, in dem eine neue Ebene der Interaktion und Auseinandersetzung verweigert wird.

Schwere Defizite im Bereich der zentralen Ich-Struktur und die ständige Angst, die konkreten Objekte zu verlieren, machen den psychosomatischen Patienten unfähig, aggressive Auseinandersetzung zu führen, Angst und Trauer zu erleben und seine Gefühle zu integrieren. Bei schweren Formen psychosomatischer Erkrankungen, hier in Beziehung zur narzißtischen Depression gesetzt, wird die tiefe innere Verlassenheit, die Unfähigkeit zur identifikatorischen Beziehungsaufnahme und die schwere Identitätsstörung mittels des psychosomatischen Symptoms abgewehrt. Die destruktive Aggression wird nicht gegen das eigene Ich, sondern gegen einen als außerhalb des Ichs erlebten Teil des Ichs, nämlich das Körper-Ich, gerichtet. Der Körper wird zum Träger der destruktiven Aggression und zugleich Mittel der Kontaktaufnahme zur Umwelt. Im Rahmen der frühkindlichen Beziehung dieser Patienten zur Mutter bzw. Primärgruppe, trat hier der Körper und seine materielle Versorgung an die Stelle der direkten emotionalen Interaktion und Auseinandersetzung. Zuwendung, die sich auf die Sorge um den

Körper des Kindes beschränkte, wechselte mit tiefem Verlassensein, da auf die eigentlichen Bedürfnisse des Kindes nicht eingegangen werden konnte.

Die Rolle des Körpers ist bei Patienten mit psychosomatischer Symptomatik zunächst die eines dritten Objektes, welches zur Aufrechterhaltung der Kommunikation mit der Mutter bzw. der Umwelt dient. Bei Abwesenheit der Mutter kann der Körper, wenn kein Übergangsobjekt gebildet werden konnte, an die Stelle der Mutter treten und stellt dann im Sinne eines, ich möchte fast sagen autistischen Ersatzobjektes, die Mutter selbst dar. Auch A. Freud (1945) und Buxbaum (1970) haben darauf hingewiesen, daß physische Reaktionen ein typisches Reaktionsmuster auf Trennungssituationen im Säuglingsalter darstellen. Der Beginn gerade der schweren psychosomatischen Erkrankungen auch im Erwachsenenalter fällt ebenfalls häufig mit der konkreten Trennung, z. B. durch Tod von der Mutter bzw. der primären Bezugsperson zusammen. Da der Körper, der hier als Mutterersatz dient, ein Teil des eigenen Ichs ist, muß keine ständige Trennungs- und Verlustangst erlebt werden. Außerdem wird die destruktive Aggression, da sie innerhalb des eigenen Ichs auf der Körperebene gebunden ist, stärker unter der Kontrolle des Ichs gehalten als z. B. beim psychotischen paranoiden Wahngeschehen und wird dadurch als weniger bedrohlich erlebt, wenn auch die realen Auswirkungen oft wesentlich selbstdestruktiver sind.

Die Beziehung zwischen schwerer psychosomatischer Erkrankung und narzißtischer Depression möchte ich an Hand des Behandlungsverlaufs einer 44jährigen Patientin mit einer Anorexia nervosa, welche sechs Jahre zuvor direkt nach dem Tod der Mutter aufgetreten war, darstellen.

Die Patientin hatte bei Beginn ihrer Gruppenspsychotherapie kein Empfinden für das lebensbedrohliche Ausmaß ihrer Erkrankung – sie wog damals nur 32 Kilo und mußte zunächst auf einer internistischen Intensivstation behandelt werden – und sie war nicht aus eigener Motivation zur Therapie gekommen. In der ersten Phase des therapeutischen Prozesses konnte sie ausschließlich auf einer konkretistischen, symptomorientierten und angepaßt freundlichen Ebene kommunizieren. Familie und aktuelle Lebensgruppe wurden von ihr durch eine „heile-Welt-Fassade“ der therapeutischen Bearbeitung entzogen.

Motivationslosigkeit, Angepaßtheit und rein symptomorientierte Kommunikation ohne Fähigkeit, Einsicht in den Hintergrund der Erkrankung zu gewinnen, sind typisch für die Dynamik von Patienten mit schweren psychosomatischen Erkrankungen und können als Widerspiegelung der Primärgruppensdynamik verstanden werden. Die Patienten bewahren sich dadurch das „Als-Ob“-Existenzgefühl einer Pseudoidentität, verzichten aber auf Identitätsschritte und auf Lebendigkeit i. S. von Veränderung. Aktives Durchbrechen dieser Abwehrfassade kann Therapieabbruch oder Verschlimmerung der Symptomatik bewirken. So erlebte die Patientin das Hinterfragen ihrer äußerlichen Fassade als tödliche Bedrohung und fuhr, ohne darüber zu kommunizieren, fluchtartig in einen längeren Kuraufenthalt. Wäh-

rend dieser Zeit des konkreten Getrenntseins von der Gruppe verfiel sie in eine tiefe Depression und erlebte erstmals in ihrem Leben ihre völlige innere Leere und Objektlosigkeit. Es wurde deutlich, daß sie mit ihrer Psychosomatik tiefe Verlassenheit und starke destruktive Aggression abgewehrt hatte und daß sie dann, als sie dies nicht länger aufrecht erhalten konnte, ihre Angst fast wie eine verzweifelte letzte Maßnahme paranoisch auf die Gruppe projizierte und schließlich durch das selbstdestruktive Verlassen der Therapie – die Gruppe hatte dies als symbolischen Selbstmord erlebt – ihrer Angst alleine ausgesetzt war. Ich meine, daß es sich bei diesem Geschehen nicht einfach um eine Symptomverschiebung handelte, sondern daß die beinahe psychotische Desintegration bei der Flucht aus der Gruppe und die nachfolgende Depression erst durch das allmähliche Bewußtwerden der inneren Realität der Patientin möglich war und einen Wendepunkt in der Therapie darstellte. Als die Patientin wieder in die Gruppe zurückkam, konnte sie erstmals offen über ihre Ängste sprechen und zur Gruppe direkten, emotionalen Kontakt aufnehmen, indem sie unter Tränen äußerte, wie sehr ihr die Gruppe gefehlt habe. Im weiteren therapeutischen Prozeß entwickelte die Patientin eine Herzsymptomatik mit Angina-pectoris-artigen Beschwerden, wobei die Fähigkeit, Angst und Schmerz erleben zu können, wieder in das Körper-Ich-Gefühl integriert worden war und als nachholender Entwicklungsschritt des Körper-Ichs verstanden werden kann. Die Patientin konnte dann zunehmend ihre Lebens- und Identitätsangst zulassen, ihre psychosomatischen Symptome weitgehend aufgeben und reale Veränderungen ihrer Lebenssituation aktiv gestalten.

Ich habe eingangs erwähnt, daß die am Triebkonflikt orientierte psychoanalytische Psychosomatik nicht in der Lage war, ein effektives therapeutisches Instrument zu erstellen. Die Dynamische Psychiatrie hat durch ihre Ich-strukturelle therapeutische Konzeption, die an der Frage nach der Identität, d. h. wie *Ammon* dies ausdrückte, nach dem „Wer bin ich“ und nicht nach dem „Was habe ich“ ansetzt, gerade auch für psychosomatisch Kranke geeignete Behandlungsformen geschaffen. An erster Stelle ist dabei die analytische Gruppenpsychotherapie zu nennen. Die Gruppe bietet den schützenden Rahmen, in dem sich die nachholende Identitätsentwicklung mittels der Hilfs-Ich-Funktion anderer Gruppenmitglieder vollziehen kann.

Ich möchte dies an einer Vignette aus einem gruppentherapeutischen Prozeß schildern:

Ein 39jähriger Patient mit einer Colitis ulcerosa begann sich immer stärker mit einer Fantasiewelt aus Büchern zu umgeben und flüchtete dorthin, sowohl vor der Familie als auch vor der therapeutischen Gruppe. Er las vorwiegend psychoanalytische Literatur, um gegen die Gruppe „gewappnet“ zu sein. Die Bedeutung seiner Bibliothek als Festung, hinter der er sich verschanzte, wurde von der Gruppe erkannt und es wurde festgestellt, daß er sich in seinem bürokratischen Beamtenberuf auch hinter Büchern und Akten verschanzt habe. Er konnte nicht verstehen, was die Gruppe ihm sagen woll-

te und meinte nur ganz konkretistisch, daß dies ja gar nicht stimme, da die Akten im Nebenzimmer seien. Eine Mitpatientin träumte hierauf folgenden Traum: Die Gruppe badet in einem Fluß, in dem viele Bücher schwimmen und weggeschwemmt werden. Sie und andere Gruppenmitglieder versuchen, möglichst viele Bücher an Land in Sicherheit zu bringen und zu trocknen.

Dieser Traum, der vom Patienten selbst nicht geträumt werden konnte, drückt seinen Konflikt deutlich aus: Einerseits muß die durch die Bücher symbolisch dargestellte Fassade seiner Pseudoidentität mit Hilfe des therapeutischen Prozesses aufgeweicht werden. Andererseits wird im Traum aber auch seine Angst davor verstanden und die Gruppe zeigt ihm, daß sie ihm helfen will, diese Fassade soweit wie nötig und möglich beizubehalten.

Dieses Beispiel verdeutlicht die Notwendigkeit, dem Patienten ein therapeutisches Milieu zur Verfügung zu stellen, in welchem er Partner findet, mit denen er sich in seiner Angst verbinden kann, welches ihm aber zugleich ermöglicht, die Angst durch die Hilfs-Ich-Funktionen anderer Patienten zu erkennen und zu bearbeiten. Dabei ist es von besonderer Wichtigkeit, daß sich die therapeutische Gruppe aus Patienten zusammensetzt, die in ihren strukturellen Defiziten das gesamte Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten repräsentieren. Erst dadurch wird es möglich, daß sich die verschiedenen Formen von Ich-Defiziten und die damit verbundenen Ängste ergänzen und auch dem schwerer Ich-Kranken eine nachholende Ich-Entwicklung gestatten.

Am Berliner Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik wurden vor einigen Jahren drei psychotherapeutische Gruppen aufgebaut, die sich nur aus Patienten mit schweren psychosomatischen Erkrankungen zusammensetzten. Diese Patienten waren zum größten Teil ausschließlich wegen ihrer körperlichen Symptome zur Therapie gekommen oder waren von Kollegen oder Kliniken überwiesen worden. Es stellte sich heraus, daß auf Grund der strukturellen Ähnlichkeit tiefer gehende therapeutische Arbeit kaum möglich war und die Interaktion über konkrete Belange der einzelnen, besonders auch in Bezug auf das Symptom, eine Gruppensituation bewirkte, die oft den Charakter einer allgemeinen Lebensberatung trug. Wenn sich die Patienten auch allein durch die reale Existenz der Gruppe relativ wohl fühlten, wurde doch zunehmend deutlich, daß es sich um ein massives unbewußtes Abwehrbündnis der Gruppe handelte, welches nur durch Umstrukturierung der Gruppe und Mischen der Patienten mit weniger oder anderen Störungen der Ich-Struktur durchbrochen werden konnte. Erst danach konnten die Patienten, je nach Ich-Struktur unterschiedlich schnell und flexibel, die Ebene der konkreten Kommunikation über dritte Objekte verlassen. Dabei war jedoch immer wieder zu beobachten, daß Patienten mit einer psychosomatischen Erkrankung i. S. einer narzißtischen Depression hierbei den Kontakt zur Gruppe zu verlieren drohen. Der Therapeut muß dann aktiv den Kontakt durch direkte Auseinandersetzung mit dem Patienten wiederherstellen und ihm ein Bündnis mög-

lichst über gesunde Ich-Anteile des Patienten anbieten, um diesen in der Gruppe zu halten und zu tragen.

Es war mein Anliegen, in diesem Referat das Ich-strukturelle und gruppenbezogene neue Verständnis der psychoanalytischen Psychosomatik aufzuzeigen. Durch das gleitende Spektrum psychosomatischer Symptome, welches zum Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten in Beziehung gesetzt werden kann, erhielt die psychosomatische Medizin für die Dynamische Psychiatrie eine besondere Bedeutung. Umgekehrt scheint mir aber auch eine psychosomatische Medizin ohne das Grundverständnis der Dynamischen Psychiatrie, welche die Interdependenz von Körper, Psyche und Gesellschaft in ihre theoretische und praktische Arbeit mit einbezieht, nicht denkbar. Erst dadurch wird die psychosomatische Medizin zu dem, was sie immer bleiben muß, nämlich eine interdisziplinäre Wissenschaft, welche in allen Bereichen der Medizin den psychosomatisch Kranken aus der inneren Isolierung einer einseitig organisch orientierten Medizin befreit.

The Role of Psychosomatics in Dynamic Psychiatry

Hartwig Volbehr

In his introduction the author discusses *Freud's* distinction between the physical symptom as a conversion symptom an equivalent of the anxiety attack. This distinction laid the foundation for the schism of the unified psychosomatic illness into such illnesses that are treatable according to the neurosis concept and those that are considered to be untreatable. The author sees the important service rendered by *Ammon* to psychosomatic medicine in that he, *Ammon*, by his ego-structural approach, has created a new understanding and a therapeutic method which is applicable to all psychosomatic illnesses.

The ubiquity of psychosomatic symptoms in ego-deficient illnesses (the author established that approximately 85 % of the patients psychotherapeutically treated by him suffer from psychosomatic disturbances of all degrees) allows the conclusion that the question of psychosomatic illnesses ist not one of a definable and unified illness but rather the question of the physical symptom formation as a mechanism which is general in archaic ego-illnesses in order to ward off or compensate ego-deficits. As a result of this, there arises the concept of a gliding spectrum of psychosomatic symptoms. This spectrum can be put in relation to the spectrum of archaic ego-illnesses. Coordination in the spectrum of psychosomatic symptoms ist determined, on the one hand, by the physically manifested symptom and, on the other hand, by the underlying ego-structure. The spectrum of psychosomatic symptoms extends from psychosomatic reactions of healthy individuals in

special living situations, over the so called neurotic conversion syndrome, the more functional disturbances in the borderline syndrome and in psychotic-reaction forms up to the psychosomatic illness with morphologically tangible organ changes in terms of an "organ psychosis" as the expression of a severe narcissistic depression (*Ammon*).

Here psychosomatic symptom serves as resistance against and compensation of deep abandonment fears and inner emptiness.

The author then presents the close relationship between psychosomatics and depression and the changing symptom formations due to the specific ego-structure in the case example of a female patient with anorexia nervosa.

The appropriate instrument for treatment is the analytical group-psychotherapy, with groups being as heterogeneous as possible in terms of the ego-structures of its members.

In his paper the author understands psychosomatic medicine as an interdisciplinary science which, by new ego-structural understanding in dynamic psychiatry, is able to free the psychosomatically ill patient from the isolation of onesided, organically oriented, school medicine.

Literatur

- Alexander, F.* (1951): Psychosomatische Medizin (Berlin: de Gruyter)
- Ammon, Gisela* (1972): Vorstufen Psychosomatischer Erkrankungen. In: Dyn. Psychiat. (5) 11–32
- (1976): Kindliche Borderline-Phänomene im Kindergarten. In: Dyn. Psychiat. (9) 451–465
- Ammon, Günter* (1972): Zur Genese und Struktur psychosomatischer Syndrome unter Berücksichtigung psychoanalytischer Technik. In: Dyn. Psychiat. (5) 223–251
- (1973): Dynamische Psychiatrie. (Darmstadt und Neuwied: Luchterhand)
- (1974): Psychoanalyse und Psychosomatik (München: Piper)
- (1977): Psychosomatic Illness as a Result of a Deficit in Ego-Structure under Consideration of the Genetic, Dynamic, Structural and Group-Dynamic Point of View, Vortrag gehalten auf dem IV. Kongress des International College of Psychosomatic Medicine, Kyoto, Japan
- (1978): Das Verständnis eines Entwicklungsdefizits von Ich-Strukturen in Persönlichkeit und umgebender Gruppe als Grundlage für Wissenschaft und Praxis in der Dynamischen Psychiatrie. In: Dyn. Psychiat. (11) 120–141
- Ammon, Karin* (1977): Anpassung als Abwehr der Borderline-Symptomatik. In: Dyn. Psychiat. (10) 183–195
- Buxbaum, E.* (1970): Troubled Children in a Troubled World (New York)
- 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) 152–165
- Freud, A.* (1955): Safeguarding the Emotional Health of the Children (New York: Family Serv. Ass. Am.)
- Freud, S.* (1894): Die Abwehr-Neuropsychose. Ges. W. Bd. I. (London: Imago)
- (1895): Über die Berechtigung von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomkomplex als „Angstneurose“ abzutrennen. Ges. W. Bd. I. a.a.O.
- Meng, H.* (1934): Das Problem der Organpsychose. In: Int. Z. Psychoanal. (20) 439–458
- Pohl, J.* (1972): Konversion und Psychosomatische Symptombildung. In: Dyn. Psychiat. (5) 277–289

- Spitz, R.* (1965): *The First Year of Life* (New York: Int. Univ. Press)
- Volbehr, H.* (1977): Die Beziehung zwischen psychosomatischer Erkrankung und Borderline-Syndrom. In: *Dyn. Psychiat.* (10) 253–262
- (1977): Groupdynamic Aspects of Psychosomatic Disease. In: *Proceedings of the 4th Congress of the International College of Psychosomatic Medicine, Kyoto, Japan*

Adresse des Autors:
Dr. med. Hartwig Volbehr
Sächsische Straße 43
1000 Berlin 15

Bücher- und Zeitschriftenspiegel

Gaetano Benedetti

Das Borderline-Syndrom: Ein kritischer Überblick zu neueren psychiatrischen und psychoanalytischen Auffassungen

Der Nervenarzt, Band 48, 1977, S. 641–650

Benedetti stellt den Anspruch, eine umfassende und kritische Übersicht über neuere psychiatrische und psychoanalytische Auffassungen zum Borderline-Syndrom zu geben. Er umreißt die historische Entwicklung des Borderline-Konzepts, indem er Autoren wie *Reich*, *Glover*, *Helene Deutsch*, *Zilboorg*, *Knight* nennt, ohne allerdings ihre Konzepte zu erläutern oder sie in einen systematischen Zusammenhang zu stellen. Ausführlicher schildert er nur die Erkenntnisse von *Melitta Schmideberg* (1947), deren psychotherapeutischer Ansatz für die damalige Zeit geradezu revolutionär wirkt und auch heute noch in seinen Kernpunkten gültig ist, was *Benedetti* allerdings nicht anerkennt.

Anschließend stellt er die Arbeiten von *Kernberg* vor, dessen an *Melanie Klein* orientierte Objekt-Beziehungs-Theorie mit dem damit eng verbundenen Begriff des splitting erstmals eine psychodynamische Erforschung des Borderline-Syndroms geleistet habe. Ohne daß eine Synthese sichtbar würde, reiht der Autor an diesen vorwiegend intrapsychisch verhafteten Ansatz die Untersuchungsergebnisse der mehr interaktionell ausgerichteten Familienforscher.

Unvermittelt führt er dann sein eigenes Konzept ein, in dessen Mittelpunkt er das „möglicherweise psychobiologisch mitbedingte“ Fehlen einer nicht näher definierten „Selbstidentität“ stellt, was er als „latente Psychose“ bzw. „Ichfragmentierung“ im emotionellen Bereich benennt. Der Borderline-Kranke sei im Unterschied zum Schizophrenen in der Lage, diese Fragmentierung voll wahrzunehmen, und reagiere auf diese Wahrnehmung mit Depression. Ähnlich wie der Psychotiker leide er an einer von *Benedetti* nicht definierten „narzißtischen Lücke“, wobei ihm aber der Rückzug in eine psychotische Wahnwelt verstellt sei, mit dem Ergebnis, daß er die ihm fremde Realität dauernd mit einem wiederholten Affekt der Wut erlebe.

Ein Mangel der Arbeit des prominenten Autors ist das Fehlen einer distanzierten Stellungnahme zur Entwicklung der Konzepte des Borderline-Syndroms. Es fällt schwer, seine eigene Vorstellung theoretisch einzuordnen, da er Betrachtungen zur Genese, Ich-Struktur und Psychodynamik dieses vielfältig sich manifestierenden Krankheitsbildes reduziert auf die Feststellung der „fehlenden Selbstidentität“. Entsprechend *Benedettis* Theorie der angeborenen Ich-Schwäche, die der Psychose zugrunde liege, wird auch hier die

zweifelloos richtige Beobachtung der „fehlenden Selbstidentität“ als „psychobiologisch mitbedingt“ abgetan. Erst am Schluß des Aufsatzes spricht *Benedetti* von einer „neuen Ich-Psychoanalyse“, die in größerem Ausmaße als die orthodoxe eine „Psychoanalyse des Ichs“ sei. Wir erfahren jedoch nicht, wen er als Vertreter dieser neuen Psychoanalyse versteht, auch nicht, ob er selbst dazu gehört. Für *Benedetti* scheint die neue Richtung eher eine Hoffnung oder Forderung als eine Realität zu sein.

So wirkt es umso befremdlicher, daß der Autor völlig auf eine Auseinandersetzung mit dem Konzept *Günter Ammons* und der Berliner Schule der Deutschen Akademie für Psychoanalyse verzichtet, in dem das Borderline-Syndrom als exemplarische Identitätserkrankung begriffen und sein Zusammenhang mit einer pathogenen und identitätsverweigernden Dynamik der Primärgruppe herausgearbeitet wird. *Ammon* hat schon seit langem das geleistet, was *Benedetti* als Tendenz der neuen Ich-Psychoanalyse beschreibt: „Das ganze Verhalten der Person anders als vom klassischen *Freudschen* triebdynamischen Gesichtspunkt zu betrachten“. 1976 widmete die Deutsche Akademie für Psychoanalyse erstmalig in Deutschland einen internationalen wissenschaftlichen Kongreß in der Universität Düsseldorf dem Borderline-Syndrom. Die dort gehaltenen Referate und wissenschaftlichen Ergebnisse sind längst veröffentlicht worden und allgemein zugänglich.

Ammon hat in konsequenter Weise im Sinne einer Dynamischen Psychiatrie sowohl das Triebmodell der orthodoxen Psychoanalyse verlassen, als auch den Endogenitäts- und Hereditätsmythos der Schulpsychiatrie ad absurdum geführt. Die Konsequenz liegt darin, jede psychische Krankheit auf real erfahrenes Defizit in den Beziehungen in der Familiengruppe und ihre destruktive Dynamik zurückzuführen. Für das Borderline-Syndrom bedeutet das, daß sowohl das Identitätsdefizit als auch seine Abwehr in Form verschiedenartiger Symptomatik, auch als kompensierende Ausbildung sekundärer Ich-Funktionen, verstanden und daher auch behandelt werden können. *Benedetti* dagegen greift auf eine durch nichts erwiesene angeborene Ich-Schwäche zurück, so daß die beobachtete „narzißtische Lücke“ dem Patienten genauso schicksalhaft mitgegeben wurde, wie ehemals der „Psychopath“ als Opfer eines erbbiologischen Defekts „verstanden“ wurde.

Benedettis Aufsatz ist in einem größeren Zusammenhang zu verstehen. Die orthodoxe Psychoanalyse in Deutschland kommt nicht mehr umhin, jenseits ihres Konfliktmodells die Realität von Beziehungen zwischen Menschen zu sehen, die pathogen wirken können, die Möglichkeit also einer defizitären Entwicklung anzuerkennen. Also tauchen Begriffe auf wie bei *Benedetti* „narzißtische Lücke“ oder „strukturelle Ich-Störung“ (*Fürstenau*; vergl. auch die Rezension von *A. Hertkorn* über Arbeiten von *Loch, Argelander und Fürstenau*, alle in der „Psyche“ erschienen, im Heft 44 (1977) der „Dynamischen Psychiatrie“).

Letztlich bleibt die Genugtuung, daß über Forschungsergebnisse *Ammons*, über die er seit zehn Jahren berichtet, nicht einfach hinweggegangen

werden kann; daß *Ammon* nicht zitiert, sondern plagiiert wird, umgeht in schlicht unverständlicher Weise jede wissenschaftliche Auseinandersetzung.

Mathias Hirsch (Düsseldorf), *Jürgen Müller-Heinemann* (München)

K. P. Kisker, J.-E. Meyer, C. Müller, E. Strömngren
Psychiatrie der Gegenwart
Band III.: Soziale und angewandte Psychiatrie

Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg/New York, 2. Aufl. 1975, 1020 Seiten

Der seit 1975 in zweiter Auflage vorliegende dritte Band der „Psychiatrie der Gegenwart“ befaßt sich mit der „sozialen und angewandten Psychiatrie“. Die Sammlung sozialpsychiatrisch orientierter Arbeiten stellt die Frage nach der Bewährung des sozialpsychiatrischen Gedankens. Die Bandbreite der Arbeiten geht von allgemeinen Abhandlungen psychiatrischer Konzepte über die Beschreibung psychiatrischer Institutionen bis hin zu aktuellen sozialpsychiatrischen Problemen, spezifischen therapeutischen Techniken und findet ihren Abschluß in Problemen der Ausbildung und in Fragen der forensischen Psychiatrie.

Die Herausgeber beschreiben selbst die Sozialpsychiatrie bedauernd als eine „Bindestrich-Disziplin“, d. h. eine Disziplin, die durch kein übergreifendes Konzept zusammengehalten ist, deren Prinzip vielmehr die Addition verschiedener Ansätze ist. Eine gemeinsame Basis der Autoren läßt sich so auch nur in einigen grundlegenden Forderungen finden, die mehr aus einer Reaktion auf obsoletere Zustände in der Psychiatrie als aus einem neuen Denken heraus gewachsen ist, so z. B. Öffnung der Kliniken, Einbeziehung der Umwelt des Kranken, Abkehr von der alten Verwahrspsychiatrie. Was jedoch fehlt, ist ein neues Krankheitsverständnis, wenn auch die orthodoxe Psychoanalyse einen Versuch unternimmt, psychodynamisches Verständnis allen anderen Ansätzen beizufügen.

Wenn wir dieses Buch beurteilen, tun wir dies auf dem Hintergrund der Theorie und Praxis der „Dynamischen Psychiatrie“, wie sie von *Günter Ammon* und der Berliner Schule entwickelt und u. a. auf dem IX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse in München 1977 vorgestellt und diskutiert wurde. *Schipperges* gibt in seinem Beitrag „Psychiatrische Konzepte und Einrichtungen“ einen sehr guten Überblick über die Psychiatrie aus medizinhistorischer Sicht und stellt dann die Frage nach der Weiterentwicklung, indem er *Ammons* Begriff der „Dynamischen Psychiatrie“ aufgreift. Unserer Meinung nach muß sich jede Form der Sozialpsychiatrie an dem Anspruch und der inzwischen eingetretenen Realität der Dynamischen Psychiatrie messen.

Im folgenden beschränken wir uns auf die ausführliche Würdigung einiger zentraler Gesichtspunkte der Sozialpsychiatrie, die auch im vorliegenden Handbuch eine essentielle Rolle spielen: die Gruppe, die therapeutische Gemeinschaft und die Ausbildung. *Argelander's* Beitrag „Gruppenanalyse-Einzelanalyse“ geht von der orthodoxen Psychoanalyse aus. *Argelander* betont, daß es in der Gruppenpsychotherapie noch keine Theorie der Krankheit gebe und daß oft nur ihre Ziele angegeben würden: z. B. Verhaltensänderung, Bewußtseinsweiterung, Erwerb von Gemeinschaftsfähigkeit usw., die streng genommen aber nur eine bessere Voraussetzung für eine eigentliche psychotherapeutische Behandlung, d. h. Einzelanalyse schaffen. Er klagt über ein „überholtes psychoanalytisches Krankheits- und Behandlungskonzept“ bei vielen psychotherapeutischen Schulen. Für ihn ist nicht die Suche nach ungelösten Konflikten und ihre Formulierung der Behandlungsweg, sondern der Versuch, eine frühere Neurose in eine frische Übertragungsneurose zu überführen. Während so in der Einzelanalyse die Grundkrankheit behandelt werden kann, wisse man bei der Gruppentherapie noch nicht, welche „Gruppenkrankheit“ sich einstellt bei mehreren Patienten und einem Therapeuten. Am deutlichsten wird *Argelander's* Position, wenn er schreibt: „Für den Therapeuten ist, abgesehen vom Zeitaufwand, die Entwicklung eines gruppentherapeutischen Prozesses ökonomischer und kommt der großen Nachfrage psychotherapeutischer Behandlung entgegen“. Die Behandlung der Persönlichkeitsstruktur in der Einzelanalyse steht der Behandlung der psychosozialen Struktur in der Gruppe gegenüber.

Wir können uns dieser resignativen und pessimistischen Beurteilung therapeutischer Gruppenarbeit nicht anschließen. *Argelander* als Vertreter der orthodoxen Psychoanalyse begreift nicht die Dialektik von „Persönlichkeitsstruktur“ und „psychosozialer Struktur“, die der Dynamik zwischen dem Einzelnen und der Gruppe entspricht und deren Störung in Gruppen entstanden ist. Entsprechend den Erfahrungen der Dynamischen Psychiatrie, beginnend in den Psychoanalytischen Kindergärten, den gruppendynamischen Gruppen bis hin zu den therapeutischen Gruppen, entstehen psychische Krankheiten, auch große psychiatrische Krankheitsbilder wie die Psychosen, in kranken Primärgruppen, die primär vorhandene Ich-Funktionen eines Kindes verkümmern lassen oder deformieren. Von diesem Verständnis ausgehend ist eine Gruppe oft die einzige Möglichkeit für einen schwer archaisch Ich-Kranken eine neue, heilende Erfahrung zu machen. Eine Einzeltherapie hat dabei manchmal vorbereitenden Charakter für eine Behandlung in der Gruppe. Unseres Erachtens wird auch in vielen anderen Beiträgen dieses Bandes des Handbuchs die Bedeutung von Gruppen unterschätzt, womit gerade Kliniken nicht geholfen wird, die oft als krankmachendes Milieu unreflektierter Gruppen die Situation der Primärgruppe wiederholen und verfestigen und dadurch eben nicht geeignet sind zu heilen.

In *Battegays* Beitrag: „Gruppenpsychotherapie und Gruppenarbeit“, wird dieses Problem auch nur gestreift. *Battegay* beginnt: „Der Mensch ist Zeit

seiner historischen und seiner individuellen Existenz darauf angewiesen, Mitglied einer ihn bergenden Gruppe zu sein.“ Auch in der Medizin setzte sich in den letzten Jahren und Jahrzehnten die Auffassung durch, daß das menschliche Individuum nicht nur als Einzelwesen gesehen werden dürfe. Er geht dann auf die Definition einer Gruppe ein und meint, daß jede Gruppenbehandlung auch gleichzeitig Psychotherapie sei. Im weiteren gibt er einen Überblick über verschiedene Ansätze, Gruppenpsychotherapie-Methoden einzuteilen, wobei er jeweils die namhaftesten Vertreter benennt. Weiter geht er dann auf den Gruppenprozeß ein. Nachdem er den soziologischen und psychologischen Aspekt eines Gruppenprozesses verdeutlicht hat, wendet er sich dem therapeutischen Aspekt zu. Er handelt die „initiale explorative Kontaktaufnahme“ ab, „Regression“, die „Katharsis“, die „Einsicht“ und schließlich die „Wandlung als sozialer Lernprozeß“. *Battegays* Vokabular zeigt hierbei, daß er eher referiert, als daß er ein Konzept vorstellt, da die verwendeten Begriffe einfach zuvielen verschiedenen Schulen entsprechen. Er spricht von Familienübertragung nach *W. Schindler*, aber auch davon, daß in der Gruppe der Konflikt zwischen Lust- und Realitätsprinzip durchgearbeitet werden müsse, und zuletzt noch davon, daß altes Verhalten deconditioniert werden müsse, um eine Neukonditionierung zu ermöglichen.

Im weiteren Verlauf gibt *Battegay* dann einen umfassenden Überblick über Methoden der Gruppenpsychotherapie. Danach fährt er fort: „Sowohl in der psychiatrischen Klinik als auch in der Ambulanz wird sichtbar, daß die Gruppenpsychotherapie entscheidend zur Kommunikationsförderung der Patienten beiträgt, nicht nur, weil sie einen sozialen Lernprozeß ermöglicht, sondern vor allem, weil sie die Mitwirkenden von alten Frustrationen befreit, die mit ihrem ursprünglichen Familienerleben oder mit den Erfahrungen eines entsprechenden Ersatzmilieus zusammenhängen.“ Hiernach wäre das Ziel einer Gruppentherapie Kommunikationsförderung und Frustrationsminderung, aber nicht etwa die Möglichkeit einer nachholenden Ich-Entwicklung.

Auf dem Hintergrund des bisher Gesagten gewinnt der Beitrag von *Krüger*: „Therapeutische Gemeinschaft“, eine zentrale Bedeutung. Der Autor stellt zunächst die verschiedenen Definitionen von therapeutischen Gemeinschaften gegenüber. Um deutlich zu machen, was unter therapeutischer Gemeinschaft verstanden werden muß, zitieren wir die Definition, die *Jones* (1959) gegeben hat: „Die therapeutische Gemeinschaft ist deutlich unterschieden von anderen vergleichbaren Behandlungszentren, in der Weise, daß alle verfügbaren Fähigkeiten von Personal und Patienten bewußt eingesetzt werden, um die Behandlung zu intensivieren. Dies bedingt, daß vor allem der übliche Status der Patienten sich ändert. In Zusammenarbeit mit dem „staff“ werden sie jetzt aktive Teilnehmer in der Therapie anderer Patienten, und in einer anderen Weise auch in der gesamten Spitalarbeit – im Gegensatz zu ihrer relativ passiven, nur empfangenden Rolle der konventionellen Therapiegewohnheiten.“

Die Therapeutische Gemeinschaft erscheint auf den ersten Blick das zu sein, was aus der Sicht einer Dynamischen Psychiatrie gefordert werden muß. Leider hält sie einem näheren Hinsehen nicht stand. Auffallend ist immer wieder das Zugehen auf den Patienten, das aber meist in entscheidenden Momenten abbricht. Der Patient muß sich dann noch verlässener vorkommen, als er dies war, bevor er die Gemeinschaft als Lösungsmöglichkeit für sich entdeckte. Die weiter oben schon festgestellte Konzeptionslosigkeit fällt hier stärker denn je auf. Die Psychoanalyse scheint weitgehend vergessen zu sein, und soundsoviele Ansätze behindern sich gegenseitig. Gruppendynamische Momente finden zwar Beachtung, aber auch hier wird vor konsequenten Schritten haltgemacht. So sucht der Leser z. B. umsonst nach einem Äquivalent zum Begriff der „Zentralen Figur“, obwohl die Notwendigkeit einer solchen Figur ständig zwischen den Zeilen herauszulesen ist. Es zeugt für Hilflosigkeit gegenüber den Problemen, die in einer Therapeutischen Gemeinschaft auftreten, wenn der Leiter einer Gruppe – auch wenn es sich bei dem gegebenen Beispiel um eine spezielle Gruppenvariante handelt – als beliebig austauschbar gefordert wird. Gruppendynamik und Psychoanalyse scheinen hier unvereinbar zu sein, gegenseitige Ergänzung von Gruppendynamik und Psychoanalyse lassen die hier vorgetragenen Konzepte der Therapeutischen Gemeinschaft weitgehend vermissen. Dies wird spätestens dann deutlich, wenn das Instrument der Kontrollgruppe in das Blickfeld gerät. Weder gruppenspezifisch noch psychoanalytisch wird hier der Gruppensituation Rechnung getragen: Es bleibt bei einer Kontrolle durch einen Supervisor mit mehreren Therapeuten gleichzeitig. Auf dem Hintergrund des Konzeptes der Dynamischen Psychiatrie (*Ammon*), welches die Gruppe, ihre Dynamik und eine psychoanalytische Entwicklungs- und Strukturtheorie, die weit über *Freud* hinausgeht, vereint, liest sich das vorliegende Buch anders, hat der Leser doch dann eine Möglichkeit in der Hand, viele gute Ansätze, Ideen und Beobachtungen verschiedener Autoren zu ordnen und sie besser zu verstehen.

Der Versuch in diesem Band, die Sozialpsychiatrie von dem Vorwurf einer Bindestrich-Psychiatrie zu befreien, mußte mißlingen, da es keinem der Autoren gelingt, eine neues Krankheitskonzept zu entwerfen, in dem der Psychiater und seine Identität ein wesentliches Moment der Therapie sein muß. Inwieweit ein solcher Anspruch z. B. in einer Klinik gelingen und auch praktiziert werden kann, hängt weitgehend von der Ausbildung der Beteiligten ab, des Psychiaters, des Psychologen, der Pfleger, aber auch des gesamten übrigen Personals. Ist die Gruppe, die die Patienten betreut, eine kranke Gruppe, d. h. eine Gruppe ohne Transparenz und Veränderungsmöglichkeit, so kann der Kranke in ihr nicht gesund werden.

Zur Frage der Ausbildung nehmen *Heigl-Evers* und *Heigl* Stellung in ihrem Beitrag: „Ausbildung in individueller und Gruppenpsychotherapie auf psychoanalytischer Grundlage.“ Die Autoren greifen die Geschichte der psychoanalytischen Ausbildung auf und wenden sich dann ihrer aktuellen

Problematik zu. Zunächst behandeln sie aber ausschließlich die Ausbildung durch Einzellehranalyse, Kontrollanalyse und Seminare. Die Ausbildung zum Gruppenpsychotherapeuten erscheint bei den Autoren als eine Zusatzausbildung: „Die für den Psychoanalytiker und Psychotherapeuten zur Ausübung der Gruppenpsychotherapie neu zu erlernenden Qualitäten und Fähigkeiten lassen sich gliedern in gruppenzentrierte Beobachtungs- und Denkweisen und in gruppenzentrierte Interventionsformen. Die Entwicklung und Einübung dieser Fähigkeiten fordert vom Einzeltherapeuten meist eine erhebliche Umstellung.“ Hier fällt auf, daß die Ausbildung zum Gruppentherapeuten noch immer einen Zusatz darstellt zu dem non-plus-ultra der psychoanalytischen Einzelbehandlung.

Dies hat natürlich vor allem für den Bereich der Psychiatrie Konsequenzen. Wird die Gruppe weder als Verursacher der psychischen Erkrankung noch als adäquate Therapie angesehen und entsprechend ernst genommen, so muß jedes Arbeiten mit Gruppen halbherzig bleiben. Jeder der mit psychisch Kranken zu tun hat, ist Teil des therapeutischen Milieus und muß dementsprechend ausgebildet sein, aber auch von der übrigen Gruppe getragen werden. Es ist eine alte Erfahrung, daß keiner etwas weitergeben kann – hier an die psychisch Kranken – was er nicht selbst erlebt und fühlt bzw. erlebt, gefühlt und bearbeitet hat. So gilt auch für die Ausbildung, die als eine Ausbildung zum Dynamischen Psychiater zu fordern wäre, daß in der deutschen Sozialpsychiatrie die Addition zum Prinzip gemacht wird. Wie das Krankheitsverständnis der Sozialpsychiatrie Endogenität und psychodynamisches Denken gleichzeitig bestehen lassen kann, stehen in der Therapeutischen Gemeinschaft alle Ansätze unverbunden nebeneinander, und auch die Ausbildung fügt der Facharztausbildung die Einzelanalyse und dieser die Gruppenanalyse an: die Sozialpsychiatrie ist von keinem integrativen Konzept getragen.

Klaus Kuhlmann (Düsseldorf)

D. Kemali, G. Bartholini, D. Richter
Schizophrenia Today

Pergamon Press, Oxford, 1976, 282 Seiten

J. Jørstad, E. Ugelstad
Schizophrenia 75
Psychotherapy, Family Studies, Research

Universitetsforlaget, Oslo, 1976, 476 Seiten

1975, in dem Jahre, in dem mit der Veröffentlichung der „Enquête zur Lage der Psychiatrie in Deutschland“ die Misere der psychisch Kranken, besonders der Schizophrenen, offenbar wurde, fanden zwei Symposien zum

Thema Schizophrenie, das eine auf Capri, das andere in Oslo, statt. "Schizophrenia Today" entstammt dem Workshop auf Capri. Das Anliegen war, die verschiedenen Ansätze der Schizophrenieforschung zusammenzustellen, um eine interdisziplinäre, sich gegenseitig ergänzende Forschung und Behandlung der Schizophrenie zu ermöglichen. Das sollte durch der „Welt beste Schizophrenieforscher“ erfolgen.

Das Buch enthält auf 282 Seiten 17 Referate, je drei zu folgenden Aspekten: dem sozialen und kulturellen, dem genetischen und biochemischen, dem pharmakologischen, dem physiologischen, dem psychologischen, dem psychotherapeutischen; zwei kurze Arbeiten bemühen sich um eine Synthese.

Aus der inhaltlich unverbundenen Aneinanderreihung der Referate ist als interessant der Artikel von *Brody* hervorzuheben über die sozialen Determinanten schizophrener Verhaltens. Er geht darin von dem sozialpsychologischen Labelling-approach aus und beschreibt den Kreislauf eines Individuums, das dann, wenn es die geforderten Verhaltensweisen der gesellschaftlichen Institutionen nicht erfüllt, stigmatisiert wird. Damit beschreibt *Brody* weitgehend die bekannte Dynamik der schizophrenen Familie, wie sie besonders von *Bateson* und seiner Gruppe 1969 dargestellt wurde, anscheinend ohne das zu bemerken und ohne Bezug darauf zu nehmen.

Mit dem genetischen Aspekt der Schizophrenie beschäftigt sich *Shields*, wobei er von der Vorannahme ausgeht, daß Schizophrenie im wesentlichen angeboren ist. Obwohl er die Arbeiten über die Zwillingsforschungen von *Rosenthal* und *Jackson* und *Tienari* zitiert, berücksichtigt er deren Kritik nicht. Er unternimmt eine höchst einseitige Selektion der vorliegenden Ergebnisse der Zwillingsforschung und zieht methodisch fragwürdige Untersuchungen zu seiner Beweisführung heran.

D. Richter führt acht Hypothesen zur Organogenese der Schizophrenie an, in denen er Bekanntes nebeneinanderstellt, ohne zu einem weiterführenden Ergebnis zu kommen. Das gleiche läßt sich von den mehr oder minder ausführlichen Referaten sagen, die sich mit den pharmakologischen, im besonderen den neuroleptischen Untersuchungsergebnissen bei Schizophrenen befassen, die rein organorientiert sind.

Die drei Arbeiten von *Tissot*, *Arieti* und *Rosenfeld* über die Psychotherapie bei Schizophrenen haben mehr beschreibenden Charakter und bringen viel Altbekanntes. An Hand von Testuntersuchungen bestätigt *Tissot* die bereits von *Bleuler* gemachte klinische Beobachtung, daß emotionale Prozesse bei Schizophrenen schwerwiegender gestört sind als die kognitiven Prozesse.

Arieti betont die Bedeutung der Gegenübertragungsphänomene für die Behandlung Schizophrener. Dabei wird nicht deutlich, innerhalb welchen Konzeptes der Schizophreniegenese er die beschriebenen Phänomene einordnet, wie er sie im Sinne der Therapie handhabt. *Rosenfeld* beschreibt bekannte Spaltungsphänomene der schizophrenen Persönlichkeit. Insgesamt wird gerade durch diese Arbeiten der Eindruck verstärkt, daß Psychotherapie – wenn überhaupt – nur durch den heroischen Einsatz Einzelner möglich

ist. Damit werden viele der Schizophrenietherapie ablehnend gegenüberstehende Psychiater in ihrer Ansicht bestätigt. Verstärkt wird der deskriptive Eindruck dadurch, daß die zutreffenden Beobachtungen, z. B. der starken Abhängigkeit, der mörderischen Aggressionen schizophrener Menschen und auch der Notwendigkeit der Supervision zwar gesehen werden, aber deren Handhabung im therapeutischen Prozeß und ihre Bedeutung für die Persönlichkeitsstruktur der Schizophrenen nicht aufgezeigt werden.

G. Ammon hat 1972 in seinem Buch „Dynamische Psychiatrie“ ausführlich die Schizophrenie als archaische Ich-Krankheit beschrieben, die auf dem Hintergrund des dargestellten Ich- und Gruppenkonzeptes verstehbar und behandelbar ist. Für die Schizophrenietherapie ist auf Grund der intensiven Gegenübertragungsgefühle eine kontinuierliche Supervision nötig, und zwar am besten durch Zusammenarbeit in einer lebendigen Gruppe, da nur in ihrem Schutz die archaischen Ängste und Aggressionen, die in der Schizophrenietherapie auftreten, zugelassen, getragen und durchgearbeitet werden können.

Das Buch „Schizophrenie 75“ enthält 27 der 100 Referate des 5. Internationalen Symposiums über Psychotherapie der Schizophrenie in Oslo vom 13.–17.8.1975, mit dem Anliegen, ein klares Verständnis der in der Schizophrenietherapie wirksamen Faktoren zu finden. Eröffnet wird das Buch mit einem Referat von *Benedetti* über heilende Faktoren in der Schizophrenietherapie: 1.) Der Therapeut muß sein Unbewußtes in Form von Träumen und Phantasien in die Therapie miteinbringen. 2.) Er muß in die Vorstellungswelt des Schizophrenen einsteigen und sie, indem er die Vorstellungen annimmt und teilt, allmählich durch seine Anwesenheit durchdringen und sie zu Botschaften der Hoffnung, der Kommunikation und schließlich des Kontaktes machen. In Abgrenzung von *Kohut* nimmt *Benedetti* ein aufgelöstes Ich an, das sich durch die Spiegelung der lebendigen, kohärenten Vorstellung des zukünftigen Selbst des Patienten im Unbewußten des Therapeuten selbst strukturiert. Damit beschreibt *Benedetti* einige der notwendigen Voraussetzungen der Schizophrenietherapie, wie die Wichtigkeit der menschlichen Präsenz, das Einsteigen in die Psychose, das Verstehen der Aggressionen. Was aber in dieser Arbeit wie auch in den folgenden und besonders deutlich in der Falldarstellung der sich ganz ihren Gegenübertragungsgefühlen und dem Patienten ausliefernden *Beatrice Foster* zum Ausdruck kommt, ist das Fehlen eines erkennbaren therapeutischen Konzeptes, das sowohl die Handlungsweisen der Patienten als auch die der Therapeuten durchsichtig, verstehbar und damit anwendbar macht. Die maßlosen Aggressionen der schizophrenen Patienten werden zwar beschrieben, aber in ihrem Ausmaß weder verstanden noch angenommen, noch abgegrenzt: Schizophrenietherapie stellt aber eine permanente flexible Abgrenzungsarbeit insofern dar, als der Therapeut so lang für den Patienten die Ich-Funktion der Abgrenzung wie auch aller anderer nicht entwickelter Ich-Funktionen, auch das Ausdrücken von Gefühlen wie Trauer und Wut übernehmen muß, bis

der Patient dazu selbst in der Lage ist. Außerdem muß der Therapeut fortlaufend die irrationalen Gefühle des Patienten von der Realität abgrenzen. Dies kann nicht nur, wie *Benedetti* es beschreibt, durch freundliche Interpretation erfolgen, sondern muß in einem aus der Kenntnis der Familiendynamik bewußt gemachten Interaktionsgefüge geschehen, wobei die fortwährend vergegenwärtigten Gegenübertragungsgefühle dem Patienten entweder aktiv zur Verfügung gestellt werden oder für den Patienten genutzt werden.

Die Selbstaufgabe zugunsten des Patienten fordert die Arezzogruppe, und zwar eine Anpassung der Gesellschaft und des Berufslebens an die pathologischen Bedürfnisse des schizophrenen Patienten. Der Artikel wird eingeleitet mit einem guten historischen Überblick über die Entwicklung und das Scheitern der Antipsychiatrie in Italien.

Der zweite Teil des Buches, der die Familienstudien enthält, (die Autoren beziehen sich auffallend häufig auf *Stierlin*) bringt keine neuen Erkenntnisse. *Stierlin* erhebt den Anspruch, mit seinem Delegationsmodell eine neue Schizophrenietheorie entwickelt zu haben. Auf den ersten Blick erscheint das Modell als ein interpersoneller Ansatz, beim näheren Hinsehen enthüllt es sich als popularisierte Variante der *Freudschen* Strukturhypothese in Verbindung mit einer Objektwahltheorie. Er übersieht dabei daß die Mutter-Kind-Beziehung, wie sie *Erikson* beschrieben hat, wechselseitig ist und nicht als einseitige Delegation verstanden werden kann. In *Freuds* Objektwahltheorie geht es nur um die unbewußte Übertragung der Mutter auf das Kind, nicht aber um die reale Beziehung. Die reale, d. h. bewußte und unbewußte Mutter-Kind-Beziehung, welche immer wechselseitig ist, hat *G. Ammon* in seinem Ich-Struktur-Konzept überzeugend konzeptualisiert. Mit Hilfe der Kategorien von primären, zentralen und sekundären Ich-Funktionen gelingt es dabei, die individuelle Gewordenheit der Persönlichkeit als Ausdruck einer spezifischen, interpersonellen Familiendynamik besser zu verstehen. In diesem Modell können ebenso die archaischen Krankheitsbilder wie Schizophrenie, Perversion etc. in ihrer Ähnlichkeit und in ihrer Verschiedenheit zugleich erfaßt werden, wie auch die gleitenden Spektren des gleichen Krankheitsbildes. *Polazzoli* et al. verstehen die Schizophrenie als Ausdruck eines kollektiven verrückten Familienspiels.

Im dritten Teil des Buches werden einige Forschungsprojekte beschrieben, die sich um die Effektivität verschiedener Behandlungsmethoden für Schizophrenietherapie bemühen (z. B. *Grunderson, Menn, Mosher, Orwid* et al.) Sie unterziehen in einer follow-up Studie über fünf Jahre den Effekt der Gruppentherapie bei jugendlichen Schizophrenen einer Prüfung. Bei näherer Betrachtung stellt sich heraus, daß unter Gruppentherapie nicht mehr verstanden wird als die *Lewinschen* Diskussionsgruppen, und als Therapieziel die Rehabilitation der Patienten angestrebt wird.

Ein weiterer Beitrag ist die Arbeit von *Wynne* et al., die mit Hilfe verschiedener Testmethoden die Kommunikationsformen in drei verschiedenen

Familienstichproben untersuchten und dabei zu der lapidaren Feststellung kommen, daß sowohl genetische, wie psychosoziale Ansätze der Schizophrenieforschung ihre Berechtigung hätten. Ein pessimistisches Ergebnis eines ehemals modernen, optimistischen Schizophrenieforschers.

In dem Bericht über die abschließende Panel-Diskussion wird die grundsätzliche Schwäche des gesamten Buches besonders deutlich. Es werden nochmals kurze Stellungnahmen, die unverbunden nebeneinander stehen, abgegeben. Wie mit den schizophren reagierenden Menschen, so wird in beiden Büchern nicht in eine echte Auseinandersetzung eingetreten, um die mitgeteilten Erfahrungen zu benützen und durch wissenschaftliche Diskussion die Grenzen zu überwinden und so wenigstens ansatzweise zu konzeptionellen Vorstellungen über Genese und Therapie der Schizophrenie zu kommen. Dies hätte man bei dem Anspruch beider Bücher erwarten können.

Die Fülle von Beschreibungen von z. T. interessanten Einzelphänomenen, deren Stellenwert und Zusammenhang sich zunehmend verunklaren, je weiter die Autoren sich von einer organischen Betrachtungsweise entfernen, lassen *Otto Wills* Schlußsatz "I'm not a prophet of hope" als schlüssige Konsequenz dieser Ausführungen erscheinen. Als Bekenntnis wissenschaftlicher therapeutischer Hilflosigkeit bildet es ein enttäuschendes Resümee. Es bleibt die Frage, warum in beiden Büchern die Ergebnisse erfolgreicher Schizophrenieforscher und -Therapeuten so wenig Berücksichtigung fanden.

Dieta Biebel (Hamburg)

Fritz Reimer (Hrsg.)
Krankenhauspsychiatrie
Ein Leitfaden für die praktische Arbeit

Gustav Fischer Verlag, Stuttgart/New York, 1977, 276 Seiten

Walter Picard, auf dessen Betreiben der Bundestag 1970 eine Sachverständigenkommission zur Erarbeitung einer „Enquête über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“ einsetzte, spricht in seinem Vorwort zu dem von *Fritz Reimer* herausgegebenen Buch „Krankenhauspsychiatrie“ die Erwartung aus, daß das Buch einen entscheidenden Beitrag leisten möge zur Weiterentwicklung der Krankenhauspsychiatrie und damit der gesamten psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik.

56 Autoren beschäftigen sich in diesem Buch mit den unterschiedlichsten Organisationsformen, Strategien und therapeutischen Verfahrensweisen in der Psychiatrie. In zwölf großen Hauptabschnitten wird das psychiatrische Krankenhaus in allen erdenklichen Bereichen geschildert: aus der Sicht verschiedener Träger, aus derjenigen der Krankenhausleitung, in Hinblick auf

die verschiedenen Funktionsbereiche einschließlich der forensischen Psychiatrie, auf die Diagnostik, die Therapieformen, teilstationäre und ambulante Dienste und schließlich hinsichtlich der Ausbildung, Lehre und Forschung, der Öffentlichkeitsarbeit und der Planung.

In einem allgemeinen Überblick nimmt *Schulte* im Sinne der „Enquête zur Lage der Psychiatrie in der BRD“ Stellung. Er bestätigt deren Ergebnisse und die Forderung nach neuen Lösungen. *Kunze* und *Kunze-Turmann* referieren „Entwicklungen und Perspektiven der Krankenhauspsychiatrie in angelsächsischen Ländern“. Sie warnen vor der Gefahr, die sie in den USA verwirklicht sehen, daß sich die meisten Psychiater aufgrund von deren Attraktivität der Psychotherapie zuwenden. Die ablehnende Haltung dem Großkrankenhaus gegenüber habe dort zu einer „Umschichtung“ gerade der chronisch Kranken aus einem sichtbaren in ein unsichtbares, in den Gemeinden verstecktes kustodiales System geführt. Die in England geübte Praxis, die Zuständigkeit für chronisch Kranke an die Sozialdienste abzugeben, habe möglicherweise die Folge, daß deren Aufgabe damit auch an letzter Stelle stehe. *Heinze* erscheint die administrative Sonderstellung der psychiatrischen Versorgung in der BRD nur noch in Hinblick auf psychisch kranke Straftäter gerechtfertigt. *Bronisch* und *Finzen* stellen fest, daß die Einrichtung psychiatrischer Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern die Existenz psychiatrischer Großkrankenhäuser nicht ersetzen könne. Der Beitrag von *Finzen* zielt auf den Aufbau teilstationärer Institutionen ab, die im Rahmen eines Verbundes psychiatrischer Versorgung das psychiatrische Großkrankenhaus entlasten würden. *Irle* betont die Bedeutung psychiatrischer Krankenanstalten unter der Trägerschaft des Diakonischen Werks. Schließlich hebt *Krauss* das auch statistisch erhebliche Gewicht privater Krankenhäuser, ihr oftmals besonderes Engagement und ihr wissenschaftliches Niveau hervor.

Ein eigenes Kapitel beschreibt die Funktionsbereiche im psychiatrischen Krankenhaus, wobei die bekannte Einteilung in einen Kurzzeitbereich für Akutkranke, einen rehabilitativen Bereich und einen Bereich für Langzeitkranke zur Darstellung kommt. Der Neurologie, Gerontopsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Psychiatrie psychisch kranker Rechtsbrecher und der Psychotherapie werden jeweils besondere Abschnitte gewidmet. In einem weiteren Kapitel werden die unterschiedlichsten Therapieformen geschildert: Pharmakotherapie, Verhaltensmodifikation, klientenzentrierte Gesprächstherapie, die verschiedensten Arten der Gruppenarbeit, physikalische, Sport- und Bewegungstherapie, Musik-, Mal-, Beschäftigungs- und Arbeitstherapie sowie im Rahmen einer eigenen stationären Abteilung analytische Psychotherapie.

Gegen einen multidimensionalen Ansatz wäre nun grundsätzlich nichts einzuwenden, wenn die verschiedenen therapeutischen Strategien und Organisationsformen miteinander integriert wären. Die häufige Anführung des Prinzips einer therapeutischen Gemeinschaft in dem Buch erweckt auch zu-

nächst den Eindruck, als würde eine solche Integration geleistet. So heißt es einmal ausdrücklich, daß vom Patienten eine aktive Beteiligung am therapeutischen Geschehen, sein Eintritt in den Prozeß des sozialen Lernens erst erwartet werden könne, wenn das Personal exemplarisch die äußeren und inneren Bedingungen seines Zusammenlebens und Zusammenarbeitens diskutiere und sich ständig um eine Verbesserung der interpersonellen Kommunikation und Kooperation bemühe. Vom Personal ist freilich, abgesehen von seinen funktionalen Bestimmungen im Sinne einer Aufgabenteilung, worüber *Wupper*, *Willaredt* und auch *Reimer* schreiben, nur in einem Artikel von *Wolf* die Rede. *Wolf* betont dort, daß die Mitglieder eines therapeutischen Teams in der intensiven Auseinandersetzung mit den Patienten selbst gelegentlich „krisenhafte Zustände“ erfahren würden, die von der Gruppe getragen und gelöst werden müßten. Als Voraussetzung eines damit verbundenen hohen Maßes an persönlichem Engagement hebt er die Freiwilligkeit der Mitarbeiter hervor. Es ist dies die einzige Stelle des Buches, an der das Problem der Identität der Mitarbeiter wenigstens angedeutet wird, mithin das Problem einer nicht nur funktionalen Verbindung von Organisationsform und therapeutischer Aufgabe im Krankenhaus anklingt. Trotz mancher Bekundungen, die sich gegen die festgefahrene hierarchische Struktur psychiatrischer Krankenhäuser wenden, kommen dementsprechend in dem Buch die mit dem Angestelltenstatus oder Beamtenverhältnis verbundenen Abhängigkeiten des Personals, seine Rolle und seine Identität nicht zur Sprache.

Wenn jedoch die gesamte Gruppendynamik einer klinischen Abteilung, und gleiches gilt, wie vielfach in der Literatur diskutiert, für das ganze Krankenhaus, nicht untersucht wird, eine Auseinandersetzung über das Selbstverständnis des therapeutischen Teams, die Identität und Rolle des einzelnen Mitarbeiters, der für den Patienten Kommunikation und den Umgang mit der Realität exemplarisch vorleben sollte, nicht stattfindet, kann es auch zu keiner entsprechenden Entwicklung auf seiten des Patienten kommen. Dieser Umstand ist um so wichtiger, als gerade die schwereren psychischen Störungen, die *Ammon* unter dem Begriff der archaischen Ich-Krankheiten zusammenfaßt, die schizophrene Reaktion, das Borderline-Syndrom, die Borderline-Kriminalität, psychosomatische Erkrankungen, die Sucht und das sexuell deviante Verhalten, sämtlich Identitätskrankheiten darstellen.

Analytische Psychotherapie mit ihrem emanzipatorischen Anspruch, der allein ihre oben zitierte Attraktivität ausmacht, zumal sie alles andere als ein leichtes Brot darstellt, wird so auf besondere Abteilungen verbannt und mit erheblich eingeschränkter Indikation angewandt zu einem Alibi der Krankenhauspsychiatrie. Man macht eben alles, sogar und auch analytische Psychotherapie. Für die in diesem Bereich Tätigen bedeutet das freilich, wie *Reiber* in seinem Beitrag dazu bemerkt, die Gefahr der Isolation, falls es nicht gelingt „normbewahrend“ im Sinne der Realität der Klinikordnung Psychotherapie zu betreiben. Was ist diese Realität jedoch anderes, als der status quo deutscher Anstaltspsychiatrie, die die menschliche Herausforde-

rung psychischen Leidens umbiegt, indem sie sie vom Patienten und sich selbst depersonalisiert und zu einem Ausdruck unbekannter biologischer Gewalten macht, denen man lediglich durch Abspaltung, Leugnung und Ausgrenzung mit Hilfe einer möglichst reibungslosen Verwaltung beikommen möchte. So wie das Buch ein Konzept psychischen Krankseins völlig vermissen läßt, fehlt auch ein Konzept der Krankenhauspsychiatrie als ganzer, wofür ja nach *Reimer* der ärztliche Direktor verantwortlich ist, es sei denn, man wolle die additive Aneinanderreihung verschiedenster Organisationsformen und Strategien als Konzept nehmen.

Wie der ärztliche Direktor *Reimer* zufolge für das wissenschaftliche Niveau seiner Klinik verantwortlich zeichnet, muß man von einem Herausgeber dieselbe Zuständigkeit für ein von ihm veröffentlichtes Buch erwarten. In seinem Vorwort merkt er an, daß eine Einheitlichkeit der Meinungen letztlich nur durch eine Bevorzugung von Arbeiten seiner Weinsberger Mitarbeiter zu erreichen gewesen sei. Dagegen wäre an sich nichts zu sagen, wenn diese Mitarbeiter darauf verpflichtet worden wären, sich mit modernen wissenschaftlichen Standpunkten auseinanderzusetzen. Nichts dergleichen geschieht jedoch. Die einschlägigen Arbeiten *Ernst Simmels* werden erst gar nicht erwähnt, die Werke *Alexanders*, *Frieda Fromm-Reichmanns* und *Sullivans* werden kaum genannt und die zahlreichen Veröffentlichungen *Menningers*, *Bettelheims* und *Ammons* werden übergangen. In Hinblick auf zeitgemäße Wissenschaftlichkeit, die von *Reimer* eigens beansprucht wird, muß daher die „Weinsberger Krankenhauspsychiatrie“ als unredlich, defizitär und identitätslos bezeichnet werden. Ihr hinsichtlich des Leidens der Patienten pessimistischer Geist wird offenkundig, wenn *Schulte* im Anschluß an seine Forderung neuer Lösungen in der Psychiatrie die für ihn offenbar naheliegende Gefahr der Resignation mit dem Zitat des Liedes von der Unzulänglichkeit von *Brecht* eher bestätigt als bannt: „Ja mach' nur einen Plan/ Sei nur ein großes Licht/ Und mach dann noch 'nen zweiten Plan/ Gehen tun sie beide nicht.“ Der unterschwellige Zynismus wird vollends klar, wenn man *Reimers* Danksagung an seine Mitarbeiter bedenkt, in der er nichts weiter zu bemerken weiß, als daß sie „die vorgegebene Seitenzahl glücklicherweise nicht maßlos überschritten und die Termine teilweise eingehalten“ hätten.

Die von *Walter Picard* eingangs zitierte Erwartung der Öffentlichkeit und der sie vertretenden Politiker dürfte einmal mehr von der deutschen Krankenhauspsychiatrie enttäuscht worden sein. Wir können nur noch einmal eindringlich vor dem Ungeist und der verdeckten Unmenschlichkeit warnen, der das „Unternehmen psychiatrisches Krankenhaus“, so wie es in dem vorliegenden Buche zur Darstellung kommt, offenbar immer noch bestimmt.

Rolf Schmidts (München)

Ernst Berger
Minimale cerebrale Dysfunktion bei Kindern
Kritischer Literaturüberblick

Hans Huber, Bern-Stuttgart-Wien, 1977, 307 Seiten

Kinderärzte, Psychologen, Pädagogen und Psychiater behandelten in den letzten Jahrzehnten zunehmend Kinder, die trotz normaler Intelligenz Symptome wie körperliche Ungeschicklichkeit, verkürzte Aufmerksamkeitspanne, Lern-, Sprach- und Gedächtnisstörungen sowie Störungen im Gefühlsbereich mit unvermutet auftretenden heftigen Zuständen von Angst und Wut zeigten. Entsprechend dem naturwissenschaftlichen Verständnis der Medizin wurden diese Störungen unter dem Begriff der „minimalen cerebralen Dysfunktion“ zusammengefaßt. Obwohl sich die Symptome des MCD-Syndroms mit Hilfe herkömmlicher klinischer und psychologischer Untersuchungsmethoden nur sehr schwer erfassen und noch schwerer objektivieren ließen, fand der Begriff der minimalen cerebralen Dysfunktion in kurzer Zeit eine überraschend große Verbreitung.

Anliegen des von *Ernst Berger* herausgegebenen Buches soll eine kritische Sichtung des bestehenden Schrifttums mit Schwerpunkt auf neueren Forschungsergebnissen von Neuropsychologie und Neurophysiologie sein. Die Aufteilung des Buches in theoretische Konzeption, Diagnostik und Therapie soll helfen, die umfassende Literatur zu gliedern, so daß der Leser neben einer differenzierten Theoriebildung auch praktische Hilfe bei der Behandlung der MCD-Kinder erhält.

Im einleitenden theoretischen Teil werden die Entstehungsbedingungen dieser Krankheit in einem historischen Abriss bis hin zu den neuesten neurophysiologischen und psychologischen Forschungsergebnissen dargestellt. Interessant erscheint uns in diesem Zusammenhang der Abschnitt über neuere hirnhysiologische Entwicklungsmodelle, wie sie insbesondere von *Leontjew* dargestellt wurden, die besagen, daß Erfahrungsstrukturen sich in sogenannten funktionellen Hirnorganen niederschlagen, deren Entwicklungs- und Reifungsprozeß sich mehr durch Auseinandersetzung des Individuums mit der Umwelt als durch biologische Bedingtheiten entwickeln.

Im letzten Abschnitt, der der Therapie gewidmet ist, werden die Grundzüge medikamentöser Behandlung, psychotherapeutischer Verfahren, der Elternberatung und funktionell-therapeutische Trainingsprogramme dargestellt. Übereinstimmend wird in der vorgestellten Literatur eine Kombination dieser Verfahren bevorzugt mit dem Ziel, das Kind „in seinen emotionalen, kognitiven und körperlichen Aspekten“ zu erfassen. Als Ursache der seelischen Störungen wird ein biologisch-organisch begründbarer Defekt gesehen, der die betroffenen Kinder prädestiniert, neurotische bzw. psychotische Symptome zu entwickeln. Die Darstellung der Psychogenese folgt weitgehend einer Art akademischen Aufzählung und kurzen Charakteristik un-

terschiedlicher psychoanalytischer Schulen, u. a. *Anna Freud*, *Melanie Klein*, *Hans Zulliger* und *Alfred Adler*. Breite Darstellung findet die besonders von *Mangold* vertretene Richtung, die besagt, daß das Kind aufgrund seines physisch-biologischen Defektes Abwehrmechanismen und Symptome entwickle, die es zum Urheber der gestörten Kommunikation mit den Eltern mache. Die dadurch ausgelösten Probleme würden dann eine sekundäre Neurotisierung bewirken.

Den Darstellungen des Buches entsprechend soll es nun Ziel der Therapie sein, die Eltern von ihren Schuldgefühlen zu entlasten und sie durch die Annahme der Tatsache, ein organisch behindertes Kind zu haben, dazu zu bringen, eine emotional freundlichere Beziehung zu ihrem Kind herzustellen. Die Therapie soll also durch Ausweitung auf das soziale Umfeld, wie Schule und Elternhaus, ergänzt werden.

Den Anspruch des Buches, kritischer Literaturüberblick zu sein, sehen wir nicht erfüllt, da die Autoren weder die dargestellte Literatur ernsthaft kritisch hinterfragen noch in ihrer Auswahl kritische Literatur berücksichtigen. Die Diskussionsebene bleibt auf einer biologisch-organischen Betrachtungsweise stehen. Die Tragweite der Erkenntnis hirnpfysiologischer Forschungen des Entstehens hirnorganischer Strukturen aufgrund zwischenmenschlicher Erfahrungen bleibt unerkannt, da neuere psychoanalytische Erkenntnisse der Ich- und Gruppenforschung nicht in ausreichendem Maße dargestellt werden. Das MCD-Syndrom stellt sich als ein Begriff dar, dessen ätiologische Ursachen aufgrund anamnestischer Hinweise in Bezug auf Schwangerschaft der Mutter und Geburtsverlauf rekonstruiert werden. Neurologische Abweichungen finden sich höchstens in den sogenannten „Soft-Signs“, die, wie von vielen Autoren übereinstimmend festgestellt, nur in wenig aussagefähigen Prüfungen abgegrenzt werden können. Interessanterweise stellen die motorischen Dysfunktionen nach Untersuchungen von *Twitchel* Phasen dar, die auch im Verlauf einer normalen motorischen Entwicklung von Kindern gefunden werden können. Ebenfalls müssen die EEG-Abweichungen als im wesentlichen unspezifisch angesehen werden. Zusammenfassend kommt nach *Neuhäuser* der neurologischen Symptomatik nur wenig diagnostische Bedeutung zu, die mannigfaltige Symptombildung hat vielmehr psychischen Charakter.

Diese kritischen Untersuchungen zum MCD-Syndrom bleiben jedoch ebenso wenig berücksichtigt wie auch ein ernst zu nehmender Versuch unterbleibt, die psychopathologischen Auffälligkeiten dieser Kinder psychodynamisch zu verstehen. Obwohl der Ansatz eines solchen Verständnisses schon in der Literatur der frühen 50iger Jahre wie bei *Mahler*, *Ekstein*, *Greenacre*, *Rosenfeld* und *Geleerd* zu finden waren. Interessanterweise wurde von den oben genannten Autoren die hier als MCD-Syndrom dargestellte nosologische Einheit als kindliches Borderline-Syndrom aufgefaßt, wobei aufgrund einer fehlenden adäquaten Theoriebildung schwerer früher Ich-Störungen zunächst hypothetisch eine organisch bedingte Ich-Schwäche angenommen

wurde. Besonders die Untersuchungen von *Regine Schneider* über das kindliche Borderline-Syndrom haben jedoch gezeigt, daß die beschriebenen Leistungsdefizite Störungen der Ich-Funktionen zugeordnet werden müssen, die in der frühen Mutter-Kind-Beziehung bzw. innerhalb der Primärgruppe erworben wurden. Wir möchten hier noch einmal auf von den Autoren nicht zitierte Familienuntersuchungen (*Müller-Küppers*) hinweisen, die besagen, daß nur bei einem kleinen Prozentsatz (10 %) der MCD-Kinder psychische Milieuschäden ausgeschlossen werden können. Die Eltern-Kind-Beziehung wird in der Literatur (*Miller, Doll, Zuck, Katz, Schideberg und andere*) durchgängig als pathologisch beschrieben. Zieht man zusätzlich familiendynamische Untersuchungen (*Bell, Vogel*) heran, in denen das gefühlsgestörte Kind als Ausdrucksträger einer kranken Familiengruppe aufgefaßt wird, mit dem Ergebnis, Stabilität und Zusammengehörigkeitsgefühl der Familie aufrechtzuerhalten, so muß man sich ernsthaft fragen, ob eine Therapie, die das Kind durch Etikettierung mit einer naturwissenschaftlichen letztlich nicht bewiesenen Hirnschädigung in der Omega-Position der Familie beläßt, wirkliche Hilfe bringen kann.

Letztlich halten wir die Ausführungen des Buches im Hinblick auf Genese und Therapie des MCD-Syndroms nicht für ausreichend, wengleich auch eine sorgfältige und umfangreiche Literaturübersicht erstellt wurde, der jedoch der Mangel einer einseitigen naturwissenschaftlichen Ausrichtung anhaftet.

Zusammenfassend erscheint es uns, daß die Autoren sich letztlich weniger um eine echte wissenschaftliche Auseinandersetzung als vielmehr um die Etablierung eines Krankheitsbegriffes bemühen, der selbst naturwissenschaftlich auf einer unsicheren Position beruht.

Bernd Vigener (München)

Peter Kutter
Psychiatrie

Kindler Verlag, München, 1977, 267 Seiten

Das vorliegende Buch wendet sich an einen Kreis interessierter Laien, die sich über psychiatrische Krankheit informieren möchten. Der Autor, Nervenarzt und Mitarbeiter am orthodoxen Institut für Psychoanalyse in Frankfurt, gibt in seinem Buch einen systematischen Überblick durch lebendige Darstellungen psychiatrischer Krankheitsbilder und detaillierte Schilderungen von Krankheitsgeschichten.

Der Autor versteht sich als „Psychograph“ und „Psychohistoriker“. Obwohl er sich der traditionellen deutschen Psychiatrie zutiefst verpflichtet fühlt, unternimmt er den Versuch, die orthodoxe in eine moderne dynamische Psychiatrie zu integrieren.

Der psychiatrische Teil des Buches besteht aus der klassischen Aufteilung in körperlich begründbare Psychosen und in psychogene Psychosen, was, wie der Autor meint, das Ergebnis jahrzehntelanger Forschung sei. Als Beleg führt er seine eigenen Erfahrungen in der Nervenlinik sowie die Krankengeschichten an, welche die unmittelbare Begegnung mit dem seelischen leidenden Menschen zu vermitteln suchen. Die Koryphäen und Väter der traditionellen Psychiatrie wie *E. Bleuler*, *Kraepelin*, *Kurt Schneider* und *Bonhoeffer* werden in ihren Konzepten und Beiträgen dargestellt.

Der zweite Teil ist der Psychoanalyse und der Dynamischen Psychiatrie gewidmet. Die versprochene Vereinigung der beiden Gebiete – um es vorwegzunehmen – gelingt jedoch nicht, da der Autor keine übergreifende, ganzheitlich verstehende Theorie zugrundelegen kann. Er zitiert eine Reihe von Neo-Freudianern wie *Fromm-Reichmann*, *Searles*, *Melanie Klein* und *Madame Sechehaye*. *Kutters* Engagement und Bemühen lehnen sich an die Ziele der Sozialpsychiatrie an. Aber die konzeptionelle Unsicherheit, unter der die Sozialpsychiatrie leidet, kommt auch in dem hier besprochenen Kompendium zum Vorschein. Ohne eine Berücksichtigung sozialer Faktoren in der Psychiatrie abzulehnen, müssen wir doch das einseitige Herausreißen sozialer Parameter aus dem Gesamtzusammenhang psychodynamischen und gruppodynamischen Verständnisses menschlichen Lebens kritisieren. Das Festhalten an der Dichotomie der Leib-Seele-Trennung, das Beibehalten der Erbfaktoren und der Mythos der Endogenität einerseits und auf der anderen Seite die psychodynamischen Zusammenhänge einer Dynamischen Psychiatrie bleiben isoliert nebeneinander stehen.

Diese Kluft hinterläßt den Eindruck, daß der Autor für sich selbst die Integration von Psychiatrie und Psychoanalyse nicht erreicht hat, und so überläßt der Psychoanalytiker in ihm die schwerer psychisch kranken Patienten dem organisch orientierten und medikamentös behandelnden Psychiater. Wegen der letztlich pessimistischen Haltung der „Psychiatrie“ – so lautet der Titel des Buches – gegenüber ist das Buch nur mit Vorbehalt zu lesen.

Fotini Ladaki (Düsseldorf)

B. Luban-Plozza, W. Pöldinger
Der psychosomatisch Kranke in der Praxis

Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 3. Auflage, 1977

Die Autoren haben mit dieser überarbeiteten neuen Auflage dem praktisch tätigen Arzt einen geeigneten Leitfaden in die Hand gegeben, der leicht verständlich geschrieben und, ohne allzu dicht gedrängt viel Wissen vermitteln zu wollen, doch den gesamten Problemkreis der Psychosomatischen Medizin umfassend darstellt.

Die grundlegenden Theorien psychosomatischer Erkrankung werden kurz dargestellt, in einem besonderen Kapitel auch die theoretische Konzeption *Ammons*, der psychosomatische Krankheit als archaische Ich-Krankheit versteht, die als solche auf einem Entwicklungsdefizit beruht.

In der Darstellung der einzelnen Krankheitsbilder, der besonderen Bedeutung im Hinblick auf das Altwerden, der Beziehungen zur Angst und Depression, bis hin zu den unterschiedlichen therapeutischen Ansätzen einschließlich der Psychopharmakotherapie werden dem Leser die Probleme, Fragestellungen und Ergebnisse der Forschung deutlich gemacht.

Besonders zu bemerken ist, und das zeugt für die Aufgeschlossenheit der Autoren, das Kapitel über die Psychosomatik der Zahnerkrankungen, welche hier meines Wissens erstmalig in der deutschsprachigen Literatur ausführlicher dargestellt wird. Erwähnt sei hier auch die Darstellung der Beziehung zwischen Psychosomatik und Geriatrie. Im Kapitel „Der psychosomatische Zugang zu Patienten“ werden dem Leser wertvolle Hinweise und praktische Ratschläge für seine Arbeit gegeben und hierbei ganz besonders auch auf die Bedeutung der Arzt-Patienten-Beziehung hingewiesen.

Bei der allgemeinen zu beobachtenden Zunahme der psychosomatischen Erkrankung – es werden Zahlen bis zu 80 % aller Patienten, die einen Allgemeinarzt aufsuchen, angegeben – erscheint ein Buch wie das vorliegende besonders geeignet, um dem Arzt die Probleme näherzubringen und ihn z. B. zu motivieren, eine gezielte Fortbildung, z. B. in Form von Balintgruppen, für sich zu suchen.

Hartwig Volbehr (Berlin)

Hilde Bruch
The Golden Cage

Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, 1978, 150 Seiten

Die Autorin *Hilde Bruch*, Professor für Psychiatrie am Baylor College, beschäftigt sich seit Jahren mit der Anorexia nervosa, und so weckt sie mit dem Titel „Der goldene Käfig“ hohe Erwartungen. Diese werden zu großen Teilen auch erfüllt. Das Buch ist spannend geschrieben, mit Engagement, differenziert in der Beschreibung der Fälle wie auch des gesamten Lebensumfeldes der Patienten. Eindringlich sind die vielen wörtlichen Zitate ihrer Patienten, die ihr Eingesperrtsein ausdrücken, ihre Angst vor Liebesverlust, ihre Selbstzweifel und die Unfähigkeit, ein eigenes Leben zu suchen. Das Symptom Anorexia nervosa verbirgt nur diese persönliche Problematik, ist Symbol der nicht gelungenen Konfliktlösung.

Die Autorin beschreibt anschaulich mit ihren Therapien, daß diese Patienten eine persönliche Hilfe brauchen, keine Interpretation. Vor allem sei das

Familienfeld einzubeziehen, wo diese Kinder zwar behütet, sehr geliebt, aber auch sehr kontrolliert werden. Da gerade die Anorexia vornehmlich bei Jugendlichen auftritt, sieht sie die Hauptaufgabe der Prävention darin, diese Symptome psychischer Art rechtzeitig bei Jugendlichen zu erkennen und ihnen zu helfen, daß nicht später die Anorexia nervosa als Konfliktausgang geschieht. Jugendlichen bei ihrem Weg zur Unabhängigkeit und Autonomie zu helfen, unter diesem Leitsatz ein aufforderndes Buch.

Aufmerksamkeit auf die oft tödliche psychische Erkrankung Anorexia nervosa zu lenken, das ist die Leistung dieses Buches. Ein wesentlicher Mangel dieses Buches jedoch ist das fehlende theoretische Konzept. Zweifelsohne ist das orthodoxe analytische Konzept verlassen, aber die Gruppendynamik der Familie wird nicht zur Krankheitsursache hinzugerechnet. So bleibt letztlich offen, was der Kernpunkt von *Hilde Bruch*s therapeutischer und wissenschaftlicher Arbeit ist. Zu loben ist ihr Engagement, aber eine theoretische Auseinandersetzung mit Theorien und Modellen von psychosomatischer Erkrankung und präödiptalen Konzepten wäre notwendig. *Hilde Bruch* schreibt zwar, daß diese Patienten aufwachsen mit „Störungen in ihrem Identitätsgefühl, in ihrer Autonomie und in ihrer Selbstkontrolle“. Eine psychotherapeutische Theorie bleibt sie dabei schuldig, was es bedeutet, daß dieselben Kinder „körperlich, materiell und erziehungsmäßig gut versorgt aufwachsen“. Es ist ja zu fragen, was hinter dem gleichförmig freundlichen Verhalten dieser Mütter steht. Die „Verwirrung“ dieser Kinder aufgrund der undifferenzierten Reaktionen der Mutter auf die eigenen Bedürfnisse des Kindes bekommen ihre Bedeutung ja erst in einem entwicklungspsychologischen Modell des Aufwachsens von Kindern, das Strukturbildung, Psychodynamik und Gruppendynamik integriert. Wünschenswert wäre eine Diskussion mit dem Modell der Dynamischen Psychiatrie und ihrem Behandlungskonzept.

Wolfgang Rock (Berlin)

Samir Stephanos

Analytisch-psychosomatische Therapie

Hans Huber, Bern/Stuttgart, 1973, 154 Seiten

Stephanos, Psychoanalytiker und Stationsarzt in der von *Horst Eberhard Richter* gegründeten Psychosomatischen Klinik (10 Betten) in Gießen, hat sich in seinem Buch die, wie er selber schreibt, schwierige Aufgabe gestellt, die Dynamik zwischen Patienten und Stationsgruppe differenziert darzustellen und „darüber hinaus einen psychoanalytischen Beitrag zur Klinik und zur Theorie der psychosomatischen Störung“ (S. 13) anzubieten. Ziel der Behandlung sei es, „dem Patienten zu einem psychisch-geistigen Reifungs-

prozeß zu verhelfen“ (S. 13). Der Autor wendet sich gegen bloße Anpassungstechniken wie auch gegen Ansätze in der Psychotherapieforschung, eine über vermeintlich objektive Zahlen gemessene Effizienz in den Vordergrund zu stellen. Demgegenüber stellt er fest, „daß der Patient das eigentliche Objekt dieser Schrift ist“ (S. 13). An diesem Anspruch wird die Arbeit zu messen sein.

Die Strukturierung der Station habe sich nach den Möglichkeiten der Patienten zu richten. Das therapeutische Vorgehen müsse an den spezifischen „Ich-Schäden“ der Patienten ansetzen. Dieses Konzept der Ich-Schädigung ist insofern bemerkenswert, als *Stephanos* damit eine Abgrenzung von den klassischen, ödipal bestimmten Neurosen vornimmt. Ziel der Therapie sei es, „strukturierende und stabilisierende Ich-Veränderungen zu erzielen“ (S. 16). Dementsprechend werde die Klinik als ein „strukturiertes Ganzes“ verstanden, das vor allem durch die wöchentliche Stationskonferenz und die dreimal wöchentlich stattfindenden Personalkonferenzen hergestellt werde. Dieser Ansatz klingt vielversprechend, doch zeigen sich an dieser Stelle bereits spezifische Einschränkungen. So wird die Institution der Visite beibehalten, deren Funktion im orthodox-psychoanalytischen Verständnis folgendermaßen gesehen wird: „Der Patient ist durch das Zeremoniell der Visite und ihre ödipale Konfiguration – der Arzt erscheint in Begleitung der Schwestern – beeindruckt, darum sind seine Abwehrmechanismen aufgelockert. Zugleich stellt die Präsenz der Schwestern als den guten Müttern einen Faktor der Sicherheit für den Patienten dar. Diese Präsenz hilft ihm, sich dem Arzt zuzuwenden und sich mit dessen Deutungen auseinanderzusetzen“ (S. 25 f). Der Kontakt der Patienten mit dem Stationsarzt beschränkt sich ausschließlich auf die zweimal wöchentliche Visite, und im Mittelpunkt dieser Begegnung stehen die distanzierten Deutungen des Arztes.

Die Personalkonferenzen, an denen Stationsarzt, Schwestern und Gestaltungstherapeutin teilnehmen, haben zwei Funktionen: die Unterstützung des Personals durch den Stationsarzt bei der Bewältigung von Spannungen, die durch den Umgang mit den Patienten mobilisiert werden, sowie die Supervision der therapeutischen Arbeit des Personals durch den Stationsarzt. Auffällig ist auch hier, daß direkte Auseinandersetzungen anscheinend vermieden werden, und zwar in der Befürchtung, die Stationsgruppe könnte zu einer Patientengruppe werden (S. 29, 31). Der Ausweg wird darin gesehen, alle Interaktionen der Patienten mit dem Personal als unbewußte Mitteilungen an den Stationsarzt zu verstehen und entsprechend zu deuten, um so die einzelnen Mitglieder zu entlasten. Wesentliches Mittel zur Strukturierung der therapeutischen Arbeit ist also auch hier wieder die Deutung.

Zentrum der Behandlung war zunächst die später abgeschaffte Gruppentherapie, die insofern einen Eigenstatus hatte, als der Therapeut nicht mit zur Stationsgruppe gehörte. Der Austausch zwischen den beiden Teilbereichen geschah einmal wöchentlich in der Stationskonferenz. Auffällig ist, daß die

Behandlung durch die Stationsgruppe auch nach Abschaffung der Gruppentherapie als Einzeltherapie bezeichnet wird (S. 24). Darin drückt sich aus, daß das tägliche Zusammenleben weniger durch einen Gruppenzusammenhang bestimmt ist als durch Einzelkontakte der Patienten zu den Mitarbeitern bzw. untereinander. An Gruppensituationen werden nur die Gestaltungstherapie und die einmal wöchentlich stattfindende Sportstunde genannt.

Das theoretische Konzept von *Stephanos* ist angelehnt an die französische psychosomatische Schule um *Marty*, *de M'Uzan* und *David*. Dabei berücksichtigt der Autor für die Genese der psychosomatischen Störung bemerkenswerterweise gerade auch deren Erkenntnisse über früheste Ich-Schädigungen aufgrund von „pathologischen basalen Interaktionen zwischen Fötus und Mutter“ (S. 33). Auch mit Bezug auf *Heinz Lichtenstein* und dessen Konzept der primären Identität beschreibt er auf der theoretischen Ebene relativ differenziert die pathologische Ich-Entwicklung dieser Patienten im prä- und perinatalen Bereich.

Umso verwunderlicher aber wirkt es, wie sehr der Autor sich davor scheut, diese Erkenntnisse konsequent in die therapeutische Praxis umzusetzen. Das „psychosomatische Phänomen“ (später als Alexithymie bezeichnet) sei schwer zugänglich und könne nur durch Verlagerung auf die Ebene der unbewußten Phantasien, d. h. auf eine ödipale Ebene, therapeutisch angegangen werden (S. 39). Dementsprechend ist die Behandlung auf eine „trianguläre“, d. h. ödipale Übertragungssituation zentriert, in der der Stationsarzt den Vater, die Schwestern die Mutter und die Mitpatienten die Geschwister darstellen würden. Damit aber handelt es sich nur um eine oberflächlich abgewandelte Form der klassischen Neurosenbehandlung, und der Autor wird seiner eigenen theoretischen Erkenntnis untreu, daß die psychosomatische Erkrankung scharf von der Neurose zu unterscheiden sei (S. 33). Geradezu paradox aber mutet es an, daß alle therapeutischen Überlegungen und Aktivitäten nur darauf hinzielen, möglichst präzise Deutungen für den psychosomatisch kranken Patienten zu finden, paradox auch gerade angesichts der Erkenntnis der französischen psychosomatischen Schule über die „Mechanisierung der Objektbeziehungen“ dieser Patienten (S. 35). Ist es etwa nicht mechanisch, wenn der Kontakt des Stationsarztes zum Patienten sich ausschließlich auf den deutenden Umgang mit ihm während der Visite beschränkt?

Das Beispiel einer typischen Deutung mag dies verdeutlichen. Ein Patient hat der Schwester seine Befürchtung mitgeteilt, er leide wahrscheinlich unter Tripper. Daraufhin deutet der Stationsarzt während der Visite. „Sie nehmen die Substanz bzw. Potenz von Ihrem Arzt an, um Ihre Person zu stärken. Dann aber verkrampfen Sie sich. Sie wollen diese Substanz wieder abstoßen, und es entsteht in der Verkrampfung ein Prostatasekret. Sie haben Angst, die väterliche Substanz in sich zu behalten, in Ihrer Vorstellung gefährdet sie Ihre Männlichkeit“ (S. 58).

Betroffen fragt man sich angesichts einer derart distanzierten Haltung, die sich durch sämtliche Fallberichte zieht, womit der Autor eigentlich seinen eigenen Anspruch rechtfertigt, daß es ihm in seinem Buch ganz um den Patienten gehe. Was diese Menschen, deren Ich-Schädigung der Autor ja theoretisch zutreffend diagnostiziert, lebensnotwendig brauchen, ist eine direkte und lebendige Emotionalität innerhalb eines therapeutischen Milieus, das Therapeuten wie Patienten gleichermaßen eine kontinuierliche und ganz persönliche Auseinandersetzung ermöglicht. Gerade dies aber wird ihnen in der Psychosomatischen Klinik Gießen vorenthalten. Perfekte und unnahbare Eltern dagegen kennen sie zur Genüge.

Der Autor wollte die Dynamik zwischen Patienten und Personal darstellen. Gesehen wird jedoch nur die Dynamik zwischen Einzelpersonen. Eine Bearbeitung der Gruppendynamik auf ihren verschiedenen Ebenen, wie dies in einer dynamisch-psychiatrischen Klinik ganz selbstverständlich geschieht, wird dagegen ängstlich vermieden. Im oben angeführten Beispiel wäre ein mögliches Verständnis zum Beispiel, daß der Patient mitteilen will, was ja sehr verständlich wäre, daß er sich auf dieser Station behandelt fühlt wie ein ansteckend Kranker, dem Kontakt, in diesem Fall umschrieben durch Sexualität, nicht gewährt wird. In einer reflektierten psychodynamisch und psychoanalytisch strukturierten Institution wäre dann danach zu fragen, inwieweit diese Äußerung die Übertragung des Patienten widerspiegelt oder aber reale Schwächen der Institution. In bezug auf die Psychosomatische Klinik Gießen springt einem angesichts der dort herrschenden ritualisierten Kontakte die Antwort ins Auge. Da hier die Bearbeitung der Gruppendynamik der Station nicht stattfindet, wird das wichtigste therapeutische Instrument aus der Hand gegeben, wie diese Patienten tatsächlich in den Bereichen ihrer schweren Ich-Schädigung zu erreichen wären.

Auch 1973 lagen genügend Veröffentlichungen über die Erkenntnisse der modernen psychoanalytischen Gruppenforschung vor. Hätte *Stephanos* sich damit ein wenig befaßt, so hätte er auf die z. B. von *W. Schindler* bereits 1951 mitgeteilte Beobachtung zurückgreifen können, daß die Gruppe als ganze für die Patienten ganz regelhaft die archaische Mutter darstellt. Demgegenüber wirkt es außerordentlich naiv und befremdend, wenn *Stephanos* davon ausgeht, daß die Patienten gegenüber den Schwestern die tatsächliche Beziehung zu ihren Müttern erleben könnten. Allenfalls können sie hier eine Mutter erleben, wie *Stephanos* sich das in seiner eingeschränkten ödipalen Sicht vorstellt. Die Erfahrung dieser Patienten, daß sie bereits in ganz frühen Phasen ihrer Entwicklung, wo sie kaum zwischen sich und der Umwelt, geschweige denn zwischen Vater und Mutter unterscheiden konnten, zutiefst verlassen wurden, wird an der Psychosomatischen Klinik in Gießen in keiner Weise ernstgenommen.

In den Bahndlungsverläufen fehlt eine differenzierte Analyse der Ich-Struktur der Patienten und ihrer spezifischen Störungen, besonders auch im interpersonellen Zusammenhang. Aufgrund der nur oberflächlichen Infor-

mationen über Genese, Psychodynamik und Persönlichkeitsstruktur der Patienten läßt sich überhaupt nicht beurteilen, wie schwer krank sie sein mögen. Von den mitgeteilten Symptomen her handelt es sich ausschließlich um leichte psychosomatische Erkrankungen: Herzneurose, akute Unruhe, vegetative Dystonie, Magenbeschwerden ohne organischen Befund, Hyperventilationsanfälle. Wenn man von den Symptomen ausgeht, ist es in keiner Weise ersichtlich, warum diese Patienten nicht in einer adäquaten ambulanten Gruppen- oder auch Einzeltherapie hätten behandelt werden können.

Das von *Stephanos* vorgestellte Konzept ist von einer kaum noch vorstellbaren Widersprüchlichkeit. In keiner Weise werden in der therapeutischen Praxis die eigenen Ansprüche eingelöst. *Stephanos* wendet sich gegen Anpassungsstrategien, aber auf der von ihm geleiteten Station bleibt den Patienten gar nichts anderes übrig, als sich an eine starre Institution anzupassen. Und umso schlimmer ist noch, daß diese Institution als flexibel ausgegeben wird. *Stephanos* verkündet, es gehe ihm ganz um den Menschen. Aber in der Praxis werden die Patienten in ihrer tatsächlichen Problematik im Stich gelassen und damit gerade nicht als Menschen ernstgenommen. Die Psychosomatische Klinik in Gießen, so wie *Stephanos* sie vorstellt, ist ein System, wo die Vernachlässigung der Patienten mit psychoanalytischen Termini rationalisiert wird. Mit Psychoanalyse hat das nichts mehr zu tun. Vielmehr muß jedem Psychoanalytiker das Grausen kommen, wenn er sieht, wozu hier Psychoanalyse verwendet wird.

Jürgen Müller-Heinemann (München)

James Mann

Psychotherapie in zwölf Stunden

Zeitbegrenzung als therapeutisches Instrument

Walter-Verlag, Olten und Freiburg i. Brsg., 1978, 259 Seiten

Der Autor, Arzt und Psychiater, Leiter der University School of Medicine in Boston und Dekan des Psychoanalytischen Instituts, stellt in seinem Buch ein Konzept einer 12 Sitzungen dauernden Kurztherapie vor. Sein redliches Bemühen, mit einer Kurzzeitbehandlung Abhilfe für die wachsende Zahl von ratsuchenden und therapiededüftigen Patienten zu schaffen, ist lobenswert. Das der Behandlung zugrunde liegende Konzept läßt jedoch hinsichtlich der Diagnose von Krankheitsbildern, die wir heute bei unseren Patienten vorfinden, der Indikation und der Effektivität der Therapie Zweifel aufkommen.

Zeitbegrenzung als zentrales Behandlungsinstrument mit einem festgelegten Programm, aufgebaut auf Daten eines Erstinterviews, erscheint nur im Sinne einer Fokaltherapie bei Patienten mit „eingegrenzten“ seelischen Stö-

rungen, wie sie der Autor beispielhaft durch Protokolle einer Behandlung von Angstneurose belegt, möglich. Dabei stellt sich die Frage, in welchem Maße das dieser Art der Behandlung zugrunde gelegte *Freudsche* Trieb-Neurosen-Konzept heute noch für das Krankheitsbild der meisten Patienten Gültigkeit hat. Bei weit über der Hälfte der Patienten, die heute in die Praxen kommen, können wir als vorherrschende Diagnose Borderline-Erkrankungen in unterschiedlichen Schwere- und Ausprägungsgraden feststellen. Häufig sind diese Patienten für eine Psychotherapie zunächst nicht motiviert; was sie stört, sind ihre Symptome. Diese mit dem Konzept der Neurosen-therapie anzugehen, ist ineffektiv und schädlich. Kurzzeittherapie scheint in den meisten Fällen unmöglich, da der Therapeut häufig erst über einen lange dauernden Prozeß eine autonome Motivation für die Behandlung aufbauen muß. Hier Zeitbegrenzung als Behandlungsinstrument einzusetzen, erschiene vom Ich-Struktur- und Gruppenkonzept der Berliner Schule als kontraindiziert.

Obwohl der Autor selbst hervorhebt, daß bei der zeitlich begrenzten Psychotherapie stillschweigend vorausgesetzt werde, „daß sich der Patient weder in einem Zustand akuter Dekompensation (akute psychotische Reaktion) befindet, noch durch schwere Depression unfähig ist, sich auf therapeutische Arbeit einzulassen“, muß hier kritisch bemerkt werden, daß sich solche Patienten nur in einer äußerst beschränkten Zahl noch finden lassen. Die hier vorgestellte Kurzzeittherapie entlastet die überfüllten Praxen daher kaum.

Neben einer ausführlichst dargestellten Phänomenologie der Zeitbegrenzung als Behandlungsinstrument stellt das vorliegende Buch wenig Neues vor, zumal schon früher *Balint*, *Mellan* u. a. ausgezeichnete Konzepte von Fokalthherapie vorgestellt haben. Enttäuschend ist, daß der Autor keine eindeutigen Diagnosekriterien für die 12 Stunden-Behandlung angibt und daß statistische Zahlen und klinische Beobachtungen – wie der Verfasser selbst feststellt – vollkommen fehlen. Insgesamt gesehen stellt das Buch auf dem Markt der Literatur keine Erweiterung psychoanalytischer Behandlungstechnik dar.

Emil Wieczorek (Berlin)

Michael Freese

Psychische Störungen bei Arbeitern

Otto Müller, Salzburg, 1977, 208 Seiten

Ausgehend von Befunden zahlreicher sozialepidemiologischer Untersuchungen konstatiert *Freese* einen Zusammenhang zwischen sozialer Schichtzugehörigkeit und psychischer Störung. In der Unterschicht fänden sich demnach auffallend viele Schizophrene, in den Oberschichten seien vor allem Neurosen anzutreffen. *Freeses* erkenntnisleitendes Interesse ist die Frage

nach den wesentlichen Gründen für die schichtspezifische Verteilung von psychischen Störungen im besonderen und deren Soziogenese im allgemeinen.

Der Lösung des aufgeworfenen Problems wird zunächst auf neue und originelle Weise näher zu kommen versucht. Der Verfasser bemüht sich um eine Verknüpfung gesellschaftstheoretischer Kategorien mit lerntheoretischen Begriffen. Soweit ich sehe, begibt er sich damit in ein Spannungsfeld von – vor allem kognitiver – Lerntheorie und Kritik der politischen Ökonomie, in das bisher niemand auf diese integrative Weise eingetreten ist.

Die Kategorien Streß und Kontrolle werden als die zentralen vermittelnden Begriffe vorgestellt. In Anlehnung an die kognitive Theorie von *Lazarus*, definiert *Freese* Stressoren als diejenigen „Ereignisse und Bedingungen, die von der Mehrheit der Mitglieder einer Gesellschaft unter gesellschaftlich durchschnittlichen Bedingungen als aversiv oder bedrohlich eingeschätzt werden.“ (S. 33) Unter dem Gesichtspunkt einer möglichen Reduktion des Einflusses von Stressoren durch deren Kontrolle wird weiterhin folgender Kontrollbegriff dargestellt: „Kontrolle ist in dem Maße gegeben, in dem eine Person über Verhaltensmöglichkeiten versucht, mit Bedingungen so umzugehen, daß diese entsprechend eigener Ziele, Bedürfnisse und Interessen erhalten, verändert oder neu geschaffen werden.“ (S. 37)

Begrifflich so ausgerüstet, werden jetzt die sozialen Beziehungen in der bürgerlichen Gesellschaft, wie sie vor allem *Marx* auseinanderlegte, hinsichtlich des Entstehens von Nicht-Kontrolle einerseits und von Stressoren andererseits interpretiert. Beispielsweise seien die Warenförmigkeit der Arbeit, die Trennung von Hand- und Kopfarbeit soziale Bedingungen für die Nicht-Kontrolle der Arbeiter; Monotonie oder Unterforderung der Fähigkeiten in der industriellen Produktion seien Stressoren.

Hinter dieser Umformulierung von den Kategorien der Kritik der Politischen Ökonomie in solche von Streß und Kontrolle steckt die Idee, psychische Störungen als unmittelbaren Ausdruck des Wirkens von sozialen Stressoren bei gleichzeitiger Nicht-Kontrolle zu beschreiben. Dabei wird von unterschiedlichen Ausprägungsgraden der Nicht-Kontrolle von Stressoren ausgegangen, und jeder Stufe eine Verhaltensweise bzw. eine psychische Störung zugeordnet. Der ganze Zusammenhang wird kausal interpretiert. Möglich wird das durch ein recht beschränktes Konzept psychischer Störungen. Im Rückgriff auf primär an Tieren gewonnene Befunde der lerntheoretisch ausgerichteten Experimentalpsychologie differenziert *Freese* vier Typen psychischer Störungen: Phobie, psychosomatische Störung, Depression und Schizophrenie.

Analog der zuvor erfolgten Interpretation gesellschaftstheoretischer Kategorien in den Terms von Streß und Kontrolle wird dieses Verfahren auch bei der Beschreibung und Ätiologie jener vier Typen zur Anwendung gebracht. Die zentrale gemeinsame Ursache psychischer Störungen ist nach *Freese* das Einwirken von Stressoren. Als Differenzierungskriterium fungiert der unter-

schiedliche Grad an Kontrolle. So entstehe eine Phobie, für *Freese* eine Form der Neurose, bei einer relativ großen Möglichkeit der Kontrolle, Kontrolle hier im Sinn von Meideverhalten. Eine psychosomatische Störung trete bei einer nur partiellen Kontrolle der Stressoren auf (S. 113). Depressionen und Schizophrenie schließlich seien Reaktionen auf das Einwirken von Stressoren bei gleichzeitiger Nicht-Kontrolle (S. 166). Die Depression versteht *Freese* im Rahmen des Modells der gelernten Hilflosigkeit von *Seligmann*, die Schizophrenie begreift er als einen Ausdruck kognitiver Pseudokontrolle (S. 131). Diese habe Streß-reduzierenden Charakter und werde deshalb aufrechterhalten.

Im letzten recht kurzen Kapitel werden die bis dahin entwickelten theoretischen Überlegungen im Lichte empirischer Untersuchungen zur sozialen Epidemiologie psychischer Störungen überprüft. So erscheinen etwa die allgemein diagnostizierten höheren Schizophrenieraten in der Unterschicht als ein unmittelbarer Ausdruck dort herrschender Nicht-Kontrolle. Die Häufungen eher neurotischer Störungen in der Mittelschicht seien auf größere Kontrolle zurückzuführen, wie sie vor allem qualifizierte Arbeiter und Angestellte im Gegensatz zu unqualifizierten Arbeitern ausüben könnten. Ebenso interpretiert *Freese* korrelative Zusammenhänge zwischen dem ökonomischen Krisenzyklus und der Rate der Aufnahme von Patienten in Nervenheilstätten kausal im Sinne seines Streß- und Kontrollkonzepts. Die Krise als Grund von Streß und Nicht-Kontrolle wird für ihn so zur Ursache psychischer Störungen. In der Arbeit *Freeses* werden "der Aspekt der vorberuflichen Sozialisation durch Eltern und Schule und die überdauernden Anteile der Person nicht beleuchtet." (S. 145)

So verdienstvoll und wichtig es ist, gerade „solche Einflußgrößen in den Vordergrund zu rücken, deren Wichtigkeit in der Diskussion um die Entstehung psychischer Störungen wenig beachtet wird“ (S. 145), so einseitig und darum verkehrt ist der daraus resultierende extreme Relativismus seines theoretischen Ansatzes. Der ausschließliche Bezug auf das Hier und Jetzt pathogener Interaktion von Person und Umwelt wird erkauft mit einer Entsubstanziierung zentraler Kategorien. Verstehen löst sich auf in Beschreiben, bestenfalls in Erklärung.

Freeses zunächst weiterführende und erhellende Konzeptualisierung der Begriffe Streß und Kontrolle in gesellschaftstheoretischer Perspektive findet da seine Grenze und wird unbestimmt, wo nach den systematischen Bedingungen der Möglichkeit subjektiver Kontrolle bzw. Nicht-Kontrolle gefragt wird. *Freese* kann nicht mehr erklären, warum und inwiefern Menschen unter denselben objektiven Bedingungen von Streß und Nicht-Kontrolle verschieden reagieren. Das hat vielfältige Gründe: Zum einen kann die individuelle Verarbeitung sozialstruktureller Verhaltensweisen nicht adäquat begriffen werden, wenn nicht auch der Schnittpunkt zwischen Gesellschaft und Individuum, nämlich die Gruppe, zentraler Gegenstand theoretischer Reflexion geworden ist.

Weiterhin und damit im engen Zusammenhang bleibt das Konzept der kognitiven Kontrolle als zentralem analytischen Bezugssystem oberflächlich und bloß deskriptiv. Dies deshalb, weil die Kompetenz zu kognitiver Kontrolle nicht in ihrer Abhängigkeit vom Entwicklungsniveau der zentralen Ich-Funktionen (*Ammon*), wie etwa der Ich-Abgrenzung, der Ich-Regulation etc. gesehen wird.

*Freese*s beengte Fixierung auf experimental-psychologische Ansätze gestattet ihm kein differenziertes Verständnis psychischer Störungen: So meint er beispielsweise zur These psychoanalytischer Konzepte, daß Schizophrene unter besonders schwacher Ich-Abgrenzung leiden, dies könne nicht sein, weil dann eineiige Zwillinge insgesamt häufiger schizophren werden müßten als zweieiige. Denn bei eineiigen Zwillingen sei die Ich-Abgrenzung auf Grund ihrer größeren Ähnlichkeit schwieriger zu entwickeln (S. 125). Mit dem lapidaren Hinweis, höhere Schizophrenieraten bei eineiigen Zwillingen seien nicht gefunden worden, wird wieder zur experimentalpsychologischen Tagesordnung übergegangen. Schizophrenie wird so für *Freese* lediglich zu einer Störung der kognitiven Funktionen.

In der Konsequenz folgt aus dem rein kognitivistischen Krankheitsverständnis ein ebenso rationalistisch verkürztes Emanzipationskonzept. Wenn die Arbeiter den gesellschaftlichen Zusammenhang durchschauen, wenn sie ein Bewußtsein der geschichtlichen Gewordenheit der Gesellschaft entwickeln, dann vergrößert sich die kognitive Kontrolle (S. 163, S. 189), dann entsteht eine psychische Störungen mindernde Gegenkontrolle, wie *Freese* meint. Für ihn reduziert sich letztlich die Emanzipation auf die Vergrößerung kognitiver Kontrollkompetenz, wobei er – wie gesagt – mögliche Prozesse der Entwicklung nicht angeben kann. Er kommt hier über abstrakte Konditionalaussagen im Sinne von Wenn-Dann-Beziehungen nicht hinaus.

Die rationalistische Verkürzung eines Begriffs sozialer Emanzipation, der immer auch die individuelle Emanzipation einzuschließen hat, hat wie gesagt zwei systematische Gründe: Zum einen ist die experimentalpsychologische, naturwissenschaftliche Psychologie überhaupt nicht in der Lage, den Menschen ganzheitlich und nicht partialisiert zu begreifen. Damit einher geht eine Enthistorisierung der analytischen Kategorien, die sich aus der Übertragung des naturwissenschaftlichen Denkens auf den Bereich des Sozialen ergibt, eine Übertragung, die auch in anderen wissenschaftlichen Disziplinen fatale Konsequenzen hat. Wegen der Geschichtslosigkeit der zentralen analytischen Begriffe *Freese*s kann er letztlich auch keine Aussagen über Entwicklungsprozesse machen. Wie und unter welchen sozialen und individuellen Bedingungen sich Kontrollkompetenz entwickelt und verändert, kann *Freese* nicht angeben.

Die zweite systematische Fehlerquelle ist *Freese*s recht oberflächliche Rezeption der *Marx*schen Gesellschaftstheorie. Deutlich wird das etwa an seinem Verständnis des Konzeptes der Mystifikation. *Freese* meint, die Neigung der Arbeiter, die falschen Auffassungen, die von wissenschaftlichen

Überlegungen abweichen, seien Mystifikationen. Nach *Marx* jedoch sind Mystifikationen nicht irgendwelche x-beliebigen falschen Anschauungen, die auch richtig sein könnten, sondern mystifiziertes Bewußtsein ist ein adäquater Reflex materialer Verkehrtheit. Die Mystifikation ist also notwendig falsches Bewußtsein und nicht eine beliebige Anschauung. Jedoch aus dieser recht beliebigen Auffassung von Mystifikation resultiert dann auch das Emanzipationskonzept. Dieses ist derart reduziert, daß eine Stärkung der kognitiven Funktionen im Sinne der Erhöhung von Kontrollkompetenz gleichzeitig auch eine Aufhebung der Mystifikation gleichkäme.

Mit *Freeses* Konzept kann es zwar gelingen, die Köpfe zu revolutionieren, tiefere existentielle Bindungen an bestehende Abhängigkeiten bleiben jedoch im unbegriffenen Dunkel.

Fragen des Ich-Gefühls, der Emotionalität, der Motivation, überhaupt der subjektiven Befindlichkeit spielen in *Freeses* Konzept keine Rolle. Der oberflächliche gesellschaftstheoretische Ansatz mündet auch in einer undifferenziert bleibenden Konzeption psychischer Störungen. Die nur kognitiv orientierte Theorie (Streß und Kontrolle) hat keinen analytischen Zugang zum Problemkomplex Ich-struktureller Störungen (*Ammon*), die quer durch die Schichten gehen. Es könnte ja sein, daß die viel zitierten Schichtunterschiede zu weiten Teilen aus Faktoren bestehen, welche die Fassade oder das manifeste Symptomverhalten differenzieren. Der kognitive Kontrollansatz bietet beispielsweise keine Möglichkeit, eine Zunahme von Borderline-Strukturen in allen Schichten zu erklären. Im Rahmen von *Freeses* Konzept könnte zwischen einem klassischen Neurotiker und einer Borderline-Person mit einer neurotischen Fassade, welche das Loch im Ich kompensiert, nicht diskriminiert werden.

Trotz bzw. vielleicht gerade wegen der Kritik kann ich das Buch empfehlen. Es stellt im Rahmen der akademischen Schulpsychologie einen Fortschritt und eine hohe integrative Leistung dar. Bei aller Begrenztheit ist das Konzept von Streß und Kontrolle doch auch anregend und instruktiv, und es liefert Impulse zum Weiterdenken und -forschen.

Manfred Deutschmann (Berlin)

Hans Füchtner
Psychoanalytische Pädagogik

In: *Psyche*, H. 3, 1978

Die anfängliche Freude, daß ein Artikel über die Psychoanalytische Pädagogik als Leitartikel in der „*Psyche*“ erscheint über „den sozialbewußtesten Zweig der psychoanalytischen Bewegung“, schlägt zunächst in Erstaunen

um, wenn der Autor sagt: „Zweifellos hat es eine psychoanalytische Pädagogik gegeben, aber es gibt keine mehr.“ Und das Erstaunen wird zum Ärger, wenn es weiter heißt: „Aufgabe der Psychoanalytischen Pädagogik ist es, aus der psychoanalytischen Praxis gewonnene Erkenntnisse für Pädagogik nutzbar zu machen. Eine solch theoretisch fundierte Psychoanalytische Pädagogik gibt es bis heute nicht.“

Letztlich blieb beim Lesen ein Gefühl von Unglaubwürdigkeit zurück. Der Autor begründet historisch die Wichtigkeit der „Versagung für die Erziehung des Kindes“, er beschreibt die Psychoanalytische Pädagogik als eine auf Ich-Stärkung gerichtete positive Erziehungslehre, er fordert direkte Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Problemen, er zitiert – immer noch geschichtlich – *Bernfeld*, *Zulliger* und andere. Und er gipfelt dann in der Feststellung, daß analytische Erziehung völlig unrealistisch ist, „leider“, wie er sagt.

Man muß dem Autor absprechen, im Namen der Psychoanalyse zu sprechen. Psychoanalytische Pädagogik heißt vor allen Dingen: Verantwortung für das zu erziehende Kind. Wenn ein Autor, sei es, daß er es nicht gelesen hat, sei es, daß er es bewußt verschweigt, das Modell und die Praxis der von *Gisela Ammon* begründeten Psychoanalytischen Kindergärten und der daraus in zehnjähriger Arbeit immer differenzierter entwickelten Psychoanalytischen Pädagogik nicht kennt, diskreditiert er sich als ein Verantwortlicher an der Gesellschaft, an der Kindheit und an der Lauterkeit seiner Wissenschaftlichkeit. Umso mehr, weil *Gisela Ammons* Arbeiten über den von *Hans Füchtner* geforderten Rahmen weit hinausgehen:

Ihre Konzeption der Ich-Bildung im strukturellen und psychodynamischen Feld der Gruppe auf dem Boden des Menschenbildes der Dynamischen Psychiatrie *Günter Ammons* umfaßt dabei ein Spektrum von wissenschaftlicher Forschung, praktischer, tatkräftiger Verwirklichung und menschlicher Haltung als Erzieher. Ihre Arbeiten zur Frustrationstoleranz, zur Prävention in der Dynamischen Psychiatrie, zum kindlichen Spiel sind genau so wegweisend wie ihre Arbeit als Präsidentin der DGG, die die Ausbildung zum Psychoanalytischen Erzieher anbietet, allen sich immer wiederholenden Vorurteilen zum Trotz, daß Psychoanalyse etwas Elitäres sei. Kernstück ist aber die praktische Arbeit des Kindergartens, zehn Jahre gelebte Erziehung; Grundarbeit, um Menschen frei zu machen und ihnen Identität zu ermöglichen.

Wolfgang Rock (Berlin)

Kinder – unsere kleinen Mitbürger
Die Zukunft unserer Gesellschaft

Das Parlament, Nr. 32, 12.8.1978

In der hier besprochenen Ausgabe der von der Bundeszentrale für politische Bildung herausgegebenen Zeitschrift „Das Parlament“, die verschiedenen Fragen der Entwicklung des Kindes in unserer Gesellschaft gewidmet ist, kommen Politiker, Publizisten und Vertreter der verschiedensten Lobbies zu Wort. Die Stellungnahme des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Frau *Antje Huber*, zur Zunahme von Kindesmißhandlungen und Fehlentwicklung von Kindern lautet: „. . . daß es gar keinen Zweifel daran geben kann, daß die Familie grundsätzlich fähig ist, Kinder zu erziehen, so wie sie das seit Jahrhunderten getan hat.“ Sie zitiert das Grundgesetz, welches den Eltern ihr Recht auf Erziehung der Kinder garantiert. Allerdings werden die Kinder im Grundgesetz nur an einer Stelle erwähnt, und ihre Rechte selber vertreten können Kinder nur schwer. Frau *Hubers* Konzept ist, „die Familie im gesellschaftlichen Bewußtsein aufzuwerten, ihre Erziehungskraft zu stärken und ihre Lebensbedingungen zu verbessern.“ Ein Problembewußtsein für die Zukunftsmöglichkeiten der Kleinfamilie fehlt jedoch; finanzielle Zuschüsse bewirken keine psychische Gesundheit.

Prof. Dr. *Kurt Nitsch*, Präsident des Deutschen Kinderschutzbundes, führt Alkoholismus und Arbeitslosigkeit als Ursachen für Kindesmißhandlung an. Berufliche Mißerfolge führen als Gegenreaktion zu Gewalt gegen Frau und Kinder. „Es gibt Eltern und auch andere Erzieher, die Gewalt ablehnen und trotzdem schlagen, nämlich dann, wenn sie sich hilflos und wehrlos gegenüber Aggression fühlen. Diese sicher nicht unbedeutende Gruppe ist am ehesten zu verkleinern, wenn man Kenntnis und Vorbildung über Erziehung verbessern würde.“ Mangelnder Wissensstand ist sicherlich keine Ursache für Kindesmißhandlung; *Ammons* Forschungen zur Kindesmißhandlung (1978) wurden jedoch getragen von Betroffenheit und Erschütterung des Geschehens in diesen Familien, fernab von universitärer Distanz.

Am deutlichsten wird es im folgenden, daß keiner ein wirklicher Anwalt der Kinder ist: Unter der Überschrift: „50 Milliarden Mark für 13 Millionen Kinder, ein Wirtschaftsfaktor ersten Ranges“ wird das Kind als Adressat einschlägiger Absatzstrategien beschrieben. Illustriert durch ein schönes Foto mit der Unterschrift „Die Mode bringt für Kinder immer wieder entzückende Kreationen hervor“, wird „die Gedankenlosigkeit oder Gleichgültigkeit, die genügt, um Schaden anzurichten“ – die in diesem Artikel zitiert wird – demonstriert, eine wahrhaft doppelbödige Moral.

Interesse am Wohl des Kindes ist eigentlich nur im Artikel von *Hannes Brauser*, dem Jugendreferenten im DGB, zu spüren, der die Umorientierung von politischen Prioritäten fordert: „Es sollte nicht vergessen werden, die Humanität einer Gesellschaft entspricht der Behandlung ihrer Kinder.“ Aber schafft der DGB andere Realitäten?

Hier liegt meines Erachtens der Kernpunkt aller Stellungnahmen in dieser Zeitschrift: Viele, viele Stellungnahmen, von dieser und jener Warte aus, oft „wissenschaftlich“ untermauert mit empirischen Untersuchungen, doch die realen Konsequenzen und Tätigkeiten nach diesen papierenen Aktivitäten werden vermißt. So bleibt die Unsicherheit, ob hier nicht ein Alibi vorge-täuscht wird: Die Slogans der zu Wort kommenden Politiker wie: „Mög-lichst keine Eingriffe des Staates, Erziehungsrecht der Eltern hat Vorrang“, zeigen eine erstarrte und rigide Gesellschaftsauffassung: „Ehe und Familie sind nach wie vor die wichtigste Grundlage von Staat und Gesellschaft.“ Man könnte auch sagen, von Macht und Herrschaft, so daß sich Entwick- lung und Veränderung nicht abspielen können.

Zum Schluß wurde ich an alte Jugendbücher erinnert: „Der schwarze Mann“ stand auf. Unter der Überschrift „Bei anderen ist es anders, die Ein- stellung afrikanischer Gesellschaften zum Kind“, wird eine grundlegend an- dere Sozialstruktur beschrieben, in der ein Kind mehrere Bezugspersonen hat, Kinder stets mit Freuden erwartet werden, und Initiationsriten mit einer positiven Identifizierung mit der Gesellschaft beschrieben werden. Darunter jedoch steht ein Bild mit der Unterschrift: „Eiweißmangel und Unterernäh- rung sind schwerwiegende Probleme in Ländern der Dritten Welt.“ Der Suggestionseffekt ist deutlich. Die Macht des „weißen Mannes“, die Macht der autoritären Familie, bürokratische und wirtschaftliche Gewalt sind die Vektoren einer so verstandenen Gesellschaft. Kinder werden nie Macht ausüben können, warum wollen so wenige von Kindern lernen?

Wolfgang Rock (Berlin)

Nachrichten

X. Internationales Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)

Vom 8.–12. Oktober fand in der Kongreßhalle in Berlin das 10. Internationale Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) unter dem Thema „Psychosomatische Erkrankung und Depression“ statt. Über 1000 Teilnehmer und Wissenschaftler aus 18 Ländern, darunter auch Vertreter aus sozialistischen Ländern, setzten sich an 5 Tagen in etwa 100 Vorträgen und Arbeitsgruppen sowie in den kontinuierlich stattfindenden 18 Diskussionsgruppen mit Therapie und Theorie, Früherkennung und Prävention von Depression und psychosomatischen Erkrankungen auseinander, die zu den häufigsten gefährlichen Erkrankungen unserer Zeit geworden sind.

Die außerordentliche Bedeutung dieses Themas wird unmittelbar deutlich durch folgende Fakten, die für sich sprechen: Etwa die Hälfte aller Patienten, die einen praktischen Arzt aufsuchen, leiden an seelisch verursachten körperlichen, d. h. psychosomatischen Krankheiten. Wie *Günter Ammon* betont, gehören gesellschaftliche Ursachen wie Arbeitsplätze am Fließband, länger andauernde Arbeitslosigkeit, fehlende soziale Sicherheit und Zukunftsangst zu den wesentlichen Auslösern psychosomatischer und depressiver Erkrankungen. Ein Viertel der Kinder im Grundschulalter sind psychosomatisch erkrankt. Die Zahl von Suiziden und Suizidversuchen bei Kindern und Jugendlichen wächst in beunruhigendem Ausmaße – u. a. Folge entmenslichten schulischen Leistungsdrucks und entpersonifizierten Universitätsbetriebes. Etwa 10 % der Bevölkerung der Bundesrepublik, das sind 6 Mill. Menschen, leiden an Depressionen, von denen 80 % in den ärztlichen Praxen lediglich symptomatisch mit Psychopharmaka behandelt werden. Für eine psychotherapeutische Behandlung dieser großen Zahl der Patienten fehlt bisher jegliche Absicherung durch die Krankenkassen.

Das wesentliche Ergebnis dieses Kongresses war neben der Erfahrung, daß depressive und psychosomatische Symptome oftmals alternieren, die Erkenntnis einer besonderen Ich-strukturellen Verwandtschaft zwischen dem psychosomatisch Kranken und dem Depressiven, wie dies in den Referaten und Arbeitsgruppen an Kasuistik, empirisch-psychologischen Erhebungen, soziometrischen Verfahren und Video-Tape-Dokumentationen eindrucksvoll belegt werden konnte. Demnach kann man allgemein sagen, daß der psychosomatische und der depressive Patient hinter seiner Symptomatik eine tiefe seelische Verwundung, die aus frühester Kindheit herrührt, verbirgt. Die Patienten leiden an Unfähigkeit, sich auseinanderzusetzen, an Interessenlosigkeit anderen Menschen und Dingen gegenüber und an tiefer Einsamkeit. Psychosomatik und Depression sind als Symptom einer gemeinsamen

Strukturstörung zu sehen, die jenseits einer bloßen Symptomanalyse als frühe und tiefe Störung der menschlichen Identitätsentwicklung zu verstehen und in einer therapeutisch nachholenden Ich-Entwicklung behandelbar ist. Der strukturelle Zusammenhang zeigt sich darin, daß eine rein somatische Therapie immer wieder zu Fehlschlägen führt: Dabei wird deutlich, daß das Symptom eine wichtige Funktion und Bedeutung hat. Andererseits kann das somatische Symptom aufgegeben werden, wenn das dahinter liegende seelische Defizit durch die interpersonelle Beziehung in einer Psychotherapie gefüllt wird.

Der Kongreß war gekennzeichnet durch eine herzliche und offene, menschlich und wissenschaftlich intensive Atmosphäre. Die Diskussionsgruppen, die zweimal täglich stattfanden und in denen die Vorträge wie auch die Konzeption einer Dynamischen Psychiatrie breit diskutiert wurden, erwiesen sich als außerordentlich fruchtbar. In einem eigens für den Kongreß täglich publizierten Kongreßbulletin wurden die Ereignisse und Themen des Vortages berichtet und an alle wichtigen medizinischen und psychologischen Einrichtungen West-Berlins weitergeleitet.

Eröffnet wurde das 10. Symposium der DAP mit den Grußbotschaften, welche die gewachsenen persönlichen und wissenschaftlichen Beziehungen in aller Welt sowie die Bedeutung der Arbeit der Deutschen Akademie für Psychoanalyse in wichtigen gesellschaftlichen Gruppen der Bundesrepublik Deutschland dokumentieren.

Günter Ammon begrüßte alle Kongreßteilnehmer und wünschte ihnen menschliche Begegnung und kreative Zusammenarbeit. Er betonte das Anliegen des Symposiums, aufzuzeigen, daß Depression und Psychosomatik als Symptome einer gemeinsamen Struktur-Störung zu verstehen sind. Im Zentrum der Arbeit der DAP stehe die Wechselwirkung zwischen Therapie und Theorie. In Anspielung auf die vergangenen Ereignisse hob *Günter Ammon* die Notwendigkeit einer freien Wissenschaft und Meinungsäußerung in einer lebendigen Demokratie hervor.

Ivan Milaković (Jugoslawien) überbrachte Grüße von der International Association for Social Psychiatry und betonte, daß er von der Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie entscheidende Hilfe und Unterstützung auf dem gemeinsamen Weg zu einer menschlichen Psychiatrie erwarte. Für die World Federation für Mental Health, welche die Schirmherrschaft für den Kongreß übernommen hatte, betonte *Regine Schneider* die Bedeutung des Symposiums für die weltweite Arbeit im Interesse der seelischen Gesundheit. *Jan Pohl* von der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin wies auf die Notwendigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit im Bereich der Psychosomatik hin und sagte seine Unterstützung im Kampf gegen die antitherapeutische Praxis veralteter Schulen, gegen Behinderung fortschrittlicher Konzepte durch Behörden und gegen das Zudecken und Verschweigen offener Mißstände in Kliniken zu. Den präventiven Aspekt in der Zusammenarbeit zwischen der DAP und der Deutschen Gruppenpsychothe-

rapeutischen Gesellschaft (DGG) insbesondere beim Aufbau Psychoanalytischer Kindergärten und durch die gezielte Weiterbildung durch Gruppendynamik betonte *Gisela Ammon*. *Béla Buda* (Budapest) berichtete über den wachsenden Einfluß der Dynamischen Psychiatrie in der Praxis der Psychiatrie in Ungarn (Text im Wortlaut s. unten). Dann sprach *Hallym Calebr* (Indonesien). Anschließend wurden Grußbotschaften von *Bassin* (Sowjetische Akademie der Wissenschaften) und *Böttcher* (Jena) verlesen, die bereits ihre Teilnahme für das XI. Symposium der DAP zugesagt haben. *Nicholas Destounis*, Mitglied der Internationalen Amerikanischen Psychoanalytischen Vereinigung und Präsident der Hellenic Society of Psychosomatic Medicine (Athen) stellte in seinem Grußwort den Zusammenhang zwischen dem Menschenbild in *Ammons* Werk und dem der Antike her. *Destounis* erhielt während des Kongresses die Ehrenmitgliedschaft der Israelischen Psychosomatischen Gesellschaft durch *Shanon*. In seinem Vortrag hob *Wilfred Dorfman* (USA) die Bedeutung der Arbeit der Berliner Schule für die Neuorientierung der amerikanischen Psychiatrie hervor, als eine neue Perspektive, die aus der Krise der amerikanischen orthodoxen Psychoanalyse herausführt. Dies bestätigte auch *Destounis* auf einer Pressekonferenz mit der Metapher, die Schule Günter Ammons aufzuhalten und ihn von seinen Schülern und Mitarbeitern trennen zu wollen, sei gleichbedeutend mit dem Versuch, die Niagarafälle stoppen zu wollen.

Gattmann (Wien) überbrachte sehr persönliche Grüße von *Erwin Ringel*, dem Begründer der Internationalen Vereinigung für Selbstmordprophylaxe. *Gustav Hans Graber*, den eine tiefe Freundschaft mit *Günter Ammon* verbindet, betonte, daß die Zusammenarbeit zwischen der Internationalen Studiengemeinschaft für Pränatale Psychologie und der DAP als beispielhaft für viele vereinzelt arbeitende Fachgesellschaften gelten kann. Er schloß mit dem Zitat "l'union c'est la force". *Zdzislaw Miniewski* (Polen) würdigte die Berliner Schule und das Werk *Günter Ammons* als einen Wegweiser für die humanistische Behandlung psychisch Kranker. *Keigo Okonogi* (Japan), der die Übersetzung *Günter Ammons* Buches „Psychosomatik und Psychoanalyse“ ins Japanische ermöglicht hat, wünschte eine intensive Fortführung der dynamisch-psychiatrischen Arbeit in Japan. Prof. *Okonogi* gilt z.Z. als der bedeutendste japanische Psychoanalytiker. In jüngster Zeit erregte er mit seiner Arbeit "The Age of the Moratorium People" in Japan großes Aufsehen. Er legte ein Konzept der gesellschaftlich aufgeschobenen Identitätsmöglichkeiten dar, das dem *Ammons*chen Identitätsbegriff sehr nahe kommt. *Lucio Pinkus*, Prof. für Psychologie an der Staatsuniversität Rom, Vorstandsmitglied der mit der DAP affilierten Società Italiana di Psicologia di Gruppo, bedankte sich im Namen des italienischen Gesundheitsministers für das Glückwunschtelegramm der DAP anlässlich der Abschaffung der Psychiatrischen Großkrankenhäuser in Italien. *Ana Rojnik* (Jugoslawien) zeigte die Fortschritte, aber auch die Schwierigkeiten der Einführung der Dynamischen Psychiatrie in Jugoslawien und bedauerte das Unverständnis gewisser

konservativer Ärztekreise. *Friedrich Rothschild* (Jerusalem) betonte in seinem Grußwort die Übereinstimmung seiner psychophysiologischen Ich-Forschung mit *Ammons* Ich-Struktur-Modell.

Die narzißtische Depression

Im Mittelpunkt des Symposiums stand die in Theoriebildung und psychotherapeutischer Praxis sich ständig weiterentwickelnde Arbeit der Berliner Schule von *Günter Ammon*. In seinem einleitenden Grundreferat über „Das Ich-strukturelle und gruppensdynamische Prinzip bei Depression und psychosomatischer Erkrankung“ stellte *Ammon* die narzißtische Depression als gemeinsame Ursache der depressiven und psychosomatischen Krankheitsbilder heraus. Die narzißtische Depression spiegelt eine in der Kindheit real erlebte Verlassenheit und Beziehungslosigkeit und ist Ausdruck einer spezifischen defizitären Persönlichkeitsstruktur („Loch im Ich“).

Dadurch kommt es zu Störungen in den verschiedensten Lebensbereichen, insbesondere zu einer schweren Ich-Lähmung. Angelpunkt beider Erkrankungen ist die gestörte Ich-Funktion der konstruktiven Aggression, die sich beim psychosomatisch reagierenden Patienten gegen das eigene Körper-Ich richtet und in der Depression zur psychischen Lähmung führt. Das eingengte Leben als psychosomatisch Kranker und der Totstellreflex des Depressiven sind hoffnungslose Anpassungsversuche auf Kosten eigener Selbstverwirklichungen und Identität. *Ammon* grenzte detailliert eine bisher nie beschriebene psychosomatische Denkstörung im Sinne eines konkretistischen, auf den eigenen Körper bezogenen Denkens von der schizophrenen Denkstörung ab. Ausschließlich auf die Beseitigung des Symptoms gerichtete Behandlung läßt die zugrundeliegende Störung, die immer wieder zur erneuten psychosomatischen Symptombildung führt, unberücksichtigt. Dem setzt die Dynamische Psychiatrie den Menschen in seiner Gesamtpersönlichkeit, seiner gewachsenen Ich-Struktur mit seinen kreativen und defizitären Anteilen, seinen Bedürfnissen und Wünschen entgegen. Nach detaillierten Reformvorschlägen in Richtung einer humanen Krankenversorgung schloß *Ammon* mit den Worten: „Vergessen wir nicht, daß es leidende Menschen sind, denen wir durch unsere Erkenntnis helfen wollen zu einem menschlicheren Leben. Denn alle Krankheit ist meines Erachtens Entfremdung vom Mensch-Sein und alle Therapie ein humanisierendes Unternehmen. Es ist der Mensch, der im Mittelpunkt allen ärztlichen Bemühens steht und – nach meiner Meinung – auch im Mittelpunkt aller Wissenschaften stehen sollte.“

Vermenschlichung der Psychiatrie

Ein weiterer Höhepunkt des Kongresses war der festliche Empfang im Schloßsaal des Hotels Kempinski, verbunden mit der Ehrung von Dr. *Béla Buda* (Budapest), einem Wissenschaftler und Psychoanalytiker, der als Schü-

ler *Ammons* der Psychoanalyse und Dynamischen Psychiatrie in Ungarn wieder einen Platz verschafft hat und die Tradition ungarischer Pioniere der Psychoanalytischen Bewegung fortsetzt. *Béla Buda* richtete als erster ein staatliches Ausbildungsinstitut für Dynamische Psychiatrie ein, dessen Ausbildungsrichtlinien in Anlehnung an die Ausbildungsrichtlinien der Deutschen Akademie für Psychoanalyse strukturiert sind.

Günter Ammon überreichte im Namen des Vorstandes und der Mitgliederversammlung der Deutschen Akademie für Psychoanalyse *Buda* für seine Verdienste für Dynamische Psychiatrie die Goldene Medaille der DAP. *Buda* ist der vierte internationale Wissenschaftler, dem diese Ehrung zuteil wurde: *G. H. Graber* (Bern), dem Pionier der Pränatalen Psychologie, *S. H. Foulkes* † (London) aufgrund seiner Verdienste um die Gruppenpsychotherapie und *E. Ringel* (Wien) für seinen Einsatz um die Suizidprophylaxe erhielten vorher die Medaillen. Diesem Ereignis war zuvorgegangen, daß am ersten Abend des Symposiums in dem Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie in Berlin ein Treffen des internationalen wissenschaftlichen Beirates der Deutschen Akademie für Psychoanalyse stattgefunden hatte. Dabei wurde ein reger Erfahrungsaustausch über Forschungsprojekte der Berliner Psychoanalytischen Schule und den Projekten der ausländischen Wissenschaftler herbeigeführt. Von den Mitarbeitern der DAP wurden insgesamt sieben Forschungsprojekte, die Konzeptionen, Ergebnisse und geplante Veröffentlichungen vorgestellt, während von den ausländischen Gästen jeder seinen Forschungsschwerpunkt darstellte. Informiert über die Berliner Situation, die gekennzeichnet war dadurch, daß die Kongreßberichterstattung vom Senat beeinträchtigt wurde, und durch die Ereignisse, die dem Kongreß vorausgegangen waren, formulierten die Mitglieder des Internationalen wissenschaftlichen Beirates eine Resolution an den Berliner Senat, die sie auch den wichtigen internationalen Fachgesellschaften und offiziellen Stellen ihrer Heimatländer übergeben werden. Sie solidarisierten sich in dieser Resolution voll mit der Arbeit und dem Wirken *Günter Ammons* und unterstützten die Forderungen der DAP nach wissenschaftlicher Gleichstellung mit anderen Instituten der Stadt West-Berlin.

Neuer Ich-Struktur-Test

Die Vorträge der Wissenschaftler der Berliner Schule brachten besondere Aspekte der Theorie, detaillierte Kasuistik, therapeutische Aspekte, die Verwirklichung dynamischer-psychiatrischer Arbeiten in den verschiedenen Bereichen und methodischen Forschungsarbeiten.

Die außerordentliche Bedeutung der Rolle der zentralen Ich-Funktion der Aggression, die nach *Ammon* im Brennpunkt des Krankheitsgeschehens steht, konnte u.a. in den verschiedenen Ansätzen einer empirischen Verifizierung der Ich-strukturellen Theorie mittels psychometrischer Verfahren aufgezeigt werden. So wurden neue Ergebnisse des Ich-Struktur-Tests vor-

gelegt, der, als Forschungsprojekt konzipiert, die Aufgabe erfüllen soll, die zentralen Ich-Funktionen testpsychologisch zu erfassen. Aus den Untersuchungen an psychosomatisch kranken Patienten, depressiven Patienten, einer Kontrollgruppe mittels des Aggressionstestes konnte die Rolle der defizitären Aggression und der destruktiv gewordenen Aggression als Charakteristikum der gesamten archaischen Krankheiten wie Sucht, Borderline und Perversion von *Beck* (Düsseldorf), *Bott* (München), *Rock* und *Wiehl-Volbehr* (Berlin) nachgewiesen werden.

Die Ergebnisse eines neu konstruierten Fragebogens zur Erfassung der Ich-Funktion der Abgrenzung nach innen und außen und erste Untersuchungen zeigten deutlich, wie zentral diese Funktion ist, die sich bei depressiven und psychosomatisch kranken Patienten als deutlich defizitär erweist. Die Ergebnisse machten aber auch deutlich, wie sehr Theorien in einen dialektischen Prozeß treten können und die Ich-Struktur als hierarchisches Modell einander übergreifender Ich-Funktionen begriffen werden muß.

In ähnliche Richtung wiesen die Ergebnisse des Forschungsprojektes zur dynamisch-soziometrischen Untersuchung Ich-struktureller und gruppen-therapeutischer Determinanten. *Schlipper* (München), *von Wallenberg* und *Wangemann* (Berlin) berichteten über eine Pilotstudie mittels eines neuentwickelten soziometrischen Fragebogens zur Erfassung der Ich-Funktionen der Aggression, der Abgrenzung und des Narzißmus' in therapeutischen Gruppen, der eine valide Abbildung der defizitären Aggressions- und Abgrenzungsstruktur der depressiven und psychosomatischen Patienten im Gruppengeschehen aufwies. Mit dem gleichen Verfahren diskutierten die Autoren in einer Arbeitsgruppe, wie mit diesem dynamisch-soziometrischen Verfahren auf Ich-struktureller Basis Übertragungsprozesse und therapeutische Prozesse in Gruppen erfaßt und für die Kontrollarbeit verwendet werden können.

Oehler (München) stellte eine Weiterentwicklung des projektiven Tests zur Erfassung der Ich-Grenzen vor, mit Untersuchungen zu den Ich-Grenzen psychosomatischer und depressiver Patienten, was als ein weiterer Ansatz zur testpsychologischen Überprüfung des Ich-Strukturmodells *Ammons* zu werten ist.

Erfahrungen von 50.000 Sitzungen mit Video-Tape

Der Einsatz von Video-Tapes als ein Kontroll- und Forschungsinstrument im Sinne einer Objektivierung diagnostischer und therapeutischer Prozesse wurde auf dem Kongreß erweitert um eine therapeutische Dimension. Vor allem sein Einsatz in der Gruppentherapie brachte besondere Ergebnisse in bezug auf das Ich-strukturelle Arbeiten und die Auflösung des Widerstandes, indem der gerade aufgenommenen Gruppe die Aufnahmen gezeigt und in der gleichen Sitzung therapeutisch verarbeitet werden. Diesbezüglich fand ein reger Erfahrungsaustausch der Arbeitsgruppe mit *von Wallenberg*, *Nik-*

kel (Berlin) und *Marenbach* (Düsseldorf) statt. Anschaulich wurde die therapeutische und präventive Arbeit der Mitarbeiter der Berliner Schule der DAP auf den verschiedenen Ebenen durch den Einsatz von Video-Tape dargestellt, wie in mehreren Arbeitsgruppen dokumentiert wurde. So z.B. in der Arbeitsgruppe von *Pohl* (München) und *Hirsch* (Düsseldorf) anhand eines Filmausschnittes, in dem das Ich-strukturelle Arbeiten in psychoanalytischen Gruppentherapien besonders eindrucksvoll demonstriert und diskutiert werden konnte. Durch die in der dynamisch-psychiatrischen Klinik in München, in der Milieuthherapie, in gruppentherapeutischen Sitzungen sowie in den psychoanalytischen Kindergärten aufgenommenen Filme konnten die in den Vorträgen dargestellten therapeutischen Strategien deutlich gemacht werden.

Tien (Michigan), Präsident der amerikanischen Gesellschaft für Videologie, berichtete über seine Erfahrungen von 50.000 Sitzungen mit Video-Tape aus den letzten neun Jahren, wobei auch er seine Forschungen zur therapeutischen Anwendung von Video-Tape in Einzel-, Gruppen- und Ehe-therapien darstellte.

Einen grundlegenden Beitrag zur Erforschung und Verifizierung des Ich-strukturellen und gruppendynamischen Verständnisses psychischer Krankheiten konnte *Gisela Ammon* (Berlin) aus den Erfahrungen ihrer, der psychischen Prophylaxe dienenden Arbeit in den psychoanalytischen Kindergärten leisten. Sie wies aus ihrer 10jährigen Erfahrung in der Arbeit im Berliner psychoanalytischen Kindergarten den Zusammenhang von psychosomatischer Symptomatik, Depression und destruktiver Aggression des Kindes als direktem Ausdruck der in den gruppendynamischen Sitzungen der älteren Gruppen beobachtbaren unbewußten aktuellen Primärgruppendynamik nach. In der Arbeitsgruppe „Psychoanalytische Kindergartenarbeit“ wurde das Konzept *Gisela Ammons* in Statements und Videoaufzeichnungen von *Gisela Ammon*, *Culemann*, *Fleck* und *Storm* (Berlin) dargestellt und ermöglichte eine lebhaftere Diskussion vor allem zur Abgrenzung der psychoanalytischen Kindergartenarbeit von der Arbeit der konventionellen Kindergärten und der orthodoxen psychoanalytischen und konventionell-pädagogischen Denkweise.

Spezifische Krankheitsstrukturen wie Perversionen und Zwang, die der Abgrenzung von Identität und gelebtem Leben dienen, wurden in ihrer Beziehung zu schwerer narzißtischer Depression detailliert dargelegt. So wies *Ursula Keller* (Düsseldorf), ausgehend von einem kulturhistorischen Bezug des Zusammenhangs von Sexualität und ihrer Funktion als elementarer Identitätsäußerung von Bedürfnissen im Rahmen einer Gruppe, den engen Ich-strukturellen Zusammenhang zwischen sogenannter Perversion und anderen archaischen Ich-Krankheiten, vor allem der Depression, nach. Anlehnend an den Begriff *Ammons* vom gleitenden Spektrum sieht sie die Sexualität als eine Ich-Funktion, die zwischen den Polen gestörter, als Abwehroperation fungierender Sexualität und der kreativen Sexualität, die als lebendige Identitäts-

äußerung integriert ist, liegt. Davon unterscheidet *Hirsch* (Düsseldorf) die defizitäre Sexualität der sexuellen Funktionsstörung von der destruktiv gewordenen Sexualität in der Perversion. Er versteht die sexuelle Funktionsstörung als psychosomatische Reaktion, die in symbiotischen Partnerbeziehungen einen Versuch der Abgrenzung eigener Identität darstellt und wesentliche zwischenmenschliche Erfahrungen und Möglichkeiten ausschließt. *Pohl* (München) untersuchte die Strukturzusammenhänge zwischen Zwang und Depression, wobei er den Zwang als ein ubiquitäres psychopathologisches Phänomen begreift. Die Zwangsstruktur versteht er als Ersatzstruktur angepaßter Funktionalität, hinter der eine tiefe Depression lauert, die den Zustand quälender Ich- und Identitätslosigkeit offenlegt.

Besondere Beachtung fand auch das Referat von *Béla Buda* (Budapest), der über die Psychodynamik der Depression und die Rolle der depressiven Mechanismen in der Selbstmordhandlung sprach. Er arbeitete die wesentlichen Unterschiede zwischen der Psychodynamik des Selbstmordes und der schweren Depression heraus, wobei die Ich-Integrationsfähigkeit eine bedeutende Rolle spielt.

Vigener (München) beschrieb am Fall einer depressiv-suizidalen Patientin die therapeutische Arbeit mit kranken Ich-Anteilen. Suizidalität stellt demnach einen primärprozeßhaften Abwehrversuch dar, der die durch den Objektverlust zutage tretende Ich-strukturelle Störung und die damit verbundene Angst und Hilflosigkeit kompensieren soll.

In dem weiten Bereich der Kriminalität wies *Nickel* (Berlin) an Falldarstellungen den Zusammenhang und das Wechselspiel zwischen Kriminalität, Gewalt, Psychosomatik und Depression exemplarisch auf und zeigte die dynamisch-psychiatrische Arbeit mit diesen Patienten als eine Alternative zu dem Vergeltungsstrafvollzug. *Diergarten* (Düsseldorf) berichtete über den Zusammenhang zwischen Depression und Arbeitsstörung bei Studenten, die als existentielle Identitätsunsicherheit oft in Prüfungssituationen aufgedeckt werden kann und therapeutischer Hilfe bedarf.

Destounis (Athen) beschrieb als wesentliches Ziel der Therapie die Befreiung des Menschen von Abhängigkeit und trat für eine Vermenschlichung der Psychiatrie ein. In zwei Referaten zeigte er auf, daß pathologische Befunde, die in der Plazenta von Müttern gefunden wurden, als Komplikationen im Sinne einer psychosomatischen Symptombildung zu verstehen sind. Eine Gruppe von 52 werdenden Müttern, die in psychoanalytischer Behandlung waren, wiesen hochsignifikant weniger Komplikationen auf als eine Kontrollgruppe, die sich in rein somatischer Betreuung befand.

Des weiteren legte er Daten vor zum Zusammenhang von Schwangerschaftserkrankungen und psychosomatischen, sozio-ökonomischen und kulturellen Faktoren. In den beiden Studien stellte er vor allem den Bezug zu entsprechenden therapeutischen Methoden und einer präventiven Arbeit her.

Trauth (München) differenzierte in seinem Kurzreferat zwei verschiedene Formen defizitär-psychosomatischer Strukturen, bei denen die eine Form durch die defizitäre Aggression mit ausgesprochener Abgrenzungsschwäche und die andere Form durch die rigide Abgrenzungsfähigkeit, verbunden mit diffus destruktiver Aggression imponiert und deren spezifische Symptomdynamik und Psychogenese er untersuchte.

Ein weiterer Teil der Referate beschäftigt sich – vorwiegend mit differenzierten Falldarstellungen – mit spezifischen psychosomatischen und somatopsychischen Symptomen und spezifischen Depressionsformen.

Die Rolle der angeborenen körperlichen Mißbildungen beleuchtete *Husemann* (Düsseldorf). Diese bereits pränatal vorhandenen Schädigungen im Körper-Ich führen im Ich-strukturellen Sinn zu einer Beeinflussung der zentralen und sekundären Ich-Funktionen, die spezifischer therapeutischer Arbeit bedürfen, um die auf der Körperebene festgelegte Begrenzung konstruktiver Identitätsentwicklung einzubeziehen.

Die Rolle der Enuresis als psychosomatisches Symptom stellte *Culemann* (Berlin) anhand einer Falldarstellung dar. *Regine Schneider* (Düsseldorf) stellte erstmals die Symptomdynamik einer Facialis-Parese ohne organisch faßbare Ursache und diese Auffassung eines psychosomatischen Krankheitsgeschehens zur Diskussion.

Peseschkian (Wiesbaden) führte anhand der Diskussion eines fettsüchtigen Patienten transkulturelle Gesichtspunkte zur Entstehung psychosomatischer Störungen vor. Zum Thema „Asthma bronchiale“ berichtete *Müller-Heinemann* (München) über den Umgang mit Trennungsangst in der Psychotherapie einer Patientin, die eine zentrale Rolle im Krankheitsgeschehen spielt. *Shanon* (Jerusalem), Präsident der Israelischen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin, untersuchte den psychogenen Pruritus bei Überlebenden der Nazi-KZ-Lager, bei denen er den durch Streß ausgelösten von dem durch Konflikte ausgelösten Pruritus unterscheiden konnte.

Die interessante Hypothese einer Ähnlichkeit von epileptischen und psychosomatischen Krankheitsbildern wurde in der Arbeitsgruppe *Cox, Rohrwasser* (Düsseldorf) diskutiert. Die psychodynamische Bedeutung epileptischen Anfallsgeschehens wurde in Verbindung mit dem Aggressionskonzept diskutiert und die spezifische Familiendynamik erläutert.

Der Symptomwechsel von Zwang, Depression und Psychosomatik konnte in einer Fallstudie von *Ruthner* (München) auf abrupte Ich-Zustandswechsel der Mutter zurückgeführt werden, denen der Patient in der Kindheit ausgesetzt war.

Eine weitere Gruppe von Referaten kreiste um das zentrale Moment des Körper-Ichs, das in seiner Funktion bei psychosomatisch Kranken, aber auch depressiven Patienten gestört ist. Die Körperlichkeit und ihre Erfahrung ist schon intrauterin in der frühesten Kindheit unlösbar mit einer psychischen und gruppensystemischen Dimension verbunden (*Ulrike Harlander*, Berlin). Sie stellte in ihrem Referat „Zur Körper-Ich-Identität nach Am-

mon“ die Entwicklung der Körper-Ich-Grenze als Vorläufer der Ich-Grenze dar.

Binswanger (Kreuzlingen), der eine psychotherapeutische Klinik in der Schweiz leitet und als Vertreter der Daseinsanalyse zum Symposium kam, führte aus, daß eine erlebte Persönlichkeit nur in Beziehungen in der Primär-Gruppe entstehen kann. Beziehungslosigkeit spaltet Körperempfinden ab, macht ihn zur Maschine. In seiner Arbeitsgruppe berichtete er über die auch in der Schweiz entstehenden Schwierigkeiten, in die bestehenden psychiatrischen Kliniken Reformen einzuführen. Auch er erkennt große psychiatrische Krankheitsbilder als frühkindlich beeinflußt und nicht als endogenes Geschehen.

Barnes (Phoenix, Arizona), Leiter einer Klinik für Patienten mit schwersten Schmerzzuständen, fand, daß Patienten, die an einem schweren psychischen Schmerz leiden, ausnahmslos eine tiefe Depression haben und in einem hohen Ausmaße psychosomatische Störungen aufweisen, die nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit ihrem primären Schmerzensdruck stehen.

Reiko Koide (Tokio) begreift die Körperweltgrenzen, die sie diagnostisch über den Rorschachtest erfaßt, als wichtigen Faktor in der Symptomwahl psychosomatischer Reaktionen. *Rothschild* (Jerusalem) berichtete über seine Forschungen auf dem Gebiet der Bio-Semiotik, wobei er Kommunikationsprozesse als psycho-physische Vorgänge zur Bildung des Ichs beschrieb und deren Beziehungen zur therapeutischen Strategie der nachholenden Ich-Entwicklung diskutierte.

Dorfman (New York), einer der wichtigsten Vertreter der gegenwärtigen psychosomatischen Forschung in den USA, sprach über die gegenwärtigen Konzepte. Er trat für eine umfassende Behandlungsstrategie ein, welche die somatische, psychische und medikamentöse Therapie einbezieht.

Okonogi (Tokio) von der Keio-University brachte Depression und Psychosomatik in Zusammenhang mit dem Ajasekomplex, den er als eine Abhängigkeit von der Mutter mit unterdrückten Haßgefühlen umschrieb und der dem von *Ammon* konzipierten Symbiosekomplex sehr ähnlich ist. *Pinkus* (Rom) stellte testpsychologische Untersuchungen an psychosomatisch Kranken und chirurgisch behandelten Patienten vor, wobei er die nach operativer Wegnahme des Symptoms auftretende Depression als Abwehrmaßnahme gegen eine drohende Ich-Desintegration begreift. *Milaković* (Sarajewo) von der International Association for Social Psychiatry diskutierte aus seiner Erfahrung die Konsequenz des veränderten Behandlungskonzepts bei psychosomatisch und depressiv Kranken. Die orthodoxe Methode muß versagen, weil sie nach *Milaković* in ihrem Konzept Fehlfunktionen organischer Systeme nicht als Abwehr gegen regressive Tendenzen begreifen kann.



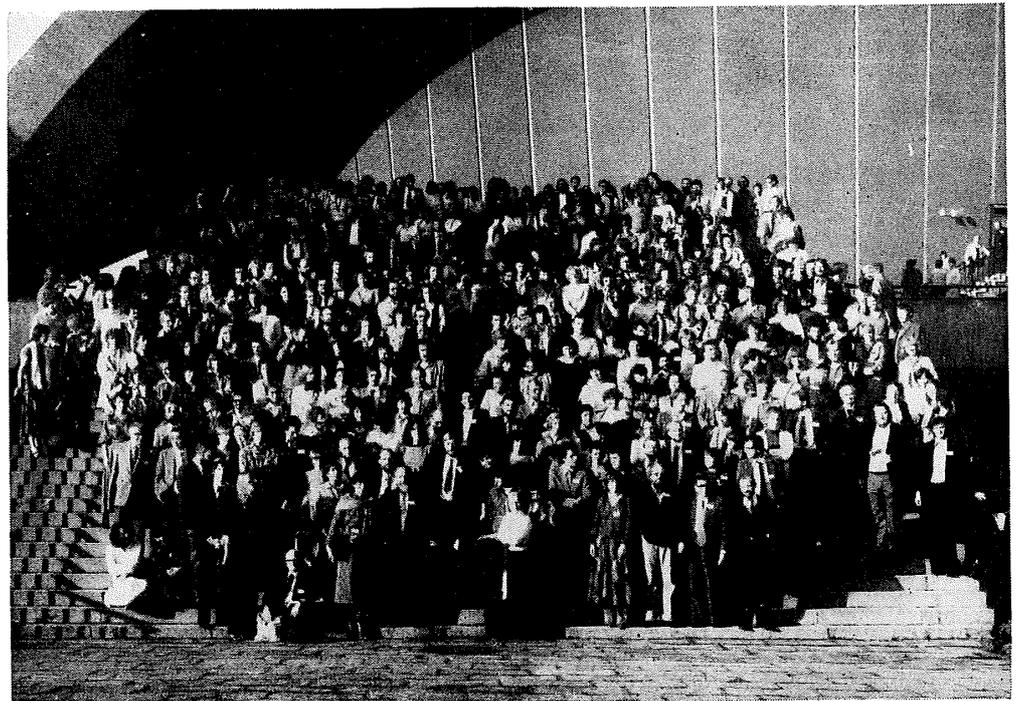
Eröffnung des X. Internationalen Symposiums in Berlin vom 8.–12. Oktober 1978 durch Günter Ammon, Präsident der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP)
Ana Rojnik (Jugoslawien), Lucio Pinkus (Italien), Keigo Okonogi (Japan), Z. Miniewski (Polen), Regine Schneider (Düsseldorf), G. Hans Graber (Schweiz), F. Rothschild (Israel), Gisela Ammon (Berlin), R. Schmidts (München), Günter Ammon (Berlin), Jan Pohl (München), I. Milaković (Jugoslawien), Béla Buda (Ungarn), Hallym Calehr (Indonesien), N. Destounis (Griechenland), W. Dorfmann (USA)



Plenum während der Eröffnungsveranstaltung



Günter Ammon in einer spontanen Diskussion im Forum der Kongreßhalle mit jungen Ärzten und Medizinstudenten



Gruppe der Kongreßteilnehmer vor der Kongreßhalle Berlin

Therapeut-Patient-Beziehung als Agens der Therapie

Der Ich-strukturelle und gruppendynamische Ansatz wurde als Arbeitsgrundlage in den verschiedensten klinischen, sozialen und pädagogischen Einrichtungen angewendet und beschrieben. *Nickel* (Berlin) berichtete über seine konsiliarische Tätigkeit bei stationär behandelten, psychosomatisch-reagierenden Patienten. Ihm ist es gelungen, modellhaft eine intensive gruppendynamische Gruppenarbeit und patientenzentrierte Supervision für alle ärztlichen und pflegerischen Mitarbeiter eines großen Krankenhauses einzurichten.

Jungeblodt (Düsseldorf) wandte sich der Identitätsgruppenproblematik im Alter, in der Psychosomatik und Depression eine zentrale Bedeutung erlangen, zu. Er beschrieb als Leiter eines Altersheims die trostlose Lage der alten Menschen in den einschlägigen Einrichtungen unserer Gesellschaft und berichtete eindrucksvoll über die Veränderungen, die er durch gruppendynamische Arbeit mit dem Personal und psychotherapeutischem Ansatz für die Patienten erreichen konnte.

Er bezog sich auf die „grey Panther Bewegung“ und arbeitete auf dem Hintergrund der Dynamischen Gerontologie, die bereits 1974 anlässlich des VI. Internationalen Symposiums der DAP begründet wurde. Heute hat die Dynamische Gerontologie die Selbsterfahrung alter Menschen zum Ziel, die ebenso wie junge Menschen ein Recht auf Erotik, Kreativität und Identitätserweiterung in der Gruppe haben.

Über die Bedeutung der gruppendynamischen und Balint-Gruppenarbeit in Heimen diskutierten *Husemann* (Düsseldorf) und *Wieczorek* (Berlin). Sie differenzierten zwischen der stationären Balint-Gruppenarbeit der Supervisionsgruppe und der ambulanten Balint-Gruppe und deren Einwirken auf das Heimklima. In einem Beitrag zur aktuellen Problematik der kindlichen Suizidalität zeigte *Erda Siebert* (Düsseldorf) anhand eines Fallbeispiels aus einem Kinderheim die Genese der Störung und die notwendige Auseinandersetzung zwischen Kindern und Mitarbeitern für die therapeutische Arbeit in Heimen auf.

Ein sehr zentrales Referat, sowohl der Aktualität als auch des neuartigen Ansatzes wegen, stellte *Rocks* (Berlin) Forschung zur Genese, Ich-Struktur und Gruppendynamik von Entwicklungskrisen und depressiven Erkrankungen Jugendlicher im Konzept der Berliner Schule dar. Er versteht sie als eine Auseinandersetzung um die Frage der Identität, die er abgrenzt von den auf Anpassung abzielenden Therapieformen, etwa der Familientherapie. *Röhling* (Berlin) forderte in seiner Arbeit die Einbeziehung der klinischen Medizin und aller somatischen Erkrankungen auf einem gleitenden Spektrum in ein Persönlichkeitskonzept, das das Leib-Seele-Problem überwindet und Gesundheit wie Krankheit als psychosomatisches Geschehen begreift. Diese vielfältige Anwendbarkeit unter verschiedenen gesellschaftlichen Bedingungen wird durch eine Behandlungswissenschaft ermöglicht, die die reale Be-

ziehung von Therapeut und Patient als Agens der Therapie sieht. Von diesem Standpunkt aus wurde die Theorie *Lorenzers* aus behandlungswissenschaftlicher Sicht einer eingehenden Kritik unterzogen (*Rock, Deutschmann und Mönnich*, Berlin).

Einen anderen, aber auch ganzheitlichen Ansatz, vertritt *Calebr* (Indonesien), der der entpersönlichten naturwissenschaftlichen Medico-technik eine von der chinesischen Medizin geprägte ganzheitliche Betrachtung psychosomatischen Leidens und eine dementsprechende ganzheitliche therapeutische Praxis entgegensetzt. *Mercurio* (Rom), Präsident der psychotherapeutischen Vereinigung Italiens, stellte seine Metapsychologie vor, die die Verwirklichung eines Menschen mit seiner ganzen Person zum Mittelpunkt einer allgemeinen psychologischen Theorie macht, die verschiedenste Ansätze integriert.

Neue Ergebnisse der Depressionsforschung

Besonders weitreichende Konsequenzen hat, daß sich bei kritischer Würdigung der Literatur und der naturwissenschaftlichen Forschung der dogmatische Endogenitätsbegriff der Schulpsychiatrie nicht halten läßt. Nach *Gülsdorff* (Berlin) ist dieser Begriff rein hypothetisch und beruht auf einem pessimistischen Menschenbild. An dessen Stelle tritt ein neues psychodynamisches Verständnis der manisch-depressiven Psychose, die durch eine aufbauende und integrierende Therapie behandelbar wird. So beleuchtete *Schmidts* (München) anhand einer Falldarstellung das psychodynamische und Ich-strukturelle Prinzip der manisch-depressiven Psychose, die prägende Rolle der zentralen Ich-Funktion der Ich-Regulation sowie die therapeutischen Konsequenzen. Nach *Hertkorn* (München) ist psychotische Depression dabei nicht Ausdruck eines strengen Über-Ich, sondern eines internalisierten Lebensverbotes, das die defizitäre Struktur dieser Patienten bedingt. Die Arbeitsgruppe von *Schmidts, Hertkorn* (München) und *Volbehr* (Berlin), an der auch Vertreter der biologisch orientierten Psychiatrie teilnahmen, brachte das Ergebnis, daß der Begriff der Endogenität eine Abwehr der Verantwortlichkeit für jene schwerkranken Menschen darstellt. Vielmehr erscheint z.B. das Ich-Struktur-Modell *Ammons* geeignet, die gefundenen biochemischen Veränderungen sinnvoll zu interpretieren.

Der alten nosologischen Klassifizierung verschiedener Depressionsformen kann ein Konzept gegenübergestellt werden, in dem Depression auf einem gleitenden Spektrum den verschiedenen archaischen Ich-Krankheiten zugeordnet wird. Im Mittelpunkt stehen dabei die Defizite in den Objektbeziehungen, des Narzißmus und der Aggression. Auch *Gattmann* (Wien) zeigte aus individualpsychologischer Sicht aufgrund von empirisch-klinischen Untersuchungen auf, daß die sogenannte endogene Depression ein psychosomatisches Geschehen ist, das in der Primärgruppe entstanden ist. Er leitete daraus individualpsychologische Therapiemodelle ab, die ähnlich denen der Dynamischen Psychiatrie sind.

Matussek (München) von der Psychiatrischen Universitätsklinik München, der über neue Forschungsergebnisse der neuroendokrinen Depressionsforschung berichtete, betonte, daß die Neuro-Endokrinologie weit davon entfernt sei, Beweise für eine Endogenität liefern zu können und sah die Möglichkeit, seine Forschungen mit Ich-strukturellen Gesichtspunkten in Beziehung zu setzen.

Der enge Zusammenhang zwischen neurophysiologischen und psychologischen Aspekten zeigt sich in den Ergebnissen der Forschung. So steht fest, daß Dendriten und Synapsen, die durch unphysiologische Interaktion in der Primärgruppe beim Kind unaktiviert bleiben, nur rudimentär oder gar nicht zustande kommen.

Erfolge der Dynamischen Psychiatrie

Zur veränderten Diagnostik stellten *Schmidts*, *Hertkorn* und *Vigener* (München) in ihrer Arbeitsgruppe zum diagnostischen Spektrum der Depression die Ich-strukturelle der phänomenologisch klassifizierenden Depression der Schulpsychiatrie gegenüber; unterschiedliche Depressionsformen wurden auf eine gleitende Skala unterschiedlich schwerer Ich-Störungen bezogen. *Koch* (Heidelberg) stellte anhand eines Selbstbeurteilungsfragebogens seine Untersuchungen zur diagnostischen Differenzierung des psychosomatischen Krankheitsbildes von neurotisch-depressiven Krankheitsbildern vor. Danach zeigen depressive, symbiotische Bedürfnisse als Schutz vor Realitätsverlust, daß der psychosomatisch Kranke seine Konflikte völlig verleugnet. Auf die Bedeutung der Klinikgruppe als diagnostisches Instrument in einer dynamisch-psychiatrischen Klinik wies *von Wallenberg* (Berlin) hin.

Alle diese Arbeiten zeigen demnach die potentielle Behandelbarkeit der manisch-depressiven Psychose. Dasselbe gilt auch für die psychotherapeutische Behandlung schizophrener Reaktionen. So untersuchte *El-Safti* (Düsseldorf) die Körper-Ich-Zustände bei einem kataton-schizophrenen Patienten anhand von Malereien des Patienten während der Therapie. *El-Safti* versteht die Körper-Ich-Erkrankung als ein Produkt der substantiell defekten Primärgruppe; eine Therapie muß die nachholende Ich-Entwicklung zum Gegenstand ihres Bemühens machen.

Wie sehr auch schwerstkranken und chronifizierten Patienten nach oft jahrelang hochdosierter Psychopharmakabehandlung und zahlreichen Aufhalten in Landesnervenkliniken (mit Diagnosen wie „chronische Schizophrenie“ und „manisch-depressive Psychose“) geholfen werden kann, bewiesen die zahlreichen Beiträge aus der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik, die – zum Teil mit Hilfe von Filmaufnahmen – außerordentlich plastisch das Ich-strukturelle Arbeiten vermittelten und dadurch zu einem Höhepunkt des Kongresses wurden.

Schibalski (München) gab eine plastische Darstellung der praktisch-therapeutischen Arbeit in der Münchner Klinik u.a. anhand des Fernsehfilms „Je-

der Dritte ist betroffen“, wo vor allem das Ich-strukturelle Arbeiten deutlich gemacht werden konnte.

Die spezifischen Möglichkeiten dieses therapeutischen Ansatzes bei hochgradig defizitären Persönlichkeitsstrukturen referierte *Schibalski* (München). Sind kaum konstruktive Anteile da, so muß die Klinikgruppe eine Zeitlang das archaische Lebensverbot der Primärgruppe übernehmen, damit sich der Patient aggressiv damit auseinandersetzen kann. *Karin Schibalski-Ammon* untersuchte mittels inhaltsanalytischer Methoden eine Gruppe von psychosomatischen Patienten vor der Hinzunahme von Borderline-Persönlichkeiten in die Gruppe und danach und konnte eine wesentliche Intensivierung des therapeutischen Prozesses herausarbeiten.

Über seine Erfahrungen bei der psychotherapeutischen Betreuung psychosomatisch kranker Patienten in einem Kreiskrankenhaus berichtete *Wolf* (Hannover). Dabei wurde deutlich, wie wichtig es ist, eine Gruppe um sich zu haben, in der Raum gegeben wird zur Reflexion eigenen therapeutischen Handelns und der Bestimmung der Gruppendynamik in einer Institution. *Ana Rojnik* (Ljubljana) beschrieb am Beispiel des Behandlungsverlaufs eines Suchtkranken mit depressiver und psychosomatischer Symptomatik ihre dynamisch-psychiatrische Arbeit an ihrer Universitätsklinik. *Miniewski* (Krakau), der über eine lange und breite Erfahrung mit Alkoholikern verfügt, versteht die Alkoholsucht als Psychosomatose, die er mit *Ammon* als Ich-defizitäres Geschehen begreift. *José Luis González Ch.*, *Celia Dias de Mathmann* und *Rosa Döhrung* (Mexiko) ließen einen Bericht über Methoden und Ergebnisse ihrer gruppenpsychotherapeutischen Arbeit verlesen, die dynamisch-psychiatrischen Prinzipien ähnlich ist, da auch hier die gesamte Klinikgruppe gruppendynamisch arbeitet.

Eine breite Einsicht in das therapeutische Spektrum der Dynamischen Psychiatrie gab *Bühling* (Düsseldorf), der die Ich-strukturelle Behandlungstechnik in der Kombination von Einzel-, Gruppen- und Milieuthérapie exemplarisch darstellte an einem Borderline-depressiven Patienten.

Therapieverläufe zeigen immer wieder den Symptomwechsel, der jeweils unterschiedliche Funktionen haben kann. Die Entstehung eines psychosomatischen Symptoms bei psychotisch-depressiven Patienten kann als Ausdruck eines Fortschritts und Strukturgewinns im therapeutischen Prozeß gesehen werden. Aus Kontaktverweigerung wird so der Versuch unternommen, Kontakt zu suchen und Hilfe anzunehmen. In ähnlicher Weise führt nach der Beobachtung von *Volbehr* (Berlin) eine psychosomatische Erkrankung bei schwer Suchtkranken oftmals zu einer gewissen Stabilisierung der Ich-Grenzen bei defizitärer Frustrationsregulation. Den beeindruckenden Fall einer anorektischen Patientin, die in der Schulpsychiatrie als unbehandelbar galt, machte *Christine Zohner* (München) anhand der Genese, Dynamik und strukturellen Veränderung in der Therapie deutlich. Symptomwechsel von Zwang, Depression und Psychosomatik konnten in einer Fall-

studie von *Ruthner* (München) auf abrupte Ich-Zustandswechsel der Mutter zurückgeführt werden, denen der Patient in der Kindheit ausgesetzt war.

Die Therapie mit schwer Ich-kranken Patienten hat nach heutigem Erkenntnisstand auch ihre Fehlschläge und Grenzen (*Krüger*, Düsseldorf), die jedoch nicht grundsätzlich durch das Krankheitsbild selbst begründet sind, sondern in jeweils spezifischen situations- und umweltabhängigen Konstellationen zu finden sind. Das sollte eine Herausforderung für weitere Forschung und psychotherapeutisches Bemühen sein.

Berthold Beck, Jürgen Marenbach (Düsseldorf)

Zum Stil einiger Rundfunksendungen

Gerade seit dem letzten Berliner Kongreß ist in Presse und Rundfunk ein steigendes Interesse zu bemerken, über die DAP und die Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie zu berichten. Das ist eine begrüßenswerte Entwicklung, auch und gerade dann, wenn solche Beiträge durchaus kritisch sind und eine öffentliche Diskussion in Gang setzen. Andererseits gibt es jedoch einzelne Sendungen regionaler Rundfunkanstalten, die jede journalistische Fairness vermissen ließen:

Sie wurden offensichtlich in diffamierender Absicht geschrieben, da jede sachliche Auseinandersetzung fehlte und insbesondere die Person Günter Ammons getroffen werden sollte. Die eigentlichen Leidtragenden sind jedoch letztlich die Patienten.

Daß Politiker der verschiedenen Couleurs nicht zimperlich miteinander umgehen, ist bekannt; auch daß sie dabei alle Mittel und Wege sprachlicher Rhetorik ausschöpfen und sich die Massenmedien zunutze machen, nimmt ihnen keiner übel, schließlich geht es in der Politik um die Macht; die Karten liegen offen auf dem Tisch. Daß auch Psychoanalytiker mit der Sprache umgehen können, ist zu erwarten, schließlich ist sie in der Therapie wichtiges Instrument. Seit *Freuds* Zeiten sind auch theoretische Auseinandersetzungen zwischen Analytikern gang und gäbe, und auch sie laufen über die Sprache.

Neu in der Geschichte der Psychoanalyse ist die Art und Weise wie die DGPPT mit der Sprache umgeht, vor allem in ihrem Kampf gegen die DAP. Jahrelang wurde hier die Totschweigetaktik angewendet. Auch das ist Umgang mit Sprache, der für sich selbst spricht. Spätestens seit dem Berliner Kongreß der DAP scheint dieses Mittel nun nicht mehr erfolgversprechend zu sein. Plötzlich läßt die DGPPT etwas verlauten in Richtung DAP. Aber nicht auf der wissenschaftlichen Ebene und schon gar nicht so, daß jemand aus den Reihen der orthodoxen Psychoanalyse seinen Namen zu nennen wagt und in eigenem Recht für die eigene Sache eintritt. Weit gefehlt. Statt dessen versteckt man sich hinter den Schultern einer kleinen Journalistin, die zumindest in der Psychoanalyse bisher nicht von sich reden machen konnte, und will sie im Rundfunk zum Schiedsrichter machen in Sachen DGPPT versus DAP. Aber welches Publikum soll da eigentlich angesprochen werden?

Fachleute? Oder Patienten? Und in welcher Richtung sollen sie beeinflusst werden? Daß Frau *Neubaur* das übliche journalistische Handwerk versteht, sei unbestritten: Von alters her gilt die Rhetorik als die Kunst des „persuadere“; wobei man sich lange streiten mag, ob das deutsche Wort dafür überreden oder überzeugen heißen soll. Das hängt dann wieder vom Verfasser ab, vom „Sender“, wie der neuere Fachjargon das vielsagend nennt: von seinen Absichten und davon, ob er sich mehr oder weniger offen dazu bekennen will.

Nun empfehlen die Regeln dieser Kunst dem Redner oder Schreiber, er solle ein Gleichgewicht herstellen zwischen den Absichten, die er verfolgt, den Hörern, an die er sich wendet und den adäquaten sprachlichen Mitteln; all das läßt sich studieren und erlernen. Da gibt es dann gleitende Übergänge zwischen Texten, die auf einen ästhetischen Genuß beim Hörer zielen, und anderen, die ein mehr oder weniger intellektuell sachliches Thema haben, wenn es darum geht, zu informieren und zu argumentieren; bis hin zu der unverhohlenen Absicht, heftige Emotionen wie Zorn oder Haß oder Angst zu wecken, wenn es darum geht, einen Feind zu bekämpfen und an die Macht zu kommen. So weit, so gut; so simpel, wenn jeder Sprecher bereit wäre, Farbe zu bekennen, wer er ist und was er erreichen will.

Wer das nicht wagt und dennoch oder gerade deshalb sich durchsetzen will, auch dem kann geholfen werden. Seit den Tagen der Sophisten, die sich im Kampf gegen *Platon* und *Sokrates* auf diesem Gebiet besonders hervortaten, sind die sprachlichen Tricks bekannt, wie man seine Absichten verschleiern, seine Zuhörer verführen und seinen Gegner unter der Gürtellinie treffen kann. Wichtig ist vor allem, daß man sich nicht in die Karten schauen läßt und deshalb die oben genannten möglichen Ziele und die ihnen adäquaten Stilmittel raffiniert vermischt, vertauscht und blitzschnell wechselt. D. h. man gebe beispielsweise vor, etwa durch den Titel einer Sendung „Kritisches Tagebuch“, argumentieren und informieren und dann beurteilen zu wollen, kündige auch noch an, es gehe um einen Kongreß über Psychosomatik und Depression, dann aber verwende man gleichzeitig sprachliche Mittel und Techniken, die Sachlichkeit und Argumentation nicht zulassen, sondern unbemerkt ins Gegenteil verkehren, nämlich Nebel ausstreuen, Emotionen wecken und den Gegner schließlich verteufeln unter dem Vorwand moralischer Verantwortung.

Am probatesten bewährt sich dabei seit den Tagen der Sophisten die „adpersonam-Technik“; durchgängigstes Stilmittel. Beispiel: Nach kurzer Ankündigung des Kongreßthemas wird flugs gewechselt zur Person *Günter Ammons* mit dem Hinweis, der Leser könne die ganze Problematik nur verstehen, wenn er sich mit der Person *Ammons* befasse.

Damit gewinnt die Makrostruktur des Textes unmerklich eine neue Perspektive: Die Informationsstruktur wird aufgegeben zugunsten einer Appellstruktur, d. h. von jetzt an wird nicht mehr an den Intellekt, nicht mehr an das sachliche Interesse, sondern an die Gefühle des Hörers appelliert; die

lassen sich bekanntlich leichter beeinflussen und lenken; nach dem obersten Motto: intellektuelles Niveau senken, Affekte steigern. Auf diese Weise soll der Hörer eingestimmt werden für Gerüchte und Anspielungen, die sich als Fakten nicht verkaufen lassen. Im einzelnen stehen dafür in der Mikrostruktur des Textes eine Fülle bewährter Techniken zur Verfügung, angefangen von Satzbau, Stilfiguren und rhetorischen Figuren bis hin zur Wortwahl und Syntax. Gerade die *ad-personam*-Technik wird häufig unterstrichen durch die *story*-Technik, d. h. nüchterne Daten über die Person werden eingekleidet in einen eingängigen Erzählton: es wird an „früher“ erinnert; dort läßt sich leichter im Trüben fischen. Um so leichter ist es dann, Tatsachen durch Anspielungen in strittige Punkte umzumünzen; Anspielungen sind rhetorisch weitaus wirksamer als Behauptungen, weil sie unbewußt Ambivalenzen und Befürchtungen in Bewegung setzen, die auch dann noch nachwirken, wenn der fortlaufende Text schon wieder sachlich zu sein scheint.

Hinzu kommt, daß positive Fakten und Erfolge, die dem Gegner zugestanden werden müssen, durch die *Ja-aber*-Technik sofort in ein zwiespältiges Licht gerückt werden. D. h. ein unbestreitbares Faktum wird zunächst zugestanden, dann aber durch affektgeladene Kontrapunkte, oft in Form einer Parenthese, genau ins Gegenteil verkehrt (Beispiel: „Eine beeindruckende Bilanz, und das ist – zumindest laut Papier – bei weitem nicht alles.“ Dem Hörer wird suggeriert, die positive Bilanz der DAP könne evtl. nur auf dem Papier bestehen. Und so geht es am laufenden Band, als habe Frau *Neubaur* in Musterschülermanier einen Trick nach dem anderen aus dem Arsenal manipulativer Rhetorik und Werbetechnik abgehakt, als da weiterhin sind: *Isolier*-Technik, *Ausweich*-Technik, *Entstellungstechnik*, *Witz*-Technik und dergleichen mehr.

Das *I-Tüpfelchen* manipulativer Raffinesse besteht schließlich darin, daß der Angreifer sich selbst gar nicht zu erkennen gibt, sondern, wie hier die DGPPT, eine Journalistin ins Feuer schickt, deren Aufgabe es ja gewissermaßen sei, Mißstände aufzustöbern. Und nachdem Frau *Neubaur* dann ihren geliehenen heiligen Zorn ausgegossen hat und der Hörer längst hellhörig wird, daß hier des Guten wohl zu viel geschehe, läßt sie die DGPPT auftreten wie *Justitia* selbst, die nun *sine ira et studio* und mit unbefragter Autorität zwischen die Parteien treten soll und zu entscheiden habe, was rechtens sei in Sachen Psychoanalyse, von *Freud* angefangen bis hin zu *Ammon*.

Aber so fein gesponnen ist nun der *Neubaur*-Text auch wieder nicht, als daß man diese Maschen nicht erkennen könnte. Heutzutage lernt jeder Schüler spätestens in der 9. Klasse, wie man mit solchen Texten umgeht; denn schließlich unterscheiden sich diese Tricks in nichts von den gängigen Methoden manipulativer Werbung oder politischer Propaganda, die ihre geheimen Ziele verstecken müssen, weil sie selbst überzeugt sind, gegen die eigentlichen Interessen der angesprochenen Zielgruppe zu operieren. Und wer anders war in dieser Sendung angesprochen als alle diejenigen, die ein Interesse daran haben, daß sich die Dynamische Psychiatrie *Günter Ammons*

durchsetzt? An der Sache selbst scheint der Angreifer wenig strittige Punkte gefunden zu haben, sonst wäre der Stil dieser Sendung anders ausgefallen.

Friedrich Diergarten (Düsseldorf)

10 Jahre Psychoanalytischer Kindergarten Berlin

Vom 3.–5. November 1978 feierte der Psychoanalytische Kindergarten Berlin sein 10-jähriges Bestehen mit einer gruppenspezifischen Wochenendtagung mit ca. 120 Teilnehmern. Im Rahmen dieses Jubiläums stellte *Gisela Ammon*, ausgehend von den zehnjährigen Erfahrungen im Psychoanalytischen Kindergarten, das umfassende Konzept einer Psychoanalytischen Pädagogik der Berliner Schule mit ihrem Festvortrag „Psychoanalytische Kindergärten – ein Modell der Prävention“ dar.

Gisela Ammon griff Ende der 60er Jahre den Grundgedanken einer Psychoanalytischen Pädagogik, wie sie in den 30er und 40er Jahren von *Anna Freud*, *Melanie Klein*, aber auch *Aichhorn*, *Nelly Wolffheim* etc. konzipiert war, wieder auf; nämlich, daß die Erkenntnisse der Psychoanalyse der Praxis der Erziehung und damit der gesunden Entwicklung zugänglich gemacht werden soll. Aufbauend auf diesem Grundgedanken hat die Psychoanalytische Pädagogik durch *Gisela Ammon* jedoch eine wesentliche Weiterentwicklung und Neubestimmung erfahren.

Das Unbewußte als zentraler Ort psychischen Geschehens und wesentlicher Ansatzpunkt einer Psychoanalytischen Pädagogik wird nicht mehr als intrapsychische und triebmäßig vorgegebene Determinante gesehen, sondern als verinnerlichte Erfahrung der frühen Primärgruppendynamik. Die Entwicklung des Kindes und die Ausbildung gesunder Ich-Funktionen ist wesentlich von der Umwelt, d. h. der Mutter-Kind-Beziehung und der frühen Gruppe, abhängig.

Schon auf dem I. Internationalen Symposium der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft im Jahre 1969 in Paestum (Neapel) stützte *Gisela Ammon* aufgrund ihrer anderthalbjährigen Direktbeobachtung aus der psychoanalytischen Kindergartenarbeit eine Zentralthese der Theorie *Günter Ammons*. Das *Freudsche* Dogma eines sogenannten Destruktions- und Todestriebes konnte anhand der praktischen Erfahrungen widerlegt werden. Demgegenüber steht die primär konstruktive Aggression (*ad-gredi*) des Kindes als Basis jeglicher kindlicher Entwicklung, die aber durch eine feindliche Umgebung in destruktive Aggression verformt werden kann. Der Aufbau und die Entfaltung konstruktiver Ich-Funktionen im Sinne des Identitätskonzepts der Dynamischen Psychiatrie, wie Sexualität, Kreativität, Frustrationsregulation, konstruktive Aggression u. a. steht im Mittelpunkt der psychoanalytischen Kindergartenarbeit.

Somit stellt die Entwicklung der psychoanalytischen Kindergartenbewegung einen zentralen Bestandteil der Dynamischen Psychiatrie *Günter Ammons* dar, weil sie in Praxis, Theorie und Ausbildung der Psychoanalyse der gesunden kindlichen Entwicklung endlich den ihr gebührenden Platz geschaffen hat. Dies geschieht nicht nur im Sinne einer Prävention psychischer Krankheiten, die einer pathogenen Familiendynamik entgegenwirkt, sondern durch die Bereitstellung eines gruppodynamischen Milieus, in dem sich neue Gruppenerfahrungen und Lebensformen entfalten und entwickeln können. Dies ist besonders bedeutsam in einer Zeit, in der die zunehmende Häufigkeit von Verhaltensstörungen und Fehlentwicklungen im Kindes- und Jugendalter eine Auflösungstendenz und Überforderung der Kleinfamilie widerspiegelt, die dem Kind den für seine gesunde Entwicklung notwendigen Schutzraum nicht mehr ausreichend zur Verfügung stellen kann (vgl. *Gisela Ammon*, 1978). Das Ergebnis der Psychiatrie-Enquête, daß 25 % aller Kinder Verhaltensstörungen aufweisen, zeigt dies in erschreckender Weise.

Im Psychoanalytischen Kindergarten wird Kindern im Alter von zwei bis zwölf Jahren, ihren Eltern und den Mitarbeitern des Kindergartens ein gruppodynamisches Feld zur Verfügung gestellt, in dem innerhalb eines mehrjährigen Prozesses menschlicher Begegnung und Auseinandersetzung aller an der Erziehung der Kinder Beteiligten eine kreative Entwicklung und Identitätserweiterung ermöglicht wird. Das besondere Anliegen des Kindergartens besteht dabei in der frühen Evaluierung von Gruppodynamik, Psychodynamik und Entwicklung von Ich-Strukturen und Ich-Funktionen innerhalb der Familie des Kindes. Deshalb findet die Arbeit im Kindergarten auf folgenden drei Ebenen statt:

Die Kinder kommen täglich von montags bis freitags zusammen und sind in Gruppen von maximal zehn bis zwölf Kindern zusammengefaßt, um jedem Kind einen möglichst optimalen Entfaltungsspielraum zu gewähren. Jede Kindergruppe wird von zwei Mitarbeitern betreut, für die wöchentlich eine gruppodynamisch geleitete Kontrollsitzung stattfindet, in der die Probleme mit den Kindern, mit den Eltern und den Mitarbeitern untereinander ausgesprochen und bearbeitet werden können.

Für eine gelingende Arbeit im Kindergarten ist die Miteinbeziehung der Eltern eine grundlegende Voraussetzung. Der einmal wöchentlich stattfindende Elternabend, an dem sich die Eltern der Kindergruppe in einer von einem Psychoanalytiker geleiteten Gruppe treffen, dient einerseits dem Informationsaustausch über die Kinder und die Organisation, andererseits aber besonders dem emotionalen Erfahrungsprozeß der Eltern, der der psychischen und sozialen Entwicklung des Kindes in seiner Gruppe parallel laufen soll. Die Gruppe und ihre Dynamik sind das wichtigste Erfahrungsmilieu für alle Bereiche: die Kinder erfahren in der Auseinandersetzung mit der Zentralen Figur des Erziehers und untereinander ihr eigenes Potential mit Hilfe einer Gruppe, Außenseiter können integriert werden und soziales Lernen wird

durch gegenseitiges Sichstützen und Begrenzen zum zentralen Bestandteil der täglichen Auseinandersetzung. Die Ausbildung zum psychoanalytischen Erzieher im Rahmen der psychoanalytischen Kindergartenarbeit mit ihrer Selbsterfahrung in der Gruppe ermöglicht es den Mitarbeitern, engagiert und menschlich für die Kinder präsent zu sein und nicht mit pädagogischen Techniken zu operieren. Die Eltern erleben an den Elternabenden, daß sie sich wohler und mehr verstanden fühlen, wenn die oft eingeengte Kleinfamilienstruktur mehr Öffentlichkeit bekommt und gleichzeitig der künstlichen Trennung der verschiedenen Lebensbereiche, wie z. B. Berufs- und Privatleben, entgegengewirkt werden kann.

Neben der Ausbildung zum psychoanalytischen Erzieher sind die Erfahrungen im Kindergarten auch ein integraler Bestandteil der gruppenspezifischen und psychoanalytischen Ausbildung, und zwar im Sinne einer Beobachtung und Erfahrung gesunder Identitätsentwicklung, wie sie in ihrem gruppenspezifischen Beziehungsgeflecht nirgends besser erlebt werden kann. Parallel zu diesen praktischen Erfahrungen hat gleichzeitig die Forschung im psychoanalytischen Kindergarten einen wichtigen Beitrag zur dynamisch-psychiatrischen Forschungsarbeit geleistet, und zwar im Zusammenhang gesunder und kranker Phänomene in der Persönlichkeitsentwicklung. Mit Hilfe von Fragebögen, Interviews, soziometrischen Verfahren, Video-Aufzeichnungen u. a. wurden entscheidende Ergebnisse zur Entwicklung der einzelnen Ich-Funktionen, besonders der Kreativität, zur Gruppenfähigkeit von Kindern in verschiedenen Altersstufen, zur Familiendynamik und zu spezifischen Determinanten gesunder kindlicher Identitätsentwicklung erzielt.

Inzwischen gibt es fünf weitere psychoanalytische Kindergärten nach dem Berliner Modell in München, Düsseldorf, Hamburg, Erlangen und Stuttgart.

Im Berliner Psychoanalytischen Kindergarten arbeiten zur Zeit zehn psychoanalytisch und gruppenspezifisch ausgebildete Erzieher, fünf Elternabendleiter (Psychoanalytiker der DAP), ein Diplom-Psychologe und ein Musikpädagoge mit 55 Kindern im Alter von zwei bis zwölf Jahren und deren Eltern unter der Leitung von *Gisela Ammon* zusammen.

Vorschule, Spielgruppen, Musikgruppen, tänzerische Gymnastik und die jährlichen Kindergruppenreisen in den Bayerischen Wald in ein ehemaliges Bauernhaus sind Bestandteil des psychoanalytischen Kindergartens.

Aus dieser langjährigen Erfahrung ist die neue Psychoanalytische Pädagogik im Rahmen der Dynamischen Psychiatrie entstanden, die weit über die ersten Ansätze in den Dreißiger Jahren hinausreicht. Die zahlreichen Veröffentlichungen und Vorträge *Gisela Ammons* über die psychoanalytische Kindergartenarbeit auch im Ausland, etwa an den Universitäten Roms und Philadelphias haben ein reges Interesse an der Alternative zur herkömmlichen Kindergartenerziehung gefunden und eine Bewegung psychoanalytischer Pädagogik ins Leben gerufen, die zunehmend mehr Kindern und Eltern in

der Ergänzung zur Kleinfamilie eine erweiterte Identitätsentwicklung ermöglicht.

Erda Siebert, Marga Löwer (Düsseldorf)

Fachbereiche Dynamische Gerontologie an den Lehr- und Forschungsinstituten und den Arbeits- und Studiengruppen gegründet

Die Berliner Schule *Günter Ammons* baut eine Dynamische Gerontologie an allen Lehr- und Forschungsinstituten und Arbeits- und Studiengruppen auf. Dynamische Gerontologie setzt sich zur Aufgabe, alten Menschen in unserer Gesellschaft eine neue Erfahrung in einer lebendigen Gruppe zu ermöglichen. Mit 65 Jahren beginnt oft der soziale und psychische Abstieg, der darin besteht, einem Menschen mit Beendigung seines Arbeitsverhältnisses oder mit der Trennung von seinen erwachsen gewordenen Kindern die Erfahrungs-, Lern- und Liebesfähigkeit abzusprechen.

Durch die Initiative *Günter Ammons* wurden an allen Lehr- und Forschungsinstituten und in allen Arbeits- und Studiengruppen der DAP/DGG Fachbereiche Dynamische Gerontologie gegründet. Alte Menschen über 65 Jahren sind eine soziale Minderheit, deren Identitätsproblematik einer ähnlichen gesellschaftlichen Abwehr unterliegt wie die der psychisch Kranken.

Das Strukturkonzept der Dynamischen Psychiatrie sieht Identität nicht als einmal erreichtes Ziel menschlicher Entwicklung an, sondern Identität ist zu verstehen als dynamisches Prinzip einer kontinuierlichen Auseinandersetzung in der Gruppe.

In dem Identitätsverbot, das die alten Menschen in den Familien trifft, tragen diese im Sinne des Sündenbockprinzips die Verlassenheit der Familiengruppe selbst in ihren eingeeengten und fremdbestimmten Lebensperspektiven.

Dynamische Gerontologie wird dieses Identitätsverbot in seiner gruppendynamischen und Ich-strukturellen Dimension erforschen und den alten Menschen in Selbsterfahrungsgruppen einen Raum zur Verfügung stellen, um kreative Aggression und Erotik wieder neu zu erfahren und in der Annahme der eigenen Begrenzung neue Lebensperspektiven entwickeln zu können.

Kurt Husemann (Düsseldorf)

Eröffnung des Hamburger Lehr- und Forschungsinstituts der Deutschen Akademie für Psychoanalyse am 1. Oktober 1978

Am 1. Oktober 1978 wurde in Hamburg das vierte Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse eröffnet und damit für die Situation der Dynamischen Psychiatrie in Deutschland, insbesondere aber in dieser Stadt, ein wichtiger Akzent gesetzt.

300 Menschen aus Hamburg und aus allen Teilen der Bundesrepublik und Westberlin trafen in diesem neuen Hamburger Institut zusammen, um dort an der Eröffnungsfeier teilzunehmen, aus den Instituten der DAP in Berlin, München, Düsseldorf und aus den Arbeits- und Studiengruppen in zehn weiteren Städten, Psychoanalytiker, Kinderärzte und Internisten aus dem gesamten norddeutschen Raum und andere, die an der Arbeit der Deutschen Akademie für Psychoanalyse und ihres Hamburger Lehr- und Forschungsinstituts interessiert sind.

Dr. med. *Dieta Biebel*, die Leiterin des Instituts, umriß in ihren einleitenden Worten die Aufgaben, die das Institut wahrnimmt: Ausbildung zum Psychoanalytiker und Dynamischen Psychiater, Forschung, Therapie, Balint-Arbeit für verschiedene Berufsgruppen, sowie im Rahmen der Prävention gruppenspezifische Veranstaltungen und die Arbeit im kürzlich eröffneten Psychoanalytischen Kindergarten.

Die Gründung des Instituts ist die Antwort auf den hohen Bedarf an psychoanalytischer Ausbildung und Therapie sowie an Prävention im Raum Hamburg.

In seiner Eröffnungsansprache umriß *Günter Ammon*, Präsident der Deutschen Akademie für Psychoanalyse, die Ausgangssituation des Instituts in dieser Stadt und stellte die Weichen für die zukünftige Arbeit.

Die Institute der DAP sind nach *Ammon* kein einfacher organisatorischer Zusammenschluß von Medizinern und Psychologen. Die Struktur der Ausbildungsarbeit macht es vielmehr allen, die sich ernsthaft auf eine Weiterentwicklung ihrer Persönlichkeit einlassen, möglich, ihre konstruktiven Anteile in den Dienst der psychisch Kranken zu stellen. Vor diesem Hintergrund betonte *Günter Ammon* die grundsätzliche Kooperationsbereitschaft der DAP gegenüber allen psychiatrischen und psychotherapeutischen Fachrichtungen wie auch gegenüber allen Behörden und Institutionen, unabhängig von ihrer theoretischen Lehrmeinung oder politischen Richtung, sofern sie im Dienste des kranken Menschen stehen.

Die Kooperation habe jedoch ihre Grenze dort, wo von der Deutschen Akademie für Psychoanalyse, einer geistig freien und finanziell unabhängigen Akademie, Verbürokratisierung ihrer intensiven und effizienten Ausbildung und Anpassung der Therapien an Kassenreglementierung verlangt sowie die in einem demokratischen Lande als selbstverständlich zu betrachtende Gleichbehandlung mit anderen psychotherapeutischen Fachgesellschaften verhindert werde.

Die Deutsche Akademie für Psychoanalyse nehme die Vertreter staatlicher und halbstaatlicher Behörden beim Wort, wenn sie von Demokratie reden, und sie werde auch in Hamburg darauf achten, daß die ihr grundgesetzlich garantierten Rechte von Freiheit in Forschung, wissenschaftlicher Theoriebildung, Ausbildung und Therapie gewährt und erhalten bleiben. *Ammon* verglich das neue Institut mit einer Festung im Kampf für die schwer psychisch Kranken und sagte unter dem Beifall der Anwesenden für die Aufbauarbeit seine ganz persönliche Unterstützung wie auch die Unterstützung durch die gesamte DAP zu, wenn es darum ginge, diese Festung zu halten.

Nach *Ammon* überbrachte *Jan Pohl*, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM), die Grüße und Glückwünsche seiner Fachgesellschaft. Als gebürtiger Hamburger gab er seiner persönlichen Freude darüber Ausdruck, daß nun auch Menschen seiner Heimatstadt durch diese lebendige Gruppe zahlreiche Möglichkeiten neuer Erfahrung zur Verfügung stehen.

Gisela Ammon, die Präsidentin der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG), Begründerin und Leiterin der Psychoanalytischen Kindergärten der DGG in Berlin, München, Düsseldorf, Hamburg, Erlangen und Stuttgart, sprach über die Bedeutung der Prävention, so wie sie in den Psychoanalytischen Kindergärten realisiert wird, und wünschte dem neuen Institut mit seinem Kindergarten einen erfolgreichen Start.

Im Namen der Mitarbeiter des ältesten Instituts der DAP, dem Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik in Berlin, drückte *Burkhard Gülsdorff* Treue und Verbundenheit aus und hob die besondere Bedeutung der Eröffnung dieses vierten Instituts der DAP wenige Tage vor Beginn des X. Internationalen Symposiums in Berlin hervor.

Ursula Keller, die Leiterin des Düsseldorfer Instituts, wünschte dem Hamburger Institut, allen Menschen, die dort arbeiten und vor allem *Dieta Biebel* Mut und Durchhaltekraft und treue Verbundenheit mit der gesamten DAP.

Für das Münchner LFI sprach *Christine Bott*, die mit *Dieta Biebel* durch die Jahre der gemeinsamen psychoanalytischen Ausbildung am Münchner Institut verbunden ist. Sie vermittelte das Gefühl der Freude über den kreativen Schritt dieses Neubeginns nach der vorangegangenen Trennung.

Von den Leitern der zehn Arbeits- und Studiengruppen der DAP und DGG wurde die Ermutigung ausgedrückt, die sie für ihre eigene Arbeit durch die Eröffnung dieses neuen Instituts erfahren, das aus einer Arbeits- und Studiengruppe hervorgegangen ist. Die vorbereitenden Arbeiten für den Aufbau des Hamburger Instituts begannen am 4. Oktober 1976 am Ende des VIII. Internationalen Symposiums der DAP in Düsseldorf, die erste gruppendynamische Studiengruppe, die von Dr. med. *Dieta Biebel* und Dipl.-Psych. *Klaus Semmler* geleitet wurde, startete am 30. September 1977. Die Hamburger Arbeits- und Studiengruppe wurde im November 1977 ins Leben gerufen. Von den Hamburger Mitarbeitern dieser Arbeits- und Studien-

gruppe kam der Wunsch an die Deutsche Akademie für Psychoanalyse, das Hamburger Institut bereits jetzt, und nicht wie ursprünglich vorgesehen im Sommer 1979, zu eröffnen.

Schriftliche Grußbotschaften zur Eröffnung sandten der Ehrenpräsident der Internationalen Studiengemeinschaft für Pränatale Psychologie (ISPP) Dr. *Hans Graber*, der Präses der Gesundheitsbehörde, Frau Bürgermeister *Elstner*, sowie der Präses der Wissenschaftsbehörde, Herr Professor *Sinn*.

Dieta Biebel bedankte sich bei *Günter Ammon* und ihren Freunden der Deutschen Akademie für Psychoanalyse für die treue Bundesgenossenschaft, die ihr beim Aufbau des Instituts gewährt worden ist. Das Vertrauen in die grundsätzliche Entwicklungsfähigkeit eines Menschen, das sie von *Ammon* und anderen Menschen innerhalb der DAP erfahren habe, die ihr bei ihrer eigenen Entwicklung an der Seite standen, wolle sie in Hamburg an andere Menschen weitergeben.

Anschließend hielt *Günter Ammon* seinen Grundsatzvortrag über Dynamische Psychiatrie, in dem er, aus der Fülle seiner Erfahrung schöpfend, den Teilnehmern das Ich- und Gruppenkonzept darlegte und im Zusammenhang hiermit die verschiedenen therapeutischen Ansätze der Dynamischen Psychiatrie entwickelte. Ausgehend von dem zentralen Begriff des Verständnisses zeigte *Ammon*, wie sich Krankheit immer auf die Existenz des Menschen jenseits seiner Symptome bezieht und als Ausdruck eines frühen verinnerlichten Identitätsverbots in psychogenetischer, gruppenspezifischer und Ich-struktureller Hinsicht verstehbar und behandelbar wird. Die reale narzisstische Schädigung erfordert Strukturaufbau und Wiedergutmachung, die im Zusammenhang mit jeder therapeutischen Methodik nur durch das konkrete Menschsein des Analytikers als zentralem therapeutischem Agens geleistet werden kann.

Die Eröffnung des Hamburger Lehr- und Forschungsinstituts war durch eine Atmosphäre von Freude, Bewußtheit um die übernommene Aufgabe, durch tiefe Verbundenheit und menschliche Begegnung charakterisiert.

Klaus Semmler (Hamburg)

Zehn Jahre Stelzerreut –

zehn Jahre praktizierte Dynamische Psychiatrie

Im Oktober 1978 feierte die Tagesklinik Stelzerreut für Intensive Gruppenpsychotherapie ihr zehnjähriges Bestehen.

Das frühere ländliche Anwesen Stelzerreut, das *Günter Ammon* den beiden gemeinnützigen psychoanalytischen Fachgesellschaften, der Deutschen Akademie für Psychoanalyse und der Deutschen Gruppenpsychotherapeuti-

schen Gesellschaft zur Verfügung stellte, hat sich in dieser Zeit zu einem Zentrum der Dynamischen Psychiatrie entwickelt. Die Vielzahl der Aktivitäten auf dem Gebiet der Therapie, Prävention und Wissenschaft spiegeln das Spektrum des Aufgabenbereichs der von *Ammon* konzipierten und in Deutschland von ihm verwirklichteten Dynamischen Psychiatrie wider, die jenseits eines technisierten Therapieverständnisses neue Formen menschlichen Zusammenlebens erforscht, in denen das Leben und Lernen in der Gruppe zentrales Anliegen ist.

So hat sich in dieser Zeit aus dem ehemaligen Bauernhaus ein Zentrum menschlicher Begegnung mit Gruppenräumen, Bibliothek, einem Vortragsraum sowie zwei Blockhäusern mit modernen Gruppenräumen und einem Kinderhaus entwickelt.

Die analytische Milieuthherapie, die zunächst mit zwei bis drei Gruppen jährlich begonnen hatte, konnte inzwischen soweit ausgebaut werden, daß allein im letzten Jahr in 11 milieutherapeutischen Gemeinschaften insgesamt 170 Patienten in Stelzerreut behandelt wurden. Diese Therapieform, die vorwiegend für schwerstkranke Patienten indiziert ist, trug dazu bei, daß u.a. auch unter Verwendung des Videotape neue Behandlungsstrategien im Rahmen der Psychosentherapie und der Therapie schwerer psychosomatischer Erkrankungen entwickelt werden konnten, die vor den Grundsatzarbeiten von *Ammon* bisher in Deutschland unbekannt waren und in zahlreichen wissenschaftlichen Vorträgen und Veröffentlichungen von *Ammon* und seinen Mitarbeitern publiziert werden konnten.

Insgesamt fanden allein im letzten Jahr 4 zehntägige gruppenspezifische Klausurtagungen mit ca. 400 Teilnehmern statt. Darüberhinaus steht Stelzerreut den psychoanalytischen Kindergärten in Berlin, München, Düsseldorf, Hamburg, Erlangen und Stuttgart zur Verfügung, die dort unter Leitung von Psychotherapeuten und psychoanalytisch geschulten Erziehern vierwöchige Freizeiten durchführen. Die besondere Bedeutung dieser Freizeiten besteht darin, daß hier in intensivster Weise Gruppenbildungsprozesse in Kindergruppen erforscht werden können, Frühformen seelischer Erkrankungen erfaßt und aufgefangen werden können, sowie den Kindern z.T. erstmalig in der Gruppe das Erleben ihrer eigenen Person außerhalb des Elternhauses im Schutze einer Gruppe sowie psychoanalytisch geschulter Mitarbeiter ermöglicht wird. Im letzten Jahr nahmen an diesen Freizeiten über 50 Kinder teil.

Auf dem Boden dieser Aktivitäten und des ständigen Wachstums der Deutschen Akademie für Psychoanalyse und der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft ist Stelzerreut jetzt Tagungsort der Arbeits- und Studiengruppe Passau, die gruppenspezifische Selbsterfahrungsgruppen sowie gruppenspezifische Balintgruppen für Ärzte und Sozialarbeiter und gruppenspezifische Ausbildung durchführt. Hierdurch ist der Grundstock gelegt, auf dem in Zukunft in enger Zusammenarbeit mit einem geplanten psychoanalytischen Ausbildungsinstitut in Passau Stelzerreut ganz-

jährig milieutherapeutischen Gemeinschaften zur Verfügung stehen kann. Damit hat Stelzerreut in seinem zehnjährigen Bestehen eine Entwicklung durchgemacht, in der es über seine ursprüngliche Konzeption einer Klinik hinaus ein integriertes dynamisch-psychiatrisches Konzept im ambulanten und teil-stationären Bereich verwirklicht hat. Es war in dieser Entwicklung auch Zentrum wissenschaftlicher Auseinandersetzung zentraler Probleme psychotherapeutischen und psychoanalytischen Handelns wie der Gruppendynamik der Kreativität und der Theorie und Technik der Gruppenpsychotherapie der Psychosen im Rahmen des 3. und 5. Internationalen Symposiums der Deutschen Akademie für Psychoanalyse.

Stelzerreut stellt die Basis dar, auf der in Theorie, Praxis und Ausbildung die Grundlagen erarbeitet werden konnten, auf denen Aufbau und Entwicklung dynamisch-psychiatrischer Kliniken möglich wurden.

Seit 1975 arbeitet in München die erste dynamisch-psychiatrische Klinik für stationäre Psychotherapie.

Die Klinik in einem villenartigen Gebäude am Stadtrand Münchens wurde von *Jan Pohl* in einem längeren Entwicklungsprozeß im Sinne der Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie *Günter Ammons* zu einer Dynamisch-Psychiatrischen Klinik umstrukturiert. Die Klinik wurde von vornherein nicht als isolierte klinische Einrichtung konzipiert, sondern in einen Verband ambulanten Versorgung integriert, wobei alle Praxen niedergelassener Psychoanalytiker der Deutschen Akademie für Psychoanalyse in Berlin, München, Düsseldorf und Hamburg, sowie die teilstationäre Milieuthérapie in Stelzerreut mit einbezogen sind.

Dadurch war es möglich, in der relativ kurzen durchschnittlichen Behandlungszeit von 5 Monaten bei einer durchschnittlich stationär-psychiatrischen Vorbehandlung von 3 Jahren zunehmend auch Patienten mit schwer psychotischer Reaktion und ausgeprägtem Hospitalismus im Sinne einer sogenannten „Defektsymptomatik“ zu behandeln und in eine eigenständige soziale und wirtschaftliche Situation unter dem Schutz einer ambulanten Therapie zu entlassen. Ein solches Behandlungsergebnis konnte bei 80% der in der Klinik behandelten Patienten erreicht werden, wobei in diese Zahl nur solche Patienten aufgenommen wurden, über die katamnestiche Daten vorlagen. Nach dem internationalen Diagnoseschema (ICD) verteilen sich die Diagnosen wie folgt, wobei bei fast allen psychotisch reagierenden Patienten unsere schulpyschiatrischen Diagnosen mit den Vordiagnosen anderer psychiatrischer Institutionen übereinstimmen:

Schizophrenie 45,6%, bipolare und monopolare sogenannte endogene Depressionen und manisch depressive Psychosen 24,8%, sogenannte Psychopathien und schwere Charakterneurosen 30,4%.

Über die grundsätzlichen Arbeiten *Ammons* hinaus wurden über die Struktur der Klinik, über spezielle Behandlungsmethodik und Strategie von *Pohl*, *Schmidts*, *Schibalski*, *Zohner* und *Buckley* wissenschaftliche Arbeiten veröffentlicht und auf internationalen Kongressen vorgetragen. Darüber hin-

aus entstanden zwei Fernsehfilme, in denen Arbeitsweise und Konzept der Klinik und Ausschnitte aus therapeutischen Sitzungen und dem Klinikalltag dargestellt wurden.

Im Rahmen der Deutschen Akademie für Psychoanalyse stellt die Klinik eine Ausbildungsstätte für Dynamische Psychiatrie dar und hat die Ermächtigung für die Facharztausbildung in Psychiatrie.

Im Rahmen der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft wurde in Zusammenarbeit der Kliniken in Deutschland erstmalig das Berufsbild der dynamisch-psychiatrischen Krankenschwester bzw. des Pflegers konzipiert und eine entsprechende Ausbildungssituation zur Verfügung gestellt.

Der immense Bedarf an stationären dynamisch-psychiatrischen Behandlungsplätzen schlug sich in einer immer länger werdenden Warteliste von Patienten nieder, die aus ambulanten psychiatrischen Praxen sowie aus Nervenkliniken in ganz Deutschland überwiesen wurden.

Als Konsequenz der ersten Dynamisch-Psychiatrischen Klinik, die die Realisierbarkeit einer alternativen Lösung der Behandlung psychisch Kranker im Sinne des von *Günter Ammon* bereits 1972 in Berlin dem Senat und der Ärztekammer vorgelegten Reformprogramms erwiesen hat, wurden Initiativen zum Aufbau einer größeren Klinik ergriffen. Die Landesversicherungsanstalt Oberbayern vermietet ihr bisheriges Beobachtungs-Krankenhaus Menterschwaige der von privater Initiative einer großen Anzahl von Mitarbeitern der Lehr- und Forschungsinstitute der Deutschen Akademie für Psychoanalyse getragenen Dynamisch-Psychiatrischen Klinik München GmbH.

Die Gesellschaft erstrebt mit der Eröffnung der Klinik die Gemeinnützigkeit.

Die Konzession wird für Akutpsychiatrie und Psychosomatik, die in einem einheitlichen und integrierten Behandlungskonzept zusammengefaßt sind, erteilt. Die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände zeigte sich angesichts des großen Mangels einer effizienten Versorgung psychisch und psychosomatisch Kranker an einer Zusammenarbeit außerordentlich interessiert.

Als Chef-Consultant konnte für die Klinik Dr. *Günter Ammon*, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Präsident der Deutschen Akademie für Psychoanalyse, und als externer Supervisor Dr. med. *Jan Pohl*, Direktor des Münchner Lehr- und Forschungsinstituts, gewonnen werden. Die ärztliche Leitung wird Dr. med. *Rolf Schmidts*, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, übernehmen.

Seit Sommer diesen Jahres besteht eine regelmäßig tagende und die Realaufgaben tragende Gruppe von neun Mitarbeitern. Die Gruppe umfaßt Ärzte, Fachärzte und Psychologen mit abgeschlossener psychoanalytischer Ausbildung und eine Reihe weiterer Mitarbeiter in fortgeschrittener Ausbildung sowie Schwestern in dynamisch-psychiatrischer Ausbildung.

Zur Vorbereitung und Konstituierung einer qualifizierten Mitarbeiter-Gruppe wurde seit Frühjahr 1978 eine Schwestern- und Pfleger-Balintgruppe aufgebaut.

Die Eröffnung der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Menterschwaige, Klinik für stationäre Psychotherapie und Psychosomatik, wird Anfang Februar 1979 erfolgen.

Bericht über die 24. Klausurtagung in Stelzerreut/Kumreut bei Passau vom 28. 10.–7. 11. 1978

Vom 28.10. bis 7.11.1978 veranstaltete die Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft in Stelzerreut bei Kumreut ihre 24. Klausurtagung unter der Leitung von Dr. med. *Mathias Hirsch* (Düsseldorf). Dies ist bereits die dritte Klausurtagung, die in diesem Jahr in Stelzerreut stattgefunden hat, eine weitere wird Ende des Jahres sein.

Die Gruppen wurden diesmal – als eine Besonderheit dieser Klausurtagung – altersspezifisch zusammengesetzt. Es entspricht der Erfahrung der Dynamischen Psychiatrie, daß Gruppendynamik und die damit verbundene Frage nach der eigenen Identität nicht ein Vorrecht junger Menschen ist, sondern unabhängig von Alter und Beruf die zentrale Frage für jeden Menschen aufwirft: wie kann ich meinem Alter und meiner Lebenssituation entsprechend die Erfahrung in einer Gruppe nutzen, um mir neue Bereiche menschlichen Zusammenlebens zu erschließen.

Entscheidend war für alle, einen kreativen Schritt aus zum Teil festgefahrenen und behindernden symbiotischen Beziehungen gemacht zu haben. Dies symbolisierte besonders der traditionelle Großgruppenausflug, der in Form einer Gipfelbesteigung auch die innere Erfahrung widerspiegelte, einen Berg bestiegen und erobert zu haben.

Während der abendlich stattfindenden Seminare konnte die praktische Erfahrung reflektiert und in das übergreifende Konzept der Dynamischen Psychiatrie integriert werden.

Für viele Teilnehmer bot diese Klausurtagung einen ersten Einblick in die Psychoanalytische Gruppendynamik der Berliner Schule, der durch das Angebot der Arbeits- und Studiengruppen in den verschiedenen Städten der Bundesrepublik am Wohnort der einzelnen intensiviert und kontinuierlich weitergeführt werden kann.

Erda Siebert (Düsseldorf)

Internationale Kontakte

In der Folge des X. Internationalen Symposiums der DAP entwickelten und verfestigten sich die internationalen Kontakte weiter.

Günter Ammon wurde von Prof. *Destounis* (Athen) zu einer Vortragsreise an den Universitäten Griechenlands für das Jahr 1979 eingeladen.

Prof. *Mercurio* (Rom) vereinbarte mit *Ammon* Gastdozenturen in Rom und Florenz und eine konsiliarische Tätigkeit bei Forschungsprojekten der Psychoanalytikergruppe um *Mercurio*.

Prof. *Tien* (Michigan), Präsident der amerikanischen Gesellschaft für Videologie, wird zusammen mit dem Sekretär der International Association for Social Psychiatry (IASP), Dr. *Carleton*, in Peking eine wissenschaftliche Begegnung einer DAP-Delegation unter der Leitung *Günter Ammons* mit Vertretern der Psychiatrie und Psychotherapie in der Volksrepublik China vorbereiten.

Prof. *Dorfman* (New York) hat *Ammon* gebeten, in den festen Mitarbeiterstab der Zeitschrift „Psychosomatics“ einzutreten.

Prof. *Bassin* (Moskau) von der Akademie der Medizinischen Wissenschaften hat *Günter Ammon* und *Jan Pohl* (München) eingeladen, im Oktober 1979 in Tiflis auf dem dortigen Psychiatriekongreß Hauptvorträge zu halten.

Dr. *Vassiliou* (Athen), Präsident der International Association for Social Psychiatry (IASP), hat *Ammon* eingeladen, auf dem Weltkongreß der IASP 1981 ein eigenes Symposium abzuhalten. Das Thema wird sein: „Die sozialen Bedingungen des Terrorismus“ (Psychogenese, Gruppendynamik und der Einfluß besonderer sozialer Merkmale bei der Entstehung von Terrorismus in einer bürokratischen Gesellschaft mit eingeschränkten Identifikationsmodellen).

Gesetzentwurf zum Psychotherapeutenberuf

Am 12. Juli 1978 legte das Ministerium für Jugend, Familie und Gesundheit einen „Entwurf eines Gesetzes über den Beruf des Psychotherapeuten“ vor.

Dieser Entwurf wurde in zwei Hearings im Bundesministerium vor den betroffenen Fachgesellschaften, Vertretern von Kassen und Ärztekammern, Krankenhausgesellschaften und anderen diskutiert. Die Fachvertreter waren sich einig in der Zustimmung der Notwendigkeit einer Neuregelung der Zulassung zum Heilberuf des Psychotherapeuten.

Das Protokoll des 1. Hearings zeigt aber in erschreckender Schärfe, daß der Entwurf von allen anwesenden Fachvertretern – mit Ausnahme der DGPPT und einiger von ihr abhängigen Vereinigungen – in den Kernprinzipien kritisiert bzw. abgelehnt wurde.

Die Vertreter der Dynamischen Psychiatrie aus den Fachverbänden der DAP, DGG und DGPM kritisierten die einseitig fassadäre, auf äußere und innere Anpassung gerichtete Ausbildungskonzeption des Gesetzentwurfes.

Der Entwurf wird in der vorgelegten Form von den Fachgesellschaften nicht angenommen werden.

Von seiten der Deutschen Akademie für Psychoanalyse wird im Sinne einer konstruktiven Kritik ein alternativer Gesetzentwurf entwickelt mit einer Präambel, die als Basis eines wissenschaftlichen und berufsethischen Verständnisses der Identität des Psychotherapeuten dienen wird.

Bulletin der Deutschen Akademie für Psychoanalyse

Während des X. Internationalen Symposiums der Deutschen Akademie für Psychoanalyse in Berlin vom 8. – 12. Oktober 78 wurde täglich ein Kongreßbulletin herausgegeben, das über alle Veranstaltungen des Vortages, Hauptreferate, Referate, Arbeits- und Diskussionsgruppe berichtete.

Darüber hinaus entwickelte sich das Bulletin zu einem zentralen Träger der Information über die wissenschaftlichen Kontakte, Presseinformationen und informelle Nachrichten, die die Kongreßatmosphäre bestimmten.

Die sechs Bulletins des Symposiums sind schon jetzt ein Stück Wissenschaftshistorie geworden.

Auf Anregung von *Günter Ammon* erscheint das Bulletin mittlerweile in der 8. Ausgabe als „Bulletin der Deutschen Akademie für Psychoanalyse“ weiter. Verantwortlich für Inhalt und Gestaltung ist *Kurt Husemann* (Düsseldorf), Pressereferent der DAP.

Das DAP-Bulletin ist ein Forum für aktuelle Nachrichten aus allen Bereichen der Dynamischen Psychiatrie, der Forschung, Ausbildung, der öffentlichen Informationen über Veranstaltungen, Tagungen, Vorträge in den Lehr- und Forschungsinstituten und Arbeits- und Studiengruppen.

Dieser Ausgabe der „Dynamischen Psychiatrie“ liegt ein Exemplar des Bulletins bei.

Abonnements- und Inseratswünsche richten Sie bitte an das Pressereferat der DAP im LFI Düsseldorf.

Gruppendynamische Klausurtagungen Deutsche Gruppenpsychotherapeutische Gesellschaft (DGG) e. V.

Die von der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG) e. V. (Sitz: Wielandstraße 27/28, 1000 Berlin 15) veranstalteten Gruppendynamischen Klausurtagungen vermitteln im Zeitraum von 10 Tagen die Erfahrung eines komprimierten und intensiven Gruppenprozesses.

Während einer Klausurtagung arbeiten mehrere Gruppen parallel am Tagungsort. Hierdurch wird es möglich, die Interaktionen zwischen den Gruppen – die Leitergruppe inbegriffen – und der Großgruppe der Tagungsteilnehmer zu erleben und in die gruppendynamische Arbeit mit einzubeziehen.

Gruppendynamische Klausurtagungen finden im Tagungszentrum der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) in Paestum (Salerno) bei Neapel und in der Tagesklinik für intensive Gruppenpsychotherapie der DGG in Stelzerreut/Kumreut (in der Nähe von Passau) statt.

27. Gruppendynamische Klausurtagung in Stelzerreut

Termin: 9. 4. 79–19. 4. 79

Leitung: Dr. med. Günter Ammon

28. Gruppendynamische Klausurtagung in Paestum

Termin: 1. 6. 79–11. 6. 79

Leitung: Dr. med. Günter Ammon

29. Gruppendynamische Klausurtagung in Stelzerreut

Termin: 20. 7. 79–30. 7. 79

Leitung: Dr. med. Jan Pohl

30. Gruppendynamische Klausurtagung in Paestum

Termin: 29. 8. 79–8. 9. 79

Leitung: Dr. med. Hartwig Volbehr

31. Gruppendynamische Klausurtagung in Stelzerreut

Termin: 26. 10. 79–5. 11. 79

Leitung: Burkhard Gülsdorff, Arzt

32. Gruppendynamische Klausurtagung in Paestum

Termin: 25. 12. 79–4. 1. 80

Leitung: Dipl. Psych. Ursula Keller-Husemann

Teilnahmegebühr:

pro Tagung für Berufstätige DM 650,-

für in Ausbildung Stehende DM 550,-

(ohne Unterkunft und Verpflegung)

Berliner Commerzbank 510500200

Anfragen und Anmeldungen können gerichtet werden an:

Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik (LFI) der DAP · Ausbildungsinstitut für Psychoanalyse · Wielandstraße 27–28 · 1000 Berlin 15 · (030) 8839324

Münchener Lehr- und Forschungsinstitut der DAP · Leopoldstraße 87 · 8000 München 40 · (089) 341444

Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstitut der DAP · Kurfürstenstraße 10 · 4000 Düsseldorf (0211) 364900

Hamburger Lehr- und Forschungsinstitut der DAP · Laufgraben 37 · 2000 Hamburg 13 · (040) 440740

Die Psychologie des 20. Jahrhunderts

Das fünfzehnbändige Informationswerk

BAND I	DIE EUROPÄISCHE TRADITION Tendenzen · Schulen · Entwicklungslinien
BAND II	FREUD UND DIE FOLGEN (1) Von der klassischen Psychoanalyse ...
BAND III	FREUD UND DIE FOLGEN (2) ... bis zur allgemeinärztlichen Psychotherapie
BAND IV	PAWLOW UND DIE FOLGEN Von der klassischen Konditionierung bis zur Verhaltenstherapie
BAND V	BINET UND DIE FOLGEN Testverfahren · Differentielle Psychologie · Persönlichkeitsforschung
BAND VI	LORENZ UND DIE FOLGEN Tierpsychologie · Verhaltensforschung · Physiologische Psychologie
BAND VII	PIAGET UND DIE FOLGEN Entwicklungspsychologie · Denkpsychologie · Genetische Psychologie
BAND VIII	LEWIN UND DIE FOLGEN Gruppendynamik · Sozialpsychologie Gruppentherapie
BAND IX	ERGEBNISSE FÜR DIE MEDIZIN (1) Psychosomatik
BAND X	ERGEBNISSE FÜR DIE MEDIZIN (2) Psychiatrie
BAND XI	KONSEQUENZEN FÜR DIE PÄDAGOGIK (1) Entwicklungsmöglichkeiten und erzieh. Modelle
BAND XII	KONSEQUENZEN FÜR DIE PÄDAGOGIK (2) Entwicklungsstörungen u. therapeutische Modelle
BAND XIII	ANWENDUNGEN IM BERUFSLEBEN Arbeits-, Wirtschafts- und Verkehrspsychologie
BAND XIV	AUSWIRKUNGEN AUF DIE KRIMINOLOGIE Delinquenz und Gesellschaft
BAND XV	TRANSZENDENZ, IMAGINATION UND KREATIVITÄT Religion · Parapsychologie · Literatur und Kunst

Die Bände I, II, III, IV, V, VI und VII liegen vor. Die weiteren
Bände folgen in ca. viermonatigen Abständen. **Fordern Sie
bitte unseren Sonderprospekt an : KINDLER VERLAG**
Leopoldstr. 54 · 8000 München 40

verlegt bei Kindler

*Soeben
erschienen*

Praxis der Heilpädagogik

Handbuch für kreatives Arbeiten mit verhaltensauffälligen Jugendlichen. M. Renner/T. Thesing, 304 Seiten, mit über 100 Abb., Alcor, DM 28,50

Aus der mehrjährigen Arbeit mit verhaltens- und beziehungsstörungen Jugendlichen haben zwei junge Pädagogen ein Angebot an Hilfen entwickelt, das ganz allgemein in der heilpädagogischen Praxis genutzt werden kann.

Partner- und Familienberatung

auf der Basis der System- und Kommunikationstheorie. M. Crolla-Baggen u. a., 184 Seiten, Alcor, DM 22,-
Ein Fülle grundlegender Einsichten und wertvoller Details aus verschiedenen Anwendungsbereichen der Familientherapie.

Aggression und Hyperaktivität bei geistig Behinderten

Hrsg. N. Huber/M. Striebel, 216 Seiten, Alcor, DM 22,-

Praktische Hilfen für die Mitarbeiter in allen Einrichtungen, in denen geistig behinderte Kinder, Jugendliche oder Erwachsene ganz oder vorübergehend betreut und, soweit möglich, gefördert werden.

Psychosoziale Gerontologie

Bericht über ein Modell zur Curriculumentwicklung für die Altenarbeit/Altenhilfe. H. Radebold/F. Gruber, 344 Seiten, kart. lam., DM 29,80

Verlangen Sie das neue Verzeichnis.



Buchhandlung & Antiquariat Medizin · Naturwissenschaften · Technik

ROTHACKER
ROTHACKER
ROTHACKER
ROTHACKER
ROTHACKER
ROTHACKER
ROTHACKER

**Hardenbergstraße 11
am Steinplatz
1000 Berlin 12
Telefon 3137015
Mo-Fr. 8.30-18.30
Sonnabend 9-14 Uhr**