Dynamische *Dynamic* Psychiatrie *Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse
Herausgegeben von Günter Ammon

Hartwig Volbehr

Symptomwechsel zwischen Sucht und psychosomatischer Erkrankung aus ich-struktureller Sicht

Karin Schibalski-Ammon

Reparative Prozesse der zentralen Ich-Funktion der konstruktiven Aggression bei psychosomatisch Kranken in Beziehung zur Gruppenstruktur

Lucio Pinkus, Lucia Boncori, Rosanna Chimenti

Depression: A Defense Mechanism? First Results of an Attempt at Clinical-Experimental Research

Béla Buda

Die Psychodynamik der Depression und die Rolle der depressiven Mechanismen in der Selbstmordhandlung

Keigo Okonogi

Depression and Psychosomatic Illness in View of Ajase Complex

Everhard Jungeblodt

Psychosomatik und Depression – Reaktion auf ein Identitätsverbot im Alter

Tamara Sternberg

Förderungsprojekte für sozial benachteiligte Kinder in Israel

Giovanni Bisogni, Carmine Malanconico

Marginale Gesellschaft und jugendliche Marginalität

13. Jahrgang

2./3. Heft 1980

PINEL-PUBLIKATIONEN BERLIN

61/62

Dynamische Psychiatrie / *Dynamic Psychiatry*

Internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse
Organ der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), der
Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG), der
Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM), der
Dynamisch-Psychiatrischen Klinik Mengerschwaipe und der
Deutschen Gesellschaft für Dynamische Psychiatrie (DGDP)

13. Jahrgang, 2./3. Heft 1980, Nr. 61/62

Herausgegeben von Günter Ammon

unter Mitarbeit von

F. Antonelli, Roma – C. Bahnson, Philadelphia – R. Barnes, Phoenix – F. V. Bassin, Moskau
– 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-Husemann, Düsseldorf – M. Khan, London – E. Linnemann, København
– K. Okonogi, Tokio – L. Miller de Paiva, São Paulo – J. Pohl, München – E. Ringel, Wien
– G. J. Rose, Rowayton – E. Rosenblatt, Santiago – V. S. Rotenberg, Moskau – H. Searles,
Chevy Chase – E. Servadio, Roma – D. Shaskan, Los Angeles – A. E. Sherozia, Tbilisi
– V. Smirnof, 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.

Hartwig Volbehr (Berlin)

Symptomwechsel zwischen Sucht und psychosomatischer Erkrankung aus ich-struktureller Sicht 71
The Shift in Symptoms between Drug-Addiction and Psychosomatic Illness from the Ego-Structural
Point of View 81

Karin Schibalski-Ammon (München)

Reparative Prozesse der zentralen Ich-Funktion der konstruktiven Aggression bei psychosomatischen
Kranken in Beziehung zur Gruppenstruktur 83
Reparative Processes of the Central Ego-Function of Constructive Aggression in Psychosomatic Pa-
tients within the Context of a Group-Structure 94

Lucio Pinkus, Lucia Boncori, Rosanna Chimenti (Rom)

Depression: A Defense Mechanism? First Results of an Attempt at Clinical-Experimental Research 97
Depression: Ein Abwehrmechanismus? Erste Ergebnisse eines Versuchs klinisch-experimenteller
Forschung 103

Béla Buda (Budapest)

Die Psychodynamik der Depression und die Rolle der depressiven Mechanismen in der Selbstmord-
handlung 106
The Psychodynamics of Depression and the Role of Depressive Mechanisms in Suicide 113

Keigo Okonogi (Tokyo)

Depression and Psychosomatic Illness in View of Ajase Complex 116
Depression and Psychosomatic Illness unter dem Gesichtspunkt des Ajase-Komplexes 128

Everhard Jungeblodt (Düsseldorf)

Psychosomatik und Depression – Reaktion auf ein Identitätsverbot im Alter 131
Psychosomatic and Depression – A Reaction to the Prohibition of Identity in the Old Age 140

Tamara Sternberg (Jerusalem)

Förderungsprojekte für sozial benachteiligte Kinder in Isreal 143
Fostering Projects for Socially Disadvantaged Children in Israel 154

Giovanni Bisogni, Carmine Malanconico (Neapel)

Marginale Gesellschaft und jugendliche Marginalität 156
Marginal Society and Juvenile Marginality 166

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

Nachrichten/*News*

169
185

Symptomwechsel zwischen Sucht und psychosomatischer Erkrankung aus ich-struktureller Sicht**

Hartwig Volbehr*

Der Autor geht von der Beobachtung aus, daß Suchtkranke, speziell opiatsüchtige Patienten häufig psychosomatisch reagieren. Dies trifft für diese Patienten sowohl vor Manifestwerden der Sucht, als auch danach zu. Auch die körperlichen Entzugssymptome begreift er als psychosomatisches Geschehen, da in ein geeignetes Gruppenmilieu integrierte Patienten kaum körperliche Entzugssymptome zeigen.

Von besonderem Interesse sind psychosomatische Reaktionen dieser Patienten im therapeutischen Prozeß. Hier können sie einen kreativen und konstruktiven Versuch des Patienten darstellen, sich bei drohender Ich-Desintegration mittels des körperlichen Symptoms Hilfe in der Gruppe zu holen und nicht rückfällig zu werden, da Rückfall in der Regel einem Therapie- und Kontaktabbruch gleichkommt.

Aus dem Vergleich der Ich-Struktur von Suchtkranken und psychosomatisch Kranken und den hier gefundenen Gemeinsamkeiten und Unterschieden zieht der Autor den Schluß, daß die Fähigkeit, im therapeutischen Prozeß psychosomatisch zu reagieren, einen ich-strukturellen Gewinn darstellt, da die psychosomatische Reaktion zu einer Stabilisierung der Ich-Grenzen beiträgt, was eine Stabilisierung des gesamten Ich zur Folge hat. Die Möglichkeit des Suchtkranken, psychosomatisch zu reagieren und damit Kontakt herzustellen, kann als Ergebnis einer ich-strukturellen Veränderung im therapeutischen Prozeß betrachtet werden und muß als Schritt im Rahmen der nachholenden Ich-Entwicklung verstanden werden.

Die vorliegende Arbeit basiert auf mehrjährigen Erfahrungen und Untersuchungen in der therapeutischen Arbeit mit opiatsüchtigen Patienten. Fallvignetten illustrieren die Problemstellung der Arbeit, die einen Beitrag leistet zur Spektraltheorie der archaischen Ich-Krankheiten (*Ammon*) und das Zusammenwirken primärer und zentraler Ich-Funktionen aufzeigt. Aus der direkten therapeutischen Erfahrung ergibt sich die Konsequenz einer ganzheitlichen somato-psychischen Theorie von menschlicher Erkrankung.

In der vorliegenden Arbeit möchte ich das Problem und die Bedeutung des Symptomwechsels im Falle von suchtkranken Patienten, welche in besonderem Maße zu psychosomatischen Erkrankungen neigen, darstellen. Oft tritt bei diesen Patienten eine psychosomatische Erkrankung an die Stelle der Suchtproblematik und umgekehrt. Es wird die Frage aufgeworfen, ob ein Symptomwechsel mit einer ich-strukturellen Änderung bei dem Patienten einhergehen kann bzw. einen Hinweis darauf gibt, oder ob es sich lediglich um eine Symptomverschiebung bei einem Patienten mit einem ganz spezifischen Defizit im Bereich der zentralen Ich-Struktur handelt. Um die Bedeutung der psychosomatischen Reaktion des Suchtkranken verständlich zu machen, beziehe ich mich auf die Bedeutung, welche die körperliche Symptombildung für die Struktur eines psychosomatisch Kranken hat. Die Gemeinsamkeiten und Unterschiede beider Patientengruppen sollen durch die Dar-

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

** Vortrag, gehalten auf dem X. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 8.-12. Okt. 1978, Kongreßhalle Berlin.

stellung insbesondere folgender zentraler Ich-Funktionen verdeutlicht werden: Der Ich-Funktion der Aggression, der Ich-Abgrenzung nach innen und außen, der Frustrationsregulation und des Körper-Ich.

Die theoretische Grundlage dieser Arbeit ist das Ich-Struktur-Konzept *Günter Ammons* und seine Theorie der archaischen Ich-Krankheit. Die empirische Grundlage ist die mehrjährige psychotherapeutische Tätigkeit mit psychosomatisch kranken Patienten in Einzel- und Gruppentherapie und mit Patienten, insbesondere Borderline-Patienten, die häufig zu psychosomatischen Reaktionen neigen. Bei den suchtkranken Patienten handelt es sich um drogensüchtige, speziell opiatabhängige Patienten, die ich im Rahmen einer stationären und ambulanten Entzugseinrichtung für Drogensüchtige ärztlich und psychotherapeutisch betreue. Diese Drogenentzugseinrichtung beruht in ihrer Konzeption schwerpunktmäßig auf einer Form von Milieuthherapie, welche Arbeitstherapie, psychoanalytische Gruppentherapie und Freizeitgestaltung zu integrieren versucht.*

Bei 38 anamnestisch sorgfältig untersuchten opiatsüchtigen Patienten fanden sich in der Anamnese bei insgesamt 21 Patienten in der Pubertät und noch vor Beginn der manifesten Sucht körperliche, meist funktionelle psychosomatische Erkrankungen. Beispielsweise berichtete ein Patient, daß er als Jugendlicher unter häufigen Herzschmerzen und Herzjagen gelitten habe und daß mit Beginn seiner Heroinsucht im Alter von 16 Jahren diese Beschwerden schlagartig aufgehört hatten. Dieselben Beschwerden traten während seiner stationären Entzugsbehandlung ca. 1 Woche nach Beendigung des körperlichen Entzuges wieder auf. Andere Patienten berichteten Ähnliches, besonders auch in Bezug auf Erkrankungen der oberen Luftwege, Nebenhöhlenentzündungen, Verdauungsstörungen verschiedenster Art bis hin zu Magengeschwüren. Bei weiblichen Patienten lagen häufig dysmenorrhöische Beschwerden vor. Auffällig ist auch die Beziehung zur Fettsucht. Unter den 21 erwähnten Patienten lag bei 8 Patienten bis zur Pubertät bzw. Beginn der manifesten Sucht eine Fettsucht vor. Beispielsweise berichtet ein Patient, er sei bis zur Pubertät sehr dick gewesen, da seine Großmutter ihn immer mit Schmalzstullen gefüttert habe. Es ist eine seiner frühesten Kindheitserinnerungen, daß er einmal nach dem Verzehr einer derartigen Schmalzstulle

* Anmerkung: Wichtig zu erwähnen ist, daß absolute Drogenfreiheit Voraussetzung für die Therapie in dieser Drogeneinrichtung ist und ein Drogenrückfall einem Therapieabbruch gleichkommt. Dies wirft besondere Probleme auf, da einerseits in der Arbeit mit homogenen Gruppen von Drogensüchtigen nach den bisherigen Erfahrungen absolute Drogenfreiheit, d. h. sogenanntes „clean sein“ als Forderung unumgänglich ist. Andererseits widerspricht diese Einstellung, welche die absolute Drogenfreiheit zur Grundlage der therapeutischen Beziehung macht, und jeder Drogenrückfall einem Abbruch der therapeutischen Beziehung gleichkommt, dem Ansatz der Dynamischen Psychiatrie, welche nicht die Frage nach dem Symptom, d. h. in diesem Fall nach dem „clean sein“, sondern die nach der Identität als Basis für die Therapie begreift. Ein Drogenrückfall kann somit als ausagierte Vertrauensfrage begriffen werden. Dies bedeutet, daß der Therapeut auf die Vertrauensfrage mit der Forderung nach Therapieabbruch reagiert.

erbrechen mußte. Als Kind war er so dick, daß er ständig von anderen Kindern verspottet wurde.

Heroin-süchtige Patienten kommen häufig in anorektischem Zustand, auf Grund der körperlichen Folgeerscheinung der Sucht, zur Entzugsbehandlung. Sie nehmen meist rapide zu und werden übergewichtig, da sie ununterbrochen und zwanghaft essen. Im weiteren Verlauf können sie ihr Gewicht nur mühsam und durch Hungern unter Kontrolle bringen. Dabei fällt immer wieder auf, daß sie ein nur sehr mangelhaft ausgeprägtes Gefühl für ihren eigenen Körper besitzen. Die Störung dieser Patienten im Erleben ihres eigenen Körpers kann sich auch darin ausdrücken, daß sich durch ihre Lebensgeschichte Unfälle wie ein roter Faden ziehen. Dies konnte bei 6 der oben genannten Patienten beobachtet werden. Diese Patienten berichteten von einer ungewöhnlich hohen Anzahl von Unfällen, die sie bereits in der frühen Kindheit und als Jugendliche hatten. Auch während der Therapie verletzten sich diese Patienten ungewöhnlich häufig, z. B. in der Werkstatt, bei Ausflügen etc. Ebenfalls in den Bereich der Störungen des Körper-Ich sind jene Patienten zu zählen, die mit „gesünder als gesund“ bezeichnet werden können. Diese Patienten berichten, daß sie nie krank gewesen seien und daß sie schon immer panische Angst vor Krankheiten gehabt hätten. Die größte Sorge dieser Patienten während der Zeit ihrer Abhängigkeit war, sich z. B. mit einer Hepatitis zu infizieren. Dies trifft für 5 der o. g. Patienten zu. Unter den 38 Patienten befand sich außerdem ein Patient, der als eineiiger Drilling und eine Patientin, die mit Mißbildungen geboren wurden.

Die erwähnten psychosomatischen Symptome und die Störungen im Bereich des Körper-Ich beziehen sich auf die Vorgeschichte dieser Patienten. Die psychosomatischen Symptome wurden in der Regel von der manifesten Sucht abgelöst und sind Ausdruck dafür, daß Patienten mit Ich-Strukturen, die zu einer Suchtkrankheit führen, auch zu psychosomatischen Krankheiten neigen.

Es ist zudem aber häufig zu beobachten, daß diese Patienten auch während der Therapie innerhalb der Entzugseinrichtung gehäuft sowohl zu psychosomatischen Reaktionen als auch zu körperlichen Erkrankungen neigen, die z. T. Folgeerscheinungen der Sucht sind, wie Leber- und Zahnerkrankungen. Hierbei läßt jedoch der Zeitpunkt des Auftretens bzw. der Zeitpunkt eines Rezidivs oftmals deutlichen Zusammenhang zum therapeutischen Prozeß erkennen.

Bevor ich auf die ich-strukturelle und gruppendynamische Bedeutung der psychosomatischen Reaktionen bei Drogensüchtigen ausführlicher eingehe, möchte ich kurz die Bedeutung der Gruppe für diese Patienten darstellen. Kennzeichnend für Drogensüchtige ist eine Art von Pseudo-Gruppenverhalten, welches als ständige Suche nach Geborgenheit in Gruppen verstanden werden kann, jedoch lediglich zu einer Form von Pseudo-Gruppengefühl, dem sogen. „feeling“ führt. Dies kommt einer oberflächlichen, symbiotischen Erfahrung gleich, die jedoch keinerlei Auseinandersetzung in und mit

der Gruppe, d. h. keinerlei Abgrenzung des Einzelnen erlaubt. Das „Feeling“ ist einerseits ein Resultat der durch die Droge ermöglichten gemeinsamen veränderten Realitätswahrnehmung ohne Notwendigkeit, sich mit der tatsächlichen Realität auseinandersetzen zu müssen und andererseits dem von der Mutter in der Primärgruppe dieser Patienten angebotenen Kontakt zum Preis der Abhängigkeit. Die Angst vor dem Anklammerungsbedürfnis der Mutter, bzw. der an ihre Stelle tretenden Pseudogruppe, wird durch die Droge betäubt. Erstes Ziel jeder Therapie mit Drogensüchtigen muß es sein, an die Stelle dieser Pseudogruppen eine Gruppe zu setzen, welche ein Milieu bereit stellt, in dem Auseinandersetzungen und Abgrenzungsschritte als Voraussetzung für echten Kontakt möglich sind.

Die Bedeutung der Gruppe läßt sich dadurch ermessen, daß der sogenannten körperliche Entzug beinahe bei allen von mir beobachteten opiat-süchtigen Patienten nahezu symptomfrei verlief, wenn es gelang, den Entzug in ein geeignetes therapeutisches Gruppenmilieu einzubetten. Die körperlichen Entzugssymptome müssen in diesem Sinn als psychosomatische Reaktion verstanden werden. Die Gruppe kann somit durch die erstmals erlebte Geborgenheit und durch die mittels der Gruppengrenze stabilisierte Ich-Struktur den Patienten vor einer psychosomatischen Reaktion bewahren.

Die psychosomatische Reaktion eines Patienten im therapeutischen Prozeß kann aber auch ein unbewußter, konstruktiver Versuch sein, den Kontakt zur Gruppe, wenn auch in verstümmelter Form, wiederherzustellen und kann dazu dienen, einen drohenden Drogenrückfall, d. h. Therapie- und Kontaktabbruch, aufzufangen. In diesen Fällen muß daran gedacht werden, daß überhaupt erst durch die Gruppe die Möglichkeit zu einer kompensierenden psychosomatischen Reaktion bereitgestellt wird. Diese Fragestellung ist das spezielle Anliegen dieser Arbeit und soll im folgenden anhand der Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Ich-Struktur von Drogensüchtigen und psychosomatisch Kranken dargestellt und mit einigen kurzen Fall-Vignetten illustriert werden.

Eine entscheidende Schlüsselstellung für alle archaischen Ich-Krankheiten, d. h. auch für die Suchtkrankheit und die psychosomatischen Erkrankungen, stellt die zentrale Ich-Funktion der Aggression dar (Ammon 1971). Psychosomatisch Kranke sind in ausgeprägtem Maße unfähig, Aggressionen zu erleben und sich aggressiv auseinanderzusetzen. Test-psychologisch konnte gerade für psychosomatisch Kranke eine sogenannte defizitäre Aggression (Beck, Bott, Rock, Wiehl-Volbehr 1978) gefunden werden. Offen aggressive Auseinandersetzungen finden in Gruppen mit psychosomatisch Kranken signifikant weniger statt als z. B. in Gruppen mit vorwiegend Borderline-Patienten, welche zum Ausagieren neigen (Schibalski-Ammon, 1977). Der psychosomatisch Kranke richtet die gesamte verinnerlichte destruktive Aggression gegen Teile des eigenen Ichs, speziell das Körper-Ich, welches in seiner früheren Kindheit als Objekt der Auseinandersetzung mit der Mutter gedient hatte. Erst in Form des selbstzerstörerischen Aktes gegen diesen eigenen Körper

kann er durch das Erleben von Schmerzen und Krankheit das Gefühl eines eigenen abgegrenzten Ichs entwickeln.

Im Gegensatz hierzu verblüffen drogensüchtige Patienten durch eine zunächst scheinbar ungestörte Ich-Funktion der Aggression. In der Gruppenpsychotherapie sind diese Patienten sehr schnell scheinbar fähig, sich kritisch und offen aggressiv auseinanderzusetzen. Im therapeutischen Prozeß wird jedoch schnell deutlich, daß diese Äußerungen von Aggression einen suchartigen Versuch darstellen, Kontakt mit der Umwelt herzustellen um durch die Gegenreaktion die eigenen Ich-Grenzen zu spüren. Da diese Form der Aggression jedoch in den seltensten Fällen dazu führt, Kontakt herzustellen und flexible Ich-Abgrenzung zu leisten, kann sie als pseudo-konstruktiv bezeichnet werden. Im Gegensatz zu aggressiven Auseinandersetzungen in therapeutischen Gruppen mit Patienten mit anderen Ich-Strukturen ändert sich durch diese Form der aggressiven Auseinandersetzung die Qualität der Kontakte untereinander nicht. Ich habe eher den Eindruck, daß die Aggression in den suchartigen narzißtischen Objekthunger dieser Patienten eingliedert ist. Man wird leicht dazu verführt, die hinter dieser Fassade liegende tiefe Kontaktlosigkeit und Depression dieser Patienten nicht wahrzunehmen. Ich mußte immer wieder die Erfahrung machen, daß direkt aus einer scheinbar konstruktiven aggressiven Auseinandersetzung heraus der Patient plötzlich den Kontakt abbrach, die Gruppe verließ und oftmals rückfällig wurde.

Bei psychosomatisch Kranken dienen Krankheit und körperlicher Schmerz sowohl zur Ich-Abgrenzung nach außen, indem er über das Symptom Kontakt aufnimmt und zur Ich-Abgrenzung nach innen durch Abspaltung der gegen die verinnerlichten Beziehungen der Primärgruppe gerichteten destruktiven Aggression auf die Ebene des Körper-Ich. Mittels des Symptoms ist somit beim Psychosomatiker die Ich-Abgrenzung sowohl nach innen als auch nach außen starr, dabei aber relativ stabil. Die Ich-Grenzen entsprechen den Gruppengrenzen der Primärgruppe dieser Patienten, die nach innen durch das Versorgtwerden, d. h. durch die funktionierende Mutter gewährleistet ist, wobei kein Raum für Unzufriedenheit, Wut und Enttäuschung über die emotionale Verlassenheit bleibt. Nach außen wird die Gruppengrenze durch ein gesellschaftlich angepaßtes Funktionieren im Sinne einer „Heilen-Welt-Fassade“ aufrecht erhalten. Es läßt sich zusammenfassend sagen, daß die Ich-Abgrenzung eines Psychosomatikers defizitär und mangelhaft angelegt ist, durch das Symptom jedoch kompensatorisch starr stabilisiert wird. Mit der Wegnahme des Symptoms findet sich häufig eine schwere Ich-Desintegration im Sinne schwerster depressiver und psychotischer Krankheitsbilder (*Ammon 1973, Volbehr 1977*).

Beim suchtkranken Patienten ist die Ich-Abgrenzung sowohl nach außen wie nach innen diffus und mangelhaft. Er ist ständig bedroht vom Überflutetwerden durch seine wirklichkeitsfremde und lustorientierte innere Omnipotenzwelt einerseits und die tiefe innere Verlassenheit andererseits. Auch

die Ich-Abgrenzung nach außen ist defizitär und mangelhaft. Kontakte werden sofort ohne jegliche Distanz aufgenommen und suchtarartige symbiotische Beziehungen hergestellt. Der Suchtkranke wehrt sich ständig gegen eine Ich-Abgrenzung nach außen als einer Voraussetzung für echte Kontaktaufnahme. Er kann zugleich das symbiotische Nicht-Abgegrenztsein nur mittels der Droge ertragen. Auf Grund der mangelhaften und defizitären Ich-Abgrenzung läßt sich die Tatsache verstehen, daß viele suchtkranke Patienten besonders in der Anfangsphase der Therapie sehr stark zu einer Art „Wegträumen“ neigen. Diese Patienten hören zu, ohne den Inhalt des Gesagten wirklich aufzunehmen, sie halten ihre Augen dabei oft geschlossen oder blicken verloren in die Ferne. Der Augenausdruck ist täuschend ähnlich wie unter Drogeneinfluß, erinnert aber auch an die Augen eines Säuglings beim Stillen. Dieses hier als „Wegträumen“ bezeichnete Phänomen kann Ich-strukturell als Versuch gesehen werden, die Ich-Grenzen vor der Gruppe und vor dem Eindringen durch fremde psychische Inhalte und vor dem Überschwemmtwerden durch eigene unbewußte Inhalte zu schützen.

Der therapeutischen Schwierigkeit, die Distanziertheit und Starrheit des psychosomatisch Kranken zu überwinden, steht beim Suchtkranken eher die Schwierigkeit der ständigen aktiven Abgrenzung und Wahrung der Distanz gegenüber.

Aufgrund der aufgezeigten Unterschiede der Ich-Funktion ist m. E. deutlich geworden, daß der psychosomatisch Kranke mit seinem Symptomverhalten einen stabileren Ich-Zustand herstellt als der Suchtkranke. In diesem Sinne kann eine psychosomatische Reaktion bei einem Suchtkranken als konstruktiver Versuch angesehen werden, eine drohende Ich-Desintegration zu verhindern.

Ich möchte dies an einem Beispiel illustrieren. Richard ist ein 24-jähriger, seit ca. 5 Jahren heroinsüchtiger Patient, der bereits mehrere Therapieversuche abgebrochen und in den letzten Jahren einige Haftstrafen wegen krimineller Delikte abgebußt hatte. Der Patient konnte nach ca. 5monatiger stationärer Therapie in eine therapeutische Wohngemeinschaft entlassen werden. Ca. 3 Monate nach seinem Einzug in die Wohngemeinschaft, welche von mir therapeutisch betreut wurde, zog er sich zunehmend zurück und begann alle Kontakte zur Gruppe abubrechen. Intensives Eingehen der Gruppe auf ihn wehrte er durch oberflächliche Aggressivität im Sinne eines „Hickhack“ ab und deutete ernsthafte Rückfallgedanken an. Außerdem äußerte er Gleichgültigkeit der Gruppe gegenüber und meinte, nicht die Therapie und die Therapeuten seien schlecht, sondern ihm könne eben die Therapie nichts bringen. Nach einer heftigen Konfrontation mit seiner ständigen Verweigerung und passiven Aggression wirkte er in der nächsten Gruppensitzung noch zurückgezogen und hatte wieder das abwehrende Zwangslächeln wie zu Beginn seiner Therapie. Dabei äußerte er, daß er vor einigen Tagen an einem Gefängnis vorbeigefahren sei, und Sehnsucht danach bekommen habe. Da er sich, während er sprach, krampfhaft an seinen Stuhl

festklammerte, interpretierte ihm die Gruppe seine Sehnsucht nach dem Gefängnis als Angst vor seiner aufgestauten Aggressivität, für die er den Schutz der Gefängnismauern brauche. Die Gruppe verstand aber auch, daß er sich im Gefängnis vor der Gruppe schützen wollte, d. h. das Gefängnis zur Aufrechterhaltung seiner Ich-Grenzen dienen sollte. Offensichtlich fühlte Richard, daß seine Abwehrfassade zunehmend aufgeweicht wurde, es war ihm jedoch nicht möglich, die Angst davor zuzulassen. In die folgende Sitzung kam er mit der Bemerkung, daß es ihm furchtbar schlecht gehe, da er seit einigen Tagen schlimme Durchfälle habe, daß er sich andererseits aber nicht mehr so angespannt und getrieben fühle. Er wirkte ruhiger und hatte auch nicht die sonst bei ihm stark auffallenden angstvoll starrenden Augen. In der nun folgenden Sitzung – die Durchfälle hatten sich noch nicht wesentlich gebessert – konnte er erstmals Wutgefühle mir gegenüber äußern. In diesem Zusammenhang erinnerte er sich, daß er als Junge einmal eine Pistole in der Hand hatte und daß er „dabei ein sehr gutes Gefühl gehabt“ habe. Er habe sich stark gefühlt und hatte die Phantasie, „seinen Vater damit über den Haufen zu knallen“, wenn dieser wieder einmal in alkoholisiertem Zustand nach Hause käme und ihn und die Mutter prägele.

Der Patient hatte in einer für ihn offensichtlich sehr bedrohlichen Situation in der Therapie nicht mit Drogenrückfall, d. h. Therapie- und Kontaktabbruch reagiert, sondern er konnte sich mit Hilfe seines psychosomatischen Symptoms wieder in die Gruppe integrieren und im Schutze dieses Symptoms in der Gruppe erstmals auch Gefühle äußern, die er bisher weit von sich geschoben hatte.

Die Ich-Funktion der Frustrationsregulation steht in engem Zusammenhang mit der Ich-Funktion der Ich-Abgrenzung und erscheint beim psychosomatisch Kranken zunächst besonders gut entwickelt. Er ist auf Grund dessen oftmals zu Höchstleistungen mit Hilfe der sekundären Ich-Funktionen befähigt. Es handelt sich hierbei jedoch um eine Frustrationsregulation, die ähnlich der Ich-Abgrenzung nur durch die ausgeprägte Anpassungsfähigkeit an die von der Umwelt geforderten Normen einer funktionierenden Mutter und ihrer heilen Welt gewährleistet wird. Ich meine, daß man hier nicht von einer gesunden Ich-Funktion der Frustrationstoleranz sprechen kann, da diese immer mit flexibler und gesunder Ich-Abgrenzung einhergeht.

Die Frustrationsregulation bei Suchtkranken erscheint demgegenüber ausgesprochen defizitär und mangelhaft und zwingt den Patienten zu ständiger zwanghafter Lustbefriedigung und zur Flucht vor der Realität in die Traumwelt der Drogen bei geringsten Anforderungen. Bei der therapeutischen Arbeit mit Drogensüchtigen habe ich den Eindruck gewonnen, daß sich das Erleben von Frustration und Befriedigung weitgehend auf der Körperebene abspielt. Für viele Patienten ist das entscheidende Moment bei der Einnahme von Drogen das sich einstellende angenehme Körpergefühl. Es wäre zu diskutieren, ob nicht gerade das Erleben von körperlicher Spannung und körperlichem Unwohlsein und die Befriedigung beim Abbau dieses allgemeinen

Spannungsgefühls eine wesentliche Dynamik der Sucht ist, ähnlich wie dies von *Fenichel* (1950) für das früheste Umwelterleben des Säuglings dargestellt wurde und wie dies auch von *Ammon* (1971) diskutiert wird. Diese wechselnden, auf die Körper-Ich-Ebene verlagerten Ich-Zustände, werden beim Suchtkranken in seinem Kontakt zur Umwelt durch ständiges und relativ schnelles Oszillieren von Nähe und Distanz wieder hergestellt.

Typische Situationen, in denen drogenabhängige Patienten während der Therapie rückfällig werden, treten dann auf, wenn konkrete Forderungen, zum Beispiel in Form von regelmäßiger Arbeit gestellt werden. Auf Grund der defizitären Funktion der Frustrationsregulation sind diese Patienten hierzu häufig nicht in der Lage. Es ist typisch, daß eine Reihe von Patienten genau in dieser Situation einer realen Anforderung, die auch als Identitätsschritt gesehen werden kann, psychosomatisch reagierten. So erkrankte eine 27-jährige Patientin kurz vor ihrer Arbeitsaufnahme an einem Hepatitisrezidiv und mußte ins Krankenhaus eingewiesen werden. Sie berichtete danach, daß sie erleichtert gewesen sei und große Angst vor der Arbeit gehabt habe. Sie meinte, sie sei sicher, daß sie es nicht geschafft hätte. Sie hatte sich durch die körperliche Erkrankung vor einem Drogenrückfall geschützt und sogar, da sie ständig besucht werden mußte, besondere Aufmerksamkeit durch die Gruppe erreicht.

Die Patientin war, so lange sie sich zurückerinnern kann, ständig krank. Ihre Mutter ist Krankenschwester, die auf Grund des Schichtdienstes viel weg war. Die Patientin berichtet, sie habe den Eindruck, daß sie ihre ganzen Krankheiten in der Kindheit bewußt provoziert habe, um die Mutter zu zwingen, zu Hause zu bleiben. Dieses Gefühl, Krankheiten in der Kindheit bewußt provoziert zu haben, um damit etwas zu erreichen, wurde mir von mehreren drogensüchtigen Patienten bestätigt. Dies gewinnt besondere Bedeutung bei der Frage der Ich-Kontrolle in Bezug auf das Symptom beim Suchtkranken im Vergleich zum psychosomatisch Kranken. Suchtkranke haben lange Zeit das Gefühl, ihr Suchtverhalten, d. h. die Menge der Einnahme und die Dauer fest im Griff zu haben und bewußt steuern zu können. Die Flucht aus der Realität in die Abhängigkeit geht mit einer Verleugnung dieser Abhängigkeit einher. Die gewünschte, aber zutiefst ambivalente Symbiose erscheint dem Suchtkranken steuerbar und damit weniger angstmachend. Im Gegensatz dazu ist der psychosomatisch Kranke seinem Symptom völlig ausgeliefert, er macht mit der Erkrankung einen Schritt in die reale Abhängigkeit von Ärzten etc. Das bewußte Erleben dieses Ausgeliefertseins macht dem psychosomatisch Kranken mehr Angst als die objektiven Folgen seiner Erkrankung.

Bei der Beschreibung der unterschiedlichen Struktur von Suchtkranken und psychosomatisch Kranken möchte ich noch kurz auf die Frage der Anpassung eingehen. Der psychosomatisch Kranke ist, wie oben erwähnt, an seine Umwelt und die Normen dieser Umwelt, vertreten durch die „Heile-

Welt“-Fassade der Primärgruppe, angepaßt. Er stellt diese Normen nicht in Frage und ist durchaus zu angepaßt funktionierender Höchstleistung in der Lage, jedoch nicht zu echter Kreativität. Die Anpassung dient ihm als Vermeidungsstrategie vor Konflikten und Auseinandersetzungen. Bei Drogensüchtigen findet sich meines Erachtens im Gegensatz hierzu eine ausgeprägte Form der Imitationsfähigkeit. Imitation dient hier jedoch weniger einer Vermeidungsstrategie als vielmehr dem Versuch archaischer Kontaktaufnahme. In Bezug auf die oben erwähnte pseudo-konstruktive Aggression würde dies heißen, daß es sich hierbei lediglich um eine imitierte Form von Aggression handelt, d. h. letztlich um eine schwerst defizitäre Aggression. Die imitierte Form der Aggression dient, wie oben erwähnt, der Kontaktaufnahme. Es soll hier die Frage aufgeworfen werden, ob Drogensüchtige nicht ein Beispiel dafür sind, daß gesunde Aspekte zentraler Ich-Funktionen, die in der Ich-Struktur des Patienten defizitär angelegt sind, imitiert werden können, quasi auf einer sekundären Ich-Funktionsebene und somit kompensatorisch die defizitäre zentrale Ich-Struktur stabilisieren können. Dies würde einer sehr frühen kindlichen Entwicklungsstufe entsprechen, bei der die Ich-Struktur des Kindes zunächst ebenfalls durch Imitation der Eltern bzw. Primärgruppe stabilisiert ist. Für den therapeutischen Prozeß bedeutet dies, daß die vom Drogensüchtigen mittels Imitation erlangten und von ihm angebotenen sowohl destruktiven als auch konstruktiven Anteile seiner Ich-Struktur im Rahmen einer wichtigen nachholenden Ich-Entwicklungsphase gesehen werden müßten. Dem darf nicht feindselig begegnet werden, sondern dies muß zunächst durch die Bereitstellung einer gewährenden Symbiose freundlich angenommen werden. Die Aufrechterhaltung dieser Imitation darf jedoch nicht das Ziel einer Therapie sein, ich denke hier an die verschiedenen gängigen Therapiekonzepte bei Suchtkranken in Selbsthilfegruppen etc., sondern muß über eine konstante Beziehung und Auseinandersetzung zu einer abgegrenzten Identifikation als Vorstufe von Identität führen.

Sowohl der Sucht als auch der psychosomatischen Erkrankung liegt ein ausgeprägtes schweres Defizit im Bereich der zentralen Ich-Struktur mit schwerer Störung der Ich-Funktion der Identität zugrunde (Ammon 1971, 1973). Meines Erachtens sind bei der Suchtkrankheit insgesamt die Defizite im Bereich der zentralen Ich-Struktur weitreichender und ausgedehnter.

Nach außen zeigen psychosomatisch Kranke eine mehr oder weniger gut funktionierende, jedoch in ihrem Kern verkrüppelte Pseudoidentität z. B. als psychosomatisch Kranke, während bei Drogensüchtigen eine gesellschaftliches Funktionieren verweigernde und eine Subkultur imitierende Pseudoidentität im Vordergrund steht. Während der psychosomatisch Kranke in der Regel in der Anamnese das Bild einer sogenannten „heilen Welt“ vermittelt und das dahinterliegende Ausmaß der emotionalen Verlassenheit und Verarmung oft erst im Laufe der Therapie deutlich wird, tritt bei Drogensüchtigen die erschreckende innere Leere und Einsamkeit in der Regel bereits in den ersten Gesprächen zutage, wenn man sich nicht durch die fas-

sadäre und aufgesetzte Ebene der angebotenen Kontaktaufnahme täuschen läßt. Die Lebensläufe von Drogensüchtigen spiegeln in ihrer Formelhaftigkeit und Leblosgkeit die innere Leere dieser Patienten direkt wider.

Die psychosomatische Reaktionsweise ermöglicht für die Ich-Struktur des psychosomatisch Kranken eine relativ stabile und kompensierte Ich-Integration. Wie ich oben ausgeführt habe, ist die destruktive Aggression auf der Körper-Ich-Ebene eingegrenzt, somit die Ich-Abgrenzung nach innen kompensiert und, durch die Möglichkeit der Kontaktaufnahme mittels des Symptoms, ebenso die Ich-Abgrenzung nach außen. Durch seine Anpassungsfähigkeit hat er eine relativ hohe Frustrationstoleranz, die ihn sozial funktionsfähig und sozial integriert hält. Zwar gibt es auch bei psychosomatisch Kranken verschiedene Formen von Sucht, z. B. durch chronischen Schmerzmittel- und Beruhigungsmittelabusus. Diese Formen der Sucht sind jedoch in der Regel weit weniger selbstdestruktiv als z. B. bei Heroin- und Alkoholkranken. Der psychosomatisch Kranke kann seine Sucht soweit steuern, daß er sozial funktionsfähig bleibt. Er begeht damit in der Regel keinen „sozialen Selbstmord“.

Für den Suchtkranken, dem es durch sein spezifisches Symptomverhalten weit weniger gelingt, einen stabilen, d. h. auch im sekundären Ich-Bereich funktionierenden Ich-Zustand herzustellen, spielt ein Symptomwechsel zur psychosomatischen Reaktion eine wichtige Rolle.

Ich-strukturell bedeutet das Auftreten einer psychosomatischen Reaktion für den Suchtkranken eine Barriere gegen das ständige Überflutetwerden durch seine lustorientierte und wirklichkeitsfremde innere Omnipotenzwelt, die als Abwehr seiner tiefen Verlassenheitsängste zu verstehen ist. Das körperliche Symptom durchbricht diese Dynamik, indem es über Schmerzerleben und Krankheit ein Körper-Ich-Gefühl vermittelt, welches die Ich-Grenzen stabilisiert. Die diffus nach innen und außen agierte destruktive Aggression wird mittels des psychosomatischen Symptoms kanalisiert und auf der Körper-Ich-Ebene eingegrenzt. Mittels der Kommunikation über diesen kranken Körper werden durch formalisierte Kontakte Ich-Grenzen nach außen aufgebaut und eine relativ stabile Als-Ob-Identität als körperlich Kranker vermittelt. Über die körperliche Erkrankung kann der Suchtkranke nun Hilfe annehmen, ohne narzißtisch gekränkt zu werden, kann sich aufgrund des Symptoms fallenlassen und die ständige mit der Sucht verbundene Ich-Kontrolle aufgeben und muß seine Körper-Ich-Grenzen nicht durch ständigen zwanghaften Auf- und Abbau verschiedener Ich-Zustände kompensieren. Ich meine, daß das beim Suchtkranken ständig drohende Erleben der inneren Verlassenheit und inneren Leere, die ständig notwendige Aktivität des Patienten, um dies zu verdecken und zu kompensieren mittels des psychosomatischen Symptoms in einen stabileren Ich-Zustand übergeführt wird.

Das gemeinsame der Suchtkrankheit und der psychosomatischen Erkrankung ist das schwere narzißtische Defizit und die hieraus resultierende innere Verlassenheit und Depression.

Ich hoffe, daß ich zeigen konnte, daß es dem psychosomatisch Kranken aufgrund seiner spezifischen Ich-Struktur besser gelingt als dem Suchtkranken, einen relativ stabilen und integrierten Ich-Zustand aufrechtzuerhalten.

Von daher ist die Möglichkeit des Suchtkranken psychosomatisch zu reagieren und damit Kontakt herzustellen als Ergebnis einer ich-strukturellen Veränderung zu betrachten, welche als Schritt im Rahmen der nachholenden Ich-Entwicklung verstanden werden muß.

The Shift in Symptoms between Drug-Addiction and Psychosomatic Illness from the Ego-Structural Point of View

Hartwig Volbehr (Berlin)

With this report the author should like to demonstrate the problem and importance of change of symptoms in the case of addicts, who especially are inclined to psychosomatic illnesses. Very often these patients show a psychosomatic illness instead of an problematical addiction and vice versa.

It is questionabel, whether a change of symptoms could go together with the patient's ego-structural change or else it could just be a shift of symptoms in patients with a very specific central ego-structure-deficit.

In order to make the importance of psychosomatic reactions in addicts understandable, he is referring to the importance of physical symptom formation for the psychosomatic patient's ego-structure.

Both, community and differences of both patient groups are shown by presenting especially the central ego-functions of ego-demarcation to the inner and outer world and aggression. The report's empiristic basis is psychotherapeutical praxis of several years with psychosomatic ill in psychotherapy and group psychotherapy, also with-especially-borderline patients inclining to often psychosomatic reactions.

Addicts are patients dependend on drugs, especially opium, and heroin so called "fixer", the author medically and psychotherapeutically taking care of in stationary and off-patient deprivation-institutions.

Among 38 anamnestic precisely examined opium-addicts we found in the anamnesis of 21 patients, that during puberty and even before the severe addiction was settling a physical, mostly functional, psychosomatic illness.

As far as the ego-structural aspect is concerned, the existence of a psychosomatic reaction to the drug addict means to set up a barrier against permanently being swamped with pleasure orientation and unrealistic inner omnipotent world because of a lacking ego-demarcation to the inside and of the herewith connected lacking ego-function of frustration tolerance.

The physical symtom itself interrupts this dynamic by imparting a body-ego-feeling through the experience of pain and illness which is stabilizing the ego-boundaries.

The destructive aggression, diffuse acting to the in- and outside, through the psychosomatic symptom will be canalized and defined in the body ego level.

Through the communication via this ill body by formalized contacts ego-boundaries were set up to the outside and a relatively steady "as-if-identity" for the patient established. Via the physical illness the patient now can accept help without being narcissistically insulted.

The symptom enables him to let go and to give up the permanent ego-control, connected with addiction. He no longer has to compensate his body-ego-boundaries by compulsively building up and tearing down different ego states.

For the addict the permanent threat of being abandoned, which requires permanent activity to cover and compensate this threat by psychosomatic symptoms, has to be transported to a more stable ego-state.

Both, drug addiction and psychosomatic illness have in common the heavy narcissistic deficit and the resulting inner abandonment and depression.

The author demonstrates, that the psychosomatic patient due to his specific ego-structure can succeed in keeping a relatively stable and integrated ego-state than a drug addict. Therefore, the drug addict's capability of psychosomatic reaction in order to establish contact, has to be looked upon as a result of ego-structural change, which must be understood as a step in the framework of retrieval ego-development.

Literatur

- Ammon, Gisela* (1972): Vorstufen psychosomatischer Erkrankungen. In: *Dyn. Psychiat.* (5) 11-32
- Ammon, Günter* (1971): Bewußtseinserweiternde Drogen in psychoanalytischer Sicht (Pinsel-Publikationen: Berlin)
- (1973): *Dynamische Psychiatrie* (Darmstadt: Luchterhand; Neuauflage 1980, München: Kindler)
- (1974): *Psychoanalyse und Psychosomatik* (München: Piper)
- (1978): Die psychosomatische Erkrankung als Ergebnis eines ich-strukturellen Defizits. In: *Dyn. Psychiat.* (11) 287-299
- Beck, B.; Bott, Ch.; Rock, W.; Wiehl-Volbehr, A.*; (1978): Methodische Ansätze zu einer objektivierenden ich-strukturellen Diagnostik im Rahmen des *Ammonschen* Ich-Strukturmodells am Beispiel der zentralen Ich-Funktion der Aggression. In: *Dyn.: Psychiat.* (11) 152-164
- Fenichel, O.* (1946): *The Psychoanalytic Theorie of Neurosis* (London: Routledge and Kegan Paul Ltd.)
- Röbling, G.* (1977): Ich-strukturelle Ansätze in der Psychodynamik des Suchtgeschehens, In: *Dyn. Psychiat.* (10) 4-22
- (1978): Das Suchtproblem innerhalb der Dynamischen Psychiatrie, In: *Dyn. Psychiat.* (11) 542-553
- Volbehr, H.* (1968): Kulturen und ihre halluzinogenen Drogen. In: *Die Brücke* (35) 1-9
- (1978): Die Rolle der Psychosomatik in der Dynamischen Psychiatrie, In: *Dyn. Psychiat.* (11) 589-602

Anschrift des Autors:
 Dr. med. Hartwig Volbehr
 1000 Berlin 31
 Sächsische Str. 43

Reparative Prozesse der zentralen Ich-Funktion der konstruktiven Aggression bei psychosomatisch Kranken in Beziehung zur Gruppenstruktur**

Karin Schibalski-Ammon*

In der vorliegenden Arbeit werden die Ergebnisse einer Längsschnittstudie vorgestellt, von der These ausgehend, daß die spezifische Struktur einer homogenen Gruppe von psychosomatisch erkrankten Patienten im Hier und Jetzt der Gruppendynamik eine spezifische Struktur des Krankheitsbildes widerspiegelt und daß durch besondere und gezielte Umstrukturierung der Gruppe durch Hineinnehmen von Borderline-Patienten und psychotisch reagierenden Patienten die Auswirkungen einer Potenzierung pathologisch entwickelter Ich-Funktionen in der Gruppe als ganzer verhindert werden und die therapeutische Effizienz verbessert wird.

Anhand der Darstellung klinischer Besonderheiten von therapeutischen Situationen, in denen das Umgehen mit konstruktiver und destruktiver Aggression eine wesentliche Rolle spielt, wie bei Aufnahme- und Trennungsprozessen, der Wahrnehmung der Therapeuten in ihren besonderen Lebensumständen und die Teilnahme an milieutherapeutischen Gemeinschaften, wird aufgezeigt, wie jeweils psychotisch reagierende Patienten und psychosomatisch Kranke wechselseitig hilfstherapeutisch sich ergänzen im Rahmen der Bearbeitung und Wiedergutmachung des strukturellen Defizits.

In ihrer Methodik stützt sich die Verfasserin auf klinische Beobachtungen und inhaltsanalytische Untersuchungen von Tonbandprotokollen in der Gruppe mit psychosomatisch Erkrankten im Vergleich zu einer Gruppe mit vorwiegend Borderline-kranken Patienten. Die Ergebnisse belegen eindeutig die Notwendigkeit der heterogenen Strukturierung therapeutischer Gruppen. Anliegen der Autorin ist, einen Beitrag zu leisten zu dem Krankheitsverständnis in der Theorie des Ich-Struktur-Modells Günter Ammons, wonach die phänomenologischen Ebenen von krank oder gesund unwesentlich sind, sondern die Erkenntnis der besonderen ich-strukturellen Schädigung, wonach sich die Therapie ausrichten muß, zugrunde gelegt ist. Borderline-Patienten sind für psychosomatisch erkrankte Patienten therapeutisch als ein Hilfs-Ich anzusehen, die Strukturierung der therapeutischen Situation kann nicht nach symptomgebundenen Diagnosen geschehen, sondern erst die ich-strukturelle Diagnose, vor allen Dingen der Aggression, ermöglicht es, ein komplexes Feld für sozialenergetische und ich-strukturell wiedergutmachende Prozesse aufzubauen.

Diese Untersuchung ist von besonderem Wert für die psychosomatische Forschung, der Begriff der Alexithymie kann im ich-strukturellen Verständnis relativiert werden, Somatisierung ist ein Ersatz für die unterdrückten Bedürfnisse des zentralen Ichs, die Ursache für diese Fehlregulation liegt in der Störung der zentralen Ich-Struktur. Das Arbeiten an den Defiziten dieser zentralen Ich-Struktur läßt sowohl die Somatisierung überflüssig werden, wie auch Gefühle, Beziehungsfähigkeit und Auseinandersetzungsfähigkeit bei psychosomatisch kranken Patienten entwickeln.

In meiner Arbeit, die ich auf dem IX. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse vorgetragen hatte, war ich davon ausgegangen, daß sich in einer relativ homogenen Gruppe von Psychosomatikern das spezifische strukturelle Defizit innerhalb der Gesamtdynamik der Gruppe in einer spezifischen Gruppenstruktur abzeichnen wird. Dabei ließ

* Dr. med., Psychoanalytikerin, Mitarbeiterin am Münchener Lehr- und Forschungsinstitut der DAP, Fachärztin für Innere Medizin

** Vortrag, gehalten auf dem X. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 8.-12. Oktober 1978, Kongreßhalle Berlin

sich anhand von klinischen und unterstützenden inhaltsanalytischen Untersuchungen zur Struktur der psychosomatisch Kranken im Vergleich zu einer Gruppe mit Borderline-Kranken feststellen, daß die destruktive Aggression des Psychosomatikers im Körpersymptom gebunden bleibt und sich gegen den Abbruch der destruktiven, aber konstant erlebten Mutter-Kind-Beziehung richtet. Die aggressiven Äußerungen waren in der Gruppe der Psychosomatiker hochgradig signifikant diffuser, indirekter, passiver im Vergleich zu der Gruppe mit Borderline-Kranken, innerhalb derer sie konkreter, direkter und aktiver auftraten.

Ich bin damals davon ausgegangen, daß die spezifische Struktur dieser homogenen Gruppe im gewissen Sinne eine Erhöhung der Pathologie darstellt, in der Form, daß sie die spezifische Struktur des Psychosomatikers im Hier und Jetzt der Gruppendynamik widerspiegelt. Dies führte zu der Konsequenz einer Umstrukturierung der Gruppe durch Hinzunehmen von interpersonell ausagierenden Patienten mit Borderline- bzw. psychotischer Persönlichkeitsstruktur.

In der vorliegenden Arbeit will ich darstellen, wie sich die Gruppenstruktur im Bezug auf die defizitäre Aggression verändert hat, welche Faktoren der Veränderung dabei mitgewirkt haben und welche Rückschlüsse sich dabei im Rahmen einer von *Ammon* konzipierten Aggressionspathologie auf einem gleitenden Spektrum konstruktiver bis defizitärer Aggression auf die gegenseitige Beeinflussung verschiedener Ich-Strukturen ziehen lassen. Die von mir verwandte Unterscheidung in konstruktive, destruktive und defizitäre Aggression unterliegt der Definition, wie *Ammon* sie 1977 differenzierte.

Meine Arbeit stützt sich auf klinische Beobachtungen im therapeutischen Prozeß bei der ehemals nur aus psychosomatisch Kranken bestehenden Gruppe und im Vergleich dazu bei einer Gruppe mit vorwiegend Borderline-Patienten sowie inhaltsanalytische Untersuchungen von Tonbandprotokollen vor einem Jahr zum gleichen Zeitpunkt in beiden Gruppen, sowie nach einem Jahr, nachdem in der Gruppe der Psychosomatiker zwei psychosomatisch kranke Patienten ihre Therapie abgeschlossen hatten und ein Patient in Einzelanalyse übernommen worden war und stattdessen ein Patient mit psychotischer Struktur sowie zwei Patientinnen mit einer Borderline-Struktur hinzugenommen wurden.

Die Besonderheiten beider Gruppen, die Mitte 1975 unter meiner Leitung und unter Mitarbeit eines männlichen Co-Therapeuten starteten, habe ich bereits 1977 detailliert dargelegt. Für die elf Gruppenmitglieder der ehemals homogenen Gruppe mit psychosomatisch Kranken, die an peptischen Beschwerden, Hautausschlägen, Psoriasis, sogenannter vegetativer Dystonie, Gastritis, Hyperventilationstetanie, Adipositas und Migräne litten, war entscheidend, daß sie sämtlich die Kriterien der sogenannten mangelnden Motivation erfüllten. Diese mangelnde Motivation, die durch fehlende eigene Initiative zur Psychotherapie sowie durch fehlenden psychischen Leidensdruck

charakterisiert ist, habe ich 1976 auf einen psychischen Wahrnehmungsdefekt zurückgeführt.

Dieser entspricht der verinnerlichten Dynamik von Primärgruppe und Mutter, die kindliche Gefühle und Aggressionen mit Verlassen beantwortet, und findet seinen Ausdruck darin, daß selbst schwerste Konflikte im interpersonellen Bereich nicht problematisiert werden können, während ein emotionaler Kontakt sowie eine Wahrnehmung von Konflikten vorwiegend über das psychosomatische Symptomverhalten gelingt.

Bei der Vergleichsgruppe mit vorwiegend Borderline-Kranken bin ich von einer Definition des Borderline-Syndroms ausgegangen, wie *Günter Ammon* sie 1976 vortrug. Ein hier ebenfalls entsprechend dem Krankheitsverständnis des Borderline-Syndroms vorliegende psychosomatische Symptomatik war hier jedoch nicht prädominant. Die bewußt im interpersonellen Bereich erlebte psychische Problematik entsprach vielfach einem hochgradigen psychischen Wahrnehmungsvermögen für interpersonelle Konflikte und psychodynamische Zusammenhänge bei einer gleichzeitigen Unfähigkeit, diese Wahrnehmungen zu integrieren und realitätsgerecht zu handhaben.

Das Mehr an konstruktiver Aggression in dieser Gruppe im Vergleich zu der Gruppe der psychosomatisch Kranken ließ sich, wie ich es eingangs auch erwähnte, ebenfalls durch inhaltsanalytische Methodik nachweisen.

Bei der Umstrukturierung der Gruppe bin ich davon ausgegangen, daß aufgrund der Ich-Struktur des psychosomatisch Kranken, die sich durch eine hochgradig defizitäre Aggression auszeichnet, 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. Ausschlaggebend für die neue Gruppenstruktur war, daß im Juni letzten Jahres eine psychosomatisch kranke Patientin ihre Therapie abschloß und ein weiterer psychosomatisch Kranker aufgrund seiner allzu starken Übertragung auf die Gruppe als Ganzes aus der Gruppe herausgenommen und in Einzeltherapie übernommen wurde. Ende Oktober 1977 nahm ich einen psychotisch strukturierten Patienten sowie zwei Borderline-Patienten neu hinzu, wobei alle drei über ein erheblich höheres Potential interpersonell möglicher Aggression verfügten. Wenige Wochen später schloß eine weitere psychosomatisch kranke Patientin ihre therapeutische Behandlung in der Gruppe ab.

Ich möchte im folgenden aufzeigen, daß die Umstrukturierung der Gruppe zu einem spontanen Anstieg an konstruktiver Aggression führte und wodurch die Auswirkungen einer Potenzierung pathologischer Ich-Struktur der Gruppe als ganzer kompensiert wurden.

Während vor einem Jahr ein hochsignifikanter Unterschied des Ausmaßes interpersonell möglicher Aggressionen in beiden Gruppen nachweisbar war, war dieses jetzt in beiden Gruppen gleich groß, wobei in der Gruppe der Borderline-Patienten ein allmählicher Anstieg an konstruktiver Aggression

erfolgte, während in der ehemaligen homogenen Gruppe von psychosomatisch Kranken ein sprunghafter Anstieg externalisierbarer Aggressionsfähigkeit nachzuweisen war.

Ich will nun klinische Besonderheiten darstellen von therapeutischen Situationen, innerhalb derer die Strukturierung konstruktiver Aggression eine ganz besondere Rolle spielt, wie Aufnahme- und Trennungsprozesse, Wahrnehmung der Therapeuten in ihren besonderen Lebensumständen, Gehen neuer Wege wie z. B. Teilnahme an milieutherapeutischen Gemeinschaften. Dabei möchte ich zeigen, wie jeweils der psychotisch reagierende Patient, der im Gegensatz zu dem psychosomatisch Kranken eine übermäßig ausgebildete Wahrnehmungsfähigkeit für diese Situationen besitzt, den Strukturmangel des Psychosomatikers zu kompensieren vermag, indem er ihm seine Wahrnehmungsmöglichkeit zur Verfügung stellt.

Anhand der ehemaligen Gruppe mit psychosomatisch Kranken möchte ich diese Situationen vor und nach der Umstrukturierung kontrapunktieren. Ich habe Trennungsprozesse in diesem Zusammenhang deswegen ausgewählt, weil diese beispielhafte Lebensbedingungen darstellen, die entsprechend der emotionalen Kontaktebene von Primärgruppe und Kind, vom psychosomatisch Kranken nicht wahrgenommen werden.

So waren Trennungssituationen in der Gruppe der psychosomatisch Kranken vor der Umstrukturierung stets regressiv abgewehrt worden, indem häufig Mitglieder erkrankten, weil die entsprechende Wut und Angst nicht anders wahrgenommen und gezeigt werden konnten. Psychogenetisch entspricht dies dem frühen Verhalten der Mutter, die lediglich den erkrankten kindlichen Körper emotional besetzen kann und jegliche andere Form von Lebendigkeit mit Verlassen beantwortet. Die Alternative des mütterlichen Kontaktangebotes schwankte zwischen Angepaßtheit und über körperliche Erkrankung geäußerte Gefühle, die aber als interpersonelles Geschehen nicht erlebbar wurden.

Diese hilflosen Bewältigungsversuche von Trennungen prägten auch den interpersonellen Raum des Gruppenbezugs, indem Veränderungen stets als traumatisch verlassend erlebt wurden und entsprechend dem möglichen Kontakt innerhalb der kranken Mutter-Kind-Beziehung ein Überleben in einem Rückzug jeglicher Lebendigkeit gesucht wurde.

So reagierte beispielsweise die Gruppe auf den Entschluß einer Patientin, ihre Therapie abzuschließen, betroffen und unfähig, sich mit der Trennungproblematik der Patientin sowie der eigenen Trennungsangst auseinanderzusetzen.

In dem ständig wiederholten konkreten Erleben der anderen Gruppenmitglieder als mütterliche Partner wurde die direkte Auseinandersetzungsebene im Hier und Jetzt in metaphorischer Art und Weise entweder anhand von entsprechenden Kindheitserlebnissen oder aber durch Agieren auf Körper-Ich-Ebene, z. B. durch Krankheit und Wegbleiben dargestellt. Die Patienten hatten so nur die Möglichkeit, in der Reaktion ihrer Mitpatienten das kon-

krete Verhalten ihrer realen Mutter zu erleben, die ebenfalls unfähig war, Gefühle als Ausdruck interpersoneller Lebendigkeit zu zeigen und zu beantworten.

Eine andere Patientin reagierte auf die Trennung, indem sie weinend ihre Vorstellung mitteilte, ihre Mutter sitze allein zu Hause und sie sei daran schuld. Sie zeigte dabei eine spezifische Problematik psychosomatischer Patienten, die in der Trennungsangst wiederum die Notwendigkeit, sich total den mütterlichen Bedürfnissen zur Verfügung zu stellen, erleben und sich dabei unfähig fühlen, das Hier und Jetzt wahrzunehmen sowie die entsprechende Aggression zu äußern.

Die konkrete Menschlichkeit des Therapeuten und sein individueller Umgang mit Gefühlen bleiben in einer solchen homogenen Gruppe das einzige Korrektiv, um mit Trennungssituationen umzugehen.

Im Gegensatz dazu vermag der psychotisch reagierende oder Borderline-Patient durch Äußerung der destruktiven Komponente dem psychosomatisch Kranken zu konstruktiven Auseinandersetzungsmöglichkeiten und konkreten Bedürfnisäußerungen zu verhelfen. Während Frau M. abwehrend ihren Wunsch, auf eigenen Füßen zu stehen, vortrug und harmonisierend davon sprach, wieviel sich inzwischen verändert habe, versuchte, ähnlich wie bei der Trennung von der ersten Patientin, auch hier zunächst eine weitere Patientin, die wegen schwerster Migräne in die Gruppe gekommen war, metaphorisch die Trennungswut auszudrücken, indem sie darüber sprach, wie wenig Lust sie habe, noch weiter in die Gruppe zu kommen und von einem Traum berichtete, in dem sie von einem Mann grausam verfolgt und gequält wurde. Diese nur im Traum gegenüber dem männlichen Co-Therapeuten geäußerte Aggression, wurde heftig durch einen psychotisch strukturierten Patienten zum Ausdruck gebracht, der die Auseinandersetzung der Therapeuten mit Frau M. unterbrach und seine furchtbare Wut auf den männlichen Co-Therapeuten äußerte, der seine Einzelstunden ausfallen lasse und ihm nicht helfe, ebensowenig wie die Gruppe. Erst dann war die Gruppe sowie Frau M. in der Lage, ihre Angst vor der Trennung zu zeigen, wobei die Gruppe es erstmalig erleben konnte, einen Menschen im eigenen Recht gehen lassen zu können. Dies brachte Frau M. in einem Traum zum Ausdruck, den sie voll Gefühl mitteilte:

„Ich lief durch einen Wald, der voll Licht und Sonne war. Das Laufen selbst war beschwingt und leicht. Aber ich lief nicht allein, nur konnte ich erst nicht genau erkennen, wer bei mir war. Einmal war es mir, als würde Martin, mein Freund, kommen, mich anlachen, dann aber machte sich ein wohliges Gefühl breit, ein Gefühl, nicht allein, nicht verlassen zu sein. Es war die Gruppe, die mich noch lange begleiten wird.“

Diese gruppenspezifische Sequenz zeigt sehr deutlich, inwieweit eigene Identität gebunden ist und zur Voraussetzung hat, daß eine aggressive Auseinandersetzung mit dem Leiter, bzw. mit den Gruppenmitgliedern, stattfinden kann.

Diese Fähigkeit der neuen Gruppenmitglieder, ihre Aggression interpersonell zu äußern, trug wesentlich dazu bei, den Gruppenmitgliedern ihre schwersten Verlassenheitsgefühle bei Schritten zur Veränderung zu nehmen und sie zu diesen zu motivieren. Dies mußte zuvor ausschließlich durch die Therapeuten geleistet werden, die die Patienten regelrecht zu neuen Wegen ihrer Lebensführung zwingen mußten. So mußte z. B. vor der Umstrukturierung der Gruppe eine Patientin, die wegen einer schweren Hyperventilationstetanie in Therapie kam, ausschließlich auf Intervention der Therapeuten zur Teilnahme an einer Milieuthherapie gezwungen werden. Die Milieuthérapie ist dabei deshalb von so großer Wichtigkeit für den psychosomatisch Kranken, weil sie ihm im Gegensatz zu der mütterlichen Symbiose, die lediglich im körperlichen Bereich defizitär vorhanden war, eine extrem symbiotische Situation zur Verfügung stellt, die der Kranke benötigt, um überhaupt agieren zu können. Darüberhinaus stellt sie eine beispielhafte Trennungssituation dar, weil sich der Kranke aus der leblosen Symbiose mit als Mutter erlebten Partnern trennen muß.

Frau K. lehnte deshalb mein Angebot ab mit dem Hinweis, sie könne ihrem Mann nicht zumuten, sich um ihr Kind zu kümmern sowie ihr Geschäft allein weiterzuführen. Diese Patientin lebte in einer symbiotischen, idealisierten Ehe, wobei sie erst nach Ablauf eines Jahres der Gruppe mitteilen konnte, daß ihr Mann trinke und sie seit vielen Jahren mit Selbstmordgedanken bedrohe. Ihre Wut darüber, daß sie sich selbst nur in Aufopferung und Selbstaufgabe dem Mann gegenüber, wie ehemals ihrer Mutter, existent fühlen durfte, konnte sie nicht äußern. Zu diesem Zeitpunkt war die Gruppe nicht in der Lage, stellvertretend die aggressive Auseinandersetzung mit dem Therapeuten für sie zu übernehmen. Vielmehr boten sie ihr eine Halte- und Stützfunktion, indem sie ihr Möglichkeiten aufzeigten, wie sie dabei die reale Situation mit Ehemann und Kind lösen könne, und sie im weiteren Verlauf unterstützten, indem sie die enorme, sich entwickelnde Angst verstanden, die mit ihrer erstmaligen Trennung von ihrem Mann und ihrem Kind verbunden war, sowie liebevoll ihre mit dieser Auseinandersetzung verbundene wachsende Lebendigkeit wahrnahmen und anerkannten. Ihre wirklichen Gefühle von mörderischer Aggression und Verlassenheitsangst konnte wiederum lediglich metaphorisch im Traum stellvertretend für die Patientin geäußert werden.

Eine andere Patientin, die sich selbst mit der Trennung von ihrem Ehemann auseinandersetzte, träumte im Anschluß an meine Aufforderung an Frau K., an einer Milieuthérapie teilzunehmen, folgendes:

Eine große Familie – sie meint die Gruppe – sitzt in einem abgedunkelten Raum an einem runden Tisch, und sie weiß, daß diese Familie schon einen aus der Gruppe umgebracht hat. Jetzt sitzt die große Familie und berät einen neuen Mord. Sie sieht den, der ermordet werden soll, auch dasitzen, kann ihn aber nicht erkennen. Sie glaubt erst, es ist ihr Mann, dann jedoch, als sie die ganz weißen Haare sieht, erkennt sie, daß es Frau K. ist.

Der Traum, in dem die Träumerin die Angst und die Wut im Hinblick auf die Trennung von ihrem Partner gemeinsam für sie selbst und die Mitpatienten äußert, wird von ihr mit Erschütterung wahrgenommen als Ausdruck der zuvor verleugneten Aggression gegenüber ihrem Ehemann. Mit Frau K. hatte die Träumerin jedoch auch die Therapeutin gemeint, wobei sie aber die Wut gegen die Therapeutin, die derartiges in Gang setzte, ohne zu wissen, was sie den Patienten zumutet, nicht wahrnimmt, sondern vielmehr verleugnet.

Anders dagegen war es nach der Umstrukturierung der Gruppe. Frau K., die im Anschluß an die Milieuthherapie der Gruppe mitteilte, sie hätte zum ersten Mal fühlen können, was Wutgefühle sind und sich sehr viel existenter als jemals zuvor in der Gruppe verhielt, war einige Zeit später wieder in ihre symbiotische Beziehung zu ihrem Ehepartner zurückgefallen. Als ich Frau K. heftig damit konfrontierte, und sie leise zu weinen begann, beschimpfte mich eine der beiden neu hinzugekommenen Patientinnen, wie unverschämt und hart und zu spät im Laufe der heutigen Sitzung ich dies mitgeteilt hätte. Erst daraufhin empörte sich die ganze Gruppe über das selbstzerstörerische und unehrliche Verhalten von Frau K., die Beruhigungstabletten nahm, um nicht die Angst und Wut gegenüber ihrem Mann und innerhalb der Gruppe zu spüren. Als ich dann der Gruppe das Verhalten von Frau K. verstehend mitteilte, warfen die Gruppenmitglieder mir vor, ich sei viel zu weich und würde nicht konsequent von Frau K. fordern, daß sie etwas ändere.

Dies zeigt deutlich, daß der Therapeut Impulse in die Gruppe hineingeben muß, die dann von der Gruppe verwendet und bearbeitet werden können. Voraussetzung ist jedoch ein ausreichendes Aggressionspotential der Gruppe.

Ebenso verhielt es sich bei der Auseinandersetzung um die Wahrnehmung der Therapeuten. Wie in den vorausgehenden Beispielen waren es auch hierbei wiederum die neu hinzugenommenen Patienten, die ihre, wenn auch un-abgegrenzte Fähigkeit interpersoneller Aggression der Gruppe zur Verfügung stellten. Ihre weitgehend nicht auf Realitätswahrnehmung bezogene destruktive Aggression ermöglichte den Mitgliedern der Gruppe eine Abgrenzung, wobei sie anstelle der defizitären Aggression eine realitätsgerechte und auf Eigenwahrnehmung bezogene konstruktive Aggression setzen können.

Beispielsweise freute sich die Gruppe kurz vor der Umstrukturierung über die Mitteilung meiner bevorstehenden Heirat, während andererseits eine Patientin wiederum drohte, mit der Gruppe aufzuhören und im weiteren Verlauf die Angst vor dem Verlassenwerden von mir intensiv erlebt wurde. Eine unmittelbare Auseinandersetzung mit mir fand jedoch nicht statt.

Im Anschluß an die Umstrukturierung der Gruppe ereignete sich zunächst ähnliches, als ich der Gruppe mitteilte, daß ich ein Kind erwarte. Die ganze Gruppe reagierte erfreut, eine Patientin, die dies bereits über ein Instituts-

mitglied wußte, berichtete freundlich einen Traum der letzten Nacht, innerhalb dessen ein Gruppenmitglied ein Baby bekam, während sich die Gruppe anschließend über ihre eigenen Wünsche und Ängste, zu heiraten und Kinder zu bekommen, verständigte. Erst als Herr L. wütend in einem Redeschwall hervorstieß, wie wenig es ihn interessiere, daß ich ein Kind bekomme, daß er Kinder furchtbar fände, daß ihm selbst immer als Kind mit dem Erziehungsheim gedroht worden war, und daß ich so herrisch sei, daß er sich mich nicht in der Mutterrolle vorstellen könnte, empörte sich eine sonst angepaßte Patientin, wie knapp ich der Gruppe von meiner Schwangerschaft Mitteilung gemacht hätte, und wieviel ich ihnen an Persönlichem von mir selbst vorenthalten hätte. Auf die Frage hin, ob mein Baby ein Wunschkind sei, kam es zu einem heftigen Wiedererleben und erstmaliger Wahrnehmung mehrerer Gruppenmitglieder, ein abgelehntes Kind gewesen zu sein, wobei schließlich eine psychosomatisch kranke Frau heftig ausrief, sie sei aber da und habe ein Recht auf Leben! Die direkte Äußerung destruktiver Gefühle von Herrn L. gegenüber der Therapeutin machte hierbei erst eine echte Abgrenzung von der lebensverbietenden Primärsituation, verbunden mit konkreten Lebensbedürfnissen möglich.

Selbstverständlich änderte sich auch in der Vergleichsgruppe der Borderline-Patienten das Aggressionsverhalten, wobei die Gruppenmitglieder, wie ich es auch in meiner vorigen Arbeit dargelegt habe, sehr wohl von Anfang an zu einer intensiven interpersonellen Aggression auch gegenüber den Therapeuten fähig waren, wobei diese jedoch in der Mehrzahl sehr offen entsprechend der innerhalb der Primärgruppe erlebten Ablehnung destruktiv ausagierend geäußert und erlebt wurden, und wobei die therapeutische Aufgabe vielmehr in einer kontinuierlichen freundlichen Abgrenzung bestand, die dann auch zunehmend von der Gruppe übernommen werden konnte. Während in der Gruppe der Borderline-Patienten destruktive Aggression zu konstruktiver Aggression strukturiert werden mußte, war es für die ehemalige Gruppe der Psychosomatiker lebensnotwendig, anstelle der defizitären Aggression zunächst destruktive Aggression erlebbar zu machen, um dann zu einer echten konstruktiven Aggression zu führen.

Um diese klinischen Ergebnisse genauer belegen zu können, haben wir inhaltsanalytische Untersuchungen durchgeführt. Es wurden dabei über eine Reihe von Sitzungen in beiden Gruppen mit Hilfe von Tonbandprotokollen vergleichbare Situationen für die inhaltsanalytische Auswertung geschaffen, die nach den gleichen Kategorien mit Tonbandprotokollen von beiden Gruppen vor einem Jahr ausgewertet wurden. Bei den Gefühlsäußerungen haben wir im Gegensatz zum vorigen Jahr nur die Aggression dargestellt, weil jede Ich-Äußerung aggressive Anteile hat und die Ich-Funktion der Aggression ebenso wie die Ich-Funktion der Identität an allen Lebensäußerungen ihren Anteil besitzt. In diesem Sinn wurde auch das Sprechen in dieser Gruppe als Äußerung von Aggression als *ad-gredi*, im Sinne eines auf den anderen zugehen, gewertet.

Beim Durchlesen der Protokolle versuchten wir, auf einer sprachanalytischen Ebene zu differenzieren, wie Aggressionen auf der verbalen Ebene geäußert wurden. Rein empirisch stellten 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.

Derartigen Aussagen kann erst eine faktorenanalytische statistische Untersuchung der Aggression gerecht werden, wie es *Beck, Bott, Rock, Wiehl-Volbehr* (1978) unternahmen. Wesentlich war bei den Untersuchungen dieser Autoren, daß sich aufgrund der Items der Fragebogen in signifikanter Weise nachweisen ließ, daß sich bei psychosomatisch Kranken, Borderline-Patienten und Normalpersonen konstruktive, destruktive und defizitäre Aggression differenzieren lassen. Dies konnten die inhaltsanalytischen Untersuchungen bestätigen.

Aufgrund der Ergebnisse von *Beck, Bott, Rock, Wiehl-Volbehr* (1978) modifizierten wir unsere Kategorienschemata und wandten diese auch auf die alten Protokolle noch einmal an.

Wir unterteilten die Gefühlsäußerungen in bezug auf Aggression nach ihrer Qualität in konstruktiv, destruktiv und defizitär, sowie weiterhin in direkt und indirekt, konkret und eher diffus. Weiterhin unterschieden wir mehrere Situationen, denen gegenüber Gefühle geäußert werden konnten, nämlich innerhalb der Gruppe, gegenüber der eigenen Person, den Gruppenmitgliedern, den Therapeuten und außerhalb gegenüber der Arbeitswelt, der primären und aktuellen Familiengruppe.

Vier Gruppen von Therapeuten untersuchten jeweils verschiedene Teile von vier verschiedenen therapeutischen Situationen unabhängig voneinander. Im Vergleich innerhalb beider Gruppen und zwischen beiden Gruppen erhielten wir folgende Ergebnisse:

1. Allgemein interessant im Hinblick auf die Wertung des Sprechens als Äußerung von Aggression an sich war es, daß die Tonbandprotokolle der umstrukturierten Gruppe von psychosomatisch Kranken jetzt doppelt so lang waren wie die Protokolle der ehemaligen Gruppe von psychosomatisch Kranken und etwa gleich lang wie die Protokolle der Gruppe von vorwiegend Borderline-Patienten.

2. Die Gesamtskala verschob sich in der umstrukturierten Gruppe von psychosomatisch Kranken von der Ebene der Beziehung zur Ebene direkter Auseinandersetzung. Während in der alten Gruppe nur darstellend über Beziehung gesprochen wurde, wird jetzt vorwiegend von Auseinandersetzung gesprochen, wobei sich sowohl die Auseinandersetzungsmöglichkeiten mit den Partnern als auch in der Gruppe zwischen den Gruppenmitgliedern und von Gruppenmitgliedern mit Therapeuten vervielfachen.

3. In der Gruppe der psychosomatisch Kranken nahmen konstruktiv aggressive Äußerungen signifikant stärker zu als die destruktiven und defizitären Aggressionsäußerungen. Das Verhältnis der Zunahme an konstruktiver Aggression ist in der Gruppe der psychosomatisch Kranken signifikant höher als in der Gruppe der Borderline-Patienten.

4. Dabei wurden zugleich in der Gruppe der psychosomatisch Kranken nach der Umstrukturierung diese Aggressionen hochsignifikant mehr direkt und konkret geäußert, im Vergleich zu der Voruntersuchung in dieser Gruppe. Das Verhältnis der Zunahme an direkter und konkreter Aggression war in der Gruppe der psychosomatisch Kranken signifikant höher als in der Gruppe der Borderline-Patienten.

5. Als zusammenfassendes Ergebnis läßt sich festhalten, daß beide Gruppen zum jetzigen Zeitpunkt etwa auf der gleichen Höhe aggressiver Äußerungsfähigkeit liegen.

Kritisch muß zu dem von uns gewählten Verfahren gesagt werden, daß die Inhaltsanalyse nicht isoliert verwendet werden kann, weil sie kein unabhängiges Testverfahren darstellt, sondern in der Art sich auf den Inhalt der untersuchten Äußerungen bezieht, daß die kategoriale Ebene der Inhaltsvariablen sich nicht an einem Außenkriterium orientiert, sondern als Außenkriterium eine Theorie benützt. Die Ergebnisse der Inhaltsanalyse können so nur im Zusammenhang mit einer Theorie und auf der Basis von klinischen Ergebnissen gesehen und diskutiert werden.

Bereits 1973 wies *Ammon* auf die Notwendigkeit einer möglichst heterogenen Strukturierung von therapeutischen Gruppen im Hinblick auf zugrundeliegende Krankheitsbilder hin. Insbesondere für psychosomatisch Kranke hob er dabei die wechselseitigen Hilfs-Ich-Funktionen von schweren Psychosomatikern, Borderline-Patienten und an Konversionshysterie leidenden Patienten hervor, wobei die beiden letzten Gruppen von Kranken zum Sprecher von Gefühlen und Aggressionen für den psychosomatisch Kranken werden (*Ammon*, 1975). Die therapeutische Gruppe mit einem solchen vielfältigen Ich-Potential wird somit zum Modell für die Ich-Strukturentwicklung des einzelnen Patienten. Bezogen auf das Thema meiner Arbeit, in der es mir darum ging aufzuzeigen, wie sich die Gruppenstruktur einer ehemaligen Gruppe psychosomatisch Kranker im Hinblick auf defizitäre Aggression veränderte, welche Faktoren hierbei mitwirkten und wie sich insbesondere verschiedene Ich-Strukturen gegenseitig beeinflussten, will ich meine klinischen Ergebnisse, unterstützt durch die inhaltsanalytischen Ergebnisse folgendermaßen zusammenfassen:

1. Die Auffüllung der monosymptomatischen Psychosomatikergruppe mit ausagierenden Borderline-Patienten und solchen mit psychotischen Reaktionen erwies sich als ein therapeutischer Schritt bestmöglicher struktureller Ergänzung verschiedener Ich-Strukturen. Psychosomatiker und unmittelbar destruktiv ausagierende Patienten mit einer Borderline- bzw. psychotischen Struktur stehen dabei in einer ähnlichen therapeutisch sinnvollen Er-

gänzungsbeziehung, wie *Pohl* (1973) es für Zwangskranke und schizophren reagierende Patienten beschrieb.

2. Dies ist unter folgenden psychogenetischen Gesichtspunkten verständlich: Während die zentralen und sekundären Ich-Funktionen des Psychosomatikers Ersatzstrukturen im Dienste der Aufrechterhaltung der mütterlichen Symbiose darstellen, hat der Borderline-Kranke im Ansatz Splitter echter zentraler Ich-Funktionen entwickelt, die der Symbiose-Aufnahme und Abwehr im Dienste der Aufrechterhaltung ständig abbruchhaft erlebter Beziehungen dienen. Während der psychotisch reagierende Patient eher eine Situation benötigt, innerhalb derer er sich konsekutiv abgrenzen kann und in der eine Integrierung von Ich-Potentialitäten ermöglicht wird, muß der Psychosomatiker zu einer Auflockerung seiner Ich-Grenzen mobilisiert werden, wie es z. B. bei der Teilnahme an milieuthérapeutischen Gemeinschaften oder bei Aufnahme- und Trennungsprozessen geschieht.

3. Die oben beschriebenen Psychosomatik- und Borderline-Patienten ergänzen sich dabei in verschiedenen Bereichen von Ich-Funktionen, indem sie wechselseitig Ich-Funktionen übernehmen und sich damit wechselseitig identifizieren. Dies betrifft vor allem die destruktive Aggression des psychotisch reagierenden Patienten gegenüber der defizitären Aggression des Psychosomatikers sowie die Unabgegrenztheit des ausagierenden Patienten gegenüber der Überabgegrenztheit des psychosomatisch Kranken.

a. Während der psychotisch reagierende Patient, dessen ausagierte destruktive Aggression in seinen bisherigen Beziehungen stets in einer für ihn unerträglichen Weise einen Beziehungsabbruch wiederherstellte, kann er in einer Gruppe vorwiegend überabgegrenzter Patienten erstmalig seine mit interpersoneller Aggression verbundene übermäßig ausgeprägte psychische Wahrnehmungsfähigkeit als hilfreich und konstruktiv für andere Menschen erleben, die aufgrund ihres eigenen Defizits diese wenn auch pathologische Fähigkeit als Bereicherung erleben und zugleich freundlich abzugrenzen vermögen. Der psychotisch reagierende Patient hingegen gibt dem Psychosomatiker ein Angebot an Lebendigkeit, das dieser nie erfahren hat. In der schweigenden Präsenz wird der Psychosomatiker zunächst einmal mit seinem defizitären Erleben konfrontiert, während er zugleich identifikatorisch an der unmittelbaren Äußerungsfähigkeit des psychotisch reagierenden Menschen teilnimmt und sein eigenes verschüttetes Potential an destruktiver Aggression entdeckt. Die starre Abgrenzung von innen und außen wird dadurch aufgeweicht. Zugleich wird mit Hilfe der ständigen Präsenz der Therapeuten erfahrbar, daß die konkrete und eher destruktive Aggression des ausagierenden Patienten einen erlaubten Erfahrungsbereich darstellt, der auch aushaltbar ist. Hierdurch wird die Primärgruppenerfahrung des psychosomatisch Kranken um die Dimension erweitert, zu deren Abwehr sich die Familie mit ihm als Symptomträger verbündet hatte.

b. Durch die Fähigkeit der psychotisch reagierenden Patienten, offen ablehnende Gefühle zu zeigen, erfährt sich auch der Psychosomatiker in sei-

nem Körper-Ich abgelehnt, was innerhalb der Primärgruppe nie wahrnehmbar werden durfte. Dadurch vermag er sich von der Idealisierung der Mutter sowie auch der Therapeuten zu lösen. Anstelle der defizitär erlebten Mutter kann der psychotisch reagierende Mensch für den Psychosomatiker über eine zeitlang real böse Mutter werden. In der Auseinandersetzung und immer wieder erlebten Stimulation wird der psychosomatisch Kranke allmählich fähig, seine defizitäre Aggression, deren destruktiver Anteil im Symptom gefangen bleibt, von diesem zu lösen und interpersonell zu äußern.

Ich meine, daß diese Ergebnisse eindeutig die Notwendigkeit der heterogenen Strukturierung therapeutischer Gruppen belegen. Weiterhin ist in konsequenter Weise zu sagen, daß, wie *Ammon* (1974) beschrieb, psychosomatische Kliniken in Rücksicht auf die oben beschriebenen psychodynamischen und strukturellen Aspekte von psychosomatisch Kranken, aber auch ebenso von ausagierenden Borderline-Patienten und psychotisch reagierenden Menschen kontraindiziert erscheinen. Vielmehr ist es auch hier notwendig, in psychotherapeutischen Kliniken die Gesamtgruppe der Patienten heterogen im Hinblick auf ihre Fähigkeit zu interpersonell möglichen Aggressionen zu strukturieren. Dabei war es mein Anliegen, einen Beitrag zu leisten zu dem Krankheitsverständnis von *Ammon*, nach dessen Konzept ein anderes Verständnis von Gesund- und Kranksein zu fordern ist. Hiernach darf zur Strukturierung der therapeutischen Situation nicht eine symptomgebundene Diagnose gestellt werden, sondern es muß vielmehr eine genaue ich-strukturelle Diagnose von Aggression vorliegen, um eine therapeutische Gruppe zu strukturieren.

Auf dieser Grundlage bestand meine Arbeit in einem Längsschnittvergleich, wobei sich die Thesen der Ausgangsarbeit bestätigen ließen: daß die spezifische Struktur einer homogenen Gruppe in gewissem Sinn eine Pathologie auf Gruppenebene darstellt, in der Form, daß sie die spezifische Struktur des Psychosomatikers im Hier und Jetzt der Gruppendynamik widerspiegelt, und daß durch eine spezifische, gezielte Umstrukturierung der Gruppe die Auswirkungen einer Potenzierung pathologischer Ich-Struktur der Gruppe als Ganzes kompensiert werden können.

Reparative Processes of the Central Ego-Function of Constructive Aggression in Psychosomatic Patients within the Context of a Group-Structure

Karin Schibalski-Ammon (München)

In her lecture given at the "IX. International Symposium of the DAP" it was the idea of the author that in a relative homogenous group of psychosomatics the specific structural deficit within the total dynamic of the group will show itself in a specific group-structure. As a result of clinical assisted

analytical examinations of the structure of psychosomatic patients in comparison with a group of borderline-patients, it could be observed that the destructive aggression of a psychosomatically reacting patient stays within the body-symptom and acts against the break-off of the destructive mother-child-relationship, which constantly is experienced. The aggressive expressions were more diffuse, more indirect and more passive within the group of psychosomatically reacting patients compared to the group of borderline-patients, where they showed to be more actual, more direct and more active.

The therapeutical consequence was to change the structure of the group with psychosomatic patients by taking in patients with a borderline- resp. psychotic personality-structure.

In the submitted paper it was described how the group-structure has changed in reference to the deficient aggression, which factors of change have assisted in it and which conclusion can taken within the limits of a sliding spectrum from constructive to deficient aggression regarding the reciprocal influence of different ego-structures, as outlined in an aggression-pathology formulated by *Ammon* (1977). The distinction in constructive, destructive and deficient aggression, as used by the author, is subject to the definition as differentiated by *Ammon* in 1977.

The paper is based on clinical observations within the clinical process of a group, formerly only consisting of psychosomatic patients in comparison with a group with borderline-patients, as well as analytical examinations of tape-recorded proceedings. In changing the group-structure, it was the idea of the author that, based on the ego-structure of the psychosomatic patients which is pointed out in a highly degree of deficient aggression, a homogeneous structure of groups with psychosomatic patients is therapeutical not indicated; as the therapist has to be supported by the various lively ego-potential of the borderline-patient in the conflict with the impoverished ego-structure of the psychosomatically reacting patient.

It is the intent of the paper to demonstrate how the structure-change leaded to a spontaneous raise of constructive aggression, whereby the consequence of a raise to a higher power of pathological ego-structures were compensated by the group as a whole. The increase in possible inter-human aggression is shown in therapeutical situations, within aggression is playing an entire specific role; as in processes of integration and separation, observation of therapists in their exceptional life-situations, going new ways, as for example participating in milieu therapeutical groups.

The issue of the treatise definitely verify the necessity of a heterogeneous structure of therapeutical groups in view of underlying aspects of cases, as it was already stated by *Ammon* in 1973.

Further on, it consequently has to be said, as described by *Ammon* in 1974, that psychosomatic clinics appear to be contraindicated in consideration to the above mentioned psycho-dynamical and structural aspects of psychosomatic patients, and also of acting-out borderline-patients, and psychotic reac-

ting persons. On the contrary, here also it will be necessary in the sense of psychotherapy to combine the entire group of patients heterogeneous, in view of their abilities to possible inter-human aggressions. Besides, it was the intention of the author to give a contribution to *Ammon's* understanding of illness, according to whose concept another understanding of health and illness has to be demanded. According to this, in getting the structure of the therapeutical situation a symptom-bounded diagnosis is not allowed to give. On the contrary, an exact ego-structured diagnosis of aggression must be given in order to combine a therapeutical group.

On this basis the submitted paper consisted of a comparison of a longitudinal section, in the course of which the thesis of the original project could be verified: the specific structure of a homogeneous group represents in a sense a reaction of abnormality on the group-basis; in a way of reflecting the specific structure of the psychosomatically reacting patient in place and present of the groupdynamic, and by changing the group in a specific and controlled way, the result of raising to a higher power of pathological ego-structure can be compensated by the group as a whole.

Literatur

- Ammon, G.* (1973): Ich-psychologische und gruppodynamische Aspekte der psychoanalytischen Gruppentherapie. In: *Ammon, G.* (Hrsg.): Gruppenpsychotherapie (Hamburg: Hoffmann u. Campe)
- (1974): Psychoanalyse und Psychosomatik (München: Piper)
 - (1977): Das Borderline-Syndrom – ein neues Krankheitsbild. In: *Dyn. Psychiat.* (9) 317–348
 - (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
- Beck, B.; Bott, C.; Rock, W.; Wiehl-Volbehr, A.* (1978): Methodische Ansätze zu einer objektivierenden ich-strukturellen Diagnostik im Rahmen des *Ammonschen* Ich-Strukturmodells am Beispiel der zentralen Ich-Funktion der Aggression. In: *Dyn. Psychiat.* (11) 152–164
- Pohl, J.*, (1973): Zwangsneurose und Psychose im gruppentherapeutischen Prozeß. Vortrag, gehalten auf dem V. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse, 1.–7. Aug. 1973 in Stelzerreut/Kumreut
- Schibalski-Ammon, K.* (1977): Anpassung als Abwehrformation der Borderline-Symptomatik. In: *Dyn. Psychiat.* (10) 183–195
- (1979): Abgrenzung des spezifischen Ich-Defizits psychosomatisch Kranker im Rahmen der Krankheitslehre der Dynamischen Psychiatrie. In: *Dyn. Psychiat.* (11) 575–588

Adresse des Autors:
 Dr. med. Karin Schibalski-Ammon
 Kufsteinerplatz 4
 8000 München 80

Depression: A Defense Mechanism? First Results of an Attempt at Clinical – Experimental Research****

Lucio Pinkus*, Lucia Boncori**, Rosanna Chimenti****

Im Rahmen ihrer Bemühungen einer adäquaten klinischen Anwendung psychoanalytischer Konzepte in verschiedenen Bereichen der Medizin stellte sich dem Autor der vorliegenden Arbeit und seinen beiden Mitarbeitern in zunehmenden Maße das Problem, die im Zusammenhang mit psychosomatischen Erkrankungen auftretenden depressiven Reaktionen zu erklären. Depression ist nicht nur ein Problem im Bereich psychotherapeutischer Einwirkung, sondern sie tritt auch in Verbindung mit psychosomatischen Reaktionen auf und stellt den praktischen Arzt und auch den Chirurgen vor die Aufgabe einer angemessenen Einschätzung und Behandlung. In diesem Zusammenhang haben der Autor und seine Mitarbeiter versucht, unter Zuhilfenahme eines klinischen Experiments die Interdependenz zwischen Erscheinungsformen der Depression und Problemen der Identität aufzuzeigen. Die Stichprobe, die diesem Experiment unterzogen wurde, setzte sich aus Patienten einer chirurgischen Abteilung und aus einer Kontrollgruppe von Mitarbeitern derselben Abteilung zusammen, welche mithilfe projektiver Verfahren zur Erfassung des Grades der Depression und der Identität getestet wurden. Die Ergebnisse ergaben einen klaren Beweis für den korrelativen Zusammenhang zwischen einem jeweils höheren Grad an Depression und einem jeweils geringeren Maß an Identität.

Die an Ammons Konzeption und Verständnis der depressiven Erkrankung angelehnte Hypothese des Autors, daß die depressive Reaktion einen Abwehrmechanismus darstellt angesichts identitätsbedrohender Angst und Verletzung, konnte durch die aus dem Experiment gewonnenen Daten bestätigt werden. Der Autor und seine Mitarbeiter hoffen, daß über den Gewinn theoretischer Einsicht in den Zusammenhang von Depression, Identität und Psychosomatik hinaus sich aus ihren Untersuchungen Schlußfolgerungen auch im praktischen und therapeutischen Bereich ergeben.

Introduction

Research and study in the past few years has not only pointed out the increasing diffusion of psychosomatic disturbances, but has also shown how these disturbances are accompanied, in a more or less pronounced way, by depressive reactions.

We were so struck with this observation that we wanted to try to gain a greater understanding of the phenomenon of depression in relation to a function of the ego which is fundamental in psychosomatics: the bodily ego.

Before presenting our working hypothesis and discussing our results, we thought it might be useful to present a short, and therefore necessarily incomplete, review of the research and observations on depression that have marked the evolution of psychoanalytic theory in this area.

* Prof. Dr. phil., Professor of Psychology, State University of Rome

** Prof. Dr. phil., Professor of Tests-Psychology, State University of Rome

*** Dr. phil., Research Assistant, State University of Rome

**** Paper presented at the X. International Symposium of the German Academy for Psychoanalysis (DAP), Berlin, October 8th to 12th, 1978.

Although starting out with the ideas of *Freud*, students of psychoanalysis who are concerned with depression have followed a dual orientation: one is centered on depression as a reaction to the loss of the libidinous object; and the other, instead, focuses largely on the relationship between depression and the ego, with its functions.

Depression and Loss

By 1917 *Freud* had already set down his ideas on depression as a reaction to loss, a concept which he had probed both from the clinical point of view and by means of a theoretical elaboration in an attempt to differentiate grief, melancholy and depression. The latter is characterized by the impossibility of finding or re-finding the love object. A depressive reaction has many consequences which affect both defense mechanisms, such as separation, as well as the narcissistic function, referring to the loss of self-esteem.

Rado (1927) deepened and more clearly specified narcissistic involvement in the depressive reaction, also examining the dynamics from the point of view of the relationship between narcissism, object loss and the role of the superego, already, in part, expressed by *Freud*.

The discourse on the importance of the loss of the love object and of depression as a phenomenon as well as a factor present in the development of the human being was thus deepened and presented with originality and richness of clinical observation of the ambivalence with which object relationships are viewed, the dynamics of alternation and of the coexistence of hatred and love in normal infantile development have without a doubt helped to increase our understanding of the experience of depression.

Continuing this line of thought we can look at the work of *E. Jacobson* (1943, 1946, 1953) in which she attempts to link object loss with the pre-oedipal phase, again referring to the issue of narcissism and attempting to present the parents, rather than just the mother, as referents of depressive reactions, as a result of the process of self devaluation and consequently the devaluation of the parents due to excesses of frustration.

Mahler (1958) and *Greenson* (1959) are still working with the concept of loss carried over to abandonment and to the need to encapsulate the object because of fear of losing it or of being abandoned. Thus, depressive reactions are interpreted as processes tied, on one side, to fear of death and, on the other, to a dynamic counter-phobia and defensive acting out.

Depression and the Ego

Rereading the works of *K. Abraham* it seems to us that since 1911 he has intuitively perceived (perhaps in a preconscious way!) a relationship between the depressive reaction and the ego. In fact, in comparing depression with

the „classic“ notion of anguish, he speaks of it as two opposing types of ego-response to a dangerous situation.

Even though they've studied and been influenced by previous work on the psychoanalysis of the ego, various authors are now beginning to examine the problem differently.

Although still adhering to the theme of the loss of the love object, *S. Nacht* and *P. Recamier* (1959) introduce the important concept of depersonalization.

Rereading their work critically, we can study their description of the relational dynamics between the object in relation to itself and the subject in relation to the love object; their explanation becomes more convincing if the concept of the autonomy of the ego is introduced. However, one of the first explicit discussions on the ego, identity and depression was prepared by *F. Deutsch* (1956), when he analyzed the process of researching the concept of identity and its negation, contemporaneously.

A decisive contribution in this respect was made some years later by *O. Kernberg* (1967) who speaks clearly about the relationship between depression and identity escape in connection with control capacities, the autonomy of the ego and the process of sublimation.

Braunschweig (1968), *Rubinfine* (1968) and *Pasche* (1969) are following this line of research gathering observations on the need for identity protection, ego-functions and depression.

Arieti (1975) sees a relationship between depression and infantile experiences which have failed to allow for the development of an adequate identity; thus, when confronted with dangerous situations or with suffering the result is a reaction of inadequacy, emphasizing the impotence of the ego in restructuring the situation for an adequate reaction; this is a precise case of regression.

It will certainly be noted that, in presenting the sequence of ideas which characterizes these two lines of thought, we have omitted a discussion of aggression. This omission is purposeful; it is the result of recent findings, particularly by *Ammon* and his collaborators at the School of Berlin, which indicate that the theoretical premise and the function of aggression suggested by previous authors may be inadequate.

It is in *Ammon's* work, in fact, that we find a new and detailed psychodynamic interpretation of depressive reactions (1973).

Ammon sees great anguish over one's identity which may lead to the renunciation of self-realization and therefore self-identity as central to depression. The motivation for this type of reaction is again being looked for in an pathological, narcissistic nucleus. Beginning with the problem of the limitation of the ego in the pre-oedipal phase, *Ammon* again points out that in order to realize this delimitation or the confines of the ego in a functional way, the child needs to receive external, narcissistic reinforcement from the mediating environment, particularly from its mother.

At the same time, the child needs a primary group to facilitate the development of constructive aggression. In the event that the mutual relationship with the mother lessens and the primary group represses the child's aggression, there is, on one side, the formation of a void within the boundaries of the ego and, on the other side, the interiorization of repressed and, therefore, destructive aggression which forms the pathogenic nucleus of depression.

Therefore, in *Ammon's* proposal we find elements that refer to depression as a defense reaction to the threat of identity loss. On one hand, *Ammon*, using previous studies, proposes object relationships and the function of filling-in (and therefore not integrating) the void of the depressed ego, in a new way; with the aid of his concept of aggression he again links these dynamics to the environmental and interpersonal situation and therefore to group dynamics which today cannot be excluded from any such discussion.

Research Hypothesis

From what we have stated and concluding with specific studies on the relationship between psychosomatics and depression (*Coleman*, 1969; *Valenciano-Gaya*, 1970), we have been brought to the point of rethinking *Ammon's* hypothesis with respect to problematic psychosomatics.

Several key points of psychological theory have guided our research:

- Undoubtedly the concept of identity is fundamental to the understanding of psychic reaction, whether normal or pathological;
- equally important for us is a view of the psychic events that hold sway over group dynamics, above all primary groups no longer seen as a sum total of behaviors, but together as a group dynamic;
- one of the functions of the ego that seems, on one hand, a constituent of identity and, on the other hand, has a rich symbolic significance in interpersonal relations is the bodily ego (*Ammon*, 1973).

Along these same lines we have reflected on the idea of depression in relation to identity and in relation to the concept of object loss; they are inseparable from the moment in which a threat to identity emanates from the fear of losing something. The threat can also come from the conflict between the actual perception of the bodily ego, the ideal of the bodily ego and how the bodily ego will be as a consequence of a modifying event, for example a surgical intervention. In a certain sense the hypothesis of conflict tied to the bodily ego re-proposes a conflict based on identity and thus:

- real ego (connected more with the ego)
- ideal ego (connected more with the self)
- the ideal of the ego (collective component also connected to the super-ego)

Although the themes are closely connected to each other, for our hypothesis we have chosen the one based on conflict; therefore, it can be formulated in this way:

Depression can be a defense mechanism when one is faced with a threat to his identity due to a conflict of the bodily ego.

Material and Method

We chose 50 subjects from the surgical ward of a hospital; 25 were men and 25 women.

The subjects were between 18 and 30 years of age; all were waiting for an abdominal intervention (with the exclusion of the pathology of cancer because of its peculiar emotional and social implications), within one week.

For the control group it was possible to have only one female sample of 25 subjects, all students at a school for professional nurses. The choice of this group was due to the fact that, because of modifications in the relationship between the hospital and the school and the personal situation of the students, who we knew beforehand since all had been given a psycho-attitudinal test, the group itself had a strongly threatened identity.

The regions and the social-economic status from which they came, whether patients or nursing students, guaranteed a highly casual distribution.

The fact that both patients and nurses were in the same hospital gave a minimum of homogeneity to the environment variable.

The experiment was preceded by a brief interview with each subject, as much to collect some anamnestic information as to motivate them to take part in the research.

Therefore, during a second meeting, each patient was administered two instruments.

1. *Cattell's I.P.A.T. Scale* – of which only the sub-scale "O" regarding depression was taken into consideration.

The reason for choosing this instrument is the fact that, on one hand, it defines depressive reaction in "behavioristic" enough terms and therefore does not influence the psychodynamic interpretation; on the other hand, it places depressive reaction in relation to the concept of ego weakness and the conflict of the organization of feelings about oneself or of identity, and thus corresponds sufficiently to our hypothesis.

The test is made up of items that are given weighted scoring, so that, in the case of depression, the higher the score the greater the incidence of pathology.

2. *modified Likert Scale* – is a test of self-description made up of a series of affirmations which each subject can attribute a score of agreement or disagreement from 0 to 4. In the case of items with positive values, the scoring is in a positive, numerical progression; otherwise the values are to be read with the reverse meaning.

Across the areas it explores, this instrument measures the degree of identity or depersonalization of the subject.

Discussion and Results

A correlational analysis was carried out on the data gathered to verify whether or not a positive correlation exists between the results obtained with the two instruments. Given our hypothesis, we considered separately the experimental group and the control group (cfr. table 1).

Table 1

Experimental group:

	Female patients			Male patients		
	x	s	r	x	s	r
IPAT Depr. Scale	12,76	3,20	0,50**	11,52	5,27	0,35*
Self-perct. Scale	72,72	14,32		77,12	16,98	

Experimental group (total score):

	x	s	r
IPAT Depr. Scale	12,14	4,36	0,37**
Self-perct. Scale	74,88	15,86	

Control Group:

	x	s	r
IPAT Depr. Scale	12,52	4,43	0,23
Self-perct. Scale	79,80	16,14	

* statist. sign. $p \leq .05$ ** statist. sign. $p \leq .01$

In the experimental group the correlation coefficients are statistically significant both for the subjects in the female subsample ($r = 0,50$, significant at the $p \leq 0,01$ level) and for subjects in the male subsample ($r = 0,35$, significant at the $p \leq 0,05$ level). Obviously, the correlation is significant also for the total of the experimental group ($r = 0,37$, significant at the $p \leq 0,01$ level).

In psychodynamic terms, this signifies that at a higher level of depression there tends to be a correspondence with a higher degree of identity conflict, based on the perception of the bodily ego. The fact that such a correlation exists in the female subsample may be explained by the fact that women are culturally more used to living their own bodily reality (*Acquaviva*, 1977).

Instead, in the control group the correlation is weaker ($r = 0,23$) and does not reach the level of statistical significance $p \leq 0,05$ chosen by us as the limit for rejecting the hypothesis null. This can be in relation to a completely casual distribution of problems of bodily identity, as one would expect in a "healthy" population.

The difference between the experimental group and the control group is even greater if we keep in mind that the experimental group is made up of only women.

Conclusions

Three months after the intervention we again met with all of the patients; the majority no longer revealed clinically depressed looks. A peculiarity of these patients should be kept in mind: they were deliberately chosen by us based on the criteria that they be mostly patients with gastro-duodenal ulcers or ulcerative colitis and that they had never been considered psychosomatic, based on their clinical record.

As a result of this we can say that, in effect, a notable component of this depression (however, the dynamics of group belonging must be evaluated to have a more complete result) is due to the conflict of identity instigated by a threat to bodily identity.

Instead, where there is a conflict of identity that refers primarily to role (as in the control group), even taking into consideration the presence of depressive reactions, this is not great enough to be able to refer to with certain probability as a threat to identity.

Therefore, it seems to us that we can affirm that in psychosomatic patients (and the fact that our sample was never treated as such guarantees the reliability of our interpretation) a depressive reaction can without a doubt be considered as a defense mechanism of the integrity of the ego faced with a threat to its identity when the bodily ego is in danger.

We would like to thank *Dr. E. Zappavigna*, Head of the Surgical Division of the S. Carlo of Nancy Hospital in Rome, and his colleagues *F. Cancrini*, *G. F. D'Ottavio* and *D. Pozza* for their collaboration.

Depression: ein Abwehrmechanismus? Erste Ergebnisse eines Versuchs klinisch-experimenteller Forschung

Lucio Pinkus, Lucia Boncori, Rosanna Chimenti (Rom)

In der vorliegenden Arbeit verfolgen die Autoren die Absicht, durch Heranziehung testpsychologischer Verfahren im Rahmen eines experimentellen Settings eine Absicherung ihrer Hypothesen über den Zusammenhang von Psychosomatik und Depression herbeizuführen.

In der Formulierung ihrer Hypothese gehen die Autoren von der Konzeption *Ammons* (1973) aus, der die depressive Erkrankung als einen Totstellreflex begreift, als ein totes Leben unter Verzicht auf Selbstverwirklichung und Identität. Die Autoren nehmen *Ammons* Feststellung, daß im Mittelpunkt

des depressiven Geschehens eine starke Angst vor einer eigenen Identität steht zum Ausgangspunkt ihrer begrifflichen Fassung der Depression als eines Mechanismus zur Abwehr übergroßer Identitätsangst.

Ihre Beobachtungen bei Patienten der chirurgischen Abteilung des S. Carlo of Nancy Hospitals in Rom, welche auf einen bevorstehenden chirurgischen Eingriff nicht mit Angst, sondern überwiegend mit Depressionen reagierten, führten die Autoren zu folgender Hypothese: Depression wird zum Abwehrmechanismus im Falle einer Bedrohung der Identität. Bei psychosomatisch reagierenden Patienten findet diese Bedrohung sichtbar Ausdruck durch einen Konflikt im Bereich des Körper-Ichs.

Nach Meinung der Autoren ergibt sich der Konflikt auf der Ebene des Körper-Ichs aus der Diskrepanz zwischen der aktuellen Wahrnehmung des Körper-Ichs, dem Ideal des Körper-Ichs und dem Körper-Ich, dessen Integrität durch eine Verletzung, in diesem Fall durch eine chirurgische Operation, gefährdet ist. Eine derartige Diskrepanz stellt sich im vermehrten Maße ein, wenn sich das Ich als Ganzes als wenig integriert und instabil erweist.

Frühere Konzeptionen über die Entstehung depressiver Erkrankung werden von den Autoren referiert und nach zwei Gesichtspunkten unterteilt. Einerseits wird die depressive Reaktion als Ergebnis des Verlusts eines libidinös besetzten Objekts gesehen, andere Richtungen betonen mehr den Zusammenhang der Depression mit der Verfassung des Ichs und seiner Funktionen.

Bedeutsamer für die Erklärung depressiver Erkrankungen erscheint den Autoren *Ammons* Verständnis einer ursprünglich konstruktiven Ich-Funktion der Aggression. Eine von der Primärgruppe durch ihre unbewußte Ablehnung und Verweigerung verstümmelte und verkrüppelte Ich-Funktion der Aggression führt einerseits zu einem erfahrungsmäßigen Defizit konstruktiver Aggression, andererseits zur Verinnerlichung destruktiv gewordener Aggression. Die Defizite erklären die große Identitätsangst des depressiv erkrankten Menschen; eine scheinbare und nach außen funktionierende Integration der Persönlichkeit kann nur unter Zuhilfenahme eines psychosomatischen Symptoms gewonnen werden. Das psychosomatische Symptom ist gleichsam der Preis für eine wenn auch nur starr funktionierende Abgrenzung nach außen und damit einer gewissen Leistungsfähigkeit, welche das Fehlen von Beziehungen kompensieren soll.

In ihrem experimentellen Setting verwandten die Autoren zwei Meßinstrumente, mit denen einerseits ein Maß für den Grad der Depression, andererseits ein Maß für den Grad der Ich-Konsistenz der untersuchten Patienten gewonnen werden sollte. Durch die Einführung einer Kontrollgruppe von „gesunden“ Schwesternschülerinnen sollte untersucht werden, ob bedingt durch den Einfluß der psychosomatischen Erkrankung und der sich daraus ergebenden Bedrohung durch einen operativen Eingriff sich ein Zusammenhang von Depression und Ich-Inkonsistenz und -Instabilität nachweisen ließ.

Gleichmaßen unterschiedlich waren regionale und sozio-ökonomische Herkunft sowohl bei den untersuchten Patienten als auch bei den Schwesternschülerinnen, so daß Einflüsse von dieser Seite als zufällig interpretiert werden konnten. Die Tatsache, daß das Krankenhaus weitgehend sowohl für die Experimentalgruppe als auch für die Kontrollgruppe der bestimmende Lebensraum war, garantierte das notwendige Minimum an Homogenität der äußeren Variablen des Versuchs.

Mithilfe der signifikant erhöhten Korrelationskoeffizienten, die sich aus den Messungen innerhalb der experimentellen Gruppe ergaben, und den niedrigen Korrelationskoeffizienten, die sich innerhalb der Kontrollgruppe zeigten, konnten die Autoren die Stichhaltigkeit ihrer Hypothese nachweisen, daß sich eine bedeutsame Komponente der Depression aus dem Identitätskonflikt ableiten läßt, der im Gefolge der Bedrohung des Körper-Ichs auftritt.

Literature

- Abraham, K.* (1911): Psicoanalisi di una nevrosi ossessiva, (Berlino: Relazione alla Società psicoanalitica)
- Ammon, G.* (1973): Psichiatria dinamica. (Roma: Astrolabio)
- Arieti, S.* (1975): Psichiatria e oltre. (Roma: Pensiero scientifico)
- Braunschweig, D.* (1968): De certains mécanismes antidépresseurs tels qu'ils apparaissent au cours du traitement psychoanalytique des névroses. In *Rev. fr. Psychan.*, 1968, t. XXXII, n° 3 p. 599-604.
- Coleman, Y.* (1969): - Severe emotional disturbance associated with physical illness (double-blind study), In: *Psychosom.*, (10) III.
- Deutsch, H.* (1955): - The impostor: contribution to ego-psychology of type of psychopath. In: *Clinical Psychoanalytic studies*, I, U.P., New York, 1965, pp. 319-338.
- Freud, S.* (1910): Trauer und Melancholie, in *Ges. W.* Vol. X.
- Greenson, R.* (1959): Phobia, anxiety and depression. In: *Journ Amer. Psychan. Ass.* 1959, t. VII, n° 4 p. 663.
- Kernberg, O.* (1967): Borderline personality organization. In: *J. American Psychoan. Ass.*, vol. 15.
- Klein, M.* (1932): - La psychanalyse des enfants, In: tr. fr. Paris, P.U.F., 1959.
- Jacobson, E.* (1953): Contribution to the metapsychology of cyclothymic depression. In: *Greenache, Ph.*: Affective disorders, New York, Int. Univ. Press.
- Mahler, M.* (1958): Autism and symbiosis, two extreme disturbances of identity, In: *Intern. Psychoanal.*, 39, 77-83.
- Nacht, S. et Racamier, P. C.* (1959): Les états dépressifs, étude psychanalytique. In: *Rev. fr. psychan.*, t. XXIII, n° 5 pp. 562-607.
- Pasche, F.* (1969): De la dépression. In: *A partir de Freud.* (Paris: Peyot)
- Rado, S.* (1927): The problem of melancholia. In: *Intern. J. Psychoanal.*, (9) 420.
- Rubinfine, D.* (1968): Notes on a theory of depression. In: *Psychoan. Quarterly*, vol. XXXVII, n° 3 pp. 400-418.
- Valenciano-Gaya, L.* (1973): Depression as somatic illness. In: *Rew. Psych. Gen. appl.*, vol. 27, pp. 41-68.

Author's Address:

Prof. Dr. Lucio Pinkus
 Prof. Dr. Lucia Boncori
 Dr. Rosanna Chimenti
 State University of Rome
 V. le Trenta Aprile, 6,
 00153 Rome, Italy

Die Psychodynamik der Depression und die Rolle der depressiven Mechanismen in der Selbstmordhandlung**

Béla Buda*

Der Autor gibt einen kurzen historischen Überblick der Erforschung und des Verständnisses der Depression. Während die Schulpsychiatrie aufgrund des Endogenitätsdenkens keinen wesentlichen Beitrag zur Entwicklung unseres Wissens bezüglich der Depression geleistet hat, sieht Béla Buda in der psychoanalytischen Methode einen revolutionären Ansatz auf dem Gebiete der Depressionsforschung.

Im Anschluß an Freud entstanden sowohl psychoanalytische als auch lerntheoretische Theorien über Depression, wobei der Autor psychodynamische Ansätze, insbesondere den von Ammon, hervorhebt, da ihm hier der Zusammenhang von Depression und Aggression wesentlich im Verständnis der depressiven Reaktion ist. Ammons Unterscheidung zwischen konstruktiver und destruktiver Aggression ist deswegen von besonderem Wert, weil Aggression nicht nur als negatives Phänomen, sondern als Ich-Funktion im Dienste der Selbstverwirklichung gesehen wird. Das Familienmilieu des Depressiven ist durch das Leistungsprinzip beherrscht, das Liebe und Anerkennung regelt. Bei unauffälliger Entwicklung kommt es zur typischen pathologischen Normalität, mit der Illusion einer Leistungsidentität und Scheinsicherheit. Der defizitäre Narzißmus (Ammon, 1979) ist kennzeichnend für die insgesamt defizitäre Ich-Entwicklung.

Béla Buda unterscheidet die Depression vom präsuizidalen Syndrom. Die schwere Depression endet oft im Selbstmord, von daher findet sich häufig die Gleichsetzung von Depression und Selbstmord. Diese Gleichsetzung erscheint Béla Buda deswegen falsch, weil sich seines Erachtens die Selbstmorddynamik hauptsächlich durch kognitive Vermittlungen entfaltet. Es sind dies kognitive Verfälschungen der Erlebnisse, die in die Richtung des ständigen Beweises des eigenen Unwertes und der magischen und phantasihaften Aufwertung des Selbstmordes zielen. Der unmittelbare Antrieb der Entwicklung des präsuizidalen Syndroms ist durch die interpersonelle oder existentielle Krisensituation hervorgerufene Unruhe, Furcht, Spannung und das Gefühl der Unerträglichkeit.

Der depressive Prozeß muß keineswegs in der Selbstmordhandlung enden, wenn der depressiv Erkrankte Zuwendung und therapeutische Hilfe bekommt. Ein Großteil der Selbstmörder weist keine auffallende Pathologie auf. Die Selbstmordhandlung weist eine gewisse Integration des Ich auf, einen ziemlich großen gesunden Ich-Anteil. Es ist eine alte klinische Beobachtung, daß die Selbstmorde und Selbstmordversuche depressiv Verstimmter meist am Beginn des Prozesses oder – öfters – bei einem gewissen Grad der Verbesserung geschehen.

Auffallende Unterschiede zwischen Depression und präsuizidalem Syndrom sind darin zu sehen, daß die suizidale Dynamik schneller fortschreitet, die destruktive Aggression eine größere Rolle spielt und der präsuizidale Prozeß immer einen Höhepunkt erreicht. Einen weiteren Unterschied sieht Béla Buda darin, daß das präsuizidale Syndrom einer Reihe von therapeutischen Eingriffen und den Methoden der Krisenintervention zugänglich ist, während die Depression als archaische Ich-Krankheit eine lang andauernde und komplexe nachholende Ich-Entwicklung im Sinne Ammons benötigt.

Die verschiedenen Krankheitsbilder der Depression stehen seit langem im Mittelpunkt von Aufmerksamkeit und Interesse der Psychiatrie. Ihre reinste Form, die Melancholie, war schon im Altertum bekannt, und auch die griechischen und römischen Ärzte hatten Theorien über ihre Ätiologie. Die bis

* Dr. med., Psychoanalytiker, Leiter der psychotherapeutischen Abteilung im Nationalinstitut für Sportmedizin, Budapest

** Vortrag, gehalten auf dem X. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) 8.–12. Okt. 1978, Kongreßhalle Berlin

heute verwendete psychiatrische Nosologie, das *Kraepelinsche* System der Geisteskrankheiten, fand die Kategorie und die Definition der Depression fast fertig vor, ihre Aufgabe bestand nur in der Abgrenzung ihrer charakteristischen Merkmale von anderen Krankheitsformen und in der verfeinerten Beschreibung ihrer Symptomatik.

Diese *Kraepelinsche* Nosologie schleppte mit sich den ungeheueren Ballast des Endogenitätsbegriffes, in dessen Zeichen die Nervenärzte sich berechtigt fühlten, auf Grund kurzer Untersuchungen und Befragungen nicht nur Diagnosen zu machen, sondern auch Urteile über Ursachen und Pathomechanismus der Krankheiten zu fällen. Im Falle der Depression äußerte sich das so, daß die Bestimmung, ob ein depressiver Zustand endogen oder reaktiv wäre, ganz von dem Verständnis und der Einfühlungsfähigkeit des Arztes abhängig gemacht wurde. Fand der jeweilige befragende Arzt das Schicksal eines Kranken genügend unglücklich, um eine Verstimmung hervorzurufen, wurde dies schon ein Anlaß zur Einordnung des Falles in die reaktive Kategorie. Verstand aber der Arzt die auslösenden Momente nicht, durfte er jedoch – im Namen der wissenschaftlichen Objektivität – eine Diagnose von endogener Depression aufstellen.

Kein Zufall ist es, daß die auf dieser Betrachtungsweise und Denkpraxis beruhende Schulpsychiatrie keinen wesentlichen Beitrag zur Entwicklung unseres Wissens bezüglich der Depression geleistet hat. Höchstens können einige Ergebnisse der psychiatrischen Genetik und Biochemie dieser Richtung zugeschrieben werden.

Die wahre Revolution auch im Gebiete der Depressionsforschung war durch das Auftreten der Psychoanalyse zustande gekommen. Die psychoanalytische Methode, die geduldige und sorgfältige Rekonstruktion der die Persönlichkeit gestaltenden Erlebnisprozesse, hat neue, tief in der frühkindlichen psychischen Ontogenese wurzelnde Sinnzusammenhänge – ich verwende nicht zufällig einen der Grundbegriffe der verstehenden Soziologie von *Max Weber* – hinter den Fassaden der psychiatrischen Krankheiten entdeckt, und zur gleichen Zeit neue therapeutische Wege für das menschliche Selbstverständnis eröffnet. Kein Wunder ist es, daß auch die Depression schon früh Gegenstand psychoanalytischer Forschungen und Erklärungsversuche geworden ist.

Das psychoanalytische Annähern an den depressiven Menschen hat eine einfühlbare und verstehbare Genese auch in der psychotischen Depression wahrscheinlich gemacht. Rasch entstanden verschiedene psychoanalytische Depressionstheorien, *Freud*, *Abraham*, *Rado* und andere, zusammengefaßt bei *Fenichel* (1946). Später bei *Ammon* (1973) wurden die wichtigsten psychodynamischen Vorgänge – wie z. B. die Hemmung der Aggression und ihr pathologischer Wandel zum unbewußten Selbsthaß, die Herabsetzung des Selbstwertgefühls, die unmittelbar krankmachende Rolle des Objektverlustes, die große Bedeutung der präödiptalen Objektrelationen, usw. – deutlich hervorgehoben.

Aus diesen psychoanalytischen Bemühungen sind fast alle neueren Auffassungen der Depression hervorgegangen, auch diejenigen, die heute weit von der Psychoanalyse stehen, wie z. B. die lerntheoretische Formulierung „learned helplessness“ (*Ullman und Krasner (1969) Liberman und Raskin (1971) Friedman und Katz (1974) u. a.*), oder das kognitive Modell von *Beck* und anderen (*Beck, 1976; Rush, Beck und Mitarbeiter, 1977*).

Nur der psychoanalytische Einblick konnte den Forschern die Mittel auch zum Verständnis der kognitiven Verarbeitungsprozesse der Erlebnisse oder der Kontingenzverhältnisse der Bekräftigung und Bestrafung, oder der operativen Konditionierung bestimmter depressiver Verhaltensweisen in die Hand geben. Auch die neue phänomenologische Psychiatrie hat sich sehr auf die psychoanalytische Methode und deren Kenntnisse gestützt, wie das sich u. a. in *Tellenbachs* sehr interessanter und treffender Schilderung eines „typus melancholicus“ erkennen läßt (*Tellenbach, 1961*).

Tellenbach weist mit Recht darauf hin, daß der typische Melancholiker ganz besondere Charakterzüge und Wesensmerkmale hat, wie z. B. einen Hang zum Konformismus, zur Pünktlichkeit und Übersicherung, eine Furcht vor unvorhersagbarem und unberechenbarem Wandel jeder Art, eine große Extroversion und Außengerichtetheit, und einen überstarken, manchmal zwanghaften Leistungsdrang, welcher sich in allen Lebensbereichen – auch in Kleinigkeiten und in unwichtigen Hinsichten – durchsetzt. Der Realitätskontakt der depressiven Persönlichkeit ist sehr gut erhalten, besonders auf intellektueller Ebene. Es sind zahlreiche infantile Züge in ihren Objektbeziehungen zu beobachten, es gibt immer Objekte, die eine Elternrolle gegenüber dem Depressiven erfüllen, und welche die depressive Persönlichkeit mit Anhänglichkeit und zuverlässigen Leistungen zu erhalten und zu sichern versucht. Der Bruch einer solchen Objektbeziehung bedeutet für den depressiven Mensch immer einen großen Verlust, das ist meistens der oft erwähnte Objektverlust, welcher im allgemeinen als Auslöser der Verstimmung betrachtet wird.

Man begegnet sehr oft dieser prämorbidem Persönlichkeitsstruktur in der psychotherapeutischen und psychoanalytischen Praxis. Dieses Bild ist von zahlreichen Autoren – meist unabhängig voneinander – beschrieben worden, taucht auch in psychoanalytischen Fallbeispielen immer wieder auf, und ist manchmal auch empirisch nachgewiesen worden (*Becker, 1962; Schulte und Mende, 1969*).

Diesem Bild entsprechen sehr gut die älteren und neueren psychoanalytischen und sozialpsychiatrischen Beobachtungen über die Pathologie des Familienmilieus, in welchem die Depressiven aufgewachsen sind. Die Familienatmosphäre ist von dem Leistungsprinzip beherrscht, das Kind bekommt Anerkennung und Liebe nur auf Grund von und im Verhältnis zu Erfüllung der ihm von außen aufgesetzten Leistungsnormen. Das Kind erlebt in einer solchen Primärgruppe eine tiefgreifende Unsicherheit und Gefahr des Verlassenwerdens, und lernt für sein ganzes Leben, sich gegen sol-

che Bedrohungen ständig mit Leistungen und mit Anpassung an die Erwartungen gegenüber den ihm wichtigen Personen zu wehren. Wird die Entwicklung des Kindes nicht auffällig, d. h. gelingt ihm kein Ausbruch aus diesem Familienmilieu, kommt der typische Fall pathologischer Normalität zustande, man erreicht das Erwachsenenalter ohne eine eigene Identität, mit Illusion einer Leistungsidentität, einer Scheinsicherheit durch Konformismus eines „guten Kindes“. Das ist aber ein sehr schwaches und labiles Gleichgewicht, welches von allerlei Verlusten und Veränderungen in der Umwelt allzuoft gefährdet wird.

Das ist u. a. auch in familientherapeutischen oder Ehepaartherapeutischen Sitzungen mit depressiven Patienten bemerkbar. Die Familie oder der unbewußt die Eltern vertretende Ehepartner setzen den leistungsfördernden und leistungsbelohnenden Interaktionsstil der Sozialisationsperiode mit dem Patienten fort. Während solcher Sitzungen kann der Therapeut leicht verstehen, wie stark der depressive Mensch sein Selbstwerterleben von den Anderen abhängig macht.

Diese, in der alltäglichen therapeutischen Praxis oft erfahrenen dynamischen Prozesse zeigen, wie treffend *Ammon* das Wesentliche der depressiven Psychodynamik im Mangel einer eigenen Identität und in einer aus einem pathologischen – von ihm tertiär, später defizitär genannten (*Ammon*, 1973, 1979) Narzißmus entstandenen defizitären Ich-Entwicklung gesehen hat. Er hat damit die Depression in das Spektrum der archaischen Ich-Krankheiten eingeordnet. Seine Schilderung der schützenden Rolle einer psychosomatischen Abwehrsymptomatik oder einer symbiotischen Partnerbeziehung ist von großer klinischer Bedeutung, weil der Durchbruch solcher Sicherungsmechanismen leicht zur Manifestation der Depression führt.

Obwohl wir schon ziemlich viel über die Depression wissen, brauchen unsere Kenntnisse über ihre Psychodynamik natürlich weitere Verfeinerung und Elaboration. Die zukünftigen Forschungen und Bewertungen von klinischen Erfahrungen sollen u. a. die Wirkungsweise einer Reihe von Faktoren und Umständen erleuchten, welche in der Depression eine – manchmal zwar sekundäre und untergeordnete, manchmal aber entscheidende – Rolle spielen, wie z. B. das Alter, das Geschlecht, die verschiedenen somatischen Erkrankungen, die die Stimmungslage beeinflussen können, Drogen, psychosozialer Stress usw. Im Rahmen des Konzepts der archaischen Ich-Krankheiten und des Theoriesystems der Berliner Schule der Dynamischen Psychiatrie besteht die Möglichkeit ebenso der weiteren Klärung dieser Momente wie auch der Integrierung neuer Erkenntnisse.

Meines Erachtens gibt es aber eine wichtige Frage, welche innerhalb des Problemkreises der depressiven Psychodynamik einer besonderen Beachtung würdig ist, und das ist die Frage des Zusammenhanges zwischen Aggression und Depression.

Der Begriff der Aggression hat mehrere Bedeutungen und darum ist es nicht leicht, ihn in der psychopathologischen und psychoanalytischen For-

schung zu verwenden. Eben daher ist *Ammons* Unterscheidung zwischen einer destruktiven und konstruktiven Aggression von besonderem Wert (*Ammon*, 1972). Dadurch ist es *Ammon* gelungen, ein Problem in klinischen und psychopathologischen Bereichen zu lösen, welches einige Sozialpsychologen (z. B. *Berkowitz*, 1962) schon früher durch die Abspaltung der Assertivität (assertivity) von dem Begriff der Aggression zu bewältigen versucht hatten. Diese Sozialpsychologen haben darauf hingewiesen, daß die Assertivität ein wichtiger Bestandteil gesellschaftlichen Lebens ist, und daß es keineswegs zweckmäßig ist, sie als ein negatives Phänomen zu behandeln. Ebenso sieht *Ammon* in der konstruktiven Aggression eine Ich-Funktion, welche im Dienst der Selbstverwirklichung steht.

In der depressiven Persönlichkeit ist die konstruktive Aggression gestört und zur Motivationsbasis zwanghaften und übertriebenen Leistungshandelns geworden. Nach der Manifestation der depressiven Symptomatik geriet auch diese Zufuhr unter Hemmung, weil das Ich wegen des Objektverlustes den kompletten Bankrott seiner Anpassungs- und Bewältigungsmechanismen erleben mußte. Dadurch kann eine destruktive Aggressionsdynamik in den Vordergrund treten, meist ist aber auch diese gehemmt und als Angst, Spannung, mangelhafter vitaler Antrieb zu beobachten.

Manche Autoren neigen dazu, die Rolle der Aggression, und besonders die der destruktiven Aggression in den Vordergrund zu stellen. Meiner Meinung nach aber ist die völlige Verunsicherung und Desorientierung viel wichtiger. Diese führen zu einer sehr bedrohlichen psychischen Situation, welche die Gefahr des Zerfalls der Persönlichkeit und des existenziellen Todes mit sich bringt. Das Ich reagiert auf diese Situation und trachtet danach, eine neue Art von Systemregelung – wenn auch eine pathologische und unvollständige – herbeizuführen. Der Mechanismus des regressiven Wechsels zu einem neuen Systemzustand in psychiatrischen Krankheiten wird in *Karl Menningers* systemtheoretisch fundierter nosologischer Auffassung illustriert, in welcher er die verschiedenen Krankheitsbilder als Systemstufen – je verschiedenen Grades von adaptivem Potential bzw. von Pathologie – bezeichnet (*Menninger, Mayman, Pruyser*, 1963).

Einige Beobachtungen und Erfahrungen sprechen dafür, daß manche symptomatischen Züge der depressiven Krankheitsformen, vom Standpunkt der klassischen Nosologie her gesehen, oder manche psychodynamischen Eigenheiten, von der Seite der psychoanalytischen Denkweise betrachtet, nicht dem primären Prozeß der archaischen Ich-Pathologie zugehören, sondern sie sind eher Manifestationen der oben erwähnten Reaktion auf die Dekompensation, auf die Verzweiflung, Hilflosigkeit und Entleerung, welche das Ich auf dem Höhepunkt des depressiven Geschehens erlebt.

So ist sekundär u. a. das ganze Rationalisierungsgebäude, welches den inneren Ereignissen einen Sinn zu geben versucht. Einen Teil dieses kognitiven Geflechtes bildet das übertrieben negative Selbstbild und die allmählich systematisch werdende negative Verfälschung aller Erfahrungen. Dieser sekun-

däre Prozeß wird in den Arbeiten von *Beck* und anderen – sog. kognitiven Psychiatern – ausgezeichnet dargestellt. Die Entwicklung dieses Prozesses – Tempo und Grad dieses Fortschreitens – hängt davon ab, wieviel Aktivität das Ich in kompensatorische Handlungen, in Bewältigungsversuche investiert. Durch solche Handlungen entstehen neue Versagungen und Frustrationen, dadurch wird das negative Selbsterleben verstärkt und die Spannung vergrößert. Die depressive Aktivität treibt einen Rückkoppelungsmechanismus voran, welcher zur Vertiefung und Verschlechterung der Depression führt.

Zahlreiche Experimente und Beobachtungen zeigen, daß kognitive Vorgänge an der Affektregelung immer wirkungsvoll teilnehmen (*Beck*, 1971; *Schachter*, 1971). Dadurch können positive Feedbackeffekte verwirklicht werden. Die sekundäre Dynamik der Depression zeigt diese Effekte sehr deutlich. Der ungarische Psychoanalytiker *Imre Hermann* hat schon 1935 in seiner „Wirbeltheorie der Triebe“ auf solche Effekte hingewiesen (cit. *Hermann*, 1963). Durch das positive Feedback kann die Depression, wie auch andere psychopathologische Zustände, bis zur Unerträglichkeit gesteigert werden.

Die sekundäre kognitive Reaktion, welche positive Rückkoppelungsprozesse in Gang setzen kann, ist besonders wichtig von dem Gesichtspunkte des richtigen Verstehens des Selbstmordes. Die schwere Depression endet oft in Selbstmord. Darum findet man in der traditionellen Literatur wie auch in psychoanalytischen Schriften allzuoft die Gleichsetzung von Depressionen und Selbstmord. Diese Auffassung stützt sich auf die epidemiologisch feststellbare hohe Selbstmordgefährdung der depressiv Erkrankten, und auf die sich fast immer manifestierende depressive Verstimmung vor der Suizidhandlung. Diese Gleichsetzung scheint aber falsch zu sein. Die Selbstmorddynamik entfaltet sich hauptsächlich durch kognitive Vermittlungen. Auch sie entsteht aus einer aus der frühkindlichen Zeit stammenden Ich-Schwäche und Identitätsstörung, welche aber eine spezifische Natur haben. Auf ihrem Boden kommt das von *Ringel* beschriebene präsuizidale Syndrom zustande, welches aus einer progressiven Einengung der Interessen- und Erfahrungswelt in allen Lebensbereichen, aus einer Aggressionshemmung und Aggressionsrückkehr auf das eigene Selbst, und aus einer regen Phantasietätigkeit, vorwiegend mit Inhalten bezüglich der Selbsttötung, besteht (*Ringel*, 1969). Die kognitive Verfälschung der Erlebnisse geht nicht nur in die Richtung des ständigen Beweises des eigenen Unwertes bei diesem Syndrom, sondern auch in die Richtung der magischen und phantasihaften Aufwertung des Selbstmordes. Der unmittelbare Antrieb der Entwicklung des präsuizidalen Syndroms sind die durch die interpersonelle oder existentielle Krisensituation hervorgerufene Unruhe, Furcht, Spannung und das Gefühl der Unerträglichkeit.

Im Hinblick auf kognitive Prozesse zeigen die Depression und das präsuizidale Syndrom viel Gemeinsames. Auch die Depression bringt eine Einen-

gung mit sich, die Aggression ist gehemmt, das Erleben der Realität ist negativ, und die ganze depressive Lebenssituation – ebenso der vorangegangene Objektverlust wie auch die folgende Lähmung der Leistungsfähigkeit – wird als eine schwere Krise aufgefaßt. Es ist aber keineswegs notwendig, daß ein depressiver Prozeß in ein präsuizidales Syndrom und Selbstmordhandlung mündet. Kann die Umwelt einen gewissen Grad der Sicherheit, z. B. die Sicherheit einer ausgeglichenen Krankenrolle gewähren, stellen die interpersonellen Beziehungen keine hohen Anforderungen an den Kranken, und besonders wenn die depressive Persönlichkeit Hilfe und Zuwendung in Form einer psychologischen Therapie bekommt, dann kann auch eine chronische oder periodische Depression ohne Selbstmordgefahr ablaufen. Auf der anderen Seite kann ein präsuizidales Syndrom – manchmal mit großer oberflächlicher Ähnlichkeit zur depressiven Verstimmung – fast auf Grund eines jeden psychopathologischen Krankheitsbildes zustandekommen. Es ist bekannt, daß ein großer Teil der Selbstmörder keine auffallende Pathologie aufweist, nur eine nähere Analyse kann eine tieferliegende, mühsam und knapp kompensierte, aber nichtspezifische, den Formenkreis der Neurosen nicht übertretende Ich-Schwäche entdecken. *Ringel* sieht eben in der nichtspezifischen Natur solcher Persönlichkeitsentwicklung eine Art von Spezifität und spricht von einer „Neurose zum Selbstmord hin“.

Sieht man sich die Dynamik der Depression und des präsuizidalen Syndroms näher an, ergeben sich bedeutende Unterschiede. Die suizidale Dynamik schreitet schneller fort. In ihr spielt die Spannung, die entfesselte destruktive Aggression eine größere Rolle. Der präsuizidale Prozeß erreicht immer einen Höhepunkt, welcher gleichzeitig auch ein Wendepunkt wird. Wird ein Selbstmordversuch an diesem Höhepunkt nicht gemacht und verändert die dynamische Lage sich selbst, ist eine Chronifizierung der Selbstmordgefährdung ziemlich selten. Die Depression hat solche deutlichen Höhepunkte nicht, nur dann, wenn sie in ein präsuizidales Syndrom übergeht. In diesem Falle bekommt natürlich die suizidale Dynamik die Oberhand. Die rege Phantasietätigkeit produziert bei dem präsuizidalen Syndrom viele Varianten von Gefühlskonstellationen, darum neigen viele von den neueren Selbstmordforschern dazu, nicht von Selbstmord, sondern von Selbstmorden zu sprechen (z. B. *Douglas*, 1967, *Resnik*, 1968 usw.). Von der subjektiven Seite her gesehen, ist die Depression mehr einförmiger und weit weniger inhaltsreich als das präsuizidale Syndrom, die Prinzipien ihrer Aufteilung auf besondere Krankheitsformen enthalten eher äußere Kriterien.

Endlich lohnt sich es noch zu erwähnen, daß das präsuizidale Syndrom und die Selbstmordhandlung eine gewisse Integration des Ichs brauchen, also einen ziemlich großen gesunden Ich-Anteil. Bei tiefen Depressionen fehlt oft diese Integration. Es ist eine alte klinische Beobachtung, daß die Selbstmorde und Selbstmordversuche depressiv Verstimmter meist am Beginn des Prozesses oder – öfters – bei einem gewissen Grad der Verbesserung geschehen. Eine ähnliche Regelmäßigkeit läßt sich bei den Selbstmordhandlungen

von Schizophrenen erkennen. Es scheint so, als ob das Ich nur bei einem Grad der Gesundheit die Schwere seiner existentiellen Lage wahrnehmen und beurteilen kann. Danach kommt das präsuizidale Syndrom, welches in vielen Facetten dem sekundären Prozeß der Depression ähnlich ist.

Der Unterschied zwischen Selbstmordgeschehen und Depression ist von praktischer Wichtigkeit. Das präsuizidale Syndrom ist einer Reihe von therapeutischen Eingriffen und den Methoden der Krisenintervention zugänglich, während die Depression als eine strukturierte archaische Ich-Krankheit eine langdauernde und komplexe Therapie braucht, welche die nachholende Ich-Entwicklung im Sinne *Ammons* leistet. Bei dem präsuizidalen Syndrom ist der Zeitfaktor von Bedeutung, während bei der Therapie der Depression die therapeutische Strategie nicht durch die Zeit bestimmt wird.

Bei dieser Erörterung sind wir nicht in die Theorien über die Ätiologie des Selbstmordes hinein gegangen, unser Ziel war lediglich, über einige psychodynamische Probleme und über die Unterschiede der zwei, oft miteinander vermischten dynamischen Prozesse – desjenigen der Depression und des präsuizidalen Syndroms – einen kurzen theoretischen Überblick zu geben. Man könnte diese Fragen beliebig lange und eingehend diskutieren, es bietet sich die Möglichkeit, das Gesagte mit Fallbeispielen und Erfahrungsberichten zu belegen.

Dieses Verfahren ist deswegen nicht zweckmäßig, weil es sich hier um Probleme handelt, welche durch einen einzelnen Psychotherapeuten nur aufgeworfen werden können, und die wissenschaftliche Beantwortung der berührten Fragen würde weitere empirische und theoretische Forschungen und Vergleiche verschiedener Erfahrungen benötigen.

The Psychodynamics of Depression and the Role of Depressive Mechanisms in Suicide

Béla Buda (Budapest)

The author gives a brief historical overview of research and conceptualisation of depression. University psychiatry is shown without any considerable contribution to our knowledge about depression because of the concept of endogeneity; the psychoanalytic method on the other hand offers for *Béla Buda* a revolutionary thinking for the research and understanding of depression.

Following *Freud* there have been different psychoanalytic as well as learning theories on depression; the author prefers the psychodynamic concepts and stresses especially the Dynamic Psychiatry of *Günter Ammon*, which in particular points out the relation between depression and aggression for the understanding of the depressive reaction.

The distinction of constructive and destructive aggression in the concept of *Ammon* is of crucial value, since aggression may not only be a negative phenomenon, but can also be seen as an ego-function supporting the self-realisation. Primary group dynamics and family milieu of the depressive is ruled by the principle of achievement which controls love and appreciation.

In an inconspicuous development it comes to a typical pathological normality with an illusionary identity of efficiency and powerfulness and a fictitious security. The deficitary narcissism (*Ammon*, 1979) is characteristic for this all-over deficitary ego-development.

Béla Buda differentiates between depression and the presuicidal syndrome. Heavy depression often ends with suicide, which leads to the equalization of depression and suicidal syndrome.

For *Béla Buda* this equalization seems to be wrong because in his opinion the dynamic of suicide is mainly generated by cognitive mediations. These are cognitive adulterations of almost all experiences in the direction of proving the invalue of the self and a magic and phantastic revalorization of suicide. The immediate motive of the development of the presuicidal syndrome is anxiety, tension, excitement and the feeling of insufferableness caused by interpersonal and existential crises.

The process of depression not necessarily ends in suicide, when the depressive reacting patient gets affection and therapeutic support. Many of the suicides show no obvious pathology. The commitment of suicide needs a partly integrated ego. In clinical practice it is well known that attempting and committing suicide of depressive patients mostly occurs at the beginning or after a certain level of convalescence.

Other conspicuous dissimilarities between depression and presuicidal syndrome are seen in that the dynamic of the later is progressing faster, that the destructive aggression is of more importance and that this presuicidal process always comes to a culminating point. The presuicidal syndrome needs specific therapeutic support and is approachable by crisisinterventions, while depression as an archaic ego-pathology needs a complex and long lasting retrieval ego-development according to the theory of Dynamic Psychiatry.

Literatur

- Akiskal, H. S., McKinney, W. T. jr.* (1973): Depressive Disorders: Toward a Unified Hypothesis. *Science*, Vol. 182, 20-29
- Ammon, Günter* (1972): Gruppendynamik der Aggression. Beiträge zur psychoanalytischen Theorie. 3. Auflage (Berlin: Pines Publikationen)
- (1973): Dynamische Psychiatrie (Darmstadt und Neuwied: Luchterhand; (1980), München: Kindler)
- (1974): Zur Psychodynamik des Suizidgeschehens. In: *Dyn. Psychiat.* (7) 1-18
- Beck, A. T.* (1971): Cognition, Affect and Psychopathology. In: *Archives of General Psychiatry*, Vol. 24, 495-500

- (1976): *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. (New York: International University Press)
- Becker, E. (1962): Towards a Comprehensive Theory of Depression: A Cross-Disciplinary Appraisal of Objects, Games and Meaning. In: *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 135, 26–35
- Berkowitz, L. (1962): *Aggression: A Social Psychological Analysis*. (New York: McGraw-Hill)
- Douglas, J. D. (1967): *The Social Meanings of Suicide*. (Princeton, New Jersey: Princeton University Press)
- Fenichel, O. (1946): *The Psychoanalytic Theory of Neuroses*. (London: Routledge and Kegan Paul)
- Friedman, R. J., Katz, M. M. eds. (1974): *The Psychology of Depression. Contemporary Theory and Research*. (Washington, D. C.: V. H. Winston and Sons)
- Hermann, I. (1963): *Die Psychoanalyse als Methode*. 2. Auflage, (Köln und Opladen: Westdeutscher Verlag)
- Lieberman, P., Raskin, D. (1971): cit. nach *Akiskal und McKinney*, 1973
- Menninger, K., Mayman, M., Pruyser, P. W. (1963): *The Vital Balance. The Life Process in Mental Health and Illness*. (New York: Viking Press)
- Resnik, H. L. P., ed. (1968): *Suicidal Behaviors. Diagnosis and Management*. (Boston: Little, Brown and Co)
- Ringel, E., Hrsg. (1969): *Selbstmordverhütung*. (Bern, Stuttgart, Wien: Hans Huber)
- Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M., Hollon, S. (1977): Comparative Efficacy of Cognitive Therapy and Pharmacotherapy in the Treatment of Depressed Outpatients. In: *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 1, 17–37
- Schachter, S. (1971): *Emotion, Obesity and Crime*, (New York: Academic Press)
- Schulte, W., Mende, W., Hrsg. (1969): *Melancholie in Forschung, Klinik und Behandlung*. (Stuttgart: Georg Thieme)
- Tellenbach, H. (1961): *Melancholie. Zur Problemgeschichte, Typologie, Pathogenese und Klinik*. (Berlin: Springer)
- Ullman, L., Krasner, L. (1969): *Psychological Approach to Abnormal Behavior*. (Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall)

Adresse des Autors:
Dr. med. Béla Buda
Nationalinstitut für
Sportmedizin, XII Alkotás u. 48
1123 Budapest, Ungarn

Depression and Psychosomatic Illness in View of Ajase Complex**

Keigo Okonogi*

In der vorliegenden Arbeit, die in den Bereich der transkulturellen Psychologie einzuordnen ist, zeigt K. Okonogi die Anwendbarkeit des Ajase-Komplex-Modells für das Verständnis der Entstehung psychosomatischer Erkrankungen und Depression. Die Ajase-Komplex-Theorie wurde von Heisaku Kosawa, einem der bedeutendsten Pioniere psychoanalytischer Wissenschaft in Japan in den dreißiger Jahren entwickelt. Der Ajase-Mythos steht kulturhistorisch auf dem Hintergrund des Buddhismus und wird, wie schon von Kosawa, auch von Okonogi als gültig zur Beschreibung der besonderen japanischen Kulturidentität und Familiendynamik angesehen. Der Ajase-Komplex geht aus von einer bestimmten qualifizierten Form von Schuldgefühl, das das kindliche Seelenleben bestimmen kann: Wenn das Kind destruktiv-aggressive Bestrebungen gegenüber der Mutter mit einer verzeihenden Haltung beantwortet bekommt, resultieren daraus Selbstvorwürfe und Schuldgefühle. Vor allem zeigt Okonogi den Zusammenhang dieser Schuldgefühle mit psychosomatischen Erkrankungen auf. Der Ajase-Mythos hat seinen Kulminationspunkt in diesem Aspekt: Nachdem Ajase Aufklärung über die destruktiven Hintergründe erhalten hat, die zu seiner Geburt führten, reagiert er auf seinen Wunsch, seine ihm trotz dieses Wunsches liebevoll begegnenden Mutter zu töten, nicht nur mit Schuldgefühlen, sondern auch mit einer schweren Hauterkrankung, deren übler Geruch alle Menschen von ihm abhält, bis auf die Mutter, die ihn dann auch gesund pflegt. Die Befreiung von der Depression über den eigenen tödlichen Haß gegen die Mutter und die Versöhnung mit ihr stehen in Parallelität zur Heilung von der psychosomatischen Symptomatik.

Die Psychodynamik des Ajase-Komplexes zeigt, metapsychologisch, interessante Ähnlichkeiten mit der von Ammon entwickelten Symbiosekomplex-Dynamik: Die Ajase-Komplex-Theorie bezieht zum Verständnis von Identitätsstruktur und Psychopathologie die Gruppendynamik schon der vorgeburtlichen und präkonzeptionellen sozialen Umgebung ein, begreift die körperliche Reaktion als ein strukturelles Moment der Gesamtpersönlichkeit und sieht in der gelungenen Lösung der primären Symbiose mit der Mutter eine wesentliche Voraussetzung für eine Therapie von Depression und Psychosomatik.

My talk today will be divided into three parts, first, I will be describing the Ajase Complex; secondly, I will attempt to throw light on how this Ajase Complex has come to represent the common depth psychology of the Japanese people; and finally, I will present a few typical situations from among my Japanese patients which gave rise to depressive reactions. From this cross-cultural perspective, I plan to discuss the special nature of depression among Japanese people.

I have published a paper in *Dynamische Psychiatrie* (Volume 8, No. 5, 1975) on the subject of: Psychoanalysis in Japan and the Ajase Complex (*Kosawa's Theory*). And last year in Kyoto, at the Fourth International College of Psychosomatic Medicine, I talked on the subject of: Japanese Psychoanalysis and the Ajase Complex (*Kosawa Theory*). Thus, a number of you here today may already be familiar with the Ajase Complex.

* Dr. med., Professor des Neuro-Psychiatric Department, Keio University, School of Medicine, Tokyo

** Vortrag, gehalten auf dem X. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) 8.-12. Okt. 1978, Kongreßhalle Berlin

Since, however, the Ajase theory is not yet fully understood internationally, I would like, even at the risk of possible repetition, to start with a presentation of this theory.

The Ajase Complex

Until the Second World War, the mainstream of Japanese psychiatry had been almost solely oriented to German descriptive psychiatry. It was not until the 1920's that psychoanalysis was introduced. Prior to World War II, *Kosawa* was in fact the only psychoanalyst in Japan.

Kosawa studied at the Vienna Psycho-analytic Institute from 1932 to 1933. After returning to Japan, he started practice in Tokyo as Japan's first psychoanalyst and continued psycho-analytic therapy until his health failed in the 1960's. After the war, he established the Japan Psycho-analytic Society.

During the 1950's as American dynamic psychiatry began to have its influence on Japanese psychiatry, there appeared certain psychoanalytic training from *Kosawa*. From this *Kosawa*-trained group evolved the present cadre of leading Japanese psychoanalysts.

When psychoanalysis, a product of modern Western rationalism and individualism, was introduced to Japan – rooted in different cultural and thought pattern –, Japanese psychiatrists were required to determine the kind of modifications they should make in the technique and theory of psychoanalysis in order to adapt it to their patients. This cross-cultural apposition is very much in evidence today.

As pointed out by some cultural anthropologists, one of the peculiarities of the Japanese mentality is the importance of dependency. Japanese accept much more readily than Americans dependence on others. This can be explained as the fixation of oral dependency to the mother. Japanese dependency may in fact be termed an adaptative technique within Japanese society.

But *Kosawa*, anticipating by more than four decades the current cross-cultural debate on the Japanese psyche, had already considered this vital area. In July, 1932, when *Kosawa* was in Vienna, he visited *Sigmund Freud* at his home at 19, Berggasse, and submitted to him a paper entitled: "Two Kinds of Guilt Feelings", with the subtitle: "The Ajase Complex".

In his paper, *Kosawa* expounded his theory of the Ajase Complex rooted in Buddhist thought. He discussed the psychological peculiarity of the Japanese as evidenced by the acceptance of oral dependency toward the mother and the repression of the hatred and resentment of the mother which accompanies this tendency.

This original theory (i. e., the Ajase Complex) was a reflection of his own status as a Japanese psychoanalyst steeped in a background of Asian history and culture. It provided, therefore, a striking contrast to the Western psychoanalysis of *Sigmund Freud*, as represented by the Oedipus Complex. For

30 years following his return from Vienna, *Kosawa* devoted himself to the integration of the Ajase theory into *Freudian* psychoanalysis.

It was through clinical experience that *Kosawa* developed his theory of the Ajase Complex. In the case of psychoanalytical therapy for Japanese patients, the mother transference conflict with the therapist appears at a comparatively early stage, while therapeutic regression to an oral-dependent state takes place easily, especially when compared to the process of psychoanalytic therapy for Western patients. With Japanese patients, therefore, the most important problem for the therapist is to bring the patients' aggression against his mother – especially of an oral nature – to a conscious level. The development of an adaptive ego, as seen in the state of mind of a psychologically healthy Japanese, is achieved when a patient in therapeutic regression, having resolved the repression of hostility and resentment toward his mother, learns the technique of manipulating through his own will a conflict-free dependency need for her.

Parallel to this psychic process, the patient experiences the feeling, very peculiar to Japanese, of "being aggressive and yet being forgiven", from which develops a "guilt feeling over being forgiven" and a need to make restitution for harboring this evil intent (i. e., repair the malice). This is, according to *Kosawa*, another type of guilt feeling specific to the Japanese – quite different from "the guilt feeling of castration anxiety, fear of punishment" which *Freud* embodied in his theory of the Oedipus complex.

As *Freud* found the basis for the Oedipus complex in Greek mythology, so *Kosawa* found the legendary background for the Ajase Complex in a parable from the ancient Buddhist scriptures – specifically, in the tale of Ajase, revolving around the Buddhist precept of reincarnation. Permit me to relate to you this delightful story.

Many years ago, in the time of Buddha, there lived a King named Binashara, his wife, Idaike, fearing the loss of her husband's love as her beauty faded, longed to have a son with which to secure the king's love for as long as she lived. Hearing of her intense wish, a prophet told her that, within three years, a hermit living on a mountain would die a natural death and start his life afresh to become her son. However, the queen, who so deeply feared the loss of her husband's love, chose to kill the hermit before the three years had passed. She wanted to have her son, who was to be reborn from the dead hermit, as soon as possible. Soon as the prophet had said, she conceived and gave birth to a boy (Ajase). However, during her pregnancy, she had been beset with fears of being cursed by the hermit she had killed and at one time had even tried to induce a miscarriage.

Although Ajase's birth had sprung out of such a fatality (called in Buddhism: mishoon [in-born resentment]), he spent a happy youth, with his parents' love centered upon him, knowing nothing of the secret of his conception. However, one day, after he had reached manhood, during a bout of melancholy, he was approached by Diabadatta, one of Buddha's enemies (Buddha's Iago), who revealed to Ajase the secret of his birth, saying: "The cause of your melancholy is your mother's evil deed." At first, Ajase reacted against his father, feeling sympathy for his mother's agony over his father's love and anger against his father who had so distressed his mother. He helped unseat his father and then had him imprisoned. Up to this point, the son's reaction was probably no different from what might be expected in the Western psyche. But, at this point, the story departs sharply from the Western pattern.

Ajase soon learned that his mother was feeding to his imprisoned father honey which had first rubbed onto her body. This honey saved his father from starvation. Ajase then became so angry with his mother that he tried to kill her with his sword, blaming her for the attempt to save his

father, who was his enemy. However, he was dissuaded from slaying her by a minister who counseled that, while there were some sons who tried to kill their fathers, there were none who attempted to kill their mothers. At that moment, Ajase was attacked by severe guilt feelings and became afflicted by a terrible illness called "Ruchu" – a severe skin disease characterized by so offensive odor that no one dared approach him. Only his mother stood by and cared for him. Thanks to his mother's compassionate nursing, Ajase recovered from the illness and was forgiven by the mother he had intended to murder. As a result, he was awakened to a real love for his mother, discarding his grudge against her. His mother, for her part, was able to develop a natural maternal affection for her son beyond her original self-centered attachment to him. Ajase exhibited the two kinds of guilt feeling *Kosawa* cited in the sub-title to his paper: 1) the desire to inflict self-punishment for wanting to take his mother's life, resulting in the skin affliction; and 2) the sense of guilt – so prevalent among Japanese – resulting from the pure act of forgiveness of the part of his mother.

Allow me next to interpret this story from a psychoanalytical aspect. Contrary to the case of the Oedipus Complex, the Ajase Complex refers to the murder impulse directed to the mother on the basis of the child's enmity and hatred toward her. As we read the story of Ajase, we find that he had a feeling of illusionary fusion with his mother. In other words, he entertained a kind of narcissistic omnipotence. When told about the secret of his birth by Daibadatta, he lost his feeling of fusion, with resulting damage to his narcissism. As a result, he developed an intense aggression – i. e., an urge to kill his mother. Here Ajase was consumed with anger against the selfishness of his mother who had originally killed him – as a mountain hermit – and had yet again tried to kill him in her womb. But, just when Ajase, in his fury, was about to kill his mother, he became aware that this bad mother was also a good mother who had brought him up with deep love and affection. As soon as he realized this, he was attacked by a violent guilt feeling surfacing in a severe skin disease, followed by the emergence of a tender guilt feeling in response to his mother's care and forgiveness.

In dealing with the story of Ajase, *Kosawa* attempted an interpretation emphasizing the mutual interpersonal aspect. *Kosawa* noticed the mother's female egoism as the factor causing the child's aggression against his mother.

Thus Ajase was representative of all children. Ajase's mother wanted a child, not to love but to banish her uneasiness caused by a fear that she might lose her husband's love. Out of her egoistic desire, she murdered the hermit expected to become her child in the future and then even tried to commit foeticide. Though she was a female incarnation of egoism, she manifested her real maternal love, originally latent within her, by forgiving her son as soon as he began to suffer from the critical skin disease. This real maternal love in turn released Ajase from a narcissistic fixation toward his mother and developed within him the capacity to accept ambivalence in the mother-son relationship on a foundation of basic trust and so helped him to develop a healthy ego.

On the basis of this theory of Ajase, *Kosawa* advocated that when treating cases of mother transference, the psychoanalytic therapist keep Ajase's mother's mental attitude continuously in his counter-transference that is, loving her child and forgiving his aggression against herself. *Kosawa* emphasized

the significance for the therapist of manifesting to the patient his latent negative transference in identifying his mother with the therapist. Through the patient's experience of being forgiven for his aggression, originally directed against his mother and now transferred to the therapist, he becomes free from the above conflict, and the core of a healthy ego develops. At the same time, *Kosawa* pointed out that the main problem for the therapist, in order to accomplish the above-mentioned goals in psychoanalytic therapy, is, first of all, whether or not he can take this role, and, secondly, how to deal with the counter-transference encountered during psychotherapy. *Kosawa*, for example, gave the following interpretation to a patient who, unable to tolerate the idea and feeling that he (the patient) was angry at the therapist, attempted to project this bad self onto the therapist, only to feel anxious or guilty.

"Honen, a famous ancient Japanese Buddhist priest, once reassured one of his pupils who was afraid of being driven to hell because of his sin: 'If you fall into hell, I will go with you and live there with you'. My concern for you is the same as Honen's."

In *Kosawa's* psychotherapy, patients, through the above feeling of togetherness with a therapist, experience feelings of fusion with their mothers and become capable of developing a basic trust in the world and in other people. *Kosawa* said this therapeutic experience was crucial for treatment which would develop a healthy ego in the Japanese patient. This way of thinking in *Kosawa's* therapy is, from a cross-cultural stand-point, syntonic to people of Japanese culture, including myself. The theory of Ajase explains not only the oral dependency of the Japanese toward their mothers but also the process of how they attain separation and autonomy from their mothers.

This separation/individuation process is possible through the realization of repressed aggression and guilt feelings arising from the experience of being forgiven by the mother despite the child's aggression.

Seen from the standpoint of the Ajase Complex, it is not surprising that hypochondria and anthropophobia (the fear of interpersonal situations) are found very frequently among the Japanese and that a depressive mood is particularly ego-syntonic with everyday Japanese living. All of these characteristics are related to the Japanese mentality.

In-Born Resentment (Mishoon) and Japanese Masochism

As explained above, the story of the Ajase Complex represents the prototype of a universal Japanese mother-child experience so characteristic of the growing-up process of the Japanese people. This experience contains three psychological elements:

- 1) First, the mother-child experience includes a sense of unity with "Motherhood", the idealized mother-image, and the feeling of dependence (or *amae*) with which the child seeks unity with the mother.

2) Secondly, disillusionment – or realization that the sense of unity with the mother was an illusion – leads to intense resentment of the mother who would even kill her child in order to survive or retain her husband's love. The child questions: "Why doesn't my mother live for me alone? Why is she just a woman before she becomes a mother? Why didn't she give birth to me with her heartfelt blessing?"

3) Thirdly, the mother who has regained her motherhood forgives her child for resenting her, while the child, sensing the mother's distress, also forgives her. The interaction of mutual guilt and mutual forgiveness is seen in the shift from resentment to forgiveness.

Permit me to discuss now the manner in which the Ajase Complex permeates the spiritual life of the Japanese in modern society.

At present, Japanese youth bear an inborn resentment (mishoon) toward their parents, and this manifests itself in parent-directed violence at home – a major social problem in present-day Japan. In fact, a leading Japanese newspaper recently reported as follows:

"There has been an increase in the number of children using violence on their parents. For example, an eighth-grade girl struck at her mother and poured boiling hot water on her. A seventh-grade girl abused her mother: "You have raised me badly. Think of this!" And a high-school boy not only beat his mother but attacked his father with a smoothing iron from the family sewing machine, screaming: "I can not stand having my parents order me around." He then strangled his mother and behaved violently, brandishing a kitchen knife in his hand. The father, after killing the child, later told the Court: "It was like hell." (*Asahi Shimbun*: Tensei Jingo (Vox Populi, Vox Dei), April 5, 1978)

So you see that persecuting one's parents has become a major social problem in Japan. How do such children rationalize their actions? Their resentment is revealed by such statements as:

. . . "Why did you raise me this way?"

. . . "Was I not just the product of my parent's lust?"

This is precisely the resentment evidenced by Ajase toward his mother.

As an explanation for this situation, I would like to cite the differences between the parent-child relationship in Japan and that in Europe and America.

In Japan, parents and children are supposed to be one and often even share a bedroom. Father and mother conceal the fact they are man and woman; consideration is given so that children may be fused into world of their parents.

For instance, when father goes out to play golf on Sundays, mother stays at home with the children.

Father enjoys evenings outside, while mother and children wait at home for his return. With such customs, we Japanese feel that the man-woman relations are secretly covered up in the daily living patterns of father and mother.

In the process of child raising, stark confrontation with this fact has been skillfully evaded. Since we have been raised in a world where father and mother conceal their beings as man and woman and where parents are fused

with children, we have acquired a psychological structure different from that of the Oedipus Complex.

Consequently, when Japanese children see their fathers and mothers turning into mere men and women, they suffer a greater spiritual crisis than Western children do.

And Japanese parents, for their part, feel guilty over their children's resentment against them. But they can not claim before their children their own proper rights as man and woman. Children come to censure their fathers, who have lost the paternal principle, for their unworthy fatherhood and chastise their mothers, who have been degraded to the status of mere women. "Why are you a woman?" is the often heard criticism.

I should like to call this type of resentment against parents the "present-day pre-birth resentment" (*Mishoon*), which of course is the theme of the Ajase Complex.

It is my understanding that, in the West, it is more common for parents to abuse their children than for children to persecute their parents. I would be interested in knowing whether, in Western countries, and West Germany in particular, there are instances of children directing violence at home against their parents. And if so, in what forms?

There is another aspect of the Ajase Complex that I would like to call: "Japanese masochism" – namely, a characteristically Japanese pattern of personal relations and personality trait.

One of the unique of Japanese personal relations is the psychology of "other" orientation along with a dependency on others.

We Japanese put ourselves first in the position of the other person and are accustomed to living by directing our words and actions toward harmonizing with the other person's feelings.

For example, this psychological tendency shows up in our use of language towards other people. According to the philologist, *Takao Suzuki*, we alter our first-person designations in accordance with our images of the person to whom we are talking. For instance, towards my daughter, I am "Papa"; to my wife, I use the abrupt "I" (*boku*); to my parents, I am Keigo (my first name), because that is what they have always called me; to employees at the hospital, I use the polite (soft) "I" (*watakushi*), and so on.

You may perhaps draw a parallel with the many uses of "ich" in German vis-a-vis the second person pronouns "Sie" and "du".

The Japanese people have an extraordinary and highly refined ability to adapt their egos to the nuances of a particular time or place.

In Japan, a celebrity or highly esteemed person will reveal his psychological feelings in the following way:

- 1) through fusion with the other party – that is, putting himself in the position of the other party;
- 2) through an effort to avoid personal assertion of his rights and suppress his individuality;

3) through generosity toward selfishness displayed by the other party and an all-encompassing feeling of forgiveness towards this person.

For example, Japan's heroes during the Japan's "Middle Ages" would give their total loyalty and spirit to supporting a lord even on the verge of collapse. But such efforts were not rewarded. Even if his lord's fiefdom was restored, the hero would display no pride over his earlier sacrifices.

Rather, he would simply remove himself quietly from the new scene. Or, just as his efforts were bearing fruit, he would be killed or deposed from his position.

If, on the other hand, after becoming a hero by dint of hard effort and sacrifice, the hero were to seize power and authority or start to live opulently, he would be reviled by society. Thus, the common elements of the Japanese masochistic ideal, as applied to such heroes, would be:

. . . To pledge fealty to one's lord or family – that is, to those above him – and work diligently to produce impressive results. But the hero must *not* try to assert his own rights; rather, he should expect no reward. And at times, he should be prepared to suffer the misunderstanding or unfairness of those around him and sacrifice himself.

There is a famous Japanese saying: "Deal me seven difficulties and eight sufferings." This kind of masochism is sustained by the oneness with the object (lord or family) served. In effect, the psychological principle of Japanese masochism may be expressed as:

- 1) The strength of the feeling of belonging to an organization or group; in effect, identification with the organization or group becomes the individual's rationale for living;
- 2) waving of his own personal rights, even when reasonable. Priority is placed on giving profit or satisfaction to the organization or other persons, while he himself holds on through sufferance and sacrifice.

It is only through the execution and embodiment of this Japanese-style masochism that the Japanchild turned against his parents.

Or even if the child becomes independent in a normal fashion, he may develop a guilt feeling over having become independent from his mother. This is sometimes seen in adolescent men and women who have attempted to escape this through the marriage relationship.

Japanese men prize a gentle woman who, however, busy her husband may be, will become a part of him and wait patiently for him at home – one who will not become jealous over a casual flirtation with another woman.

But jealousy, for a Western woman, is the assertion of legitimate rights in the fact of an invasion of her property rights. To a Japanese, this is a superficial, debased emotion. For a Japanese woman, achieving the image of the "ideal" woman is dependent on her suppressing assertion of her personal rights and adapting herself to Japanese masochism.

Analyzing this psychology from a woman's standpoint, she must excuse the man's selfishness. Yet, behind the deep suppression of her emotions of

self-assertion, jealousy, resentment and anger lurks always the expectation that, if she shows her husband kind and generous understanding, even a man lured away by an evil woman will surely return to his senses and come back to her (the wife).

In this manner, then if a wife masochistically suppresses herself and forgives her husband, in the end the husband may develop a spontaneous guilt feeling toward her, and she can even hope that, in return for her forgiveness, she may recapture his love.

In reality, when trouble occurs between Japanese husbands and wives, if the wife succumbs in this way to Japanese masochism, a harmonious resolution is usually found. However, if, at that point, the wife asserts her rights and fights with her husband, the marriage relationship may well break down.

The above comments are also applicable to interpersonal relationships in society in general.

Japanese masochism has two psychological characteristics:

1) Japanese masochists ignore the principle of give-and-take. Even with regard to one's efforts, contribution, or injury, if one asserts one's rights, Japanese society will view this very unfavorably. For this reason, a person who openly claims his rights on the logical basis of reciprocity (give and take) – however, reasonable the grounds may be – or seeks or obtains rewards or approbation will be badly thought of – branded as: “selfishness”, “extremely vain”, “money oriented”, or “calculating”.

The Japanese technique of adaptation is, rather, not to press for one's rights, but to ignore the principle of give-and-take and establish a feeling of debt on the part of the other person. As a result, that the other person is saddled with a burden he can not discharge, which further reinforces his guilt feelings to the masochist. By appealing to this guilt feelings, one can force others to do one's bidding, yet in the end generate a feeling of respect towards him on the basis of his self-effacing attitude.

2) By forgiving the other and overlooking the principle of give-and-take, one creates a feeling of debt on the part of the other party, which compels that other party to develop a spontaneous guilt feeling. By planning up to this feeling, the “creditor” can dominate the “debtor”.

For example, even if the other person were your bitter opponent, the masochist would forgive him, as did Ajase's mother. In this way, the other person, feeling that he has been evil at heart, will develop a spontaneous guilt feeling toward the masochist, becomes capable of surmising what's in the masochist's mind, and will then listen carefully to what the masochist says. Because of this guilt feeling, he is reluctant to cause any worry or suffering to the masochist and, even without verbal guidance, begins to conduct himself in accordance with the masochist's feelings or desires.

When, despite the existence of such a relationship, that person fails to develop a natural guilt feeling; or worse, decides to ignore this feeling and pro-

ceed on a self-oriented course, then such a person is called unresponsive, selfish and inhumane.

The most successful leaders, administrators, and educators in Japan generate a natural guilt feeling among their subordinates or students, as a result of which the latter respond in their actions to the desires of their superiors. These leaders, accordingly, acquire a certain tacit control from the subordinates' inability, out of consideration for them, to break out of the accepted bounds of conduct.

On the surface, these leaders appear modest and self-effacing and will readily take the initiative in assuming heavy duties or responsibilities. Yet, they do not order people to do this or that and are not complainers. The people around them, however, respond with feelings of guilt and, in their efforts to assess the superior's true feelings, end up attempting to conform to them. This in essence, is the secret of Japanese leadership.

The traditional Emperor image in Japan is totally at variance with the prototype of a Western King. A Japanese Emperor is indifferent to authority or wealth. But his existence is one which causes a continual feeling of guilt among those vying for such trappings. So, when one looks back at Japanese history, it is the spontaneous guilt feeling toward the Emperor which makes possible an adjustment of conflicting interests among the people as well as the maintenance of a Japanese-type oneness.

The Ajase Complex and Japanese Depression

As is clear from the preceding, the psychological stage of the Ajase Complex renders abundantly clear the Japanese separation-individuation process from the mother. Also, from the standpoint of a framework of a psychoanalytical theory of depression, it sheds light on the following reaction:

Ajase awakes from the illusion of oneness with his mother, comes to know his mother as a woman and experiences disillusionment. As a result, he experiences object loss in losing a mother who was the object of narcissistic identification.

The resentment directed at the mother arising from this object loss becomes a murder impulse toward his mother. But, in the end, through experiencing forgiveness from the mother and diverting to himself his aggression toward his mother (in other words, redirecting this aggression toward himself), Ajase is made to feel spontaneous guilt.

Through this forgiveness by the mother, while experiencing the development of a spontaneous guilt feeling, the child becomes aware of a separate self differentiated from the mother. Given this experience, it becomes possible for the child to undergo the separation – individuation process from his mother and, thus the evolution of a Japanese-type ego is achieved.

But, in the following circumstances, the individual's normal mourning work is not satisfactorily achieved, and this gives rise to depressive illness or depressive reaction.

1) Fixation on the oneness with the mother

The child retains indefinitely the total narcissistic feeling that his mother should be one with him. If this feeling of oneness is broken, this type of person will develop a depressive reaction.

For example, among Japanese salaried workers, we see many persons resembling the melancholic character depicted by *Tellenbach*. As a result of transfer, retirement, or failure to secure promotion, they develop a depressive reaction. They are prototypes of the Japanese masochists described above, whose sole life purpose is to achieve oneness with their company or enterprise. They work with masochistic dedication. However, in their hearts, lies the expectation that, even without their making any demands, the company will eventually recognize their efforts, give them promotions, and look after them.

However, an unwanted transfer may deprive them of the feeling of oneness (unity) with their home base. And the company may not promote them in accordance with their expectations.

They may not see their efforts properly evaluated. In such cases, a depressive reaction may develop upon retirement. These persons repress hostility toward their employer but rather blame themselves as being inadequate.

2) Fixation on a guilt feeling over separation and independence from the mother.

We frequently see in Japan among depressive patients a situation in which the act of separation and independence from a mother, who is supposed to be an integral part of the patient, has produced a guilt feeling.

For example, a Japanese mother may be cuddly, as Ajase's mother was, and forgive her child's resistance, conveying to the child the feeling that "whatever happens, you are my child". However, while happy at being so totally integrated with his mother, the child can not then become independent. At this stage, the child rebels fiercely and gains independence by taking on the character of a bad child turned against his parents.

Or even if the child becomes independent in a normal fashion, he may develop a guilt feeling over having become independent from his mother. This is sometimes seen in adolescent men and women who have attempted to become independent in the manner described above.

The gain their independence through delinquency or impure heterosexual relationships and, for a time, live happily with manic defenses. But this effort may lead to frustration and acute depressive reactions.

As an explanation often given by such young people for their depressive reactions, one is told of guilt feelings over having been a bad child, or over bad behavior, to their parents.

There are also adults, who have, for all intents and purposes, achieved a normal independence from their parents and appear to be leading exemplary lives, who fall into a depressive reaction at middle age. Such patients often admit to a deep-seated guilt feeling over having separated from their parents and become independent.

For such persons, the guilt feelings toward their mothers are, in reality, the obverse of resentment toward their mothers; they are in no way spontaneous guilt feelings designed to elicit forgiveness from their mothers for the feeling of resentment. Rather, they are guilt feelings that have advanced to the point of fear toward a mother who is angry with her child for having separated from her and so surely looks upon him as a bad child.

3) Depression attendant upon a regression back to an undifferentiated condition of self from other, based on forgiveness by the mother.

In studying the psychological conditions underlying suicide by depressive patients in Japan, I have been impressed by the following facts.

Before developing a depressive reaction, these patients had been forgiven or tolerated by the external object at whom they had directed their hatred and aggression. From the standpoint of Japanese psychology, the attitude most respected by society is one which dictates that, after an adversary has been defeated or has become disillusioned, he is to be forgiven and helped. In such a situation, when the defeated frustrated person becomes depressed, after being forgiven by his erstwhile adversary, toward whom he had been directing his hostility, he (the forgiven depressive person) experiences reality loss. A child maintains himself through fights with his mother and continues to direct resentment against the mother. Nevertheless, when forgiven by the mother, he suddenly becomes unable to distinguish between good and bad objects. At this point, he regresses to an undifferentiated primitive state.

Naturally, not all depressive patients experience this kind of regression.

Most Japanese, through the experience of being forgiven in this manner, experience a regeneration of the feeling of oneness with and dependency on the mother and, with this feeling as support, manage to clumb out of their difficulties.

However, among certain Japanese patients, particularly those who have experienced persecutory anxiety – in the form of a terrifying experience of having lost himself as a result of the experience of having been forgiven –, there occurs a regression toward an undifferentiated state of self from other, and the individual then becomes prey to self-destructive forces.

Closing Remarks

I had hoped to be able to give you additional observations and thoughts regarding depressive patients – particularly psychosomatic –, as viewed from the perspective of the Ajase Complex, but I am afraid that time will not permit a more extended discussion.

I myself am most interested in how German experience compares with the mentality inherent in Japanese masochistic psychology, whereby one's own security is founded upon a oneness with a group or organization.

I would welcome a later opportunity to discuss these subjects with you. In closing, may I thank you all for allowing me to address this distinguished assembly.

Depression und psychosomatische Erkrankung unter dem Gesichtspunkt des Ajase-Komplexes

Keigo Okonogi (Tokyo)

Der Autor beschreibt in drei Teilen den spezifischen Ansatz der Ajase-Komplex-Theorie von *Kosawa* zur Erklärung und zum Verständnis von Depression und psychosomatischer Erkrankung.

Im ersten Teil seiner Arbeit wird der Ajase-Komplex ausgeführt. Als besonders typisches japanisches Charakteristikum wird von vielen Kulturanthropologen die Bedeutung von Abhängigkeiten für das Individuum hervorgehoben. Das selbstverständliche Akzeptieren von Abhängigkeit wird als eine prolongierte orale Abhängigkeit von der Mutter verstanden. In der klinischen Arbeit wurde – verglichen mit westlichen Kulturen – immer wieder festgestellt, daß die Mutter-Übertragung sehr früh einsetzte. Als gesund gilt ein Patient, wenn er die feindlichen Gefühle gegenüber der Mutter nicht verdrängen muß und bewußt und konfliktfrei Abhängigkeiten eingehen kann.

Der Ajase-Komplex verwendet die buddhistische Parabel von Ajase: Ajases Mutter, Idaike, eine Königin, wollte ihre Beziehung zu ihrem Ehemann nicht verlieren und glaubte, seine Liebe durch ein Kind zu festigen. Ein Prophet versprach ihr, daß ein Einsiedler nach seinem Tode in drei Jahren als ihr Sohn wiedergeboren werde. Idaike konnte jedoch ihre Angst vor der Isolation in der Ehe nicht so lange ertragen und erschlug den Einsiedler, woraufhin sie Ajase gebar. Die Angst vor Bestrafung ihres Verbrechens führte während der Schwangerschaft zu Beschwerden und beinahe zu einer Fehlgeburt. Ajase wurde nach einer Jugend glücklicher Einmütigkeit mit den Eltern später depressiv. Als Grund für seine Depression erfuhr er von einem Priester-gott das Verbrechen seiner Mutter. Er wandte sich gegen seinen Vater, der die Mutter so schlecht behandelt hatte, daß sie den Beziehungsverlust befürchtete und setzte ihn gefangen. Die Mutter jedoch rettete den Vater vor dem Verhungern, indem sie ihn mit besonderer Nahrung fütterte. Dies erbitterte Ajase so sehr, daß er beschloß, die Mutter zu töten, was jedoch durch einen Diener verhindert wurde, der erklärte, daß für Vätermord noch Verständnis aufgebracht werden könne, daß jedoch noch niemand seine Mutter hätte töten wollen. Ajase entwickelte daraufhin des Tötungswunsches wegen

solche Schuldgefühle, daß er eine schwere Hauterkrankung bekam, die nur von seiner Mutter geheilt werden konnte, da alle anderen Menschen dadurch abgeschreckt wurden. Die Mutter vergab dem Sohn seine Tötungswünsche und Ajase entwickelte nun eine wirkliche Liebe und Abhängigkeit von seiner Mutter, aber auch ein neues ungerichtetes Schuldgefühl, das aus der Vergebung resultierte.

Kosawas psychoanalytische Interpretation dieses Mythos wird von *Okonogi* in seinen Ausführungen zugrunde gelegt: Die Symbiose mit der Mutter und das daraus abgeleitete narzißtische Omnipotenzgefühl wird gestört, als der Sohn von den Umständen seiner Geburt und dem Ursprung seiner Identität aus den narzißtischen Bedürfnissen der Mutter heraus erfährt; hier liegt die Ursache schwer destruktiver Aggression und der mit den Schuldgefühlen aufgrund der nicht austragbaren Auseinandersetzung einhergehenden psychosomatischen Symptome, welche zugleich das befriedigende Erleben interpersoneller Beziehungen verhinderte. Die Überwindung der Depression vollzieht sich im Heilungsvorgang der körperlichen Erkrankung und gleichzeitig im Medium einer Wiederherstellung zerstörter Kommunikationsstrukturen. Es findet jedoch tatsächlich niemals eine aggressive Auseinandersetzung statt, und das gesunde Ich des Japaners umfaßt deshalb notwendigerweise die Akzeptierung der Ambivalenz in der Mutter-Kind-Beziehung, welche mit einem spezifischen Schuldgefühl und dem lebenslangen Bedürfnis nach Abhängigkeit einhergeht, zugleich mit dem Erwerb eines Grundvertrauens in andere Menschen.

Die gleiche interpersonelle Psychodynamik ist kennzeichnend auch für die psychotherapeutische Arbeit japanischer Psychoanalytiker und es ist für die kulturspezifische Mentalität charakteristisch, daß die Japaner ein depressives Lebensgrundgefühl und eine Tendenz zur Hypochondrie und Anthropophobie zeigen.

Der zweite Teil der Arbeit beschäftigt sich mit dem sog. typisch japanischen Masochismus und der aufgrund der kulturspezifischen Gruppenstruktur „angeborenen Ablehnungshaltung“.

Gegenwärtig ist in der japanischen Gesellschaft eine ansteigende Aggression der Jugendlichen gegenüber ihren Eltern zu beobachten, was zu einem immer größer werdenden Problem führt.

Aus der Sicht des Ajase-Komplexes wird dies als die aggressive Lösung aus der narzißtischen Symbiose mit der Familien-Eltern-Gruppe gesehen.

Als ein weiteres kulturspezifisches Charakteristikum der japanischen Persönlichkeitsstruktur im interpersonellen Beziehungsfeld wird die Abhängigkeit von anderen, eine „alter-Zentrierung“, beschrieben. Harmonisierungsbestrebungen im verbalen und aktuellen Verhalten kennzeichnen die persönlichen Interaktionen, was bis zur Aufgabe der eigenen Identität und körperlichen Integrität gehen kann.

In einer symbiotischen Verschmelzung mit dem Anderen entsteht das psychologische Prinzip des japanischen Masochismus:

1. die Stärke der Zugehörigkeitsgefühle zu einer Gruppe oder Organisation; der Hauptlebenssinn des Individuums wird durch die Identifikation mit einer Organisation oder Gruppe ausgemacht.
2. Verzicht auf eigene Lebensrechte, und seien sie auch einsichtig. Trotz Leiden und Opfer wird der Befriedigung und dem Gewinn anderer Personen und Organisationen die absolute Priorität eingeräumt.

Die japanische Gesellschaft wird in dieser Weise durch die – entsprechend dem Ajase-Komplex – spontan hervorgerufenen Schuldgefühle der „anderen“ organisiert und zusammengehalten. Insbesondere ist der japanische Führungsstil auf das Evozieren von Schuldgefühlen aufgebaut.

Im dritten Teil der Arbeit wird das depressive Grundlebensgefühl der Japaner im gleichen Sinn aus der Sicht des Ajase-Komplexes verstanden und auf den spezifischen Ablösungsprozeß aus der Mutter-Kind-Symbiose zurückgeführt. Die Trennungsdynamik wird nicht vollständig zugelassen, und die Mutter-Kind-Beziehung bleibt in einer defizitären Aggressionsbearbeitung fixiert.

Literatur beim Verfasser

Adresse des Autors:
Prof. Dr. med. Keigo Okonogi
School of Medicine; Keio University, 35,
Shinanomachi, Shinjuki-Ku,
Tokio, Japan

Psychosomatik und Depression- Reaktion auf ein Identitätsverbot im Alter**

Everhard Jungeblodt*

Die Tatsache, daß in unserer Gesellschaft der Lebensraum für den alten Menschen stark eingengt ist, familiäre Bindungen abrupt abgeschnitten werden, die Alten sich in Altenheimen und Altenwohnungen isoliert und abgeschoben fühlen, veranlaßt den Autor, der selbst ein Altenzentrum leitet, der Frage nachzugehen, welche Möglichkeiten der Identitätsverwirklichung einerseits angeboten werden und wie andererseits die Reaktion der Betroffenen selbst aussieht. Das Verbot offener Auseinandersetzung verbunden mit der im Altenheim gespiegelten gesellschaftlichen Einstellung: „Du bist nichts mehr wert, du darfst nichts mehr sein“ führt zu einer narzißtischen Kränkung bei den Heimbewohnern, die Scheinanpassung, psychosomatische Erkrankung und Depression zur Folge hat. Dabei wird deutlich, welchen hohen Stellenwert psychosomatische Erkrankungen und Depression als Zuflucht und letzte Kommunikationsbrücke zwischen Heimbewohnern und der sie umgebenden Personalgruppe haben.

Am Beispiel gruppenspezifischer Arbeit mit Mitarbeitergruppen im Altenheim zeigt der Autor auf, daß durch die Verleugnung der Problematik von Altwerden, Tod und Sterben eine Identitätserweiterung im Sinne Ammons erst dann möglich erscheint, wenn eigene Ängste zugelassen und in der Gruppe öffentlich werden.

Im Spannungsfeld zwischen Möglichkeiten und Grenzen des Lebens und Arbeitens mit alten Menschen haben als Perspektive die Kleingruppenbetreuung und das Einzelgespräch im Rahmen eines individuellen und freundlichen Milieus große Bedeutung. Hier ist es Aufgabe der zentralen Figur, zum einen psychosomatische Erkrankung und Depression der Heimbewohner anzunehmen und zu verstehen als Reaktion auf das Aufgeben vertrauter Lebensgruppen der Betroffenen und dies den Mitarbeitern vorbildhaft zu vermitteln. Bei der unmittelbaren Auseinandersetzung um Tod und Sterben im Sinne einer abgrenzenden Lebenserfahrung kann nach Meinung des Autors für den alten Menschen die Gegenwart einer lebendigen Gruppe und das nochmalige existentielle Erleben von Wut, Depression und Hoffnung zu einer Identitätsfindung führen, die auch den in einer anderen Lebensphase Stehenden im Zusammenleben und bei der Arbeit mit alten Menschen Identität vermittelt.

Über die Misere der Lebenssituation der alten Menschen ist in der letzten Zeit, ähnlich wie über die Lage der psychisch Kranken, viel veröffentlicht worden. Mein Anliegen als Leiter eines Altenzentrums besteht darin, im Folgenden aufzuzeigen, welche Ursachen und Strukturen das Leben und die Verhaltensweisen des alten Menschen bestimmen und welche Ansätze zur Veränderung der Lebenssituation im Alter realisierbar sind.

Bei Übernahme der Leitung des Altenzentrums fiel der größte Teil der Bewohner durch Krankheiten und depressive Verhaltensweisen auf. Die zentrale Bedeutung von Krankheit setzte sich in der Folgezeit in vielen Gesprächen fort, in denen es um die Aufnahme neuer Bewohner ging. Immer wieder wurde das Argument vorgebracht, den Angehörigen nicht mehr zur Last fallen zu wollen und daß Versorgung und Pflege zu Hause nicht mehr zumutbar seien. Auffällig war ebenfalls, daß nur in den seltensten Fällen gesun-

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

** Vortrag, gehalten auf dem X. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 8.-12. Okt. 1978, Kongreßhalle Berlin

de alte Leute um Aufnahme nachsuchten, sich Kontakt zu Gleichaltrigen erhofften oder freiwillig Verantwortung abgaben, um in einem kleineren Wohnbereich der Lebenssituation entsprechend zu leben.

Die sogenannten Alterserkrankungen wurden eindeutig als der Hauptbeweggrund genannt, um in das Altenheim aufgenommen zu werden. Die Argumentation von seiten der Angehörigen ging meistens in die gleiche Richtung. Mich interessierte in diesem Zusammenhang die Frage nach dem eigentlichen Beweggrund der Trennung aus der Familiengruppe.

Wenn man davon ausgeht, daß die psychosomatische Reaktion die Suche nach Kontakt ausdrückt, liegt die Vermutung nahe, daß der alternde Mensch diesen Weg in die Krankheit auf Grund zunehmender Isolierung beschreitet. Dies verstehe ich als Aufforderung an die ihn umgebende Gruppe, ihn vor der drohenden Selbstaufgabe zu schützen, die durch zunehmenden Verlust von Verantwortung, Eigenständigkeit und gesellschaftlicher Anerkennung geprägt ist. Die Familiengruppe reagiert auf die Krankheit nicht mit Zuwendung sondern mit Kontaktverweigerung, weil die Alterserkrankung im allgemeinen viel mehr als z. B. die psychosomatische Krankheit des Kindes die Auseinandersetzung um Tod und Sterben unmittelbar herausfordert. Die Problematik um Tod und Sterben ist jedoch in unserer Gesellschaft derart tabuisiert und angstbesetzt, daß der kranke alte Mensch als eine ständige Bedrohung erlebt wird. Da aber das Umgehen mit Tod und Sterben zentrale Bedeutung im menschlichen Sein hat, führt deren Ausklammerung in der Ich- und Identitätsentwicklung zu einem Defizit, d. h., daß „Menschen mit nicht erreichter Identität in ständiger Angst vor dem Selbstverlust – in Form des Todes – leben, weil das eigene Selbst nicht vollendet wurde.“ (Ammon 1975). Diese Auseinandersetzung wird verstanden als fortlaufende Identitätserweiterung im Sinne des Umgehens mit und Akzeptierens der Begrenzung des menschlichen Lebens. Weil schon der Einzelne in seiner Identitätsentwicklung und -findung dauernden Identitätsverboten ausgesetzt ist (Ammon 1974), kann die Familiengruppe diesem Anspruch nach Identitätserweiterung im Sinne der Identitätsbegrenzung durch Tod und Sterben nicht genügen. Somit manifestieren sich am alten Menschen in seiner Familie die Störungen des interpersonellen Gruppenprozesses um die Identität jedes einzelnen Gruppenmitgliedes an der Problematik um Tod und Sterben. Der alte Mensch wird zum Symptomträger und kann in dieser isolierten Position die Ablehnung und die damit verbundene narzißtische Kränkung nur durch Verleugnung und mit Hilfe der Flucht in die Krankheit ertragen. Die ständige Verweigerung seiner Kontaktwünsche ermöglicht ihm die Trennung mit der Begründung, daß er mit der Krankheit für die Familie nicht länger tragbar sei.

Damit erklärt sich der Weg des kranken alten Menschen ins Altenheim, denn dort erwartet ihn eine Umgebung, die dem Symptom psychosomatischer Erkrankung größte Aufmerksamkeit schenkt. Das gesamte Personal ist ausgerichtet auf seine Krankheit. Medizinische Versorgung, technische Re-

gelungsabläufe, Hygiene und Organisation sind von zentraler Bedeutung und kommen vordergründig den Bedürfnissen des Bewohners entgegen. Demgegenüber bleiben die eigentlichen Wünsche nach Zuwendung, Geborgenheit und Menschlichkeit unberücksichtigt. Hierin sehe ich den Hauptgrund für eine umfassende depressiv-resignative Stimmung der Bewohner aus dem Gefühl ihrer Verlassenheit heraus. Im Verlauf der gruppenspezifischen Arbeit mit den Mitarbeitern zeigte sich, daß die isolierte Ausrichtung auf das psychosomatische Symptom gleiche Mechanismen der Angstabwehr sichtbar machte, die schon in der Familiendynamik hervortraten. Die Angst vor der Auseinandersetzung mit Tod und Sterben ließ die Mitarbeitergruppe an erstarrten Arbeitsabläufen festhalten. Vor allem die Gruppe der Mitarbeiter der Pflegestation drückte die große Angst davor aus, bei der Bewältigung des Kontaktproblems mit den alten und teilweise sterbenden Menschen allein gelassen zu sein.

In den wöchentlichen gruppenspezifischen Teambesprechungen aller Mitarbeiter wurde sehr bald deutlich, daß alle festhielten an Äußerlichkeiten ihrer organisierten Tätigkeitsmerkmale. Ich verstand dies als Widerstand, spürte die Angst vor der Auseinandersetzung mit der Problematik um die ständig präsente Todesnähe, der Frage nach dem Sinn ihrer Arbeit und als Abwehr gegen die Hilflosigkeit bei der Suche nach eigener Identität. Ich wurde immer wieder geprüft, ob ich als die zentrale Figur diese Angst aushalten würde, indem von den Mitarbeitern ständig verführerisch mit Argumenten des Zeitmangels durch Arbeitsüberlastung versucht wurde, Sitzungen ausfallen zu lassen oder zu verschieben. Durch die Kontinuität der Sitzungen reagierte ich auf die wesentliche Frage nach Zuverlässigkeit, Beständigkeit und Angenommensein. Wenn man berücksichtigt, daß in den zehn Jahren des Bestehens des Altenzentrums fünf Heimleiterwechsel stattfanden, kann man ermessen, wie existenziell die Problematik des Verlassenseins an mich herangetragen wurde.

Innerhalb der drei gruppenspezifischen Gruppen, mit denen ich wöchentlich arbeitete, der Gruppe der Reinigungskräfte, des Küchenpersonals und des Pflegepersonals hatte letztere die Position des Außenseiters. Weil diese Gruppe tagtäglich mit den schwerstkranken und sterbenden Menschen konfrontiert war, wurde sie von den beiden übrigen Gruppen gemieden. Die räumliche Abgelegenheit der Pflegestation verstärkte das Gefühl der Isolation. Ein Schwerpunkt der Gruppenarbeit bestand darin, mehr Verständnis und Kommunikationsbereitschaft zu dieser Gruppe herzustellen. Erst der Abbau dieses Spannungsfeldes ermöglichte es, die von *Ferber* (1970) beschriebene Distanz zwischen „Personalkultur“ und „Patientenkultur“ allmählich zu verringern.

In meinem direkten Kontakt mit den schwerstkranken Bewohnern der Pflegestation war es mir wichtig, dem Personal zu vermitteln, daß über die Behandlung des psychosomatischen Symptoms hinausgehend die Suche nach den Wünschen und Bedürfnissen des alten Menschen im Sinne eines Akzep-

tierens seiner Altersidentität im Vordergrund stehen muß. Zur Erläuterung schildere ich folgendes Fallbeispiel:

Frau G., 89 Jahre alt, fast erblindet, mußte ihr Apartment in unserem Altenzentrum aufgeben und wurde wegen schwerer Pflegebedürftigkeit auf die Pflegestation verlegt. Für die sehr gebildete alte Dame, die ein selbständiges und ereignisreiches Leben geführt hatte, war der Schritt vom Altenapartment direkt in die Pflegestation ein harter Schlag. Nachdem sie die ersten Tage in sehr depressivem Zustand verbracht hatte, beklagte sie sich in einem Gespräch mit mir sehr über die schlechte Behandlung, sie fühlte sich total abgelehnt, auch sehe sie nicht ein, daß sie zu all dem schweigen solle, gestern habe sie den „jungen Dingen“ – gemeint waren die Schwestern – einmal kräftig die Meinung gesagt. Die Schwestern hatten sich bereits am nächsten Morgen bei mir über die Uneinsichtigkeit von Frau G. beschwert, die sich angeblich in den Stationsablauf nicht einfügen wolle und beleidigende Äußerungen von sich gebe. Eben dieselben Schwestern hatten bei der Räumung des Apartments durch die Angehörigen von Frau G. zugelassen, daß diese alles mitnahmen, auch persönlichste Erinnerungen. Frau G., so argumentierten die Schwestern jetzt, sei ja ohnehin fast blind und könne sich an den Dingen doch nicht mehr freuen. Frau G. fühlte sich ausgeplündert. Ihre Stimmung mir gegenüber schwankte zwischen Depression und aufkommender Wut. Ich konnte zwar die Schwestern dadurch entlasten, daß ich die Verantwortung für die Räumung durch mangelnde Kontrolle zu vertreten hätte, doch für die Wut von Frau G. war bei dem Pflegepersonal kein Verständnis zu wecken. Erst in einem längeren Prozeß konnte ich deutlich machen, daß Äußerungen von Wut und Ärger für das existenzielle Lebensgefühl überhaupt notwendig und als Kontaktangebot verstehbar sind. Daß der Ärger von Frau G. berechtigt war, konnte später eingesehen werden. Im weiteren Verlauf gelang es mir, die ehemaligen Apartmentnachbarn von Frau G. zu Besuchen auf der Pflegestation zu ermutigen. Diesen gelang es dann, Frau G. öfter aus der Pflegestation in den Wintergarten des Altenheimes zu führen, wo sie inzwischen regelmäßig im kleinen Gesprächskreis mitmacht.

Das Fallbeispiel, Gespräche und Beobachtungen haben mir gezeigt, daß die Krankheit in Form psychosomatischer Reaktion und Depression dann geringere Bedeutung für den alten Menschen hatten, wenn ein echter gefühlsmäßiger Kontakt aufgebaut und aufrecht erhalten werden konnte. Auf dieser Basis war es dann auch möglich, wenn es um Tod und Sterben ging, eine Hilfe zu sein. Insofern muß in der Auseinandersetzung um die Identitätserweiterung neben der unmittelbaren Sterbehilfe, wie sie von *Kübler-Ross* (1977) in den einzelnen Phasen beobachtet und praktiziert wurde, eine lebendige Gruppe den alten Menschen umgeben, die die vorhandenen Möglichkeiten voll ausschöpft, d. h. sich mit den gesunden Ich-Anteilen, also den verbliebenen Fähigkeiten verbündet. Daher ergab sich auch der Schwerpunkt meiner Arbeit darin, dieser den alten Menschen umgebenden Gruppe zu einer eigenen Identität ohne pathologische Todesangst zu verhelfen. Eine so verstandene Gruppe ist dann in der Lage, eine Alternative für diejenige Familiengruppe zu sein, aus der der alte Mensch krank flüchten mußte.

Wenn ich zunächst auf die Arbeit mit den Mitarbeitergruppen schwerpunktmäßig eingegangen bin, möchte ich gleichzeitig damit deutlich machen, daß jede ich-strukturelle Arbeit, wie *Ammon* sie versteht, nur dann Aussicht auf Erfolg hat, wenn Veränderungsprozesse in einem therapeutischen Milieu, sei es psychiatrische Klinik, Kinder-, Jugendlichen- oder Altenheim, nicht nur von Patienten bzw. Heimbewohnern gefordert werden, sondern gleichzeitig die gesamte umgebende, betreuende Gruppe in diesen Veränderungsprozeß miteinbezogen wird.

Aus der Summe der Verbote um Identität des Einzelnen in unserer Gesellschaft kommt der Auseinandersetzung um Tod und Sterben besondere Be-

deutung zu. Das Sich-beschäftigen mit dieser Frage wird in der Regel zwanghaft auf die unmittelbare Todessituation reduziert und damit am alten Menschen festgemacht, der, wie eine jüngste Untersuchung von Rest (1978) zeigt, durch Verdrängung und Überforderung des Pflegepersonals in der Alteneinrichtung den Tod, d. h. den sozialen Tod, vor dem Sterben erlebt. Es wundert daher nicht, wenn erstmals auf rein formaljuristischer Ebene in diesem Zusammenhang in der Diskussion der Juristen um den sogenannten Patientenbrief (Uhlenbruck, 1978) überhaupt die Frage auf privatautonome Gestaltung des Rechtes auf einen menschenwürdigen Tod diskutiert wird. M. E. führt es daher nicht weiter, die Problematik der Identität, die sich auch an Tod und Sterben festmacht, isoliert am alten Menschen aufzuzeigen und seine Angst auf den Schmerz und die Qual des Sterbens zu reduzieren. Vielmehr handelt es sich um Todesangst als einer „Angst vor dem Zustand der Nichtexistenz, vor dem Verlust des Selbsterlebens und des Selbstgefühls“ (Ammon 1975). Diese erweiterte Dimension, die deutlich macht, daß es sich nicht nur um die Angst im unmittelbaren Sterbeprozess handelt, öffnet den Zugang zur Primärgruppe, bzw. zur Familie des alten Menschen, in der der Aufbau von Ich-Grenzen und die Abgrenzung zu einer eigenen Identität nicht gelungen und somit die Wurzel der unbewußten Todesangst zu suchen ist.

Der Kreis der Betroffenen umschließt daher die Bewohner im Altenheim, die Angehörigen, das gesamte Personal und deren Familien bzw. Bezugspersonen. Die Reaktion dieser betroffenen Gruppen fällt jedoch unterschiedlich aus: Während die Familiengruppe das Identitätsverbot durch Abschieben der alten Familienangehörigen in das Altenheim zu bewältigen versucht, agieren die Mitarbeiter durch eine permanent organisierte Geschäftigkeit, die der Zuwendung und Auseinandersetzung mit dem zwar unterschiedlich behinderten aber lebendigen alten Menschen keinen Raum läßt. So umfaßt z. B. der Tätigkeitenkatalog für Pflegestationen in Einrichtungen der institutionellen Altenhilfe, veröffentlicht vom Kuratorium Deutsche Altenhilfe (1977), 68 Aufgabenbereiche, von denen lediglich sechs den mehr persönlichen und emotionalen Bereich mit den Heimbewohnern bzw. Patienten berühren. Auf Grund der eingeschränkten und abhängigen Lebenssituation im Altenheim haben die Bewohner den oben beschriebenen Spielraum nicht, der Familie und Mitarbeitern zur Verfügung steht. In Enttäuschung über eine verweigerte Identität i. S. einer aktiven Auseinandersetzung verbleibt ihnen, wie ich beobachten konnte, nur der Rückzug bzw. das Verharren in Krankheit und Depression, wie schon in der Familiengruppe durch Vorerfahrung geprägt und bestätigt. Die Hoffnungslosigkeit und das Verlassensein sind Reaktion auf eine im Altenheim hergestellte Double-bind-Situation (Jungeblodt 1979), wo ihnen gleichzeitig Zuwendung, Hilfe und Angenommensein angeboten und verweigert wird, ohne daß darüber gesprochen werden kann. Mit der überwiegenden Einstellung, den alten Menschen im Altenheim wenigstens als Sterbenden in Frieden sterben zu lassen, wird übersehen, daß es

darum geht, „den Lebenden darin zu unterstützen, den Tod als Teil seines Lebens zu akzeptieren, und dieses Leben im Medium einer erfahrungsfähigen Gruppe zu gestalten“ (Ammon 1975).

In einem weiteren Fallbeispiel möchte ich die zentrale Bedeutung der Beschäftigung mit den Lebenden und dem Leben im Altenheim selbst aufzeigen.

Frau H., 65 Jahre alt, lebte seit sechs Jahren in einer Apartmentwohnung in unserem Altenzentrum. Entgegen bestehender Vorschriften war ihr seinerzeit gestattet worden, ihren Hund mitbringen zu können. Durch langjährige Alkohol- und Tablettensucht war sie in ihrem Apartment derart verwahrlost, daß sie eines Tages in völlig abgemagertem Zustand von einem Nachbarn bewußtlos aufgefunden wurde. Frühere Angebote, stundenweise eine Hauspflege in Anspruch nehmen zu können, hatte sie stets energisch zurückgewiesen. Da laut Mietvertrag jeder Apartmentbewohner einen Anspruch darauf hat, bei zunehmender Gebrechlichkeit in das unmittelbar benachbarte Altenheim überwechseln zu können, wurde Frau H. in ein Einzelzimmer aufgenommen. Der Streit im ganzen Haus entzündete sich nunmehr an der Frage, ob Frau H. mit Hund oder ohne Hund in das Heim aufgenommen werden könnte. Als ich beim Mittagessen mit den alten Leuten das Thema ansprach, begann eine derart heftige Diskussion, wie ich sie nie zuvor erlebt hatte. Die Bewohner beriefen sich auf eine Verordnung, nach der grundsätzlich keine Tiere ins Altenheim aufgenommen werden dürften. Die Sondergenehmigung für Frau H. sei ausdrücklich vor sechs Jahren nur für das Apartment erteilt worden. Dies entsprach auch den Tatsachen. Die Forderung wurde laut, den Hund einzuschläfern oder in ein Tierheim zu geben. Als ich bemerkte, daß die Beseitigung des Hundes gleichbedeutend sei mit einem Todesurteil für Frau H., die schwerkrank gepflegt werden mußte, argumentierten die Bewohner mit Bemerkungen, sie hätten im Krieg auch alles verloren, der Hund behindere die Fahrten mit dem Aufzug, dann könnte ja jeder ein Tier mitbringen. Der Heimbeirat wollte nunmehr darüber abstimmen lassen, ob der Hund bleiben dürfe oder nicht. Auch bei den Mitarbeitern war bereits vorher ein großer Teil der Ansicht, der Hund könne primär aus hygienischen Gründen nicht im Heim bleiben und außerdem verstoße eine eventuelle Ausnahme gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz für alle Bewohner. In dieser angespannten Situation sagte ich den Bewohnern, daß der Hund im Hause bleibe und ich meine Entscheidung auch durch eine Abstimmung nicht zurücknehmen würde. Wut und Empörung waren ungeheuerlich. Nach einer Woche verebbte die Diskussion. Ich beobachtete, wie zwei Bewohner den Hund abwechselnd ausführten, solange Frau H. noch bettlägrig war. Später bemerkte ich, daß Bewohner Essensreste vom Mittagstisch mitnahmen und dem Hund zusteckten. Da Frau H. nur 80,-DM Taschengeld vom Sozialamt monatlich erhielt, ging eines Tages eine anonyme Spende von einem Bewohner ein, damit Frau H. den Hund trimmen lassen könne.

Die Bearbeitung der Situation um Frau H. innerhalb der Heimgruppe zeigte sich bei einer späteren Karnevalsveranstaltung wie folgt:

Eine leitende Angestellte und eine Heimbewohnerin stellten entsprechend verkleidet ein Gespräch über eine Heimaufnahme agierend dar. Eine Interessentin mit riesigem schwarzen Stoffpudel fragte die Heimbewohnerin: „Kann ich meinen Hund mit in das Heim bringen?“ Antwort der Bewohnerin: „Wir nehmen nur Bewohner mit Hund auf!“

Wenn ich dieses Beispiel so ausführlich geschildert habe, dann deshalb, weil es mir für die Frage nach dem Lebendürfen im Altenheim von existenzieller Bedeutung erscheint. Als zentrale Person wurde an mich die Frage gestellt, wie ich mit Lebendem umgehe. Der Hund, einerseits Symbol für das Leben, stellte gleichzeitig auf der anderen Seite eine Bedrohung für das bislang vertraute Lebensgefühl von Bewohnern und Personal in Verlassenheit, Depression und Todesangst dar, das durchbrochen wurde. Durch meine Konfrontation mit der Alternative zum Leben konnte die Aggression in Form von Wut über die bisher verweigerte Identitätsfindung frei ausgetragen werden. Deutlich wurde mir auch der Zusammenhang zwischen Identität und Individualität. Hausordnungen in institutionellen Einrichtungen verfol-

gen die Tendenz, die Individualität zu zerstören, den Einzelnen an kreativer Entfaltung seiner Bedürfnisse und Lebenswünsche zu hindern. Ich sah als zentrale Person meine Aufgabe darin, Forderungen an die Bewohner zu stellen im Sinne eines veränderten Umgangs mit ihrem Leben und hier Hilfestellung zu geben. So haben in beiden Fallbeispielen die Bewohner, indem sie Frau G. spazierenführten, sie in Gespräche einbezogen, Frau H. die Sorge um ihren Hund abnahmen, Hilfs-Ich-Funktionen übernehmen können. Ihnen wurde damit von mir durch die Forderung nach ich-struktureller Veränderung die Möglichkeit gegeben, eine Alternative zur Depression zu erleben.

Der alte Mensch mit seiner Nähe zu Tod und Sterben erlebt bei sich selbst eine Konfrontation mit Trennung. Damit wird in gleicher Weise die ihn umgebende Gruppe darauf angesprochen. Das Erkennen und Erleben eigener Begrenztheit und eingeschränkter Möglichkeiten kränkt die Vorstellung von Allmacht und Unvergänglichkeit. So wie das Kind einer psychosomatisch krankmachenden Mutter unter ständiger Verlassenheitsangst leidet, empfindet der alte Mensch Gleichgültigkeit, Ablehnung oder Feindseligkeit, die häufig das Klima im Altenheim ausmachen, in ähnlicher Weise. Er reagiert so, daß er, alleingelassen, die Wut auf Grund der narzißtischen Kränkung nur destruktiv gegen sich selbst richten kann. Er versucht, die ihn existenziell bedrohende Trennungsangst durch psychosomatische und depressive Reaktionen zu bewältigen und findet im Altenheim auf diesen Ebenen verschiedenen Symptomverhaltens scheinbare Anerkennung und Zuwendung. Damit findet eine pathologische Kommunikation zwischen den Gruppen im Altenheim statt, die die Auseinandersetzung mit der Trennung verhindert. Indem sich die Gruppe der Mitarbeiter im ersten Fallbeispiel mit der toten Familiengruppe bei der Ausplünderung von Frau G. verbündet, wird Frau G. aufgegeben und damit eine Kommunikation über Trennung verhindert. Ebenso bestand im zweiten Fallbeispiel die Gefahr, daß mit der Forderung nach schneller Beseitigung des Hundes, die Trennung verleugnet und Frau H. damit ebenfalls aufgegeben worden wäre. Hieraus ergab sich meine Aufgabe als zentrale Person, Garant dafür zu sein, daß die Trennungsproblematik nicht verleugnet, sondern Bestandteil der ständigen Auseinandersetzung blieb. Denn die Verleugnung der Trennungsproblematik und damit der Identität macht das Identitätsverbot an sich aus. Die Auflösung dieses Identitätsverbots, die mit Vernichtungs- und Todesangst erlebt wird, kann nur im Schutz einer umgebenden Gruppe und deren Hilfe bewältigt werden. Ich sah daher zunächst meine Aufgabe darin, den Bewohnern diesen Schutzraum mit den Gruppen des Personals im Sinne eines „Facilitating Environment“ (Winnicott, 1972) zu schaffen und zu sichern. So war es für die Gruppe des Pflegepersonals in der Anfangsphase wichtig zu erleben, daß ich im ersten Fallbeispiel Frau G. zunächst diesen Schutzraum vorbildhaft gewährte und sie damit vor der völligen Desintegration ihres Ichs, d. h. vor der völligen Selbstaufgabe schützte. Die neue Erfahrung war, daß erlebt werden konnte, daß der Wiederholungszwang des Verlassens und Aufgebens durch mein

Eingreifen unterbrochen wurde. Damit war der Mechanismus der falsch verstandenen Anpassung durch Umgehung der Trennungssituation durch Verleugnung offengelegt. Die Wut der Mitarbeiter, die sich darin äußerte, Teamsitzungen ausfallen lassen zu wollen bzw. durch Krankheit zu fehlen, war die Angst vor der Auseinandersetzung mit der eigenen Identität. In dem Konflikt zwischen Identitätsverbot einerseits und Identitätssuche andererseits mußte die eigene Begrenztheit erfahren und angenommen werden. Diese Konfrontation ermöglichte dann das Schließen der Gruppengrenzen.

Aufbauend auf diesem gruppenspezifischen Prozeß konnte sich die Gruppe der Heimbewohner dann bei der Frage nach dem Leben und dessen Begrenzung, wie das zweite Fallbeispiel zeigt, in der Auseinandersetzung mit mir als zentraler Person ebenfalls schließen. Die Wut richteten Bewohner und Mitarbeiter nicht wie gewohnt gegen sich selbst, sondern gegen mich und sie konnte von mir angenommen und verstanden werden.

Mir ist bei der Strukturierung und Umsetzung der Arbeit mit alten Menschen deutlich geworden, welcher Stellenwert den gruppenspezifischen Prozessen und ihrer Durcharbeitung zukommt. Erst die Bereitstellung eines Gruppenklimas in geschlossenen Gruppengrenzen macht es möglich, eine Auseinandersetzung um Identität in Gang zu setzen, im Sinne einer Reparation defizitärer primärer Gruppenerfahrung. Kann der alte Mensch mit Hilfe und im Schutz der Gruppe das Identitätsverbot durchbrechen, so bedeutet das gleichzeitig, daß er die Trennung zu seiner eigenen Sache machen und den Trennungsprozeß selbst mitbestimmen kann. Die damit verbundene Überwindung der narzißtischen Kränkung über die Begrenztheit der eigenen Möglichkeiten eröffnet dem alten Menschen den Zugang zu gelebtem Leben. Die Frage „Wer bin ich?“, „Wer kann ich sein?“, wird ergänzt durch die Frage „Wer war ich?“. Das gesamte Spektrum der Identitätsentwicklung kann nochmals durchleuchtet und belebt werden. In den vielen Einzelgesprächen mit alten Menschen habe ich beobachten können, daß mit dieser Bilanzierung des gelebten Lebens die Trennung von der Vergangenheit und die der Gegenwart ermöglicht wurde im Hier und Jetzt eines lebenden Lebens.

Steht in der Auseinandersetzung um die Identität im Alter nicht nur der alte Mensch im Mittelpunkt, sondern ebenso die ihn umgebende Gruppe und deren Identität, so ist damit zugleich die gesamtgesellschaftliche Einstellung und Verantwortung angesprochen. Neben der Überforderungssituation der heutigen pathogenen Kleinfamilie und dem daraus resultierenden Ausstoßungsprozeß wird im beruflichen und sozialen Bereich systematisch auf die Isolation im Alter hingearbeitet. Der Verlust der beruflichen Teilidentität verbunden mit dem Abbruch sozialer Kontakte, die Herabsetzung des Rentenalters aus rein ökonomischen Gesichtspunkten bedeutet für viele Menschen den totalen Zusammenbruch, den Beginn der großen Leere. Im Grunde genommen ist es bedeutungslos, ob sich dann das weitere Leben im Altenheim, in einer eigenen Wohnung oder einem Einzelzimmer abspielt. Wie widersprüchlich muß für alte Menschen dann z. B. eine Alteneinrichtung

sein, die einen „Beschäftigungstherapeutischen Zirkus“ anbietet, hinter dessen Fassade Angst und Schuldgefühle permanent spürbar sind. Die jahrelangen Kränkungen, verbunden mit der Angst vor dem Alter, können daher weder durch Parolen wie „Sag ja zum Alter“ (Sozialamt Düsseldorf, 1978) oder durch lebensfrohe Bilderserien wie „Die interessante Generation“ (Zander, 1978) glaubwürdig überwunden werden.

Für die Bundesrepublik gilt somit die gleiche Forderung wie sie in den USA in einer Zusammenfassung der Situation der alten Generation formuliert wurde: „The system needs changing, not the people“ (Time 1975). Hinzufügen möchte ich, daß eine Einstellungsveränderung verbunden mit einem Umdenken nur dann Aussicht auf Erfolg hat, wenn diejenigen, die es angeht – nämlich die Alten – in eigener Identität ihre Ansprüche anmelden und Forderungen durchsetzen.

Wie diese Veränderung der Lebenssituation und des Lebens aussehen kann, zeigt exemplarisch die Bewegung „Gray Panters“ in den USA. Als eine zentrale Person mit Identität gelang es *Maggie Kuhn* mit 73 Jahren, eine ganze Generation alter Menschen aus der Depression herauszuholen. Mit ihrer Forderung „Alter darf kein Grund sein, Menschenrechte zu verletzen, und Diskriminierung des Alters wegen unterdrückt genauso und genauso willkürlich wie Rassismus und Sexismus“ (*Kuhn*, 1978), werden ohne aufgebaute zentrale Organisation Gruppen alter Menschen wieder mobil, indem sie sich sowohl in politischen wie auch anderen gesellschaftlich relevanten Bereichen präsent machen und damit in der konstruktiv-aggressiven Auseinandersetzung sich den Platz in der Gruppe der Lebenden wiedererobern, der ihnen bisher verwehrt geblieben war. Wenn man bedenkt, daß in der Bundesrepublik trotz einer riesigen Sozialverwaltung und einer Fülle von Sozialgesetzen nach neuesten statistischen Untersuchungen (*Bujard-Lange*, 1978) von den neun Millionen alter Menschen über 65 Jahren drei Millionen Alte ein monatliches Einkommen unter 600,- DM, und davon wiederum eine Million weniger als 300,- DM zur Verfügung haben, haben die Alten in der Auseinandersetzung um ihre Menschenrechte nicht viel zu verlieren.

Die Forderung nach einer dynamisch-psychiatrischen Arbeit mit alten Menschen umfaßt also nicht nur die Identitätsanforderung an alle diejenigen, die sich das Leben und Arbeiten mit dieser Generation zur Berufsaufgabe gemacht haben, sondern darüberhinaus Unterstützung der alten Generation in ihrem Kampf um einen gebührenden Platz in dieser ihr noch feindlich gesonnenen Gesellschaft. Zur Sicherung der Freiheit und des individuellen Lebensstils im Alter muß wie jüngste Forschungen in den USA (Gemeinschaftsplanung für eine alternde Gesellschaft) ergeben haben, gewährleistet sein, daß ein weiter Fächer von Umgebungs- und Versorgungsmöglichkeiten individueller und öffentlicher Art zur Verfügung steht, der der gegebenen Vielfalt von Lebensstilen der alten Menschen entspricht. In diesem Spektrum haben die immer noch bestehenden großen Altenverwahranstalten in Deutschland nichts mehr zu suchen.

Zusammenfassend möchte ich sagen: Der Mensch wird in der Gruppe geboren, er lebt in Gruppen und er verstirbt aus ihnen. Solange es Gruppen gegeben hat, ist dieser Prozeß vom Leben zum Tod durch Menschen in der Weise überbrückt worden, daß Erfahrungen von Alten und Sterbenden an Lebende tradiert wurden. Die Alten gaben es den Jungen weiter. Ich meine daher, daß es darauf ankommt, bei dem Leben und Arbeiten mit alten Menschen allen zu vermitteln, daß diese etwas anzubieten haben: Lebenserfahrung, gelebte und lebende einmalige Identität.

Psychosomatic and Depression
A Reaction to the Prohibition of Identity in the Old Age

Everhard Jungeblodt (Düsseldorf)

There have been a lot of recent publications showing the situation of life of old people in our society to be as desperate as the situation of mentally ill persons. As director of an old age centre the author could observe that the most of its residents were either ill or showing depressive behaviour.

According to the author's opinion the importance of illness and its meaning for the old age can be understood within a context that stresses the groupdynamic and interpersonal implications of the process of separation. Considering that a psychosomatic reaction expresses a longing for human contact the author assumes that the aging person chooses the way into illness because of his growing isolation caused by an increasing loss of responsibility, independence and social acknowledgement. On the other hand the problem of aging has been tabooed in our society and is connected with fear in a way that the ill and old person is regarded as a constant threat. As, however, dealing with aging and dying has a central importance for the human existence its exclusion leads to a deficiency in the development of individuals and their interpersonal interaction. The old, especially the ones who have not been allowed to build up identity with its corresponding ego-functions of demarcation and constructive aggression, become the carriers of this symptomatic fear and in their isolated position they can only bear the rejection and the narcissistic offence connected with it by denying it and by fleeing into illness. The author could observe that within the old age centre he was working at the old persons were finding an environment which pays the utmost attention to the symptom of psychosomatic illness. Medical care, rules and regulations, hygiene and organisation were of central importance and superficially complying with the residents' needs. The true wishes for attention, security and humanity were ignored. Working along the lines of group dynamics with the nursing staff it became evident for the author that the isolated attention towards the psychosomatic symptom was unconsciously used as a defense mechanism. The fear of having to face the problem of aging and

dying made the staff cling to a rigid work routine. Above all the group of the staff of the nursing ward showed great fear of being left alone with old and partly dying people when they are trying to cope with their contact problems.

According to his observations the author points out, that diseases which take the form of psychosomatic reactions and depressions are of less importance for the old person when a true emotional human contact can be established and kept up. The discussion about identity enlargement besides the idea of helping old people to die as it has been observed in its single phases and has been carried out by *Kübler-Ross*, has to comprise in an environing living group of people who use the existing possibilities, i. e. who form an alliance with the healthy parts of the ego, with the still existing abilities. Thus the centre of the author's work was to help the group surrounding the old person to establish its own identity without a pathological fear of death. A group which is seen in this way is then able to form an alternative to the usual groups the old person had to flee from in bad health.

Stressing his work with the different groups of the staff the author wants to make clear that any work concerning the structure of the ego as it is seen by *Ammon* can only be successful when changes in the therapeutic environment in a psychiatric hospital, in a home for children, young people or old people are not only demanded from the patients and the residents of the home but when the complete environing and attending group also take part in these changes. Thus the problem of identity which is attached to aging and dying is not only a problem of the old person and reducing the fear of death to his pain and agony does not help him. Fear of death ist rather "a fear of the state of non-existence, of the loss of experiencing one's own self and of self-awareness" (*Ammon, 1975*). An extended view which shows that dying involves the more common topics of separation, individuation and limitation in man's life gives access to the more deeper parts of mortal fear which are to be found in the dynamics of the primary groups of the old persons. The predominant attitude to let the old person as a dying person die in peace leads us to neglect that the point is to "assist the living in accepting death as part of his life and to organize his life among an attentive group capable of new experiences" (*Ammon, 1975*).

The abolition of the identity prohibition which is experienced together with fear of destruction and death can only be accomplished under the protection of the environing group and their help. The author demonstrates in his paper that he as the central figure of the age centre therefore regarded it as his task to establish and secure a protective sphere with the groups of the personal in the sense of a facilitating environment. Thus he can show, that infringing the identity prohibition with the help of the group and protected by the group, the old person can make separation his own matter and therefore can take part in the decision about the process of separation.

Literatur:

- Ammon, Günter* (1974): Psychoanalyse und Psychosomatik. (München: Piper)
- Ammon, Günter; Hameister, H.-J.* (1975): Tod und Sterben als Identitätsproblem. Ich-psychologische und gruppensdynamische Aspekte. In: *Dyn. Psychiat.* (8) 129-142
- Ferber, Chr. v.* (1970): Der Tod. Ein unbewußtes Problem für Mediziner und Soziologen. In: *Kölner Zeitschrift f. Soziologie und Soz. Psychiat.* XXII. (Köln-Opladen: Westdeutscher Verlag)
- Gesellschaftsplanung für eine alternde Gesellschaft (1978). (Stroudsburg, Pennsylvania: Hutchinson & Ross, Dowden; Inc. In: *Neue Züricher Zeitung* Nr. 39, S. 19
- Jungeblodt, E.* (1979): Die Psychiatrie im Double-Bind. In: *Dyn. Psychiat.*, (1) 15-22
- Kübler-Ross, E.* (1977): Interviews mit Sterbenden. (Stuttgart: GTB Siebenstern)
- Rest, F.* (1978): Praktische Orthothanasie im Arbeitsfeld sozialer Praxis. (Opladen: Westdeutscher Verlag)
- Sozialamt der Landeshauptstadt Düsseldorf (1978): Sag ja zum Alter. Ratgeber für Düsseldorfs ältere Bürger
- Tätigkeitenkatalog für Pflegestationen in Altenreinrichtungen (1978). In: *Das Altenheim.* Curt Vincentz Verlag 12, S. 238ff
- Time* (1975): New Outlook for the Aged. In: *Behavior.* June 2, 40
- Uhlenbruck, W.* (1978): Der Patientenbrief. *Neue Juristische Wochenzeitschrift (NJW)* 12, S. 566ff
- Winnicott, D. W.* (1972): *The Maturational Process and the Facilitating Environment.* (London: Hogarth)
- Zander, H.* (1978): Die Interessante Generation. In: „Stern“, Nr. 6

Adresse des Autors:
 Everhard Jungeblodt
 Grafenberger Allee 61
 4000 Düsseldorf

Förderungsprojekte für sozial benachteiligte Kinder in Israel**

Tamara Sternberg*

Die Autorin wendet sich in ihrem Aufsatz, vor allem anhand der Problematik israelischer Einwandererfamilien und der sozialen Benachteiligung ihrer Kinder, der brennenden Frage von sozialer Benachteiligung und Ungleichheit zu. Ihre Arbeit reiht sich damit in die Tradition einer erziehungswissenschaftlichen und bildungspolitischen Diskussion ein, die über weite Strecken die beiden letzten Jahrzehnte pädagogischer Auseinandersetzung bestimmte und deutet in wesentlichen Punkten auf Konsequenzen und Ergebnisse hin, wie sie in der Praxis und der theoretischen Fundierung der von Gisela Ammon gegründeten Psychoanalytischen Pädagogik und den Psychoanalytischen Kindergärten vorliegen.

Im Mittelpunkt dieses Aufsatzes stehen zwei Fragestellungen: Zum einen, was verursacht die Entstehung sozialer Benachteiligung bei Kindern, und zum anderen, welche Möglichkeiten gibt es, dieser sozialen Benachteiligung entgegen zu wirken oder sie zu verhindern? Zur ersten Frage vertritt sie die Ansicht, daß die Ursachen dafür weniger im Bereich der schulischen Entwicklung und intellektuellen Förderung zu finden sind, wie es verschiedene von ihr zitierte Erziehungswissenschaftler glauben, sondern als Folge einer defizitären emotionalen und vertrauensvollen Mutter-Kind-Beziehung zu sehen sind. Die Schule verstärkt ihrer Ansicht nach aufgrund einer einseitig kognitiven Ausrichtung lediglich die soziale Deprivation dieser Kinder, die insbesondere auch durch deren schulisches Scheitern verschärft wird. Für die zweite Frage bedeutet dies, daß der „Identitätskrise“ nicht durch einseitige kognitive Förderung entgegengewirkt werden kann. Eine Möglichkeit, auf die zugrundeliegende Familiendynamik Einfluß zu nehmen, sieht sie in den vorgestellten Forschungsprojekten darin, das Selbstgefühl selbst „kulturell benachteiligter“ Mütter zu heben und in Form von Gruppenarbeit – mit Eltern, meist Müttern und teilweise mit ihren Kindern – die abgerissene oder teilweise nicht entwickelte Kommunikation zwischen den Familienmitgliedern wieder herzustellen. Als Ergebnis teilt die Autorin mit, daß zwar durchaus Vertrauen und Selbstachtung der Mutter auf diese Weise verbesserungsfähig sind, offen bleibt jedoch die Frage, inwieweit die gesteigerte Ich-Stärke der Mutter fördernden Einfluß auf das sozial benachteiligte Kind hat.

Sozial benachteiligten Kindern sind spezifische Denk- und Sprachstörungen gemeinsam, die sich in konkretistischem Denken und der mangelnden Fähigkeit, Sprache als interpersonelle Kommunikation und als Instrument zur Verwertung von Erfahrungen zu nutzen, äußern. In Korrelation zu diesen Störungen finden sich Selbstbezogenheit und eingeschränkte Beziehungsfähigkeit zu anderen Menschen. Dazu läßt sich häufig eine geringe Frustrationstoleranz sowie eine mangelnde Konzentrationsfähigkeit feststellen.

Die beschriebenen sozial benachteiligten Kinder sind keineswegs als lern- oder geistesbehindert anzusehen: ihre „geistige Retardierung“ ist das Ergebnis eines „kulturellen Verzögerungseffekts“ sowie einer emotionalen Deprivation, beides besonders beobachtbar bei Einwanderer-Familien, die aus

* Dr. phil., Dipl.-Psych., Psychoanalytikerin, Hebrew University, Jerusalem
 ** Vortrag gehalten auf dem XI. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), 14.-19. November 1979, Lübeck-Travemünde

Ländern mit einem zur mehr westlich orientierten israelischen Gesellschaft im Gegensatz stehenden Kulturkreis – meist asiatischen oder afrikanischen Ursprungs – stammen. Durch die Überführung in ein neues soziales System mit gewandelten Beziehungen innerhalb der Familien wurden die Kinder ohne Identifikationsobjekte gelassen und das Vertrauen der Mutter wie des Vaters in ihre eigenen Erzieherrollen und in die Autoritätspersonen in der Familie zerstört. Die neuen Programme haben gezeigt, daß hier Hilfen für die Integration von Einwanderern und Umsiedlern angeboten werden können. Bedingung dafür ist, daß nicht mit dem verbalen Kontakt begonnen wird, sondern daß den Kindern ermöglicht wird, ihr erhöhtes Bedürfnis nach körperlichem Kontakt so lange zu befriedigen, wie sie es brauchen, denn dieser ist die einzige, ihnen bekannte und für sie vertrauenerweckende Beziehungsform, welche ihnen auch hilft, bei der Entstehung von Angst in unbekanntem und neuen Situationen, diese zu bewältigen. Auch die Mütter brauchen eine gewisse Zeit, um frei in der Gruppe sprechen zu können, denn der verbale Ausdruck von Gefühlen ist für sie fremd und angsterregend.

Viele Kinder sind benachteiligt auf Grund körperlicher, geistiger oder seelischer Beeinträchtigungen. Sie brauchen sonderpädagogische Betreuung, weil sie nicht erfolgreich an den allgemeinen Schulaktivitäten teilnehmen können. Wie weisen z. B. auf geistig behinderte, hirngeschädigte oder psychotische Kinder hin. Was wir hingegen „kulturell behindert“ oder „sozial benachteiligt“ nennen, ist eine davon verschiedene Kategorie. Obgleich diese Kinder nicht retardiert sind, werden sie in einem sehr frühen Lebensalter aus der Schule entlassen oder verwiesen. Ihre Schulleistungen sind ärmlich, ihre Frustrationstoleranz ist sehr niedrig, und sie können sich nur kurze Zeit konzentrieren. Ihr Interesse ist auf das augenblickliche Geschehen und auf das Konkrete gerichtet; sie zeigen einen Mangel an Arbeitsdisziplin. Obwohl sie weder retardiert noch geistigkrank sind, können sie nicht analytisch denken; ihre Kapazität, bekannten Dingen neue Aspekte zuzuordnen, ist begrenzt, und sie versagen bei neuen Aufgabenstellungen; sie sind unfähig, in einer Situation einen totalen Überblick zu gewinnen. Sie neigen dazu, schnell aufzugeben und kämpfen nicht um einen Erfolg. Konzepte wie Herausforderung, Wettbewerb, Kampf um den Erfolg und das Akzeptieren können zeitweiligen Versagens sind diesen Kindern unbekannt. Da ihre kognitive Entwicklung langsamer verläuft als bei Mittelschichtkindern, wird die Kluft zwischen ihnen und den Privilegierten von Jahr zu Jahr tiefer. Das Mittelschichtkind kommt in die Schule, nachdem es bereits einen Fundus an Wissen von seiner Umgebung übernommen hat. Es besitzt einen relativ umfangreichen Wortschatz, kann in Zusammenhängen denken und pflegt zu fragen, wenn seine Neugierde erregt ist. Das benachteiligte Kind hingegen ist gekennzeichnet durch Informationsarmut und einen Repertoiremangel an Verhaltensweisen, um die Welt um sich herum anzuschauen und zu erfassen. Was es sieht, nimmt es als gegeben an, es neigt dazu, die von Autoritäten gegebenen Antworten zu akzeptieren, und es stellt keine Fragen. An diesem

Punkt will ich das „Syndrom“ des sozial benachteiligten Kindes noch weiter beschreiben, bevor ich auf die Ursachen und auf die möglichen Förderungsprojekte eingehe.

Feitelson aus Jerusalem schreibt in einer Untersuchung über benachteiligte Kindergartenkinder: „Nur wenige benachteiligte Kinder entwickelten im Alter von 5 Jahren ein spontanes Interesse daran herauszufinden, wie und warum sich Dinge so und nicht anders verhalten.“ Laut *Feitelson* zeigen sie wenig Initiative und sind sehr abhängig. Ihr Stil, mit den Dingen fertig zu werden, hängt mehr von der Gruppe ab als von der eigenen Aktivität. Sie kämpfen selten um ein Spielzeug und sind nicht imstande, Führungsrollen zu übernehmen. All dies wird sichtbar im Vergleich zu den sogenannten privilegierten Fünfjährigen, die mit dem Gefühl eines eigenen Wertes in den Kindergarten kommen, sich als selbstbestimmte, autonome Personen fühlen, auch wenn dieses Gefühl noch störanfällig und die Individualität des Kindes noch nicht ganz von derjenigen seiner Eltern abgehoben ist. Andererseits gewann *E. Rosenfeld* den Eindruck bei der Beobachtung der benachteiligten Kinder in ihrem eigenen Milieu, „daß sie mit sich selbst zufrieden sind, einen integrierten Teil der Familiengruppe darstellen und selbst wenn sie sich nicht kompetent fühlten, sich darüber nicht aufregten. Sie erscheinen undifferenziert und ungeschickt, aber sie scheinen sich akzeptiert zu fühlen, so wie sie sind.“ Dieses Bild ändert sich im Verlauf der Kindergartenzeit und vor allem in der Schule. Ihre Sprache ist unterentwickelt, sie benutzen ein ärmliches Vokabular, sprechen ohne verbindende Worte und bilden selten einen vollständigen Satz. Nicht nur hinken sie in ihrer kognitiven Entwicklung nach, sie haben auch keinen Arbeitsstil und keine Verhaltensgewohnheiten. Sie können ihre Wünsche nicht aufschieben und benutzen oftmals Aggressionen als einzige Form der Selbstbehauptung. Sie nehmen keine Rücksicht auf die anderen Kinder, können kaum Sachen geschweige denn Gefühle austauschen und fühlen sich stets benachteiligt. *Rosenfeld* fand, daß diese Kinder in früher Kindheit zwar gut versorgt werden, dies jedoch vor allem im Bereich körperlicher Bedürfnisse. Hingegen wird in diesen Familien das Kind nicht als eine eigenberechtigte Persönlichkeit angesehen, und die Mütter haben kein Interesse an ihren speziellen Bedürfnissen und Stimmungen. Die Neugier und Zudringlichkeit des kleinen tapsenden Kindes wird als Plage gewertet. Manchmal werden die Kinder, besonders in größeren Familien, als austauschbar angesehen. Mütter sprechen kaum mit ihren Kleinkindern. Der soziale Austausch und die Kommunikation mit älteren Babies ist begrenzt; man nimmt sie aber doch in den Arm und küßt sie, so daß ein gewisser körperlicher Kontakt gewährleistet ist. Folglich suchen die Kinder im Kindergarten und in der Schule nach körperlichem Kontakt, aber einen solchen sind die Lehrer nicht gewohnt zu geben. *Rosenfeld* schreibt: „Die Schwierigkeiten beginnen im Kontakt mit hochindividuierten und sozialkompetenten Mittelschichtkindern aus westlichen Ländern und mit Lehrern, die sie nur unter der Bedingung akzeptieren können, daß sie unabhängig und sozial-

kompetent werden. Diese Konfrontation scheint ihr Selbstbewußtsein und das Gefühl zu unterminieren, so akzeptiert zu werden, wie sie sind.“

Später müssen sie versuchen, sich auf aggressivem Wege durchzusetzen. Hinzu kommt, daß die Erfahrungen der privilegierten Kinder sehr viel reichhaltiger im Gesamtinhalt und im Detail sind. Das benachteiligte Kind fühlt das und schämt sich augenscheinlich. *Frankenstein* behauptet, die benachteiligte Jugend, die in homogenen Wohngebieten aufwächst, schiene zwar wütend und ressentimentgeladen zu reagieren auf das, was sie als diskriminierende Behandlung ansähe, fühle sich aber keinesfalls minderwertig, verglichen mit Kindern, die in gemischter Nachbarschaft aufwachsen. In ihren Familien und innerhalb der Verwandtschaft fällt ihre geringe Frustrationstoleranz nicht auf. Aber in der Schule, die auf westlichen Normen aufgebaut ist, fallen sie aus dem Rahmen. Sie können nicht still sitzen, ihre Konzentrationsfähigkeit ist begrenzt und ihre Sprache nicht differenziert genug, um ihre Gedanken zu artikulieren; damit erregen sie Ärger bei Lehrern und Mitschülern.

Das Schulversagen führt zur wachsenden Diskrepanz zwischen diesen Kindern und den Erfolgreicheren. Wenn sie älter werden, wird die Kluft zwischen ihnen und den Leistungsstarken immer tiefer und verstärkt das Gefühl der Minderwertigkeit, Abhängigkeit und Verzweiflung. Die Benachteiligten neigen dann dazu, anderen die Schuld an ihrer Erfolglosigkeit zu geben. Sie erfahren sich selbst als initiativlos und erwarten von anderen, kompetenteren, daß sie Verantwortung übernehmen und die notwendigen Veränderungen veranlassen.

Sozial Benachteiligte sind gekennzeichnet durch ein starkes Gefühl der Hilflosigkeit, und ihr Autonomiemangel bringt sie dazu, in jedem Beamten einen mächtigen Vertreter einer Autorität zu sehen, in deren Händen ihr Schicksal liegt. Diese Sichtweise führt zu Ressentiments und Wutausbrüchen.

Um das bisher Gesagte kurz zusammen zu fassen: Die Benachteiligten, wie wir sie bislang beschrieben haben, leiden also unter einer kulturellen Kluft zwischen sich und den Privilegierteren. Obgleich sie keineswegs lerner- oder geistesbehindert sind, verläuft ihre geistige Entwicklung langsamer aufgrund mangelnder Stimulation. Wir haben auch gesehen, daß sie unter mangelnder affektiver Zuwendung leiden. Ihre Mütter können zwar die primären körperlichen Bedürfnisse befriedigen, aber nicht auf die Kinder eingehen, ihnen zuhören, ihre Fragen beantworten und vor allem ihnen das Gefühl geben, erwünscht und geliebt zu sein. Gewöhnlich werden die Kinder als eine Last für die Mütter angesehen, die selbst ziemlich hilflos den Anforderungen der Gesellschaft gegenüber stehen.

Eine Mutter mit vielen Kindern kann nicht entspannt da sitzen und ihren Kindern Geschichten erzählen, wenn sie selbst frustriert ist, weil ihr Mann keine angemessene Arbeit hat und sie womöglich noch für sein Versagen beschuldigt oder verantwortlich macht.

Wir werden noch darauf zu sprechen kommen, daß Mütter benachteiligter Kinder oft schon selber in ihrer Kindheit benachteiligt waren und daß Mütter schon keine Zeit hatten, ihnen Geschichten zu erzählen. Aber damals existierte noch die Großfamilie und die Kinder wurden zum Teil von Tanten und Großmüttern erzogen. *Ortar* hat gezeigt, daß Mütter benachteiligter Kindern gewöhnlich nicht mit diesen sprechen, wenn sie etwas haben wollen, sie zeigen einfach auf den Gegenstand, ohne ihn zu benennen. Sie sagen z. B. „bring mir das da“ und nicht „bring mir bitte das Buch, den Apfel oder das Spielzeug.“ Diese Tatsache wäre an und für sich nicht schlimm, wenn die Gesellschaft nicht das Denken in klassifizierten, abstrakten Kategorien verlangen würde. Beim Versuch, diese Kinder zu rehabilitieren, wurden ihnen vor allem Intelligenztests vorgelegt, bei denen sie versagten, denn die Tests waren an den Normen der Mittelschichtskinder geeicht. So wurden sie als retardiert bezeichnet und wegen ihres impulsiven Verhaltens als sozial unangepaßt zurückgestoßen.

Obgleich die meisten sozialbenachteiligten Familien zur Gruppe mit geringem Einkommen gehören, ist Armut nicht ihr Hauptproblem. Ihre Unfähigkeit, ihre Kinder mit den nötigen Voraussetzungen für eine erfolgreiche Sozialisation zu versehen, ist das Resultat eines emotionalen, nicht eines ökonomischen Problems. Wir kennen viele arme Familien, deren Kinder nicht „sozial benachteiligt“ genannt werden können. Sie besuchen die Schule regelmäßig, sie entfalten ein planmäßig-zielgerichtetes und abstraktes Denken und ihre soziale Anpassung ist gut. Außerdem verfügen sie über das nötige Grundvertrauen, um gute Kontakte und menschliche Beziehungen anzuknüpfen.

Bis vor kurzem glaubten viele Forscher, daß in niedrigeren Einkommenschichten mehr retardierte Kinder geboren würden als in höheren sozialen Klassen und daß das von uns „soziale Benachteiligung“ genannte Syndrom eine angeborene Retardierung darstelle (*Jensen* in den USA ist ein prominenter Vertreter dieser Denkrichtung). Amerikanische Wissenschaftler fanden, daß die Intelligenzquotienten der schwarzen Bevölkerung niedriger waren als diejenigen der weißen und daß Farbige aus dem Norden, mit besseren wirtschaftlichen Bedingungen, bessere Leistungen erzielten als die ärmeren Schwarzen aus dem Süden. So sah man eine Abhängigkeit zwischen Armut und Retardierung, ohne zu bedenken, daß bei gleichen Chancen wahrscheinlich auch gleiche Resultate erzielt worden wären. Aber *Hunt* in den USA und *Frankenstein* in Israel haben nachgewiesen, daß Mangel an Lerngewohnheiten sogar sehr intelligente Kinder davon abhält, ihre Potentiale zu entfalten.

Nun müssen wir uns fragen, wie ein solches Phänomen – die soziale Benachteiligung – überhaupt entsteht. Wir sahen bereits, daß die überarbeiteten und frustrierten Mütter ihre Funktion nicht mehr zu erfüllen vermögen. Zwar haben die meisten ihre Kinder körperlich betreuen, aber doch nicht auf die Forderungen der modernen Gesellschaft vorbereiten können. Wenn das

Problem aber nur in der Vorbereitung läge, wäre es nur halb so schlimm. Zwar hätten die Kinder nicht das nötige Vertrauen in ihre Fähigkeiten und in sich selbst, aber sie würden nicht an einer Identitätskrise leiden, die bis zum Identitätsverlust führen kann. Die fehlenden sozialen und schulischen Fähigkeiten könnte man ihnen zusätzlich beibringen, wie wir es später noch schildern werden; aber der Identitätsverlust ist gravierender.

Identitätsverlust finden wir bei Familien, die sich im Übergangsstadium von einer Lebensform zu einer anderen befinden. Einen solchen Übergang finden wir bei Emigranten und bei denjenigen Familien, deren Zusammenhalt aus irgendeinem Grunde zerbrochen ist oder die die notwendige Anpassung an die sich wandelnden Lebensformen nicht vollziehen können. Manche Emigranten, speziell solche, die in ihrer Familie und oft auch in ihren alten Gesellschaftsnormen tief verwurzelt waren, können paradoxerweise eine bessere Anpassung vollziehen als solche, bei denen die Traditionen und die herrschende soziale Struktur bereits anfang, brüchig zu werden. Wichtig ist, daß der Übergang langsam vor sich geht, und daß die Familie noch ihre Tradition für eine gewisse Zeit beibehalten kann. Bei manchen Einwandererfamilien, vor allem aus Asien und Afrika, hat der schnelle Wechsel von einer patriarchalischen zu einer mehr sozialdemokratischen Lebensform verheerende Folgen. Bei diesen ursprünglich orientalisches orientierten Familien, wo der Vater die unbestrittene Autorität darstellt, gestaltete sich der Wechsel in eine Gesellschaft, in der die sozialen Rollen weniger scharf definiert sind, viel schwerer als bei den Überlebenden der Massenvernichtung und den Flüchtlingen aus der Kriegskatastrophe in Europa. Letztere hatten oftmals starke intra- und interpersonelle, mit ihrer Einwanderung verbundene Probleme, aber die sogenannten Orientalen fanden in Israel Strukturen vor, die sich sehr von den ihnen gewohnten unterschieden. Frauen hängen in der orientalischen Kultur absolut von ihren Männern ab und dürfen, abgesehen von Haushaltfragen, keine eigene Meinung haben. In Israel jedoch arbeiten mehr als 40% der Frauen außerhalb des Hauses und haben ihr eigenes Einkommen. Diese Tatsache bedroht die Position des Familienvaters als dem einzigen Versorger. Außerdem ist er nicht mehr die unanzweifelbare Autorität. In Israel fand er sich wieder als jemand unter anderen, die besser ausgebildet waren als er, z. B. als Lehrer, landwirtschaftliche Instruktoren etc. Dieser Vater, der nicht mehr hinreichend ausgestattet ist, um mit den Forderungen der modernen Gesellschaft fertig zu werden, verliert sein Autoritätsimage in den Augen der Kinder. In Israel entwickelte sich zudem, als eine Reaktion auf die „galuthische Vergangenheit“ (Diaspora) und aus dem Glauben an eine bessere Zukunft, eine außerordentlich kinderorientierte Kultur, in der die Kinder gelehrt werden, sich unabhängig zu verhalten, sich ihren Eltern gegenüber nicht unbedingt gehorsam zu erweisen – wie im patriarchalischen System – und in dem das Argumentieren mit Erwachsenen nicht nur erlaubt, sondern sogar unbewußt erwünscht ist. Hier muß ich erwähnen, daß in der israelischen Gesellschaft das Ausdrücken der eigenen Meinung

sehr wichtig ist, während Gehorsam oder gar Unterwürfigkeit als Schwäche angesehen oder als Unterwerfung und Feigheit mißverstanden werden (Wertvorstellungen aus der „Galuth“ (Diaspora)).

In dieser neuen kulturellen Umgebung mißverstand der in seiner Autorität in Frage gestellte Vater diese neuen Verhaltensweisen oft als persönliche Rebellion, die er mit Gewalt zu unterdrücken versuchte. Die Aggressionen des Vaters führten zu Gegenaggressionen der Kinder, auf die wiederum der Vater mit noch erbarmungsloseren Absicherungsakten für seine Autorität reagierte, oder er gab auf und wurde passiv und depressiv. Das Selbstvertrauen der Mutter wurde ebenfalls durch die neuen Erziehungsmuster eingeschränkt. Die sehr tüchtigen Gemeinde-Krankenschwestern und die Kindergärtnerinnen in den kostenlosen Kinderzentren versuchten die Mutter zu überzeugen, die neuen und sogenannt modernen Methoden des Fütterns, Waschens, mit dem Baby Sprechens usw. anzuwenden, ohne den Effekt dieser Indoktrination auf die Mutter zu bedenken. Die Mutter fühlte sich dann dumm und hilflos, wenn sie versuchte, die neuen Verhaltensmuster zu kopieren und die alten, die für ganze Generationen richtig erschienen, zu verwerfen. Sie begann sich minderwertig und unsicher zu fühlen, was sie wütend und ungeduldig im Umgang mit ihren Kindern machte, oder aber andererseits passiv und unfähig, ihre Kinder zu leiten und zu kontrollieren.

So verloren die Kinder ihre Identifikationsobjekte. Sie konnten weder die rigiden und altmodischen Normen des Vaters akzeptieren noch die hilflose Mutter respektieren. Vater und Mutter fühlten sich nach diesem Autoritätsverlust inkompetent und reagierten entweder mit Rückzug vom Kinde oder mit Machtbeweisen mittels schwerer Strafen. Die Kinder hingegen lernten, die Autorität entweder nur zu fürchten oder zu vermeiden und hatten niemanden, dem sie sich anvertrauen oder von dem sie lernen konnten. Das Zuhause wurde ein unerträglicher Platz mit routinemäßigem Fluchen, Keifen und Schlagen. Kommunikation zwischen Ehemann und Ehefrau, zwischen Kindern und Eltern wurde unmöglich, und die Kinder sahen sich nach Autoritäten außerhalb der Familie um.

Unglücklicherweise fanden sie nicht die notwendige Unterstützung in der Schule, weil ihre Leistungen schwach waren, und sie nicht das nötige Selbstvertrauen zur Kommunikation mit den anderen Kindern hatten. Da die Aggression die einzige ihnen bekannte Protestform war, zerstörten sie, was ihnen in den Weg kam und wurden schließlich von der Schule verwiesen.

Ich nehme an, daß die Gesellschaft sich nicht weiter aufgeregt hätte, wenn das Problem der Sozialbenachteiligten ein lediglich erzieherisches gewesen wäre; nur wurden diese in den letzten Jahren zu starken politischen „Pressure-Groups“ (z. B. die Schwarze-Panther-Bewegung). So mußten die Regierungen dem Problem mehr Beachtung schenken. Forschungen finanzieren, Budgets für bessere Unterbringung und mehr Arbeitsplätze schaffen und – was uns hier besonders interessiert – für bessere Erziehungsprogramme sorgen.

Zunächst wurde in den vergangenen Jahren versucht, die intellektuellen Fähigkeiten der Kinder zu entwickeln und das Selbstvertrauen der benachteiligten Kinder durch Hilfe zu gleichrangigen Leistungen zu verstärken; den emotionalen Bedürfnissen der Kinder wurde aber zu wenig Beachtung geschenkt.

Vom Gesichtspunkt der Intelligenz betrachtet, schuf man besondere Lernmethoden, die das „Bekannte und Konkrete“ betonten, so z. B. das Sprechen in Sätzen und nicht in einzelnen Worten wie „komm“, „gehe“, das Fragenstellen, das Erfassen und Ausmalen der eigenen Umgebung usw. Sogenannte „Enrichment Programs“ wurden entworfen. Man nahm die Kinder für zwei bis drei Stunden pro Tag zur individuellen Pflege aus der Klasse heraus und brachte sie anschließend für weitere Lern- und Sozialaktivitäten dorthin zurück. Dieses Projekt erwies sich zwar als besser und erfolgreicher als die Einrichtung von Sonderklassen für sogenannte zurückgebliebene Kinder, in denen die Benachteiligten von den anderen getrennt waren. Aber sie litten doch unter einem Stigma, weil man sie aus der Klasse herausnahm. Zwar konnten sie sich mit den anderen Kindern befreunden und in den Pausen mit ihnen zusammen spielen, Untersuchungen zeigten jedoch, daß die für die Schulkinder geschaffenen Programme nicht halfen, die Kluft zwischen den Benachteiligten und den anderen Kindern zu überbrücken; schließlich verfügten diese über Jahre hinweg über einen Vorsprung an „natürlichen Enrichment-Programmen“ von zuhause aus. Man versuchte dann, sich bereits im Kindergarten besonders um diese Kinder individuell zu bemühen, aber die Versuche mißlangen, weil sie die affektiven Bedürfnisse der Kinder nicht genügend beachteten. Der Wortschatz der Kinder wuchs zwar, und sie erweiterten ihre sprachlichen Ausdrucksmöglichkeiten insgesamt, aber es blieben ihnen die Rastlosigkeit und der Mangel an Vertrauen; ihre Leistungsfähigkeit fiel deswegen dann doch zurück.

Deshalb wurde entschieden, noch früher zu beginnen, nämlich bei den Müttern. Man lehrte sie, wie sie sich mit den Kindern unterhalten sollten, wie man ihnen zuhören, ihre Fragen beantworten und mit ihnen Erfahrungen austauschen sollte. Viele Mütter waren aber nicht imstande, die in sie gestellten Erwartungen zu erfüllen, weil sie selbst wenig Vertrauen in sich selber hatten, so daß sie nach wenigen Versuchen die Teilnahme an dem Projekt aufgaben. Sie hatten auch keine Unterstützung vonseiten der anderen Mütter, die sich auch als Versagerinnen erlebten. Die Mütter meinten auch, die Projektleiter enttäuscht zu haben, was öfters wirklich der Fall war. Die Leiter gehörten zu einer anderen Schicht, wurden öfters von den Müttern stark idealisiert, was zu einer Lähmung der letzteren führte und die Identifikation mit den Leitern verunmöglichte. Kürzlich wurde ein großes Projekt entwickelt, in dem Mütter, und möglichst auch Väter, lernen konnten, mit den Kindern zu spielen. Am Nachmittag oder am Abend wurden ihnen in der Schule passende Spiele für jedes Alter gezeigt. Sie konnten die Spiele ausleihen (meistens waren es Tischspiele), und die Familienmitglieder konnten

denn gemeinsam spielen. Für viele Eltern war dies eine neue, aufregende und zuweilen sogar unheimliche Sache, da sie selber nie gespielt hatten. Spiele sind zwar intellektuelle Aktivitäten, aber sie regen gleichzeitig die Kommunikation an, die in diesen Familien oftmals gestört ist.

Das ist meines Erachtens der erste wirkliche Versuch, die Eltern für ein gemeinsames Projekt mit ihren Kindern zu engagieren. Die Kinder kannten einen Teil der Spiele und konnten den Eltern beim Spielen helfen. Wichtig ist auch, daß das Spielen kaum verbale Kommunikation benötigt.

Ein weiteres, wichtiges Forschungsprojekt sind die Müttergruppen. *Sharni* und andere versuchten, das Selbstgefühl kulturell benachteiligter Mütter oder solcher, deren Kinder davon bedroht waren, durch wöchentliche Aktivitäts- und Diskussionsgruppen zu heben. Die Mütter – meistens asiatischen oder afrikanischen Ursprungs – waren aus ihren Heimatländern und -gebräuchen herausgerissen, sie arbeiteten nicht außerhalb des Hauses, hingen sehr von ihren Ehemännern ab und fühlten sich in ihrer Umgebung entfremdet. Vor allem fehlte ihnen das notwendige Selbstvertrauen, daß sie als Mütter funktionieren und ihre Aufgabe auch zufriedenstellend meistern könnten. Wir haben gesehen, daß die früheren erzieherischen „Enrichment-Programme“ für Mütter deren Abhängigkeit vom Berater nur verstärkt hatten und die Mütter sich minderwertig fühlen ließen. Diese Programme bestanden meistens aus Ratschlägen, manchmal sogar aus befehlsnahen Verordnungen, welche die Mütter nur verwirrten und sich noch ratloser fühlen ließen. Niemand fragte sie, wie sie selbst und ihre Mütter seit Generationen mit ihren Kindern umgegangen waren. In *Sharnis* Projekt versuchten wir in Gruppendiskussionen, die Mütter herausfinden zu lassen, was sie wirklich brauchten und wollten. Die Gruppen wurden von Gruppenleitern vom gleichen sozialen Hintergrund und oft auch vom gleichen Wohnquartier oder Dorf geleitet. *Sharni* und Mitarbeiter glaubten, daß Diskussionsgruppen über Themen, die die Mütter interessierten, ihnen helfen würden, ihre Gefühle auszudrücken, sich sicherer zu fühlen und besser mit ihren Rollen als Mütter und Ehefrauen fertig zu werden. Wir glaubten auch, daß eine Mutter die andere in ihren Schwierigkeiten unterstützen könnte. Aber wir machten die Erfahrung, daß es für die Mütter sehr schwer war, überhaupt eine Diskussion anzufangen, da sie es nicht gewohnt waren, über sich selbst zu sprechen. Deshalb mußten wir unsere Technik ändern: das Treffen begann mit einer Aktivitätsgruppe, in der die Mütter etwas für sich selbst basteln konnten, z. B. ein Schmuckstück oder ein Kleid; eben nicht etwas für den Haushalt oder die Kinder, sondern für sich. Wenn die Gruppe einigen Zusammenhalt durch die gemeinsame Aktivität gewonnen hatte, waren alle sehr viel bereiter, Erfahrungen verbal und affektiv auszutauschen. Gegenseitiges Vertrauen wuchs schrittweise, und Kommunikationsbarrieren fielen. Die Frauen schämten sich weniger voreinander und vor der Leiterin, weil die Gruppen von ihnen bekannten Leuten geleitet wurden (Krankenschwestern, Lehrern, Sozialarbeitern etc.), die sich oft auch auf den gemeinsamen kultu-

rellen und sozialen Hintergrund beziehen konnten. Experten von außerhalb, speziell Universitätsangehörige aus einer anderen sozialen Schicht, wurden als Gruppenleiter nicht akzeptiert. Das mußten wir alle selber langsam lernen und verstehen.

Alle Gruppenleiter waren in Supervision mit den Projektleitern, um sie für die Bedürfnisse der Mütter zu sensibilisieren und sie speziell auf deren Neigung vorzubereiten, sich an Autoritäten anzulehnen und nicht nach eigenen Lösungen zu suchen. Die Gruppenleiter wurden davor gewarnt, als „weise“ Experten aufzutreten, sondern gebeten, die Mütter selbst die Initiative ergreifen zu lassen oder, gerade am Anfang, wo die Mütter nicht gewohnt waren, aktiv etwas zu unternehmen, sie eben dazu zu veranlassen und anzuleiten.

Dies war auch für die Leiter schwierig, weil sie selbst es gewohnt waren, sich einer Autorität zu unterstellen und ihr zu gehorchen, oder – wenn sie selber in einer autoritären Rolle auftreten mußten – Befehle zu geben und zu kommandieren. Deshalb waren die Kontrollgespräche für die Leiter so wichtig. Aber auch wir Supervisoren haben dabei enorm viel gelernt.

In den Gruppen sprachen die Mütter zunächst nicht über ihre Probleme. Sie diskutierten die Probleme der Kinder und wagten erst langsam, auch über sich selbst zu sprechen; sie erwähnten dann ihre Hilflosigkeit im Kontakt mit den Kindern, ihre Abhängigkeit von Autoritätspersonen und sprachen darüber, daß sie sich schämten, ihre Rolle als Mutter nicht genügend meistern zu können. Die gewährende und angenehme Gruppenatmosphäre ließ sie die Schwierigkeiten einbringen und sich gegenseitig aussprechen über ihren endlosen Kampf gegen die Gefühle des Nicht-Könnens.

Als Ergebnis dieses Experimentes gewannen die Mütter mehr Selbstvertrauen, sie reagierten weniger impulsiv und konnten ihren Kindern und Ehemännern eine Stütze sein. Interessanterweise veränderte sich damit nicht die Struktur der orientalischen Familie; die Mutter fühlte sich weiterhin abhängig von ihrem Mann und den älteren Verwandten, gleichzeitig aber reagierte sie aufgrund des Vertrauens- und Sicherheitsgefühls weniger passiv und hilflos. *Sharni* fand heraus, daß sie die emotionale Kontrollinstanz verändert hatte (*Rotters* Begriff des „Locus of control“): anstatt sich an die äußeren Ratgeber und Autoritäten zu wenden, fand die Mutter die Stärke für notwendige Entscheidungen in sich selbst. Anscheinend war jetzt die Abhängigkeit von der Familie eine selbstbejahte Tendenz und nicht etwas, was die Mutter als ihr aufgezwungen erlebte.

Dieses erst kürzlich abgeschlossene Experiment zeigt, daß das Vertrauen und die Selbstachtung der Mutter sich sehr verbesserten, es gibt aber keine hinreichenden Aufschlüsse über den Effekt der gesteigerten Ich-Stärke der Mutter auf die Kinder. Wir hoffen, daß die Kinder über die Identifikation mit einer aktiveren und fähigeren Mutter lernen werden, sich mehr auf ihre eigenen, inneren Kräfte zu verlassen, sich autonomer und sicherer zu fühlen,

um besser mit den Anforderungen der Schule und der Gesamtsozialisation fertig zu werden.

Es gibt viele Gegner dieses Ansatzes. Einige wichtige israelische Erziehungswissenschaftler (*Frankenstein, Eiger, Feuerstein*) glauben, daß dem kulturell beeinträchtigten Kind besser durch eine Anreicherung des Vorschul- und Schulprogramms und nicht durch Vertrauensstärkung der Mutter geholfen werden kann. *Frankenstein* und *Feuerstein* glauben gezeigt zu haben, daß dann, wenn wir diesen Kindern konkrete Aufgaben stellen, Arbeitshaltungen beibringen und ihre Leistungen verstärken, ihre Retardierung dann verschwindet. Ich hingegen glaube, daß wir das Problem von beiden Seiten anpacken müssen. Das Kind lediglich mit Wissen zu füttern, ohne sich um seine emotionale Entwicklung zu kümmern, heißt, zum Mißerfolg verdammt zu sein. Ich glaube, die Arbeit mit den Müttern, unter Einbeziehung der Väter – die bislang ausgeschlossen waren –, stellt eine Langzeitinvestition dar, die den Kindern die Integration in die neue Gesellschaft erleichtert und gleichzeitig den Teufelskreis stoppt, nach dem unterprivilegierte Familien am Rande der Gesellschaft sich nicht ihren Normen anpassen können und dann auch nicht an dem teilhaben können, was die moderne Gesellschaft anzubieten hat. Den alten Status beizubehalten heißt, neue Familieneinheiten zu produzieren, deren Kinder zwar nicht retardiert sind, wohl aber wieder in jungem Alter aus der Schule fliegen und so gezwungen werden, entweder in niedrigen Stellen oder gar nicht zu arbeiten und dann möglicherweise kriminell zu werden.

Unglücklicherweise mußten die Großfamilien, aufgrund des Wohnungsbauprogramms (kleine Appartements) und wegen mangelhaften Verständnis der israelischen Regierung, in Kernfamilien aufgeteilt werden, so daß Mütter und Kinder oftmals weit entfernt von ihren Verwandten leben mußten. Sie hatten somit auch keinen Kontakt zu ihrer natürlichen Gruppe und konnten erst in der neu geschaffenen Müttergruppe aufatmen.

Bis jetzt wurde aber mit den Kindern selbst auf emotionaler Basis kaum gearbeitet. Es hat sich aber gezeigt, daß bei denjenigen Familien, die eine geschlossene Einheit in sich bildeten und die ihren Kindern eine Vertrauensbasis schenken konnten, die Integration in die neue Gesellschaft relativ konfliktlos vor sich ging. Deswegen bietet den Einstieg bei den Müttern, durch Steigerung ihres Selbstvertrauens, eine Möglichkeit, auch den Kindern zu helfen. Das Beibehalten der alten Strukturen während einer Weile sowie das Leben innerhalb der bekannten Gemeinde bieten eine gewisse Garantie für eine reibungslosere Anpassung.

Zusammenfassend möchte ich sagen: Die „Sozialbenachteiligten“ sind gekennzeichnet durch: a) einen Konkretismus des Denkens, b) einen begrenzten Konzentrations-Spannungsbogen, c) Sprachdefizite in bezug auf interpersonelle Kommunikation und auf die Fähigkeit, Sprache als Instrument zur Verwertung von Erfahrungen zu nutzen, d) Selbstbezogenheit und eine eingeschränkte Beziehungsfähigkeit zu anderen Menschen sowie e) eine ge-

ringe Frustrationstoleranz. Die geistige Retardierung der Kinder in diesem Kontext ist das Ergebnis eines kulturellen Verzögerungseffekts sowie einer emotionalen Deprivation, die beide durch die Überführung in ein neues soziales System mit gewandelten Beziehungen innerhalb der Familie entstanden sind, dabei die Kinder ohne Identifikationsobjekte ließen und das Vertrauen der Mutter wie des Vaters in ihre eigenen Erzieherrollen und in die Autoritätspersonen in der Familie zerstörten. Die neuen Programme haben gezeigt, daß hier Hilfen für die Integration von Einwanderern und Umsiedler angeboten werden können. Bedingung dafür ist, daß nicht mit dem verbalen Kontakt angefangen wird, sondern daß den Kindern ermöglicht wird, ihr erhöhtes Bedürfnis nach körperlichem Kontakt so lange zu befriedigen, wie sie es brauchen, denn dieser ist die einzige, ihnen bekannte und für sie vertrauenerweckende Beziehungsform, welche ihnen auch hilft, bei der Entstehung von Angst in unbekanntem und neuen Situationen, diese zu bewältigen. Auch die Mütter brauchen eine gewisse Zeit, um frei in der Gruppe sprechen zu können, denn der verbale Ausdruck von Gefühlen ist für sie fremd und angsterregend.

Fostering Projects for Socially Disadvantaged Children in Israel

Tamara Sternberg (Jerusalem)

On the basis of the problems of Israeli immigrant families and the social deprivation of their children the author discusses in her paper the burning question of social deprivation and inequality as well as the question of prevention.

Socially deprived children are characterised by specific thought and speech disturbances which are manifested in concretistic thinking and the inability to use language as interpersonal communication and as a tool for utilisation of experience. In correlation to these disturbances there is self-absorption and an impaired ability to form relationships with other people. Low frustration tolerance and a poor ability to concentrate are also often found.

The socially deprived children thus described are, however, by no means to be considered as educationally subnormal or mentally retarded. Their "mental retardation" is the result of a "cultural lag" and of emotional deprivation, both of which are observed particularly often in immigrant families from countries with a culture – mostly of Asian or African origin – opposed to the more western-oriented Israeli society. The cause of the social deprivation of children from such families lies in the fact that, transposed into a new social system with changed relationships within the family, the children lose their objects of identification and the mother and father lose their confidence in their own roles as parents and as figures of authority in the family. This means that there is an "identity crisis" with a threatened loss of identity.

As regards the question of prevention and possibilities of countering "social deprivation" the new projects presented here have shown that help can be offered for the integration of immigrants and resettlers. The precondition for such help is that it takes as a starting point the conditions prevailing in the children. Thus it is no use beginning with verbal contact but the children must be given the opportunity to satisfy their increased need for physical contact as long as they need because physical contact is often the only form of relationship with which they are familiar, which gives them confidence and which helps them to cope with the anxiety which arises in unfamiliar and new situations.

The experience in the projects has also shown that work with the mothers cannot start with the demand for verbalisation of family difficulties and uncertainties either. As expression of feelings and talking about themselves is usually foreign to the mothers, communication in the group must develop, via a first stage of joint activities and via talking about the children, until the atmosphere in the group is reassuring enough to permit the mothers to talk about their own difficulties and conflicts.

The result can be summed up by saying that it was possible, through the project work, to increase the confidence and self-esteem of the mothers without threatening the structure of the family with disintegration but that the question of the extent to which the increased ego-strength and self-esteem of the mother has a beneficial effect on the socially deprived child must, at least for the time being, remain open.

Literatur beim Verfasser

Adresse der Autorin:
Dr. phil. Tamara Sternberg
Eitanim Spital
18 Davidson Street
Jerusalem, Israel

Marginale Gesellschaft und jugendliche Marginalität***

Giovanni Bisogni*, Carmine Malanconico**

Die Autoren skizzieren in diesem Aufsatz in beeindruckender Weise die Realität breiter Teile der neapolitanischen Jugend, deren Situation sich mit den Begriffen des „Elends“ und der „Marginalisierung“ oder auch Ausgrenzung fassen läßt.

Diese Ausgrenzung insbesondere der proletarischen und subproletarischen Jugendlichen ist gekennzeichnet durch Verlassenheits- und Desorientierungserlebnisse auf verschiedenen Gruppenebenen. Indem die Stadt, die Kommune Neapel, einen großen Teil ihrer Jugend unterversorgt und ohne jede Sicherheit verelenden läßt, ist sie, bildhaft gesprochen, nicht als große versorgende mütterliche Figur vorhanden. Diese Verlassenheit und Desorientierung, eine letztlich auf der umfassenden Gruppenebene schon identitätsverbietende Situation im Sinne der Theorie Günter Ammons, schlägt auf die Familiensituation, insbesondere der schwächsten Kommunenmitglieder des städtischen Proletariats und Subproletariats durch. Hier finden sich oft schon in frühester Kindheit in der Zerrüttung und Desintegration der Familienstruktur wurzelnde Dispositionen zur späteren jugendlichen kriminellen Reaktion. Die kriminelle Reaktion ist auf dem Hintergrund dieser Gruppensituation der Versuch, auch über die Schaffung krimineller Gruppen mit Führergestalten jene Sicherheit zu finden und einen Weg individueller Bestätigung zu suchen, der ansonsten verwehrt ist.

Genau an dieser Stelle setzt dann die institutionelle Gewalt ein, die den Jugendlichen in Form von Gefängnisaufenthalt und gerichtlichem Ritual endgültig marginalisiert. In dieser totalen Institution – und darin treffen sich die Autoren mit einer zentralen Aussage der Dynamischen Psychiatrie Günter Ammons – wird den Jugendlichen letztlich keine Hilfe zuteil, sondern Verlassenheit, Desintegration und Identitätsverbot werden hier in verstärkter Form wiederholt.

Das vorliegende Referat will einen Beitrag leisten zum Verständnis des Phänomens der minderjährigen Abweichung, betrachtet auch in ihrer kriminellen Bedeutung, in Beziehung zu den Verbindungen, die bestehen zwischen abweichendem Verhalten, abgewichenem Subjekt und soziokulturellen und wirtschaftlichen Bedingungen, innerhalb derer das abweichende Verhalten reift und sich entwickelt.

In der Tat kann das Studium dieses Problems in einer Realität wie der neapolitanischen nur einen Moment der Bereicherung der Debatte darstellen, da ja eigentlich die neapolitanische Realität der getreueste Spiegel ist von sozialen Phänomenen und kollektiven Verhaltensweisen, die abhängen und bestimmt sind von der chaotischen, inhumanen und abnormen Entwicklung der modernen industrialisierten Zivilisation.

Die Stadt Neapel ist das verkommenste städtische Gebiet des gesamten industrialisierten Europa, sie ist die Stadt, wo der Begriff des Elendes schon aus den Geschichtsbüchern hervorgeht und Alltagswirklichkeit wird von hunderttausenden von Individuen, und gerade in dieser Stadt stellt sich ja am

* Dr. jur., Stadtverordneter von Neapel, Italien

** Dr. jur., Rechtsanwalt

*** Vortrag gehalten auf dem XI. Internationalen Symposium der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) vom 14.–19. Nov. 1979, Kongreßzentrum Lübeck-Travemünde

unmittelbarsten, am greifbarsten, eben weil es hier am dramatischsten ist, der Bezug zwischen dem materiellen Bedürfnis und dem abweichenden Verhalten dar.

Die dramatische Verquickung zwischen wirtschaftlichen Ungleichgewichten, Umweltlichem Verfall, sozialer Zerrissenheit und kultureller Unterentwicklung bildet den idealen Humus, in welchem die verschiedenen Formen sich entwickeln von Asozialität und von Ablehnung der mehr oder weniger institutionalisierten Regeln des als normal betrachteten Verhaltens, auch weil sich in diesem sozialen Bild die Grenzen zwischen dem Normalen, Sozialen und dem Abnormalen, Asozialen verwischen; und in diesem Bild erhalten die festesten und selbstverständlichsten Gewohnheiten, die unumstrittensten Institutionen den Charakter der Relativität. In keiner anderen Wirklichkeit als der Neapels ist der verbildende Charakter einer sozialen Struktur offensichtlicher, die noch nicht das dramatische Problem der Befreiung des Menschen von den Ketten des materiellen und moralischen Elendes gelöst hat.

1. Marginale Gesellschaft und jugendliche Marginalität

Das Elend ist der Faktor des Widerspruchs, der in Neapel am wenigsten unverwechselbar ist mit seinem Gegenteil. Es ist der grundlegende Widerspruch, der die verschiedenen anderen überragt und ihre Grundvoraussetzung darstellt.

Das Elend in Neapel, insbesondere das nicht zutagetretende – jenes Elend, mit dem „griffigerweise“ die Anschwärzer der Stadt spekulieren – ist eine Lebensbedingung größten Ausmaßes. Es ist ein kollektiver Status, und als solcher bildet er, absurderweise, auch (obgleich dies bisher weniger der Fall war) ein Element der Stabilität im Wechsel, was, in gewisser Weise, das Überleben der wirtschaftlich schwächsten und an den Rand abgeschobenen sozialen Gruppen gewährleistet; zur gleichen Zeit bietet es sich an als Grundlage des Klassenkampfes. Öffentlich dringen die leidvollsten und verheerendsten Folgen dieser Situation – die beherrscht ist von Kontrasten und knisternden Konflikten, wenn gleich diese selten in offenen Formen ausbrechen – in die Haut der ärmsten Bevölkerung, mit höchsten Preisen, die sich ausdrücken in Kindersterblichkeit, Unterbeschäftigung, Ausbeutung, Marginalisierung, Kriminalität, Analphabetismus und anderem.

Der Zustand umfassender Marginalität der neapolitanischen Wirklichkeit (d. h. Existenz am Rande der Gesellschaft) wird täglich durchmessen im konkreten Leben von hunderttausenden von Proletariern und Unterproletariern, und er wird leider durchmessen mit dem Maß des täglichen Dramas des Kampfes um das Überleben. Die klarste Begegnung mit diesem Drama hat man, wenn man die offiziellen Statistiken liest, die, wie kalt und aseptisch sie auch sein mögen, dennoch das gewaltige Ausmaß und die Intensität der Tragödie durchscheinen lassen, die Tag für Tag in der Stadt Neapel durchlebt wird:

- In der Sonderliste der jugendlichen Arbeitslosigkeit ergeben sich anhand von Eintragungen am 30. 6. 1978 allein in Neapel 93882 Einheiten (Zuwachs + 10114 im Vergleich zu 1977); (Quelle: Arbeitsministerium);
- Circa 200000 Personen (inbegriffen Kinder, Frauen und alte Frauen) überleben durch Schwarzarbeit (die Ziffer muß leider als Annäherungswert angesehen werden);
- Ferner leben 60000 Individuen vom Schmuggel, indem sie viel riskieren und von der Hand in den Mund leben (es sind wenige Geheimnisumwitterte, die sich dabei bereichern);
- Es gibt circa 7000 fliegende Händler, fast alle unzugelassen. Dies sind einige bezeichnende Daten zur Beschäftigungssituation. Dieselbe dramatische Wirklichkeit bietet sich dem Beobachter, wenn man dazu übergeht, den Sektor der sozialen Dienste zu analysieren.
- In der Stadt Neapel erreicht die Überbevölkerung erschreckende Gipfel. Der Koeffizient der Bevölkerungsdichte ist der höchste Europas (man rechnet, daß in der Stadt circa 40000 Wohnungen fehlen);
- Die Menge an Grünfläche pro Einwohner ist die niedrigste Europas;
- Die Krankenhaussituation kennzeichnet sich besonders durch Unhygiene und den Mangel an Bettstellen.

Weiterhin erweist sich die Situation im Sektor Erholung und Sportanlagen, wie sie eine neuerliche Statistik des N. O. C. (Nationales Olympisches Komitee) gut definiert, als „absolut halluzinierend.“ In dieser Statistik liest man: „In Neapel existieren (aber funktionieren nicht immer . . .) 4 Fußballplätze, 4 Leichtathletikanlagen, 5 Mehrzwecksportanlagen (Tennis, Basket- und Volleyball), 3 Turnhallen, 2 Hallenbäder. Im Verhältnis zur Bevölkerung und auf der Grundlage des öffentlich-sportlichen Bedarfs sowie des Raumes, berechnet nach dem Mindestniveau von 3,5m² pro Bürger, müßte es in der Stadt geben: 130 Fußballplätze, 80 Leichtathletikanlagen, 200 Plätze für mehrere Disziplinen, 50 Turnhallen und 70 Schwimmbäder.“

Offensichtlich erwachsen aus einer solchen sozio-ökonomischen Lage, wovon wir nur ein annäherndes und allgemeines Bild skizziert haben, Realitäten und Vorkommnisse, die, direkt oder indirekt, die mehr oder weniger tragischen individuellen Phänomene der Marginalisierung und der verhaltensmäßigen Abweichung aus sich hervorbringen oder dazu beitragen, daß sie sich verbreiten.

Es folgen einige Betrachtungen, betreffend die unmittelbare Reichweite und das Verständnis der Situation auch derjenigen, die nicht der Welt der Arbeit angehören:

a) Diese Situation der Zugespitztheit und sozialen Marginalität muß zwangsläufig negative und grundlegende Auswirkungen auf die psychische Entwicklung der einzelnen Individuen haben, mittels einer sozialen Dynamik, die einerseits die großen sozial-städtischen Strukturen (das Viertel, die Schule, das Arbeitsklima usw.), andererseits die elementaren sozialen Gruppie-

rungen (die Familie, die Gruppe von Freunden oder die Bande usw.) miteinander bezieht.

b) In einer derartigen Situation sind am meisten betroffen die sozial schwachen Subjekte und Schichten (an erster Stelle das Proletariat und das Unterproletariat; und innerhalb dieser Schichten werden zunächst in Mitleidenschaft gezogen die Minderjährigen, die Frauen, die Ältesten).

c) Die soziale Dynamik, die in diesem Typus von Realität ausgeprägt wird, bringt alle charakteristischen Requisiten der „disadaptierenden“ Dynamik zum Vorschein, d. h. jener Art sozialer Dynamik, die die disadaptierten Gruppen, (wörtlich: nicht anpassungsfähig, gesellschaftlich bedingt) aus sich hervorbringt, die, als Mikro-Gesellschaft, sich als Alternative zum bürgerlichen Gesellschaftsmodell konstituieren.

Um das Problem der jugendlichen Delinquenz in Neapel besser zu durchdringen und kennenzulernen, ist es günstig, sich kurz mit der Beziehung zu beschäftigen, die zwischen der beschriebenen sozialen Lage und der Herausbildung der disadaptierten Gruppen besteht.

2. Disadaptierte Gruppe und disadaptierende Gesellschaft

Die sozio-kulturelle Grundgröße, die mit größter Klarheit aus der neapolitanischen Wirklichkeit herausragt, ist die äußerste Labilität jedweden institutionalisierten Verhaltensschemas, jedweden Verhaltenskodex, der zu beziehen wäre auf feste und allgemein anerkannte Kategorien; nicht allerdings in dem Sinne, als existierten in der neapolitanischen Wirklichkeit überhaupt keine Verhaltenscodices, vielmehr, es erben sich ja Verhaltensweisen der Masse seit Generationen fort, sondern in dem Sinne, daß solche Verhaltensweisen abgeändert werden von täglichen Erfordernissen und materiellen Bedürfnissen, die nach und nach deren äußere Formen und Bezugswerte wandeln. Bei dieser Optik ist es leicht erklärlich, wie in der neapolitanischen Wirklichkeit das Bedürfnis der Gruppierung in kleinen Gruppen, Vereinen, Zirkeln, Banden in besonderer Weise verspürt wird, gerade insofern die kleine Gruppe dem einzelnen jene Stabilität und Sicherheit garantieren kann, die das Gesamt der sozial-städtischen Gruppierung nicht zu garantieren vermag.

Innerhalb der kleinen Gruppe findet das Individuum eine eigene Dimension, einen eigenen Raum des Ausdruckes, der ihm von der großen Metropole entzogen und von den besonders verkommenen Lebensbedingungen der Stadt Neapel verdorben wird.

Diese Funktion der kleinen Gruppe zu begünstigen, dazu trägt viel die Tatsache bei, daß in der Stadt große Volksviertel existieren, die wahren und eigentlichen, fest umgrenzten Ghettos sehr ähnlich sind. Es bewahrheitet sich alles in allem, daß die Volksschichten von den wirklichen Zentren des städtischen Lebens ausgeschlossen sind, nicht nur in dem Sinne, daß die soziale Dynamik dazu neigt, sie zu marginalisieren, sondern auch in dem Sinne des echten und eigentlichen physischen Ausschlusses und der städtischen

Ghettoisierung. Dieses typische Phänomen der alten Viertel, wie die berühmten „spanischen Viertel“, manifestiert sich in noch schärferer Form in den großen Randvierteln mit neuer Bauweise, wie das traurigerweise bekannte „rione Traiano“, bekannt durch den absoluten Mangel an sozialen Strukturen.

Eine natürliche Selbstverteidigung treibt die Bürger, die in diesem Viertel wohnen (Viertel, die, so wird noch verdeutlicht werden, einen großen Teil der Stadt Neapel darstellen) dazu, in der unmittelbaren Gruppenbildung jene Elemente der Personalisation der sozialen Beziehungen und des Protagonismus wiederzuzusuchen, die anderwärts versagt werden.

Die Verhaltensregeln dieser Gruppen, auch wenn sie oft charakterisiert sind von starken Elementen der Kritik gegenüber dem herrschenden sozialen Modell, weisen meistens nicht die Züge der antagonistischen Abweichung auf.

Eine besondere Abhandlung würden die Gruppenbildungen verdienen, die von ideologischen oder politischen Zielen motiviert oder jedenfalls von politischen-sozialen Ansprüchen charakterisiert sind. Jedoch sind diese Gruppen, eben durch ihre Natur, ein Verhaltensmodell von geringerer Bedeutung auf der Ebene der psychologischen und kriminologischen Forschung, die uns interessiert.

Als interessanter erweisen sich jene Gruppen, die gewissermaßen durch „spontane Keimung“ geboren wurden, als Antwort auf die soziale Marginalisierung. Im Inneren dieser Gruppen existieren verschiedene verhaltensmäßige Abstufungen in Richtung der Abweichung.

In ihrer ersten Funktion als filterndes Element gegen die äußeren Reizungen kann die Gruppe, je nach ihrer Natur und Struktur, dem Einzelnen Verhaltensmodelle vorstellen, und zwar fallweise verschieden: a) insgesamt indifferent gegenüber der Gesellschaft; b) insgesamt kritisch gegenüber der Gesellschaft, nur ohne in die kriminelle Haltung einzumünden; c) besonders antagonistisch zur äußeren Gesellschaft, so daß man in gewalttätige, fast kriminelle oder kriminelle Haltungen einmünden kann.

Offenbar werden bei der Wahl des einen oder des anderen Verhaltenskodex verschiedenste Elemente Gewicht haben. An erster Stelle wird die familiäre und sozio-kulturelle Herkunft der Gruppenmitglieder von Bedeutung sein. Zweifellos prädisponiert die Familie als Primärgruppe bereits den Einzelnen zu einem fest umrissenen Lebensschema. In einer Wirklichkeit wie der neapolitanischen, wo Übervölkerung und Promiskuität, verbunden mit dem Elend, „normale Phänomene“ sind, kommt es ziemlich oft vor, daß bereits innerhalb der Familie sich klare verbrechensträchtige Anstöße manifestieren oder jedenfalls sich ein allgemeiner Zustand von Disadaptation des Individuums ausprägt. An zweiter Stelle hat in der Wahl des Verhaltenskodex die psychologische Struktur der einzelnen Elemente der Gruppe Bedeutung. Auch von diesem Gesichtspunkt aus erweist sich die Wichtigkeit der Familie fundamental. Nicht selten ist die Tatsache, daß mit der frühesten

Kindheit und dann in der Präpubertät und in der Pubertät eine besonders zugespitzte Familiensituation im Individuum eine besondere psychische Instabilität ausprägen kann, die sich in schleichenden Formen von Psychoneurose manifestiert, wenn nicht geradezu in pathologischen Formen.

Die Begegnung von Persönlichkeiten in der Gruppe, die psychologisch schwach, und gezeichnet sind von psychischen Gebrechen psychoneurotischen Ursprungs, begünstigt innerhalb der Gruppe die Herausbildung einer hierarchischen Struktur, in welcher schließlich eine akzentuierende Persönlichkeit die Überhand gewinnt, die die Rolle des Chefs übernimmt.

Es bewahrheitet sich nach und nach in der marginalisierten Wirklichkeit der alten und neuen Ghettos der Stadt, daß die Gruppe, insbesondere die jugendliche, sich gerade unter dem bestimmenden Anstoß konstituiert, eine Fluchtstraße aus der Wirklichkeit des Viertels und der Familie aufzuspüren, unter einem Anstoß, der, verbunden mit der Bedingung psychischer Disadaptation, wie sie vom Großteil dieser jungen Leute gelebt wird, jene explosive Mischung von bestimmenden Elementen zur Entstehung des kriminellen Verhaltens bildet. Die Wahl eines Verhaltenskodex, der so asozial ist, daß er in kriminelles Verhalten einmündet, wird so die gleichsam obligate Wahl für all diejenigen, die, nachdem sie abnorme Familiensituation und eine gleichfalls schwierige Umweltsituation durchlebt haben, jedenfalls eine Straße individueller Bestätigung suchen, indem sie in dem sozialen Gruppengebilde den Grund für die eigene Marginalisierung verkörpert sehen und gegen diese ihre Wut richten.

Das kriminelle Verhalten kann geradezu ein Wert werden, wenn es sich darstellt in seiner volkstümlich heroischen Form des „guappo“ oder „Ehrenmannes“. Diese Figuren werden gleichsam ein ethischer Bezugspunkt für den Jugendlichen, der in der Respektabilität, gegründet auf Kraft und Gewalt, jenen psychologischen Halt erblickt, jene Garantie von Sicherheit, die ihm versagt worden ist von einer gleichsam nicht existierenden mütterlichen Figur, von einer Stadt, in der er sich immer einsamer vorfindet, und von einer Zugespitztheit des Lebens, die zur normalen Existenzbedingung wird. Unter den verschiedenen möglichen Verhaltenscodices gelangt man also zur Kriminalität durch eine Reihe von psychologischen Einflüssen, die ihre Wurzeln in der sozio-familiären Umwelt haben und die sich auf der Ebene des Bewußtseins nur teilweise manifestieren, wie z. B. die Wahl verbrechensträchtiger Motive, wie die Sehnsucht nach Reichtum, der Exhibitionismus und so weiter. Auch im Jugendlichen, der über die Droge zum Verbrechen kommt, finden sich all die beschriebenen Bedingungen psychosozialen Ursprungs vor. Die Droge, man verstehe darunter im Wesentlichen die harte Droge, stellt auch ihrerseits einen Fluchtweg dar, eine psychische Kompensation für die soziefamiliären Mängel. Dennoch hat der Jugendliche, der straffällig wird, um sich die Droge zu verschaffen, dasselbe Drama der Jugendlichen hinter sich, die über andere Wege zum Verbrechen gelangen.

3. Merkmale der minderjährigen Delinquenz und Beziehung des minderjährigen Delinquenten zu den Gerichtsinstitutionen und insbesondere zur Institution des Gefängnisses

Der Charakter der abweichlerischen Rebellion gegen die soziale Ordnung, wie er typisch ist für die minderjährige Delinquenz in Neapel, wirkt sich so aus, daß der Großteil der Straftaten, die von dem Jugendlichen begangen werden, Straftaten gegen das Vermögen sind. Dem Vermögensdelikt gelingt es in der Tat, besser als jedem anderen kriminellen Verhalten, die Ablehnung des herrschenden Verhaltens und seiner Werteskala herauszukristallisieren, indem es das Gut des Konsums in den Mittelpunkt rückt, vielmehr die Ware, speziell in ihrem vollendetsten Ausdruck: dem Geld, eigentlich das Symbol – insofern es versagt wurde – der Marginalisierung des jugendlichen Delinquenten. In der Wiederaneignung des verwehrteten Symbols drückt der jugendliche Delinquent all seine eigene Fremdheit gegenüber der bürgerlichen Welt aus, und zur gleichen Zeit macht er, paradoxerweise, die Abhängigkeit von dieser Welt augenscheinlich, eine Abhängigkeit im negativen Sinne, von welcher es ihm nicht mehr gelingt, sich zu befreien.

Die Vermögensdelikte zeichnen sich, in der Mehrzahl der Fälle, durch die kollektive Anteilnahme der Gruppe aus. Es handelt sich meistens um Einbruchdiebstähle in Appartements, Handtaschendiebstähle, Taschendiebstahl und so weiter. Seltener sind die räuberischen Straftaten. Greifbar sind auch die Straftaten des Widerstandes gegen Amtspersonen; auch sie sind dadurch charakterisiert, daß in der Amtsperson, meistens einem Vertreter der Ordnungskräfte, das Symbol der sozialen Ordnung verkörpert gesehen wird.

In gleicher Weise bedeutsam sind die Straftaten des unerlaubten Führens von Waffen.

Eine Größe, die bei der Analyse der minderjährigen Delinquenz ins Auge fällt und die von größter Bedeutung ist für das Verstehen des Phänomens, ist die hohe Rückfallquote. Dies beweist, daß das kriminelle Verhalten für viele eine Straße ohne Rückkehr ist, die Erwerbung eines Daseinsschemas und fester Werte.

Bei dieser Radikalisierung des kriminellen Verhaltens liegt es nahe, daß der Jugendliche mit den gerichtlichen Institutionen und insbesondere mit dem Gefängnis zusammenstößt.

Die Gerichte, sei es das ordentliche oder das Jugendgericht, werden oft mit der brutalen Antwort des Systems identifiziert, das den jugendlichen Delinquenten nicht eigentlich zurückzugewinnen als vielmehr zu bestrafen versucht.

Der Jugendliche sieht den Prozeß und das Urteil wie den letzten Versuch der Welt, ihm zu zeigen, daß er es abgelehnt hat, sich zu verteidigen, indem sie seinen Augen die eigene Fremdheit bestätigt, das eigene „Anders“-sein, bezogen auf diese Welt.

Dieser Typ von Haltung zeigt sich in noch schärferer Form bei der Kon-

frontierung des Jugendlichen mit der Institution des Gefängnisses. Im Gefängnis manifestiert sich die Marginalität des Jugendlichen in ihrer höchsten Form, wird Abtrennung, auch physische Fremdheit gegenüber der bürgerlichen Welt. Im übrigen kann der Jugendliche die Einkerkерung bestimmt nicht als Versuch der Rückgewinnung interpretieren – und zwar wegen der aktuellen Bedingungen von Überfüllung und strukturellen Mängeln der italienischen und neapolitanischen Gefängnisse ganz besonders. Bei dem Zusammenprall zwischen disadaptierten Jugendlichen und Gesellschaft stellt das Gefängnis den dichtesten Moment der Ablehnung des Jugendlichen seitens der Gesellschaft dar, und aus der Institution, die zur Rückgewinnung bestimmt ist, verwandelt es sich in ihr Gegenteil, in die Schule der Delinquenz.

Innerhalb des Gefängnisses produzieren sich lupenrein die hierarchischen Schemen und die Verhaltensmuster der Delinquentengruppe, dergestalt, daß der Jugendliche, wenn er aus dem Gefängnis herausgeht, sich notgedrungen zur eigenen kriminellen Wahl zurückgezwungen wiederfindet, sei es, weil er sich fester im Innern des Kreises eingereicht antrifft, eben wegen der Gefängniserfahrung, sei es aus Notwendigkeit, insofern die Erfahrung des Gefängnisses einen unzerstörbaren Stempel der Asozialität im Leben des Jugendlichen hinterläßt, für den, wenn vorher sein Dialog mit der bürgerlichen Welt schon schwer war, nach dem Gefängnis dieser Dialog praktisch unmöglich wird.

Nicht abwegig war es, die gerichtlichen Institutionen, und insbesondere das Gefängnis, wenigstens wie sie gegenwärtig strukturiert sind und funktionieren, als typische totale Institutionen zu betrachten, die sich zum minderjährigen Delinquenten in Beziehung setzen wie zu einem Objekt, das man isolieren muß, indem sie ihn nur und ausschließlich nach seinen Handlungen beurteilen, ohne die auch geringste Berücksichtigung seiner persönlichen Geschichte, im günstigsten Falle mit einer Betrachtung in einer väterlichen Fürsorge. Auf diese Weise ist es so, daß das Gefängnis und die gerichtlichen Institutionen allgemein den kriminellen Jugendlichen als Individuum letztendlich leugnen, um ihn nur als ein „Verhalten“ zu betrachten; aber nicht nur das, sie leugnen schließlich auch sich selbst als soziale Institutionen, indem sie vielmehr der Grenzpunkt werden zwischen bürgerlicher Welt und Welt des Verbrechens und sie die Züge des „Niemandlandes“ annehmen, auf welches einerseits die bürgerliche Gesellschaft mit Schrecken blickt und andererseits der jugendliche Delinquent mit Angst. Es ist kein Zufall, daß in Neapel die schaurigen Namen der Gefängnisse in den guten Familien oft als Schreckgespenst für die kleinen Kinder gebraucht werden oder allgemein Orte der Verdammnis und der Schande bezeichnen.

Was wir oben über die Beziehung zwischen minderjährigen Delinquenten und Gefängnissituation sowie über die Natur der jugendlichen Kriminalität gesagt haben, wird von einer neuerlichen Untersuchung über Strafanstalten für Minderjährige der Stadt Neapel voll bestätigt.

Aus diesen Untersuchungen geht hervor, daß einige der oben vorgestellten Erhebungen im wesentlichen bestätigt werden: a) die hohe Rückfälligkeitsrate; b) daß es sich bei den Straftaten Minderjähriger im wesentlichen um Vermögensdelikte handelt.

Der Beobachtungszeitraum beträgt genau ein Jahr, vom 1.3.1978 bis zum 1.3.1979 (die statistischen Daten beziehen sich im wesentlichen auf das Minderjährigengefängnis *Filangieri*.)

In den städtischen Strafanstalten für Minderjährige werden durchschnittlich täglich 160 Jugendliche inhaftiert (80 in *Nisida*, 60 im *Filangieri*, 5 in Halb-Freiheit auf den „Colli Aminci“ und 10 Mädchen, eingeschlossen in der Abteilung Minderjähriger des Frauengefängnisses von Pozzuoli, wo sie mit inhaftierten Erwachsenen zusammenleben, weil sonst kein Platz ist, wo man sie unterbringen könnte . . .). Als bezeichnend ist hervorzuheben, daß sich die Frequenz 160 als ausreichend stabil ergab – 1978 hieß es 163 Anwesenheiten durchschnittlich täglich an minderjährigen Einheiten, immer bezogen auf das Muster der eben berücksichtigten Institute.

Wenn man sie ausschließlich im Lichte dieser einzelnen Größe betrachtet, könnte die Situation nicht so alarmierend erscheinen und ihre schwierigen Probleme könnten sich auch, vielleicht mit ein wenig gutem Willen, im wesentlichen lösen lassen; um so mehr, wenn man daran denkt, daß die vorgenannte durchschnittliche Anwesenheitsziffer im letzten Jahrfünft stark gesunken ist (von den 226 in 1974 ist man zu den 160 von heute übergegangen – prozentuale jährliche Abnahme 5 %, insgesamt 28 %). Nur in ihrem positiven Charakter ist dies eine täuschende Größe oder offensichtlich eine unvollständige, wenn man ein Phänomen erklären will.

1. Ins „*Filangieri*“ sind „eingetreten“: 1135 Minderjährige

2. Davon sind ausgetreten: durch Gerichtsentscheid 499
durch Überleitung zu anderen Strukturen 624

3. Der Vergehenstitel, der zu den 499 gehört, teilt sich wie folgt auf:

Verschärfter Diebstahl und versuchter Diebstahl	373 Fälle =	75 %
Unerlaubtes Führen von Waffen	32 Fälle =	6 %
Widerstand gegen Amtspersonen	15 Fälle =	3 %
Raub und versuchter Raub	12 Fälle =	3 %
versuchte Morde,	2 Fälle	
Körperverletzungen	7 Fälle =	1,5 %
Andere Vergehen	55 Fälle =	11,5 %
Fälle insgesamt: NO	499 =	100 %

4. Aus dem Titel „Entlassungen“ ergibt sich:

für provisorische Freiheit	352 Einheiten =	70 %
Begnadigungen durch das Gericht	54 Einheiten =	10 %
Aufgehobene Strafe	53 Einheiten =	10 %
Freisprechung	36 Einheiten =	7 %
andere Fälle	4 Einheiten =	3 %
	499	100 %

5. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer im „*Filangieri*“ – was beinhaltet: erste Funktion der Aufnahme und Verteilung aller minderjährigen Inhaftierten im neapolitanischen Raum – beträgt 30 Tage.

6. Bezüglich der Position der Jurisdiktion registriert man bei den Minderjährigen die längste Wartezeit bis zum Erfolgen

des Urteils	85 % circa
Berufung	10 %
Einlegende andere Positionen	5 %

7. Die Daten über die – registrierte – Schulbildung bieten folgendes Bild:

Analphabeten und Fast-Analphabeten	25 Fälle	5 %
Niveau Grundschule	179 Fälle	36 %
Niveau Mittelschule	273 Fälle	54 %
Mittelschulabschluß	22 Fälle	5 %
	499	100 %

8. Sozialer Auszug	95 %
Unterproletariat und Proletariat	5 %
andere	100 %

9. Rückfälligkeit (die Fälle insgesamt berücksichtigt) 353 70 %

10. Die Wiederholung pro einzelner Fall der Rückkehr ins Gefängnis (besser gesagt im Verhältnis zu 1135 Eingetretenen und Minderjährigen, die effektiv betroffen sind): Die Wiederinhaftierung hat effektiv betroffen ca. 650 Minderjährige mit einer durchschnittlichen Belastung von Eintritt und Austritt aus dem Gefängnis zu zwei oder drei Monaten per Jugendlichen im Jahr.

4. *Schlußfolgerungen*

Aus den Daten der vorgetragenen Erhebung und aus den in den vorangegangenen Seiten enthaltenen Elementen der Analyse zeichnet sich ein dramatisches Bild, innerhalb dessen sich vermischen: Elend und Subkultur, psychische Traumata in der Erziehung und asoziale Antworten auf die Marginalisierung, Abweichung des Verhaltens und Abtrennung als soziale Antwort auf die Abweichung.

Bei einem solchen Gesamtbild liegt auf der Hand, wie wichtig das Intervenieren der psychiatrischen und psychoanalytischen Wissenschaften werden kann.

Das Verstehen des kriminellen Verhaltens und die sich daraus ergebenden Maßnahmen zu solchem Verhalten unterstützen die Wissenschaften, die den Menschen und die Gesellschaft der Menschen in den Mittelpunkt des eigenen Interesses stellen.

Der Wunsch und die Hoffnung all derer, die auf dem Sektor der Justiz arbeiten und all derer, die tagtäglich das Drama der Marginalisierung und der Gewalt durchleben, besonders wenn die Protagonisten solcher Dramen die Jugendlichen oder die Menschen von morgen sind, bestehen darin, daß von

diesem Kongreß der Wissenschaftler Worte der Hilfe und der Zuversicht kommen mögen in die Zukunft des Menschen.

Marginal Society and Juvenile Marginality

Giovanni Bisogni and Carmine Malanconico (Neapel)

In their paper the authors outline in an impressive manner the real-life-situation of a wide part of the young people of Naples and characterizes their status with "distress", "marginalisation" or "outsiding".

This outsidening of the proletarian or subproletarian juveniles correlates with feelings and experiences of abandonment and desorientation on different group-levels. Because the city or the community of Naples as a surrounding group leaves many of their young people without any security and life-guarantees, it is, literarly, not the great providing and caring motherly figure for its children.

This extensive experience of social abandonment and desorientation is stated in three theses, to elucidate the consequences: first of all this situation of increasing gravity of social abandonment has basically negative consequences for the single individual, through a dynamic which is effective on the level of wide urban group structures, but also on the level of elementary primary family-groups or peer-groups.

Such a situation concerns at the most the weak and poor individuals and social classes, and within those especially women, old people, children and juveniles.

That constitutes a dynamic which is a "disadaptating dynamic", a socially conditioned micro-society, which is not adaptable and needs to constitute an alternative to the bourgeois order.

The authors point out two particular aspects in the development of the behaviour-codex which may range from indifferent over totally critical onto an antagonism to the existing society or criminal actions.

At first it is shown that already in the family criminal impulses may be manifested. Next the authors give significance to the psychological structure of the individuals in a group; family-situation, crisis-dynamics, especially during childhood and puberty, are important in the development of psychopathology.

The choice of the behavioral codex which leads to criminal behavior is so the obligate choice for all those which come from an abnormal family-group in an isolating social surrounding, searching for a way of self-endorcement: when they take the social community as causator of their distress, they direct their aggressions against it.

This means a stabilisation against the total desintegration of identity and is mainly realized in strong and leader-centered groups with criminal impetus.

At this state the institutionalized social power is reacting: the refusal of the psychologically destructive society by the young people now leads to an official rejection of these young people by the social authority. These dynamics are broadly sustained by the author with statistical material. The juridical institutions, above all the imprisonment, are to be seen as "total institutions" as *Goffman* stated it.

They relate themselves to the juvenile delinquent as to an object which is to be isolated, in that way, they are perceived only through actual behavior without taking into consideration the individual history and the social dynamics.

In prison, the hierarchical structure and behavioral concepts of the criminal groups are reproduced and this leads finally to a definite rupture of the dialogue between the existing social group and the juvenile delinquents.

Riassunto

L'autore descrive in questa relazione in modo impressionante la realtà di più ampie della gioventù napoletana la quale situazione si può comprendere in termini come "miseria", marginalizzazione o anche "separazione".

Questa separazione, in particolare di quelli giovani che l'autore definisce come appartenenti al proletariato e al sottoproletariato è determinata da esperienze di disorientamento e di abbandono su diversi livelli di gruppo.

La città o il commune di Napoli come gruppo ampio non avendo abbastanza cura di una grande parte dei giovani facendoli impoverire senza sicurezza e garanzia di vita, parlando metaforicamente non è presente come grande figura materna che mantiene i suoi "bambini". Questa vasta situazione di disorientamento e abbandono viene descritto dall'autore in tre tesi che chiariscono le conseguenze: in primo luogo questa situazione di zensione e marginalizzazione sociale deve avere per forza effetti fondamentali e negativi sui individui singoli, con una dinamica che si realizza sia a livello delle grandi strutture di gruppo della città sia a livello dei gruppi sociali elementari della famiglia o degli amici. A causa di questa situazione sono colpiti in particolare gli individui e strati più deboli, cioè il proletariato e il sottoproletariato e in questi soprattutto le donne, i vecchi, i bambini e i giovani. Con questo in terzo luogo è costituita una dinamica che si può descrivere come dinamica "disadattante", come fenomeno di una microsocietà generata dalla società stessa che si deve definire come alternativa all'ordine "borghese" senza capacità di adattamento. Parlando della formazione del codice di comportamento che può essere indifferente verso la società l'autore sottolinea due punti. In primo luogo già nella famiglia si possono manifestare impulsi criminali. In secondo luogo l'autore osserva la struttura psicologica degli singoli elementi del gruppo dove ha grande importanza di nuova la situazione familiare con i suoi fe-

nomeni di crisi in particolare nella infanzia e nella pubertà che causa forme patologiche.

La scelta di un codice di comportamento che sboccherà in un comportamento criminale diventa così una scelta obbligatoria per tutti quelli che, dopo aver vissuto una situazione familiare anormale e una situazione ambientale altrettanto difficile, in ogni modo cercano una strada di conferma individuale vedendo la ragione per la propria marginalizzazione nella struttura dei gruppi sociale contro i quali si dirige la loro rabbia. Allo stesso tempo questo significa una stabilizzazione in una disintegrazione quasi totale che si esprime in particolare nella esistenza di gruppi criminali centrati attorno a un capo. Proprio qui attacca il potere istituzionale. Il rifiuto della società da parte dei giovani si capovolge nel rifiuto dei giovani da parte della società. Questo viene sottolineato dall'autore alla fine della sua relazione tramite un materiale statistico vasto.

Le istituzioni giuridiche, in particolare la prigione sono da definire come "istituzioni totali". Si mettono in contatto con il delinquente minorenne come con un oggetto che si deve isolare giudicandolo così solo e esclusivamente a secondo le sue azioni senza prendere in considerazione per niente la sua storia personale. Con questo però fuori in fondo nella prigione si riproducono solo gli schemi gerarchici e le matrici di comportamento del gruppo di delinquenti e per il giovane, se prima il suo dialogo con il mondo borghese è stato difficile, adesso dopo la prigione viene rotto definitivamente.

Adresse der Autoren:
Dr. Giovanni Bisogni
Piazza Pignasecca 10
80139 Neapel, Italien

Dr. Carmine Malinconico
Via XXI Giugno 2
81020 Canello Scalo

Buchbesprechungen

Bassin, F. V.
Unbewußtes und Verhalten

Hippokrates, Stuttgart, 1977, 288 Seiten

In zunehmenden Maße wird bei uns die aktuelle psychologische und psychiatrische Literatur der Sowjetunion rezipiert und diskutiert. Hier ist es das besondere Verdienst *Bassins*, einen umfassenden Überblick über den Stand der sowjetischen Psychologie und deren Forschungsperspektiven geleistet zu haben, nachdem zuvor doch mehr oder weniger durch eigene Schulmeinung geprägte Fachliteratur selektiv aus der Sowjetunion bei uns bekannt gemacht worden ist (vergl. *Lauterbach* aus Sicht der Verhaltenstherapie, *Holzkamp* aus Sicht einer sogenannten „Kritischen Psychologie“ und andere). *Bassins* Buch „Unbewußtes und Verhalten“ substantiiert einen Dialog, den sowjetische Wissenschaftler schon seit über einem Jahrzehnt mit Schulen in Europa führen, vornehmlich mit Frankreich (*Lacan*, *Chertok* u. a.) und der Bundesrepublik Deutschland (*Ammon*), vergl. insbesondere den Bericht über den Psychotherapie-Kongress in Dresden (Dyn. Psych., 1977) und Bericht über das „Symposium über das Unbewußte“ in Tbilisi (Dyn. Psych., 1979).

Gerade die Verbindung experimenteller Forschung des Unbewußten mit einem teilnahmevollen, empathischen, aktiven psychotherapeutischen Ansatz bietet viele Hinweise und Erkenntnisse, die Spannung von Subjektivem und Objektivem in der psychologischen Wissenschaft zu fassen und das Unbewußte als allgemein menschliches Phänomen jenseits von pathologischen Prozessen zu erforschen.

Daß sich die orthodoxe Psychoanalyse, vor allem in der Bundesrepublik, gegen diesen Dialog wehrt (vergl. *C. Niemeier* in *Psyche*, 5,34) läßt erschrecken über die mangelnde Offenheit bestimmter psychoanalytischer Richtungen, die in ihrem Dogmatismus dem Ansehen der Psychoanalyse und ihrer Tradition, nicht nur in der Sowjetunion, sehr geschadet hat. Das Unbewußte als ein destruktiver Faktor, als „Hauptfaktor in der Provozierung von Unordnung = Konflikt“ ist der Kernpunkt dieser orthodoxen psychoanalytischen Theorie. Wir können nur bedauern, daß es der orthodoxen Psychoanalyse nicht möglich ist, mit fachlichem Interesse sich mit *Bassin* auseinanderzusetzen, sondern Vergleiche herangezogen werden, die nicht nachvollziehbar sind: *Niemeier* verwirft die Aussage als unsinnig, daß Atomkraftwerke nicht destruktiv seien, weil sie volkswirtschaftlich gesehen konstruktive Funktionen erfüllen. Das Unbewußte wird von ihm einem Atomkraftwerk gleichgesetzt, welches in seiner inneren Qualität als destruktiv bezeichnet wird. Wir halten es einfach für willkürlich, ein Atomkraftwerk destruktiv oder konstruktiv zu bezeichnen; sprechen wir von dem Unbe-

wußten als einer gerichteten strukturierten Energie, so können wir doch behaupten, daß diese Energien nur konstruktiv oder destruktiv verwandt werden können. Entscheidendes Faktum ist die Umwelt, die die konstruktive oder destruktive Verwendung dieser Energie bewirkt. Dies wäre ein adäquater Vergleich mit dem Atomkraftwerk. Dies wäre die Theorie von Ich-Funktions-Schicksalen, die auf Grund von Sozialenergie sich konstruktiv oder destruktiv ausformen. Dies widerspricht einer Destruktionslehre. Hier ist unseres Erachtens auch das Hauptanliegen *Bassins*, das Verständnis menschlicher Destruktion als naturgegeben zu widerlegen. Unter diesem Ziel vereinigen sich alle sowjetischen psychologischen und psychiatrischen Wissenschaftler, hinzu kommen natürlich auch gesellschaftliche Anforderungen im Sinne moralischer Prinzipien, zentral ist jedoch das psychologische Postulat von *Rubinstein*, daß der Mensch nur in der Tätigkeit zu seiner psychischen Gestalt findet. Diese Tätigkeit geschieht immer in einem gesellschaftlichen Kontext, wir würden sagen in einem Gruppenbezug.

So ist das Buch von *Bassin* in vielerlei Hinsicht interessant. Es macht den westlichen Leser mit der Theorie der Einstellung von *Uznadze* bekannt, eine der Hauptrichtungen der sowjetischen Psychologie. Die Einstellung nach *Uznadze* ist ein Regulativ, welches zwischen Wahrnehmung und Reaktion geschaltet ist und als regulierendes und strukturierendes Moment wirkt. Im Prinzip der Einstellung können bewußte und unbewußte Anteile synergistisch miteinander wirken. Daher setzt sich *Bassin* in seiner Auseinandersetzung mit der Psychoanalyse zentral mit Autoren wie *Kline* (Psychoanalyse als die Theorie der Umwandlung der Bedeutung), *Ammon* (Die Theorie der konstruktiven Aggression) und *Lacan* (Theorie des Zusammenhanges von Unbewußten und Sprache) auseinander.

„Das Unbewußte ist eine Verallgemeinerung, zu der wir Zuflucht nehmen, um beim Menschen vorhandene Fähigkeiten zur Regelung des Verhaltens und dessen vegetativer Korrelate ohne unmittelbare Beteiligung des Bewußtseins wiederzugeben. Diese Fähigkeit stützt sich auf besondere, uns in vielem schon klare psychologische Zustände und Prozesse sowie auch physiologische Mechanismen, zu deren Verständnis wir die ersten Schritte unter Anwendung der Logik kybernetischer Modelle und der Sprache der Informationstheorie und in jüngster Zeit auch einige Daten über die Funktion des Hirnsubstrates machen“ (*Bassin* 1978).

Das Unbewußte wird als psychische Einstellung konzipiert, das klassische Experiment der *Uznadze*-Schule wird von *W. Vogelbusch* (1979) folgendermaßen referiert: „Ein Proband erhält in jede Hand eine Kugel gleichen Gewichts, aber unterschiedlichen Volumens. Die kleinere Kugel wird stets in der gleichen Hand gehalten. Später erhält der Proband Kugeln gleichen Volumens und gleichen Gewichts. Auf die Frage, welche Kugel größer sei, antwortet der Proband, die in der Hand, die zuvor die kleinere Kugel enthalten habe. Die Folgerung *Uznadzes* ist, daß sich hier eine psychische Einstellung gebildet habe, die für die Reaktion des Probanden ausschlaggebend sei.“

Das Prinzip dieser unbewußten Einstellung ist zentral für die Abgrenzung *Bassins* von der Psychoanalyse, wo er nämlich der orthodoxen Psychoanalyse nur einen Negativ-Begriff des Unbewußten vorwirft, hier sei eine Wissenschaft auf Pathologie gegründet. Das Unbewußte als allgemein menschliches Prinzip in allen Facetten zu erforschen ist die Leitlinie seines Buches. Ein großer Teil des Buches dient daher auch Ausführungen über Unbewußtes und dem Zusammenhang zur Physiologie. Es werden die wesentlichen Arbeiten zur Hirnhemisphärenforschung referiert, wobei ein weiterer Zug sowjetischer Wissenschaftler deutlich wird, die geforderte und gesuchte Interdisziplinarität. Gerade eine Verbindung von psychologischer und physiologischer Forschung läßt für die Zukunft neue Erkenntnisse über unbewußte Strukturen möglich werden, vielleicht auch über den Zusammenhang somatischer und psychischer Prozesse im Sinne eines integrierten Verständnisses.

Kritik ist zu üben, daß *Bassin* bisweilen nicht frei von ideologischen Prämissen argumentiert, in dem Sinne, was gesellschaftlich nicht sein darf, dies kann es auch nicht geben. Aufgrund eines fehlenden Persönlichkeitsmodells kann er Destruktion nur schwer erklären, er hat Schwierigkeiten, sich abzugrenzen gegenüber der Tendenz mancher sowjetischer Psychiatrierichtungen, die ähnlich der Sozialpsychiatrie, psychische Krankheit als ein Abkommen vom gesellschaftlichen Weg des Staates sehen. Bei den vielfältigen, interessanten und reichen Ergebnissen, die *Bassin* zusammengetragen hat, ist ein Zug zum Rationalismus spürbar, Irrationales auszugrenzen und Unbewußtes auf erklärbare Tatsachen zurückzuführen.

In anderem Zusammenhang spricht *Bassin* auch von den unerforschten Reserven des höheren Nervensystems.

Hier ist das Grenzgebiet, wo die Psychologie der Einstellung und die Dynamische Psychiatrie in der Auseinandersetzung begriffen sind. Das Persönlichkeitskonzept der Dynamischen Psychiatrie *Günter Ammons* mit seinem ich-strukturellen, gruppensystemischen und sozialenergetischen Prinzip zeigt Parallelen zum Einstellungskonzept im Sinne des konstruktiven Unbewußten, besitzt jedoch dynamische Persönlichkeitsvariablen, denen gesellschaftliche Maximen psychologisch-psychiatrischer Wissenschaft in der Sowjetunion gegenüberstehen.

So hätte dieses interessante Buch eine bessere Übersetzung im Detail verdient gehabt, und hätte im Vorwort von *Kretschmer* die Bedeutung dieses Buches deutlicher gemacht werden können, vor allen Dingen in seinen wichtigen Bezügen zu der gesamten geisteswissenschaftlichen und medizinischen Tradition psychologischer und psychiatrischer Wissenschaft Europas, mit der sich *Bassin* beschäftigt. Auch hätte ein Register das Buch sehr bereichert, dies ist für die nächste Auflage unbedingt vorzuschlagen.

Bassin schließt sein Buch mit den Worten: „Wir versuchten, die Kompliziertheit des Problems zum Unbewußten aufzuzeigen, in dem wir den langen Entwicklungsweg dieser Idee verfolgten. Wir sahen, wie schwer dieser Weg und die großen Meinungsverschiedenheiten waren und immer noch

sind, z. B. man fragt: „Was ist das Unbewußte, welcher Art sind die Methoden seines Erkennens und welcher Art die Gesetze, denen es unterliegt?“

Ein Buch, das nicht dogmatisch, sondern offen mit einer Frage schließt in dem Bemühen auf dem Weg weiterer Erkenntnis, wird vielen Lesern sympathisch und auch für die eigene Forschung befruchtend sein.

Wolfgang Rock (Berlin)

Gustav Hans Graber
Gesammelte Schriften, Band II
Tiefenpsychologie von Mann und Frau.

Pinel-Publikationen, Berlin, 640 Seiten, 3 Abbildungen

Dr. Gustav Hans Graber, der Begründer der Pränatalen Psychologie, hat im zweiten Band seiner Gesammelten Schriften eine Zusammenfassung seiner Forschungen zur Tiefenpsychologie des Mannes und der Frau gegeben. Ergänzt werden diese durch eine bereits 1925 in „Imago“ erschienene psychoanalytische Untersuchung der Spinne als Frauen- und Muttersymbol an Hand *Jeremias Gotthelfs* Erzählung „Die schwarze Spinne“.

Im Gegensatz zu *Freud* hat sich *Graber*, der heute älteste lebende Psychoanalytiker, von Beginn seiner psychoanalytischen Tätigkeit an für das vorödpale Dasein, für die Auseinandersetzung um das Urmütterliche und den Daseinswechsel bei der Geburt interessiert. Er setzt sich mit der Theorie *Freuds* auseinander, um dann den von ihm 1952 erstmals konzipierten Laios-Komplex zu diskutieren. Die Angst des Vaters, vom eigenen Sohn erschlagen zu werden, die Erkenntnis *Grabers*, daß die Laios-Schuld die ursprünglichere sei und diejenige des Ödipus nur reaktiv, hat ihn zu einer entscheidenden Weiterentwicklung der Theorie *Freuds* geführt. Sein Verständnis führt direkt über zum Symbiosekomplex der Dynamischen Psychiatrie der Berliner Schule, die den in der Kindheit real erlebten Beziehungen entscheidende Bedeutung für die Ich-Entwicklung des Kindes zuschreibt. *Graber* unterscheidet sich entschieden von *Freud*, indem er sich keinen triebpsychologischen Spekulationen hingibt, und in keinem innerpsychischen Konfliktmodell verharret (wie z. B. *Melanie Klein*), sondern sich immer wieder den realen Beziehungen des Menschen zuwendet, und wie sie uns in der Geschichte, in Mythen und Märchen begegnen.

So diskutiert er die Entwicklung des männlichen Liebeslebens auf dem Hintergrund der Mutter-Sohn-Beziehung, um dann verschiedene Formen des Mannseins anhand der Geschichte und der Mythen zu diskutieren, wie den Diktator, Don Juan, *Goethes* Werther und dessen Ich-Flucht zum Mütterlich-Weiblichen, die im Selbstmord endet, *Ahasv*, den ewig flüchtigen Juden, die Heiligen u. a.

Dabei ist es *Grabers* Verständnis, daß sich hinter dem männlichen Ich, das sich in einem weltlichen Streben nach Erfolg, Anerkennung und Reichtum äußert, das ursprüngliche Selbst verbirgt. Die Fesseln des Ich abzuschütteln und zum Selbst, der Mutter des Ichs zurückzukehren, darin erkennt *Graber* die Aufgabe der Psychotherapie.

Daß es allezeit besser ist, nicht an der Seele Schaden zu nehmen, denn die kleine oder große Welt zu gewinnen, darin drückt sich die Suche *Grabers* nach dem eigentlichen Selbst des Menschen aus.

In der „Tiefenpsychologie der Frau“ diskutiert *Graber* die geschichtliche Entwicklung der Frau von den matriarchalen Urgesellschaften über ihre Stellung in der patriarchalen Gesellschaft bis hin zur heutigen Strömung der Gleichberechtigung zwischen Frau und Mann. Gleichzeitig setzt er sich mit der individuellen Entwicklung des Mädchens zur Frau und Mutter auseinander, wobei er nicht nur die leib-seelische Reifung beschreibt, sondern immer wieder dem in einer tiefenpsychologischen Analyse schicksalswandelnden Heilungsvorgang von Ich-haft Weiblichem zum erlösenden Selbsterlebnis des ewig Weiblichen nachgeht.

In zahlreichen Fallvignetten zeigt *Graber* die Auseinandersetzung mit dem nachgeburtlichen verformten Ich auf, hinter dem sich das ursprünglich unbewußte Selbst verbirgt. Dornröschen, Hänsel und Gretel, die Prinzessin und der Froschkönig sind einige Märchen, an denen er den jeweils spezifischen Umgang der Frau mit sich und anderen Menschen demonstriert. Dabei macht *Graber* deutlich, daß er in seinem therapeutischen Vorgehen bemüht ist, zum ursprünglich Wesenhaften des Patienten vorzudringen und beschreibt das im Pränatalen angesiedelte unbewußte Selbst anhand von Mythen und Märchen; den Weg der Wandlung von der Lilith, dem dämonischen Urweib, zur Eva, der Sinnenbefangenen, weiter zu Maria, der Gebärenden des göttlichen Kindes, als dem inkarnierten reinen Selbst, bis zur Sofia, der voll Weisheit Ruhenden im erleuchteten eigenen Selbst.

In acht Therapieverläufen setzt sich *Graber* mit dem Schicksal der „schwierigen“ Frau auseinander und beschreibt den therapeutischen Weg zu ihrer Selbstfindung.

Ein besonderes Kapitel gilt der Auseinandersetzung mit der Urmutter, mit ihrem positiven gebärenden, nährenden und beschützenden Wesen und ihren negativen Seiten des zerstörenden In-sich-Zurücknehmens. *Graber* setzt dieses Mutter-Sein in Beziehung zu den Kindern und schreibt: „Alle Beziehung müßte bei den Müttern beginnen, bei ihnen enden.“

In einem abschließenden Kapitel nimmt *Graber* zu akuten Fragen der Psychologie des Mannes und der Frau Stellung. Er untersucht die Hintergründe des Feminismus als einer unbewußten Identifizierung mit dem Mann, setzt sich mit der „Grünen Witwe“ und der kinderlosen Ehe als häufigem Ausdruck unbewußter Beziehungsstörungen auseinander und diskutiert die Sex-Flut unserer Zeit, wobei er sexuellem Ausagieren ein gesundes Sexualleben

entgegenstellt, das seelische Liebesfähigkeit verbindet mit Zärtlichkeit und ethisch fundierter Zuneigung.

Bezeichnend für das Wirken *Grabers* ist, daß er ein breites Wissen um Philosophie, Geschichte, Mythen und Märchen verbindet mit einer bis in den prä- und perinatalen Bereich der menschlichen Seele zurückgehenden Forschung und daraus Schlußfolgerungen zieht für eine den ganzen Menschen verstehende und umfassende Psychotherapie. Seine Diskussionen um die Psychologie der Frau reihten sich ein in die Werke von *Helene Deutsch* und *Werner Kemper*.

Im zweiten Band seiner gesammelten Schriften „Tiefenpsychologie von Mann und Frau“ hat *Graber* eine von umfassendem und tiefem Wissen geprägte psychoanalytische Diskussion des Mann-Frau-Problems geliefert, die einen für jeden Psychoanalytiker großen Schatz an psychoanalytischen Einsichten um das Wesen beider Geschlechter enthält, eine über *Freud* hinausgehende pionierhafte Weiterentwicklung der psychoanalytischen Sicht und Behandlungsweise darstellt und den Lesern einen Einblick gibt in das Denken und Wirken der Pioniere der Psychoanalyse. Dieses fundamentale Werk gehört in die Bibliothek eines jeden an Psychoanalyse interessierten Lesers.

Andreas von Wallenberg Pachaly (Düsseldorf)

Gustav Hans Graber
Gesammelte Schriften, Band III
Psychotherapie als Selbstverwirklichung

Pinel-Publikationen Berlin, 1978, 672 Seiten, 4 Abbildungen

In Band III seiner Gesammelten Schriften setzt sich Dr. *Gustav Hans Graber* immer wieder mit dem Ursprung des Seelenlebens und der Bedeutung des vorgeburtlichen Lebens und der Geburt für die nachgeburtliche Lebensgestaltung und die geistig-seelische Verwirklichung des bewußten Selbst auseinander.

An vielen Beispielen weist *Graber* auf, daß die vorgeburtliche Dual-Einheit zwischen Mutter und Kind immer als innere Wiedererinnerung die unbewußte Grundströmung des menschlichen Lebens ist.

Er geht im ersten Teil auf die psychologiegeschichtliche Bedeutung von *Carl Gustav Carus* ein und stellt heraus, daß *Carus* bereits viele Ergebnisse heutiger gesicherter tiefenpsychologischer Untersuchungen bekannt waren.

Im folgenden Kapitel „Seelische Leiden und ihre Behandlung“ erörtert *Graber* die Ursachen für seelische Nöte des modernen Menschen in einer zerrissenen Welt und drückt deutlich aus, daß der Mensch aus seiner seelischen Not durch eine Rückbesinnung auf das „Kernhaft-Seelische“, auf das

pränatale Selbst, welches er als die ursprüngliche Triebfeder zum gesunden Wachsen und Reifen ansieht, befreit werden kann.

In „Zur Lehre der Psychotherapie“ verweist *Graber* nochmals in Auseinandersetzung mit *Buddhas* Seelenlehre und *Freuds* Nirwanaprinzip darauf hin, daß es für die Psychotherapie des Menschen unumgänglich sei, die Primärphase menschlichen Daseins im Uterus miteinzubeziehen. Darüberhinaus stellt *Graber* in diesem Kapitel noch einmal deutlich heraus, daß es für den psychotherapeutischen Prozeß sehr wichtig ist, Einsicht in die unbewußte Verursachung und Verankerung der Daseinsängste zu gewinnen, was seiner Meinung nach meist nur mit der Analyse des Geburtstraumas möglich ist.

Im Kapitel „Charaktertypen und ihre Schicksale“ stellt *Graber* tiefenpsychologische Charakteranalysen vor, die er zum einen seiner eigenen Therapiepraxis entnimmt und die er zum anderen aus Märchen und klassischen Figuren der Literatur (z. B. *Goethes* „*Werther*“) ableitet.

In diesen sensiblen Analysen wird *Grabers* Beobachtungsreichtum und die ungeheure Vielfältigkeit und liebevolle Differenziertheit seiner Falldarstellungen deutlich.

Graber würdigt *Sigmund Freuds* Werk in einem besonderen Kapitel, kritisiert aber, daß dieser gegenüber dem Problem der theoretischen Integration des pränatalen Lebens und des Geburtstraumas ambivalent geblieben ist.

Im 6. Teil des Bandes „Zur Praxis der Psychotherapie“ stellt *Graber* dann dagegen eindrucksvoll, besonders anhand vieler plastischer Beispiele, seine Auffassung des Geburtstraumas als Urerfahrung eines jeden Menschen dar und kommt zu dem Schluß, daß das Ziel höchster Selbstverwirklichung letztlich die psychische Überwindung der Geburtsangst ist.

Ein wesentliches Element seiner Therapie ist die Traumanalyse, die sich sowohl auf Geburts- als auch auf Träume mit pränatalem Inhalt bezieht, wie *Graber* auch im folgenden Kapitel über die „Pränatal-psychoanalytische Behandlung“ herausstellt.

In diesem Kapitel stellt *Graber* die Beziehung zwischen Therapeut und Patient als eine unbewußte duale Erlebniseinheit dar. Er leitet aus der Erkenntnis dieser unbewußten, im pränatalen Selbst wurzelnden Identifizierungen keine neue Technik der Psychoanalyse ab, sondern fordert deren Vertiefung, d. h. bei ihm eine differenziertere Analyse von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand.

Schließlich versucht *Graber* im letzten Teil seines Buches „Entwurf zu einer atomaren Psychologie“ durch einen Vergleich der Elementarprozesse des Seelischen mit den Prozessen des Atomaren das Urwesentliche des Seelischen zu erhellen und stellt den Menschen damit in einen kosmischen Zusammenhang. Aus dem unbewußten Selbst gespeist, strebe das Seelische nach ewiger Gestaltung und Umgestaltung. Das Ziel der Selbstverwirklichung des Menschen ist nach *Graber* dann das Erreichen immer größerer Freiheitsgrade und eines autonomen Verhaltens.

Als besonderes Verdienst des Autors muß gelten, daß es ihm in diesem Buch gelungen ist, in einer großen Zusammenschau, welche von langjähriger therapeutischer Erfahrung, fundierter theoretischer Auseinandersetzung und differenzierten Analysen von Mythen, Märchen und Sagen getragen wird, die Bedeutung des vorgeburtlichen Lebens für die Biographie und Pathographie des Menschen herausgestellt zu haben.

(*Monika Brunk, Walter Lück, Düsseldorf*)

*Hilarion Petzold, Elisabeth Bubolz (Hrsg.)
Psychotherapie mit alten Menschen*

Junfermann, Paderborn, 1979, 465 Seiten

Die Herausgeber des Buches haben es sich zur Aufgabe gestellt, eine Bestandsaufnahme über die Möglichkeiten der Psychotherapie mit alten Menschen zu erstellen und einen Überblick über die verschiedenen Konzepte, Schulen und Erfahrungen zu diesem Thema zu geben. Das Spektrum der einzelnen Beiträge reicht vom anthropologischen, daseinsanalytischen, logotherapeutischen, individualpsychologischen und psychoanalytischen Ansätzen, über Psychodrama, Gestalt-, Verhaltens- und Gesprächstherapie bis hin zur Musik-, Beschäftigungs- und Bewegungstherapie sowie dem autogenen Training und der Pharmako-Therapie.

Bereits in der Einleitung kritisiert *Petzold*, daß das Problem des Alterns bisher zu theoretisch und praxisfern behandelt worden sei. Er stellt den Kontakt und die persönliche Begegnung und Auseinandersetzung mit den Betroffenen in ihrer Lebenssituation in den Vordergrund und hat nach diesen Kriterien mit den ausgewählten Beiträgen der Praxis der Arbeit mit alten Menschen die notwendige Bedeutung verliehen. Im Folgenden wird daher schwerpunktmäßig auf *Petzolds* Konzept einer Interventionsgerontologie eingegangen, einem integrativen handlungsorientierten Ansatz der Altenarbeit, der agogisches, soziotherapeutisches und psychotherapeutisches Interwienieren gleichsam miteinander verbindet. Damit wird – basierend auf *Perls* Konzept vom „Gestaltkibuzz“ – die artifizielle Trennung zwischen den Philosophen, Pädagogen und Psychotherapeuten aufgehoben. Im Gegensatz zur konventionellen Psychotherapie mit ihrem aus der Pathologie abgeleiteten Krankheitsbegriff vertritt dieser Ansatz ein interdisziplinäres Konzept des gesunden Menschen. Gesundheit versteht sich dabei als „die uneingeschränkte Fähigkeit zur Lebenserhaltung und Lebensentfaltung, zur Integration und Wachstum“. Angewandte Gerontologie sieht *Petzold* in diesem Gestaltansatz als Interventionsgerontologie, die praktische Lebenshilfe, Sozial- und Konfliktberatung, Aktivierung, Kommunikation und Freizeitgestaltung, Psychohygiene, Vermittlung von Wissen und Weiterbildung, Integra-

tionshilfen im Hinblick auf die Lebensbilanz und das Lebensende sowie Persönlichkeitsentwicklung miteinander verbindet und zielgerichtet einsetzt. Neben der Notwendigkeit einer Koordination im institutionellen Rahmen, zum Beispiel mit dem Modell einer soziotherapeutischen Kette mit geragogischem Programm, fordert *Petzold* geromedizinische Fachpraxen, in denen Fachärzte für Geromedizin dem immer noch unter den meisten Ärzten herrschenden Glauben an das Defizit-Modell entgegenwirken. In einem sehr differenzierten Abschnitt befaßt sich *Petzold* schließlich mit den Mitarbeitern im Bereich der Altenarbeit. Dabei steht die Selbsterfahrung im Mittelpunkt, die durch Rollenspiele aktiviert werden kann. Besonders geeignet hält *Petzold* gemischte Selbsterfahrungsgruppen mit alten Menschen. Denn „in der Altenarbeit oder in der Psychiatrie hat es der Mitarbeiter mit dem Abbau und der Zerstörung menschlicher Identität zu tun.“ Im Zentrum der Selbsterfahrung der Mitarbeiter steht daher: „Sich selbst als Sterbender zu erfahren, sich mit dem eigenen Tode auseinanderzusetzen. Nur wenn das geschieht, kann der Mitarbeiter in der Altenarbeit mit innerer Freiheit an den alten Menschen herangehen. Hierfür ist ein Aufarbeiten der eigenen Erfahrungen mit Tod und Sterben von Kindheit an notwendig.“

Petzold schätzt die Probleme in den Institutionen realistisch ein. Da Selbsterfahrung, Praxisreflexion, Praxisberatung und Theorievermittlung bzw. die Erarbeitung theoretischer Konzepte aus der Praxissituation in den meisten Institutionen nicht stattfindet, kommt der Supervisionsarbeit eine hervorragende Bedeutung zu. Die Selbsterfahrungsgruppen und gruppendynamischen Balintgruppen nach dem Konzept der Berliner Schule *Günter Ammons* bestätigen, daß diese realisierbaren Möglichkeiten allen in der Altenarbeit Tätigen eine konkrete Hilfe und Unterstützung sind.

Radebold zeigt in seinem Beitrag Möglichkeiten auf, wie Sozialarbeiter therapeutisch mit alten Menschen arbeiten können. Im Rahmen der Psychiatrie-Enquete wurde bei der Erarbeitung von Richtwerten eine Zahl von neun Sozialarbeitern für zentrale gerontopsychiatrische Einrichtungen einer Standardversorgungsregion von 250000 Einwohnern für erforderlich gehalten. Folgende Erfordernisse einer entsprechenden Weiter- und Fortbildung werden enumerativ aufgeführt:

- Systematische und umfassende Kenntnisse über Persönlichkeitsentwicklung und psychosoziale Entwicklung im Lebenszyklus im mittleren, höheren und hohen Lebensalter.
- Kenntnis und Bearbeitung eigener Einstellungen und Erfahrungen mit älteren und alten Menschen zur Korrektur derselben.
- Hilfestellung zur Wahrnehmung und Bearbeitung von Übertragung und Gegenübertragung.
- Kenntnisvermittlung über Konzepte und Methoden der verschiedenen Arbeitsformen in verschiedenen Arbeitsbereichen.
- Systematisches Training in verschiedenen Arbeitsformen unter Praxisanleitung – Supervision.

- Erfahrungen in der Zusammenarbeit im Team.
- Kenntnis therapeutischer Arbeit unter institutionellen Einschränkungen und Gegebenheiten.

Mit diesem Kontakt- und Aufbaustudium in psychosozialer Gerontologie für Sozialarbeiter und Sozialpädagogen werden Voraussetzungen geschaffen, die das Leben und Arbeiten mit alten Menschen ganz entscheidend verbessern können.

Elisabet Bubolz zeigt dann in ihrem Beitrag Methoden kreativer Therapie in einer integrativen Psychotherapie mit alten Menschen auf, welche Prämissen für eine Anleitung und Begleitung alter Menschen in kreativ gestaltendem Tun vorhanden sein müssen:

- Der Mensch ist in jedem Alter entwicklungs- und lernfähig
- Das Anliegen einer psychotherapeutischen Betreuung und Begleitung alter Menschen ist Verarbeitung und Integration von bereits gelebten
- Leben, und zwar unter besonderer Berücksichtigung des aktuellen Lebensbezuges.
- Dem Menschen alleine ist es vorbehalten, nach Sinn zu streben, und in seinem Leben einen Sinn zu finden.

Das Gestalten aus eigenem inneren Impuls heraus erleichtert Nähe zu sich und ermöglicht Sinnfindung. Damit distanziert sie sich von all jenen Ansätzen, die durch Beschäftigungstherapie im Grunde genommen an den Bedürfnissen der alten Menschen vorbei agieren. *Bubolz* setzt den Akzent auf das Verstehen der Gesamtpersönlichkeit des Individuums und der Beziehungsebene zum Therapeuten. Sie spricht daher auch konsequent von Gestaltungstherapie, einer Kreativität, die mit eben solcher Liebe, Zuwendung und Beziehung beim Kinde der Entwicklung und Förderung bedarf.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß dieses Buch ein konstruktiver und realer Beitrag für die Bewältigung der Situation der alten Menschen ist. Seinem Anspruch nach Realisierung von Möglichkeiten in der Arbeit mit alten Menschen wird dieses Buch voll gerecht. Es ist zu begrüßen, daß endlich der alte Mensch und die Beziehung zum alten Menschen in den Vordergrund rückt, und damit die Schwierigkeiten in der Auseinandersetzung mit der älteren Generation konkret angegangen ausgesprochen und damit bearbeitet werden können.

Eberhard Jungeblodt (Düsseldorf)

Hilarion Petzold, Elisabeth Bubolz (Hrsg.)
Bildungsarbeit mit alten Menschen

Klett, Stuttgart, 1976, 317 Seiten

Anhand von 14 Arbeiten verschiedener Autoren stellen die Herausgeber das Konzept einer neuen Disziplin vor: Bildungsarbeit mit alten Menschen. Sie gehen davon aus, daß das Altwerden in unserer Gesellschaft nicht mehr

adäquat vollzogen werden kann, sondern verleugnet, tabuiert und verdrängt wird, daß Altwerden und Sterben als pathologische und nicht mehr als natürliche Prozesse betrachtet werden, und daß aus einer solchen Situation ein Ausgeliefertsein des Menschen an das Alter resultiert.

„An die Stelle hilflosen Ausgeliefertseins muß Vorbereitung und aktives Handeln treten, die den alten Menschen eine sinnvolle Existenz in Beziehung zu gleichaltrigen wie jüngeren Angehörigen ihres Lebenskreises sichern.“

Im Aufbau ihres Buches folgen die Herausgeber der Einsicht, daß zur Zielsetzung von Geragogik ein Bild vom alten Menschen und eine Vorstellung vom Alter erforderlich ist.

Aus der Niederschrift seiner Gespräche mit dem alternden französischen Philosophen *Gabriel Marcel* schrieb *Petzold* einen Aufsatz, der zu den für die Geragogik notwendigen anthropologischen Vorentwürfen Stellung bezieht. Diese an den Anfang gestellte Arbeit gibt meines Erachtens den tiefsten und wesentlichsten Zugang zum Problem des Alters und des Alterns. Die gemeinschaftlich erfahrene und in unserer Gesellschaft verdrängte Grenze des Todes wird zum Bildungsprinzip übergeordneter subjektiver, aber auch objektiver Entwürfe von Identität und Leben.

Hierbei wird deutlich, daß die gemeinschaftliche Verdrängung des Altwerdens und des Sterbens Resultat von Vereinzelung und Isolation ist, die im Namen des idealisierten Strebens nach Individualität geschieht, die der oft beschworenen Intersubjektivität skeptisch und mißtrauisch gegenübersteht.

Die Unfähigkeit zum Entwurf der eigenen Identität und die damit verbundene lähmende Angst sowohl vor dem Leben als auch dem Tod, der immer wieder verleugnet werden muß, entsteht aus der Furcht vor Kränkung, die paradoxerweise für eine Vielzahl von Menschen aus dem Angebot von Kontakt und Mitmenschlichkeit entsteht. Dieser Kränkung hat *Ammon* gerade durch die Entwicklung seines Gruppenkonzeptes Rechnung getragen und Wege aufgezeigt, mithilfe der Gruppe diese Kränkung zu überwinden.

Petzold zitiert *Marcel*, der diesen Gedanken im Sinne einer Fähigkeit, zu hoffen, aufgegriffen hat und der diese Fähigkeit von Erfahrungen von Intersubjektivität abhängig macht. *Petzold* selbst bleibt aber in seinen Vorstellungen einem Individualismus und einem Identitätsbegriff, der die Gruppe als Bildungsprinzip ausschließt, verhaftet. Es wird deutlich, an seiner Befürchtung, daß die Identifikation mit einem übergeordneten Ziel zur Relativierung der personalen Identität führt, wenn auch damit die Bedrohlichkeit des Todes gewonnen ist. Das Fortbestehen in seinen Ideen oder Werken zählt zu Lösungen, in denen die personelle Identität zugunsten übergeordneter Ziele „geopfert“ wird.

Obwohl er zu konsensfähigen Prämissen einer geragogischen Anthropologie das Eingebettetsein des alten Menschen in einen Lebenszusammenhang und damit seine Abhängigkeit von Intersubjektivität zählt, haftet dieser Intersubjektivität doch immer noch die Bedrohlichkeit sozialer Determiniertheit, im schlimmsten Falle sozioökonomischer Einzwängungen an.

Roheim hat die Ähnlichkeit zwischen dem Glück des ersten und dem des letzten Alters betont. *Simone de Beauvoir* (1972) ist in ihren wenn auch essayistischen ethnologischen Untersuchungen immer wieder auf den Zusammenhang gestoßen, daß Kinder, die gut behandelt werden, auch dasselbe mit ihren Eltern tun.

Diese Einsicht klingt auch immer wieder in den einzelnen Aufsätzen der Autoren an. Daß Bildungsarbeit mit alten Menschen eng verzahnt ist mit Bildungsarbeit für alte Menschen, die bereits in der Jugend zu beginnen hat, ist ein durchgehendes Postulat der geragogischen Konzepte. Daß Auseinandersetzungsfähigkeit und früh eingeübte Spontaneität in ihrer Bedeutung für das Alter und dessen Gestaltung den Konzepten von Disengagement und entgegengesetzter Aktivierung, den Konzepten von funktionellem Abbau und entgegengesetztem Aufbau von Weisheit und Einsicht überlegen sind, wird von vielen Autoren immer wieder betont.

Dennoch kann man sich nicht des Eindrucks erwehren, daß Bildungsarbeit mit alten Menschen, so wie sie hier konzipiert wird, sich von Tendenzen der Bevormundung trotz gegenteiliger Beteuerungen nicht frei machen kann.

Im Spannungsfeld zwischen dem Alleinlassen, der Tendenz, den alten Menschen den biologischen, sozialen und psychologischen Einflüssen zu überlassen und der pädagogischen Einwirkung, Belehrung und Bevormundung des alten Menschen bleibt eine gewisse Hilflosigkeit, an der auch das exakte Studium der verschiedensten Aspekte des Alterns nichts ändert.

Das Bemühen, das Alter als einen in Intersubjektivität vollzogenen Prozeß zu verstehen, ist ein Anfang, das dem alten Menschen eine Perspektive für ein Leben „im eigenen Recht“ verschafft. Dieses Ziel wird nur dann erreicht, wenn als Bildungsprinzip von Identität die Gruppe ernstgenommen wird, wenn im mitmenschlichen Kontakt und in der Auseinandersetzung um direkte Beziehungen die wissenschaftlichen, ideologischen und religiösen Vorstellungen und Vorstellungen relativiert werden können in Hinblick auf eine die biologische und soziale Realität einbeziehende Selbstverwirklichung.

Daß das ein lebenslanger Prozeß ist, würde ein Allgemeinplatz sein, wenn nicht, wie es *Ruth Benedict* für unsere Kultur aufgezeigt hat, die Diskontinuität der Lebensphasen durch die Aufzwingung äußerer Normen und Rollenerwartungen noch vorherrschend wäre.

Die mit den Lebensphasen verbundenen Veränderungen können aber nur in der Interaktion von Menschen als Grenzen und nicht als Abbruch oder gar als Zerstörung von Lebenmöglichkeiten erfahrbar gemacht werden.

Helmut Cox (Düsseldorf)

Thomas Szasz

Psychiatrie – Die verschleierte Macht

Fischer, Frankfurt, 1978, 200 S.

Der Sammelband „Psychiatrie – Die verschleierte Macht“ enthält eine Reihe von Essays, in denen sich *Thomas S. Szasz*, Professor für Psychiatrie an der State University New York, in den letzten Jahren kritisch mit den theoretischen Grundlagen und der Praxis der Psychiatrie auseinandergesetzt hat. Er geht dabei weiter als andere Anti-Psychiater, indem er behauptet, daß es Geisteskrankheiten nicht gäbe: Da sog. Geisteskranke in psychiatrischen Krankenhäusern offensichtlich nicht gesund werden, könne ihr Leiden auch keine Krankheit sein, denn Krankenhäuser seien der Definition nach dafür zuständig, Krankheiten zu heilen. Diese Logik ist ebenso verblüffend wie kurzschlüssig. Dementsprechend verliert *Szasz's* These auch sehr schnell ihren herausfordernden Gehalt. Er leugnet nicht das Leiden von Menschen, will dieses Leiden aber nicht als medizinisch, sondern als gesellschaftlich konfliktuös verstanden wissen.

Ebenso ist die Psychiatrie für ihn kein medizinisches, sondern ein moralisches Problem. Von diesem Standpunkt aus kritisiert er die Methoden der orthodoxen Psychiatrie: Das Etikettieren, Abschieben und Entmündigen von Menschen mit abweichenden Verhalten mittels Diagnosen, das Endogenitätsprinzip, die Standpunktlosigkeit von Psychiatern, die sich hinter einer objektiven Neutralität verstecken, die Verwaltung und Technisierung menschlicher Probleme, anstelle einer direkten Parteinahme und Auseinandersetzung. Diese zweifellos berechtigte und notwendige Kritik verliert aber ihre ganze Schlagkraft, weil *Szasz* eben nicht die Psychiatrie und die Psychiater als Verantwortliche angreift und zu einer Stellungnahme herausfordert, sondern die Möglichkeit einer Psychiatrie als Behandlungswissenschaft von vorneherein bestreitet. Aus diesem Pessimismus folgt notwendigerweise Konzeptlosigkeit, und *Szasz's* ganze Kritik verpufft in einem moralischen Appell, von dem unklar bleibt, an wen er sich richtet.

Das grundsätzliche Mißverständnis *Szasz's* beruht darauf, daß er alle menschlichen Probleme in einem Antagonismus zwischen Individuum und Kollektiv ansiedelt; da Mensch und Gruppe so von vorneherein immer im Widerspruch stehen und sich gegenseitig in ihrer Freiheit beeinträchtigen, kann das Zusammenleben von Menschen bestenfalls ein Ausgleichen und Abstecken des jeweiligen Freiheitsspielraums sein. An dieser Stelle offenbart sich *Szasz* selbst als bloßer Verwalter psychischer Probleme: Menschen, die kriminell geworden sind, also die Freiheit anderer beeinträchtigen, sollen zwar nicht als Kranke bezeichnet und in die Psychiatrie abgeschoben werden, sie können aber nach *Szasz's* Auffassung mit Haftstrafen belegt werden, da die Gesellschaft sich vor ihnen schützen muß. Im allgemeinen betont *Szasz* allerdings die Freiheit des Individuums, auch sein Recht, sich selbst zu zerstören und fordert unter diesem Vorzeichen z. B. die bedingungslose

Freigabe von Drogen. Freiheit bedeutet für ihn also nichts weiter als ein Laissez-faire. Damit entzieht er sich genau wie die von ihm kritisierte Schulpsychiatrie der Verantwortung für seine Patienten, nur mit dem Unterschied, daß er die Möglichkeit von Verantwortung für andere Menschen überhaupt bestreitet. Wieso er bei dieser Auffassung die Psychiatrie als moralisches Problem bezeichnet – überhaupt was moralisch bedeuten soll – bleibt fraglich.

Der von ihm behauptete Antagonismus zwischen Individuum und Gruppe führt ihn offensichtlich dazu, menschliches Zusammenleben von vorneherein nur als Aufeinanderprallen von widersprüchlichen Interessen zu begreifen. Die Beziehung zwischen Psychiater und Patient kann für ihn somit nur Machtausübung sein, niemals ein menschlich verstehender Kontakt. *Szasz'* Essays sind in ihrer Einzelkritik an den Methoden der Psychiatrie durchaus interessant; in ihrer ständigen Wiederholung der gleichen Grundpositionen aber und dem aufgeblähten revolutionär-radikalen Anspruch, hinter dem im Grunde mehr Hilflosigkeit und Nihilismus zu finden sind als menschliches Engagement, sind sie eher langweilig und ärgerlich.

Barbara Gemassmer (München)

Sigrun Anselm
Angst und Solidarität
Eine kritische Studie zur Psychoanalyse der Angst
 Kindler, München 1979

Am Anfang ihres Buches untersucht *Sigrun Anselm* die Bedeutung des Begriffs Angst und dessen Gegenbegriffs der Vernunft in den verschiedenen Zeitepochen. Sie stellt Verbindungen zu jeweils gesellschaftspolitischen Situation her und grenzt die Begriffsdefinitionen verschiedener philosophischer Richtungen voneinander ab. Es zeichnet sich bereits in der langen Einleitung ab, daß die Autorin ihr Schwergewicht auf soziologische und philosophische – beides ihre ehemaligen Studienfächer – Betrachtungsweisen des Themas Angst und Solidarität legen wird. Ihre ungeheuer scharfsichtigen, sowohl auf die begrifflichen Details eingehenden, als auch die gesellschaftliche Dimension miteinbeziehenden Analysen verschiedener Angsttheorien erfordern beim Lesen volle Konzentration, weil hier auf einer hohen theoretischen Ebene eine Vielzahl von philosophischen und psychoanalytischen Autoren miteinander verglichen und voneinander abgegrenzt werden.

Freud wird in den Mittelpunkt ihrer Analysen gestellt, weil er sich der Gesellschaft gegenüber kritisch verhält und Anpassung als Verdrängung entlarvt hat. Sie kritisiert *Freuds* Angsttheorien, die lediglich vom energetischen

Aspekt anhand der Triebtheorie und von einem intrapsychisch funktionalen Aspekt mithilfe des Instanzenmodells eine Erklärung bieten. Was bei *Freud* unter den Tisch fällt, ist die Einbeziehung der realen Verursachung der neurotischen und der Kastrationsangst. Sie legt den Finger immer wieder auf die schwache Stelle in *Freuds* Theorie, die die Erforschung der Objektbeziehungen, das bedeutet das interpersonelle Geschehen mit dem intrapsychischen in Zusammenhang zu sehen, total vernachlässigt.

Nach einer ausführlichen Analyse über den Ursprung der Kastrationsangst, die die Ursache des von *Freud* angenommenen Urvatermordes bis in die griechische Tragödie zurückverfolgt, macht sie *Freud* zum Vorwurf, daß er in seinem patriarchalischen Denken die Mutterrolle beim Ödipuskomplex gänzlich unterschlägt und die Angst vor der Rache der Mutter, die sich ihrer Mutterbeziehung zum Sohn beraubt fühlt, in seinem Denken verdrängt. Folglich begreift die Autorin die Kastrationsangst als Ausdruck der verdrängten Geschlechterspannung, das Inzestverbot hält sie für den „historischen Anfang als Maßnahme zur Unterdrückung der weiblichen Macht.“ Der Konkurrenzkampf zwischen den Eltern wäre somit der eigentliche Grund für die Kastrationsangst, und *Freuds* Theorie kann dann verstanden werden als ein Mißlingen von Solidarität. Dies nachzuholen in einer solidarischen Beziehung zwischen Analytiker und Patient wäre dann Aufgabe der Therapie.

Nachfolgend kritisiert sie u. a. *Spitz*, der letztendlich an einem biologischen Reifungsmodell festhält, *Kohut*, der die realen Konflikte eines Menschen im innerpsychischen Geschehen gar nicht mehr aufgreift und zum Gegenstand seiner Untersuchungen macht, und *Erikson*, der seinen Begriff der Identität als Gruppenprozeß inhaltsleer läßt, sich in keiner seiner Analysen wirklich mit dem Interaktionsprozeß zwischen Menschen auseinandersetzt und Reifung letztendlich als automatisch ablaufenden Prozeß sieht.

Am Schluß wird *H. E. Richters* Solidaritätsbegriff unter die Lupe genommen. Die Autorin bezeichnet ihn als „ein auf dem Tauschbegriff beruhender Sympathiebeweis“, der immer wieder in den Zirkel von Aggressionen und Schuldgefühlen umzuschlagen droht. *Richter* kann nicht zeigen, wie dieser Zirkel durchbrochen werden kann, weil er der dahinterliegenden Angst nicht auf den Grund geht. In ihrer Analyse stellt sie heraus, daß *Richters* Solidaritätsbegriff nicht Solidarität, sondern Regression und Symbiose meint.

Leider werden die Vorstellungen der Autorin zur Füllung des Begriffes Solidarität erst auf den beiden letzten Seiten kurz angerissen: Das Kind bedarf der Solidarität mit der Mutter, damit es eine Trennung von der Mutter vollziehen kann. Diese Unterstützung von seiten der Mutter soll dem Kind die Angst vor der Trennung nehmen. Allerdings bleibt der psychologische und gruppodynamische Inhalt dieser Begriffe undiskutiert. Man wünscht sich als Leser eine Fortsetzung, daß nach der durchaus fundierten und differenzierten Kritik anderer Angsttheorien, die Position der Autorin ausgeführt wird, wie der Zusammenhang von Angst, Solidarität und Gruppe auf den

verschiedensten Ebenen zu denken ist, welche Folgen sich für Prävention, Therapie und Erziehung daraus ergeben. Zumindest wäre ein Hinweis auf einen interdisziplinären Ansatz notwendig gewesen, denn so bleibt der Eindruck bestehen, daß es keine psychoanalytische Richtung gibt, die einen interaktionellen Zusammenhang fassen kann. So scheint es dann eher, als ob hier ein „Rivalitätskonflikt“ zwischen Soziologie und Psychoanalyse ausgetragen werden soll, ein „Konkurrenzkampf“ – wie die Autorin vorher in anderem Zusammenhang schreibt – als ein Mißlingen von „Solidarität“.

Viktor Terpeluk (München)

Nachrichten

Moscow, 1.6.1980

My dear friend,

I was happy to receive Your letters of 23 and 30 April. I am sending You an article which was published in our newspaper "Literaturnaja Gazeta", and under separate cover (more stamps for Julia! The name of my grand-daughter, 10 years old, is also Julia) another one which was published in our periodical "The problems of psychology" (2,1980).

I would very much appreciate Your frank opinion of this material, especially of the article in "Literaturnaja Gazeta". I hope that this will be possible for You to look through the Russian text. May be You will consider our criticism to be too sharp? But do You remember the position of professor *Leclaire* and of his friends: Psychoanalysis is the *conditio sine qua non* of the personal freedom? To respond otherwise was impossible.

Let me know what do You think about. It is very important for me. Kindly send my greetings and warm wishes to Mrs. Gisela Ammon and to Julia.

Cordially Yours

Ph. Bassin

Literaturnaja Gazeta Nr. 21 v. 21.5.1980
Die unbegründeten Ansprüche der Psychoanalyse

Im Herbst letzten Jahres fand in Tibilisi das Internationale Wissenschaftliche Symposium über das Unbewußte statt. An ihm nahmen sowjetische und ausländische Wissenschaftler teil, Psychologen, Psychoanalytiker, Physiologen, Linguisten, Psychotherapeuten und Philosophen aus den bedeutendsten Wissenschaftszentren der Welt. Ein derartiges Interesse ist verständlich: Das Problem des Unbewußten ist eines der wichtigsten und umstrittensten Probleme innerhalb des Gesamtkomplexes der Wissenschaft vom Menschen überhaupt. Wie allgemein bekannt ist, existiert schon seit langem ein heftiger Widerstreit zwischen zwei unterschiedlichen Positionen: Der idealistischen Auffassung der Anhänger der Psychoanalyse, die zu beweisen versuchen, daß das Verhalten des Menschen von irrationalen Kräften dunkler Instinkte bestimmt wird und der materialistischen Position der sowjetischen Wissenschaftler, die die realen Mechanismen der bewußten und unbewußten psychischen Tätigkeit erforschen.

Wenn auch einige praktische Ansätze der Psychoanalyse in einer Reihe von Fällen erfolgreich in der psychotherapeutischen Arbeit angewendet wer-

den konnten, so ist doch die Bestrebung, sie als allumfassende psychologische Lehre zu begreifen, völlig ungerechtfertigt, da sie ausschließlich durch unbewußte Prozesse die ganze Komplexität des seelischen Lebens und des Verhaltens des Menschen erklären.

Man kann sagen, daß heute bereits keiner mehr an der Wichtigkeit des Problems der unbewußten psychischen Tätigkeit zweifelt. Obwohl der Mensch meistens die Inhalte seines Seelenlebens bewußt und klar erkennt, seine Gedanken, Bestrebungen, Gefühle, Motive, die ihn veranlassen, diese oder jene Handlungen auszuführen, so existieren zugleich auch psychische Prozesse, die auf das Verhalten des Menschen einwirken, aber wenig oder überhaupt nicht erkannt werden. Nur wenn wir die Beschaffenheit und die Rolle des Unbewußten richtig verstehen, wird es uns letzten Endes gelingen, einige Paradoxa des seelischen Lebens des Menschen zu verstehen: Wodurch z. B. plötzlich, ohne sichtbaren Grund, heftige Reizbarkeit im Zorn ausgelöst werden können, auf welche Weise der Mensch in der Lage ist, wichtige Entscheidungen zu treffen, die er nicht logisch erklären kann! Wie starke Veränderung in bestehenden Neigungen und Gewohnheiten zustande kommen, wie Anomalien von Motiven, Charakter und Verhalten?

Nur wenn wir den nicht erkennbaren Faktor der Psyche berücksichtigen, können wir so schwierige Prozesse wie schöpferische Tätigkeit, Erziehung, Persönlichkeitsbildung, Kommunikation und Sprachvermögen vollständig erfassen und die durch emotionale Empfindung und psychologische Traumata entstandenen Krankheiten erfolgreich heilen.

Die wissenschaftlichen Diskussionen des Symposiums bezogen sich hauptsächlich auf die Erforschung des Unbewußten bei emotionaler Anspannung, in lebensgefährlichen Situationen, bei sogenannten Entscheidungskonflikten, bei Widersprüchen zwischen Erwünschtem und Gefordertem, bei der Ausführung verantwortungsbewußter Tätigkeit, bei schöpferischer Tätigkeit, bei Krankheiten usw. Wie von vornherein zu erwarten war, waren die Positionen der sowjetischen Symposiumsteilnehmer und der Wissenschaftler aus kapitalistischen Ländern in vielem sehr unterschiedlich. Allerdings ließen sich auch manchmal Gemeinsamkeiten feststellen, da einige führende westliche Psychologen wichtige Thesen der sowjetischen Wissenschaftler unterstützen. Insgesamt waren die Diskussionen sehr fruchtbar und dienten zweifellos der Weiterentwicklung der psychologischen Wissenschaft.

Das Symposium war jedoch nicht nur auf wissenschaftliche Erörterung beschränkt. Einige Teilnehmer, vor allem die Psychoanalytiker aus Frankreich, waren äußerst lautstark und energisch bestrebt, die wissenschaftliche Erörterung des Problems des Unbewußten durch Auseinandersetzung über die soziale und ideologische Bedeutung der Psychoanalyse zu ersetzen. Die sowjetischen Wissenschaftler wichen der Auseinandersetzung nicht aus, die oft scharf und heftig geführt wurde. Selten hat ein wissenschaftliches Treffen eine solche Flut von Veröffentlichungen in den westlichen Massenkommuni-

kationsmedien hervorgerufen wie die Konferenz in Tbilisi, und sie hat sich bis heute noch nicht erschöpft. Natürlich ist dabei nicht die wissenschaftliche Seite der Konferenz das Hauptthema der Erörterung. Hauptsächlich diskutiert man die Frage: „Bedeutet dieses Treffen nicht, daß in der Sowjetunion beabsichtigt wird, die Psychoanalyse einzuführen?“ Oder man verurteilt die Abneigung der sowjetischen Wissenschaftler, die psychoanalytische Lehre *S. Freuds* als provokative philosophische Theorie und soziale Doktrin anzuerkennen, worauf sie Anspruch erhebt.

Aber warum rufen diese Fragen im Westen ein derart übermäßiges Interesse hervor? Warum versucht man, ihnen einen ideologischen oder gar politischen Charakter zu verleihen? Unsere Position bezüglich dieser Fragen wurde auf dem Symposium klar ausgedrückt. Es erscheint uns nützlich, unsere Auseinandersetzung mit den Adepten der Psychoanalyse auch einem breiteren Auditorium gegenüber zu äußern.

Wir möchten es an den Anfang stellen: Wir erkennen es als Verdienst *S. Freuds* an, daß er als einer der ersten das Problem der wichtigen Rolle des Unbewußten bei der Entstehung von Neurosen, bei der Herausbildung der Persönlichkeit und des Verhalten des Menschen aufwarf. Wir sind jedoch der Meinung, daß seine Lehre, die Psychoanalyse, das Problem des Unbewußten einseitig beleuchtet, die Bedeutung von sozialen Faktoren für das seelische Leben und die Tätigkeit des Menschen unterschätzt und die in der Wissenschaft allgemein anerkannten Methoden der Überprüfung und Verifizierung der aufgestellten Thesen ignoriert. Sie verwandelte sich allmählich von einer vorwiegend klinischen Theorie in eine eher philosophische Theorie, in ein idealistisches, weltanschauliches System, das versucht, reaktionäre pseudowissenschaftliche Vorstellungen durch Beweise zu erhärten. Dies alles zerstörte die Möglichkeit eines Dialogs zwischen sowjetischen Wissenschaftlern und Anhängern der Theorie der Psychoanalyse.

In den letzten zehn Jahren wurden jedoch im Ausland einige Vorstellungen der Theorie der Psychoanalyse überprüft, wobei man sich merklich von ursprünglichen Deutungen *Freuds* entfernte und einige Einseitigkeiten und Verallgemeinerungen abschwächte. Die klinische Erfahrung der Psychoanalyse erbrachte einige methodische Herangehensweisen, die sich für die ärztliche Praxis als nützlich erwiesen.

Gleichzeitig entwickelte sich in der sowjetischen Psychologie eine eigene Herangehensweise an die Erforschung des Unbewußten auf der Grundlage der Arbeiten von *Uznadze*, der *Pawlowschen* Konzeption der höheren Nerventätigkeit und der Forschungsarbeiten von *T. K. Anokhin*, von *L. S. Wygotskij*, *A. N. Leontjew*, *V. N. Micesishew* und *L. Rubinsteins* und anderer sowjetischer Wissenschaftler. Die Erfolge unserer Wissenschaft rufen erneut ein wachsendes Interesse im Westen hervor.

Diese Umstände dienten als Grundlage für die Erneuerung des mehr als dreißig Jahre unterbrochenen Dialoges zwischen sowjetischen Wissenschaftlern und Psychoanalytikern.

Ein solcher Dialog kann sehr nützlich sein für die Gegenüberstellung der verschiedenen Auffassungen von der Neurosen-therapie und der Beschaffenheit der nicht bewußten psychischen Tätigkeit. Dieser Dialog bedeutet aber nicht die Anerkennung der unbegründeten Ansprüche der Psychoanalyse in ihrer Rolle als allumfassende Lehre von der Psyche, vom Verhalten und sozialen Leben des Menschen.

Der Anspruch auf diese Rolle wird heute verstärkt durch die einflußreiche westliche Organisation, durch die World Association of Psychoanalysis, die „Kirche“ der Freudschen Lehre, die deren Reinheit bewahrt und die Häretiker bestraft.

Auf dem Symposium von Tbilisi waren äußerst kritische Reden über die moderne Psychoanalyse von Psychoanalytikern selbst zu hören. „Die Psychoanalyse“, sagt einer der ausländischen Teilnehmer, „gerät heute gerade in die Fallen, die sie beseitigen wollte. Eigentlich dazu bestimmt, die freie Selbstäußerung zu fördern, verwandelte sie sich in ein Zwangsritual. Der Patient kommt nicht über die Deklamation seiner erotischen Beschwörungsformeln hinaus, wenn der Psychoanalytiker, durch sein Pseudowissen verblendet, seine Worte auf der Grundlage eines im Voraus fertigen Schemas dechiffriert. Was die Theorie der Psychoanalyse anbetrifft, so verwandelt sie sich allmählich in ein Dogma. Hinzukommt die Umwandlung der Psychoanalyse in eine organisierte Einrichtung, in eine spezielle Institution. Diese Institutionen bringen eben jene Form der Absonderung, der Hierarchie und der Unterdrückung hervor, die die Psychoanalyse einst zerstören wollte. Dies schafft lokale und internationale Einrichtungen, auf deren Grundlage die übliche Bürokratie entsteht, Verwaltung, Komitees, Kommissionen, und so kann keine Kreativität mehr entstehen. Ein freilich beeindruckendes Bild! Das bedeutet aber keineswegs, daß diese „Kritiker von Innen“ die Ansprüche der Psychoanalyse verringern wollen. Im Gegenteil, sie setzen sich dafür ein, ihr eine noch größere Allgemeingültigkeit beizumessen.

Einige ihrer Ideologen versuchen mit Nachdruck, die Öffentlichkeit davon zu überzeugen, daß die Psychoanalyse die einzige Methode ist, die angeblich die wahre Freiheit der Persönlichkeit sichert, daß sie alles beseitigen kann, was den Menschen hemmt und versklavt. Die Idee der „befreienden Mission“ der Psychoanalyse findet innerhalb der linken Intelligenz im Westen nicht weniger Anhänger. Es ist verständlich, daß die Sowjetischen Wissenschaftler nicht allein die ideologischen Aspekte der Psychoanalyse nicht anerkennen können, sondern auch aktiv gegen sie auftreten.

Auf dem Symposium drehte sich die Hauptdiskussion vor allen Dingen um den Versuch einiger Psychoanalytiker, die Losung zu verbreiten: „Wo es keine Psychoanalyse gibt, gibt es keine Freiheit der Persönlichkeit.“ Obwohl eine solche These für einen sowjetischen Menschen lächerlich klingt, findet sie im Westen nicht weniger leichtgläubige Menschen, die bereit sind, sie als Wahrheit anzuerkennen. Deshalb war eine scharfe Diskussion unumgänglich.

Die Idee der befreienden Funktion der Psychoanalyse wurde mit besonderem Nachdruck von Professor *Leclair* propagiert und verteidigt. Die Idee basiert auf *Freuds* These von der Existenz eines besonderen psychischen Mechanismus, der Verdrängung, wobei ein Impuls, eine Neigung oder eine Bestrebung des Menschen unverwirklicht bleibt (meistens deshalb, weil sie unsozial ist und die Gesellschaft der Realisierung entgegenwirkt) und aus dem Bewußtsein in die Sphäre des Unbewußten verdrängt wird. Sie ist dann vom Menschen nicht mehr erkennbar, beeinflusst aber sein psychisches Leben, sein Verhalten, seine Gesundheit. In seinen Beiträgen betonte *S. Leclair* nachdrücklich, daß die Existenz verdrängter „Produkte sozialen Zwangs“ in der Psyche den Menschen innerlich unfrei und gehemmt macht, ihm seine wahre Freiheit raubt, die Möglichkeiten des Selbstausdrucks einschränkt und die Herstellung echten Kontakts mit anderen Menschen und der Welt ausschließt. Deshalb betrachtet *S. Leclair* die Psychoanalyse, die ein solches Unterdrückungssystem zerstört, nicht nur als Heilmittel für körperliches Leiden. Das seinerzeit von *Freud* begründete rein „medizinische“ Verständnis der Psychoanalyse ist – nach *Leclair* – heute überlebt. Die Psychoanalyse – betont er – ist vor allem eine Methode „der moralischen Gesundung“, denn moralisch gesund kann nur ein Mensch sein, der sich von jeglichen Formen des Zwangs befreit hat, von allem, was seine Bedürfnisse unterdrückt. Gerade diese befreiende Mission der Psychoanalyse, bekräftigt *Leclair*, verleiht ihr den Charakter einer sprengenden Bewegung in den Augen derer, die „sich an die Lüge eines religiösen oder ideologischen Überbaus halten“, der, nach *Leclair* und seinen Schülern, immer nur „das Böse“ verkörpert. Da die Psychoanalyse die einzige Methode ist, die dem Menschen seine von der Gesellschaft usurpierte Freiheit wiedergibt, kann nach *Leclair* niemand über eine echte Freiheit der Persönlichkeit verfügen, wenn die Psychoanalyse keine praktische Anwendung findet, genauso wenig, wenn die Psychoanalyse selbst auf ihre hauptsächlich befreiende Mission verzichtet.

Was entgegneten die sowjetischen Teilnehmer auf ein solches Verständnis von der Funktion der Psychoanalyse? Was stellten sie dieser Auffassung, die eine sozial gefährliche Modifikation der modernen Psychoanalyse ist entgegen?

Es ist unbestritten, daß der Mensch niemals über die „absolute“ Freiheit verfügen konnte, schon allein deshalb, weil er immer in Gesellschaft anderer Menschen lebte, z. B. in der Familie, in der er bestimmten Verpflichtungen gegenüber den Familienmitgliedern nachkommen mußte. Dies erlegte seinem Verhalten ein System von bestimmten „die Freiheit beschränkenden Verbote“ auf, die unabdingbar für die Erschaffung der Zivilisation war – eine Gesellschaft, die aus mindestens zwei Menschen besteht, ist nicht möglich, ohne daß nicht „jeder von ihnen auf ein Stückchen Autonomie verzichtet“ (*F. Engels*).

Wie allgemein bekannt ist, hat die Psychoanalyse den Anspruch, daß sie aus dem Unterbewußten diese Wünsche und Bestrebungen des Menschen,

die aus irgendwelchen Gründen im realen Leben nicht befriedigt werden konnten, „freisetzen“ kann. Ist aber eine solche Befreiung unter allen Umständen ein Mittel zur Erweiterung der individuellen geistigen Befreiung? Das ist die grundsätzliche Frage, die die Psychoanalytiker nie ernsthaft stellen.

Wenn man über die Klinik spricht, über die Pathologie des seelischen Lebens, kann man annehmen, daß das Bewußtwerden unterdrückter Emotionen einen gesundmachenden Effekt hat. Wenn aber nicht von Kranken, sondern von Gesunden die Rede ist, die, wie bekannt ist, Wünsche haben, die nicht realisiert bleiben aufgrund ihrer Unvereinbarkeit mit Forderungen des Anstands, der Pflicht, moralischer Normen, Vorstellungen von Gut und Böse oder einfach aufgrund ihrer praktischen Nicht-realiserbarkeit?

Es genügt, diese Frage zu stellen, um zu verstehen, wie unwahr die Vorstellung ist, die Bewußtmachung verdrängter Bestrebungen mithilfe der Psychoanalyse sei ein „absoluter Wert“, immer und überall von Nutzen. Offensichtlich hängt alles davon ab, unter welchen gesellschaftlichen Bedingungen, in welchem psychischen Zustand, mit welchem moralischen Prinzipien, unter welcher Persönlichkeitsstruktur dies von statten geht. Nehmen wir an, ein Mensch verspürt eine Neigung, die aus moralischen Gründen nicht befriedigt werden sollte. Er kämpft mit dieser Neigung, versucht, sie zu vergessen. Der Psychoanalytiker aber zerstört diesen „psychologischen Schutz“ und kümmert sich nicht darum, ob das Bewußtsein eines Patienten in der Lage ist, den ungebändigten, amoralischen Wunsch zu zügeln. Ist es nicht klar, zu welch traurigen Folgen eine derartige, nicht durchdachte Praxis im Endeffekt führen kann?

Auf dem Symposium in Tbilisi setzten sich Professor *S. Leclair* und seine Schüler für eine Position ein, in der Mißachtung der Rolle des Bewußtseins und der Besonderheiten der Persönlichkeiten anklingt. Hier offenbarte sich der charakteristische Unterton der Verantwortungslosigkeit, der Gleichgültigkeit gegenüber den Wünschen, an denen der Psychoanalytiker seine Operationen durchführt. Der Humanismus der Psychoanalyse, von dem ihre Adepten so sehr zu reden lieben, schlägt hier in ziemlich seelenlose Manipulation der menschlichen Psyche um. Um wieviel menschlicher, humaner ist jedoch die klassische These des Marxismus: „Der Mensch erlangt in dem Maße die Freiheit, wie er die Bedingungen seiner eigenen Existenz bewußt beherrscht.“ Nein, nicht die psychoanalytische Manipulation am psychischen Leben eines gesunden Menschen, sondern nur die Umgestaltung der Gesellschaft auf gerechten Grundlagen ermöglicht es, die Menschheit zur echten Freiheit der Persönlichkeit zu führen.

Wir widmeten den Auseinandersetzungen über ideologische Fragen mit den Psychoanalytikern soviel Aufmerksamkeit, da diese Probleme ungeachtet der klaren Position der sowjetischen Wissenschaftler in den Artikeln der westlichen Presse einseitig und falsch ausgelegt werden. Wir hielten es für wesentlicher und nützlicher, wenn diese Publikationsorgane ihre Aufmerk-

samkeit mehr auf das tatsächliche wichtige Problem der echten wissenschaftlichen Erforschung der unbewußten psychischen Tätigkeiten lenken würden, darunter auch den Sozialaspekten solcher Forschung, statt nichtwissenschaftliche „Neu“richtungen der Psychoanalyse zu propagieren, die Anspruch auf eine ihre Kräfte übersteigende Rolle als ideologische Lehre erheben.

Die sowjetischen Psychologen treten für die Fortführung des Dialogs ein. Dabei werden wir uns immer für die Prinzipien unserer Ideologie einsetzen. Und wir möchten in noch größerem Maße mit den ausländischen Kollegen all diese echten Werte wissenschaftlicher Forschung austauschen, den Schatz des menschlichen Wissens bereichern.

A. Prangishvili, Akademie der Wissenschaften der Volksrepublik Georgien, Vorsitzender des Organisationskomitees des Internationalen Symposiums über das Problem des Unbewußten
F. Bassin, Professor, Dr. med., Stellvertretender Vorsitzender des Organisationskomitees
A. Sherozia, Professor, Dr. phil., stellvertretender Vorsitzender des Organisationskomitees

Berlin, 18. Juni 1980

Mein lieber Freund Professor *Bassin*,

ich habe soeben die volle Übersetzung Ihrer mit den Professoren *Prangishvili* und *Sherozia* verfaßten Arbeit über die unbegründeten Ansprüche der Psychoanalyse aus *Literaturnaja Gazeta* Nr. 21 vom 21.05.1980 gelesen.

Ich finde es widersprüchlich von *Leclair* und seinen Anhängern, wenn sie einerseits die älteste orthodoxe Form der Freudianischen Trieb-Psychoanalyse vertreten, die auch das Unbewußte als eine Stätte verdrängter Triebwünsche versteht und andererseits ein sich radikal links gebährenden pseudoemanzipatorischen Anspruch vertreten, wobei offenkundig gar kein Zusammenhang zwischen einer sich links gebenden gesellschaftlichen Forderung und Psychoanalyse *Freuds* versucht wird, theoretisch oder praktisch herzustellen. Dies ist ja eigentlich ein Widerspruch, den man schon bei *Lacan* antreffen kann, der sich vom Freudianismus seinerzeit trennte, als dieser sich mit schwachen Ansätzen mit *Heinz Hartmann* einer Art Ich-Psychologie zuwandte (obwohl *Heinz Hartmann* und die Ich-Psychoanalyse mit *Kris*, *Löwenstein*, *Erikson*, *Karl Menninger*, *Rapaport* bis hin zu *Kernberg* und *Kohut* immerhin noch völlig in der Triblehre steckengeblieben ist, wie ich dies auch in meinem Handbuch der Dynamischen Psychiatrie Band I, nachgewiesen habe).

Der Begriff der Freiheit bei *Leclair*, wie Sie ihn in Ihrem ausgezeichneten Artikel dargestellt haben, ist meiner Meinung nach auch utopisch und antiquiert. Diese sogenannte Freiheit, die ja offensichtlich die radikale Freiheit von privaten, vornehmlich sexuellen Bedürfnissen ausdrückt, würde ja,

wenn sie zu einer politischen Idee führen würde, zu einem Chaos führen, das nichts mehr mit Freiheit zu tun hat. Sie läßt vielmehr an die schizophrene Situation unserer Kranken erinnern, bei denen die im Unbewußten ruhende Persönlichkeitsstruktur (wie ich das bei meinem Tbilisi-Vortrag zusammen mit meinem Mitarbeiter *Wolfgang Rock* dargelegt habe) desintegriert, nämlich in ihren Ich-Strukturen und Funktionen verfallen ist und somit gerade der menschlichen Freiheit verlustig gegangen ist. Zweifellos war zu der Lebenszeit von *Sigmund Freud* die Entdeckung eines Teils des Unbewußten, nämlich seine Dynamik, im Hinblick auf Verdrängungsvorgänge gegen Sexualität eine revolutionäre Tat. Heute jedoch, nach fast 100 Jahren, hat sich die Einstellung des Menschen und der Gesellschaft den doppelbödigen Tabus des viktorianischen Zeitalters gegenüber verändert und damit auch meines Erachtens die Aufgabe der Psychoanalyse. Die moderne, besonders auch die von mir weiterentwickelte Psychoanalyse bis hin zu der von mir und meinen Freunden vertretenen Dynamischen Psychiatrie, beschäftigt sich weit weniger mit den auch immer seltener auftretenden sogenannten Neurosen, sondern vielmehr mit Menschen, die im Laufe ihrer Entwicklung echte Persönlichkeitsschädigungen (Ich-Strukturdefekte) in Gruppen (hauptsächlich in der Familiengruppe) zu erfahren haben und die von uns vornehmlich als Borderline-Kranke oder schizophren reagierende Patienten verstanden werden.

Selbstverständlich kann der moderne dynamische Psychiater nicht als Politiker oder Heilslehrer auftreten, da er dazu weder berechtigt ist noch einen Auftrag hat. Hingegen kann er vielmehr versuchen, durch präventive Maßnahmen wie Kindergärten, Elternabende, gruppodynamische Selbsterfahrungskurse, sogenannte Balintgruppen für Erzieher, Ärzte, Lehrer, Juristen, Krankenhauspersonal usw. zu helfen, psychische oder geistige Krankheiten zu vermeiden d. h. auch, das Verständnis für das Gruppenleben, in das Menschen nun einmal eingebettet sind, da sie nicht auf einer Insel isoliert leben und auch im Sinne der Selbsterweiterung der Identität, Kreativität und konstruktiver Aggression des Ichs mit Hilfe der Gruppe und als Helfer für andere Gruppenteilnehmer zu entwickeln.

Ihrer Kritik an *Leclair* muß ich daher voll zustimmen u. a. auch deswegen, da ich und unsere Deutsche Akademie für Psychoanalyse ein Opfer des, wie Sie mit Recht schreiben, bürokratisierten Weltfreudianismus und seiner Organisation der internationalen Psychoanalytischen Vereinigung (IPV) geworden sind, die uns bekämpft und abwehrt, wo sie nur kann und wir interessanterweise gleichfalls scharf diffamiert und angegriffen werden durch eine sich extrem links gebährende deutsche Sozialpsychiatrie. Bei *Leclair* haben sich interessanterweise beide Tendenzen vereint.

Daß *Leclair* die Bedeutung des sozialen Umfeldes des Menschen und der Gruppen, in denen er lebt, im Hinblick auf Auswirkungen in das Psychische hinein nicht erkennt, ist bei seiner gesellschaftlichen Ansprüchlichkeit schwer verständlich.

Sie werden deswegen nun meine schwierige Situation in Tbilisi besser verstehen können, wenn Sie nunmehr wissen, daß das, was *Leclair* und seine Freunde in der Art von politischen Fanatikern lautstark und chaotisch in Tbilisi vertreten haben, mit Psychoanalyse, wie sie meine Schule vertritt, nichts zu tun hat und daß wir aber auch andererseits nichts mehr zu tun haben mit dem orthodoxen Freudianismus, den die in Tbilisi anwesenden amerikanischen Psychoanalytiker besonders um *Shevrin* vertreten. Für *Shevrin* war Psychoanalyse eben die alte Psychoanalyse der Bewußtseinswerdung durch freie Association auf der Couch und sein Verbindung zur Neurophysiologie war damit nicht integriert sondern wirkte aufgesetzt (vergleiche seinen Vortrag in Tbilisi).

Ich stimme Ihrem Aufsatz in der *Literaturnaja Gazeta* voll zu, daß *Leclairs* Position, daß die Psychoanalyse die *conditio sine qua non* für menschliche Freiheit ist, unmöglich aber auch gefährlich ist, wegen eines verführerischen Heilsanspruchs eines utopischen Freiheitsbegriffs. Ich meine, man muß fragen: Freiheit wozu? Und das heißt meines Erachtens im Sinne der von mir und meinen Freunden innerhalb unserer Akademie vertretenen Auffassung: Freiheit zu Kreativität im allgemeinen Leben (nicht kreativ nur im Sinne von Künsten), Freiheit für konstruktive Aggression, Abgrenzungsfähigkeit des Ichs und Öffnungsfähigkeit für andere, Freiheit für einen eigenen Standpunkt und eigene Identität, Freiheit für konstruktive Sexualität (in Abgrenzung zu defizitärer Sexualität (Neurosen) oder destruktiver Sexualität (Perversion und Psychosen)), Freiheit für Gefühle, Denken, Lernfähigkeit, Gruppenfähigkeit, Fähigkeit zur Auseinandersetzung (kreativ-konstruktiv aggressiv), Freiheit für Phantasien, Träume bis tief hinein ins organische des Menschen homoestatischer neurophysiologischer, vasomotorischer und endokrinologischer Vorgänge. Wie Sie sehen, meine ich dabei, mein Persönlichkeitsprofil, wie es auch im Handbuch und dem primären Ich, den zentralen Ich-Funktionen und sekundären Ich-Funktionen beschrieben ist und wo *Wolfgang Rock* bereits standardisierte Meßergebnisse (Ich-Strukturtest) in Tbilisi vorgetragen hat.

Deswegen sagte ich auch in meiner kurzen Ansprache bei der Eröffnung des historischen Tbilisi-Symposiums über Probleme des Unbewußten, daß Wissenschaft und Humanismus immer untrennbar sind, d. h. das menschliche und den Menschen zu Berücksichtigende und für ihn einzutreten. Das heißt auch konsequenterweise, wie ich sagte, daß Wissenschaft immer für den Frieden ist, d. h. konstruktiv ist und nicht zerstörerisch. In einem Vortrag, den ich kürzlich in Frankfurt vor Widerstandskämpfern und Verfolgten und Deportierten des Nazi-Regimes hielt, drückte ich dies in dem Sinne aus, daß es keine Freiheit ohne Identität, d. h. ohne Integration menschlicher Persönlichkeit und Identität in Gruppe und Gesellschaft gibt. Die Freiheit *Leclairs*, die Sie zu Recht kritisieren, entspricht dem individualistischen Freiheitsbegriff des 19. Jahrhunderts und würde praktisch die Freiheit von Wolfskindern implizieren. Ja, wenn man *Leclair* folgen sollte mit der Idee

der Aufhebung aller Hemmungen, dann könnte dies ja auch das Recht mit einschließen, andere zu unterdrücken und auszubeuten für chaotische eigene Bedürfnisse bis hin zum Terrorismus, der sich ja bekannterweise teilweise auch links verbrämt.

Übrigens kann ich Ihnen jetzt auch deutlich machen, daß die gegen mich und unsere Akademie gerichtete Diffamierungskampagne genau aus diesen Kreisen und Vorstellungen geboren und durchgeführt zu sein scheint. Sehr beeindruckt war ich übrigens von dem hohen literarischen Wert Ihres Beitrages, der selbst in der mir vorliegenden deutschen Übersetzung nichts von seinem Wert eingebüßt zu haben scheint.

In dem zur Zeit in Druck befindlichen Doppelheft unserer Zeitschrift *Dynamische Psychiatrie/Dynamic Psychiatry* erscheint übrigens eine Buchbesprechung von *Wolfgang Rock* und mir über Ihr Buch: *Unbewußtes und Verhalten*, auch im Hinblick auf die ihre Bedeutung gar nicht voll erfassende Kritik in der *Psyche*, die ich Ihnen kürzlich zusandte.

Die in der Literaturnaja Gazeta veröffentlichte Arbeit wird in deutscher Übersetzung ebenfalls in diesem Doppelheft abgedruckt werden, vielleicht zusammen mit Ihrer Arbeit in: „The Problems of Psychology“ Nr. 2/1980, wo Sie freundlicherweise mehrmals mich zitierten und auch unsere Akademie erwähnten. Auch diese Arbeit habe ich heute noch zur Übersetzung gegeben. Vielleicht kommt auch dieser Antwortbrief an Sie zum Abdruck.

Abschließend möchte ich sagen, daß Ihre Kritik an *Leclair* und Freunde keineswegs zu scharf war, vielmehr durch seine Ausgewogenheit und Klarheit uns allen, die wir in Tbilisi die *Leclair*gruppe erlebten, einen großen Dienst erwiesen hat.

Ich möchte noch einmal deutlich machen, was auch in meinem Statement für die round-table Diskussion geschrieben steht (ich habe auch dieses Material an Professor *Sherozia* vor längerer Zeit geschickt), daß nämlich das Unbewußte des Menschen positiv und kreativ zu definieren ist als der Ort historisch gewachsener biologischer, zentral-psychologischer und sekundär-verhaltensmäßiger Ich-Funktionen. Die Menschen, deren Entwicklung in Gruppen und Gesellschaft geschädigt wurde, können aber auch durch die Gruppe (Gruppentherapie) wieder behandelt werden – vereinfacht gesagt. Nach meiner Auffassung gibt es einen gleitenden Übergang von Unbewußten zu Bewußtem und zwar in beiden Richtungen. Außerdem glaube ich, die Psychoanalyse von ihren Fesseln befreit zu haben und die Aufgabe der die Forschung und Therapie einengenden Trieblehre und ich habe anstelle des mechanistischen Instanzendenkens (Ich-Es-Über-Ich) das Ich-Struktur-Modell gesetzt mit der Lehre der konstruktiven Aggression. Aggressive Äußerungen des Menschen verstehe ich primär als konstruktiv, als die schöpferische Aneignung der Umwelt in einem innigen Gruppenbezug. Störungen dieses Dialogs lassen erst die genuin-konstruktive Aggression destruktiv oder defizitär werden. Hier liegen meines Erachtens die tiefen Beziehungen zur sowjetischen Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie und nicht zu-

letzt zur Schule von *Uznadze*. Deswegen begrüßt auch unsere Akademie und die mit ihr verbundenen Freunde, Forscher und Therapeuten den von uns so wichtig angesehenen Dialog mit unseren sowjetischen Kollegen. Ich habe mich sehr gefreut, daß gerade in Ihrem Artikel auf die Fortsetzung des in Tbilisi begonnen Dialogs auch von Ihrer Seite aus Wert gelegt wurde.

Julia läßt auch für die neuen herrlichen Briefmarken herzlich danken. Von wichtigen Briefen und besonders schönen Briefmarken sammelt sie die ganzen Kuverts und sie trug heute Ihr Kuvert ganz feierlich als eine große Kostbarkeit auf ihr Zimmer.

Es hat meine Frau und mich sehr gefreut, daß auch Ihre Enkeltochter Julia heißt. Grüßen Sie sie ganz herzlich von uns dreien, von unserer Julia, meiner Frau und mir. Auf alle Fälle versehe ich auch meine Briefe mit schönen Briefmarken.

Da ich aber nicht sicher bin, daß ich damit Ihrer Enkeltochter eine Freude machen kann, schicke ich Ihnen mit getrennter Post ein kleines Geschenk für Ihre Julia. Schön wäre es aber auch, wenn Sie mir schreiben würden, wofür sich Ihre Julia interessiert.

Für heute schließe ich mit herzlichen Grüßen – auch an die Professoren *Sherozia* und *Pranghisvili* – sehr herzlich wie immer

Ihr

Günter Ammon

The Problems of Psychology, Nr. 2, 1980

Wissenschaftliches Leben

International Symposium on the Problem of Unconscious Mental Activity

Anfang Oktober 1979 fand in Tbilisi das Internationale Symposium über das Problem der nicht erkennbaren psychischen Tätigkeit oder, um in der komprimierteren Terminologie, die sich in der Fachliteratur gefestigt hat, zu sprechen: über das Problem des „unbewußten Psychischen“ oder sogar einfach nur: über das Problem des „Unbewußten“, statt. Das Symposium zog die Aufmerksamkeit weiter wissenschaftlicher Kreise, sowohl aus der Sowjetunion, als auch aus dem Ausland auf sich, nicht nur der Psychologen, sondern auch der Wissenschaftler die auf den der Psychologie benachbarten Wissenschaftsgebieten arbeiten: Psycholinguisten, Physiologen, Philosophen, Literaturwissenschaftler, Psychoneurologen, Psychotherapeuten u. a. Während des Symposiums fanden lebhaft Diskussionen zwischen den Teilnehmern statt, die, nach ausländischen Pressestimmen (aus Frankreich, den U.S.A., der B.R.D., Italien) zu urteilen, bis heute anhalten. Insgesamt

müssen angeführt werden: die Kompliziertheit des auf dem Symposium stattgefundenen Meinungsaustausches; die Schwierigkeiten, die für die Beteiligten manchmal dadurch entstanden, daß sie scheinbar in verschiedenen begrifflichen Sprachen redeten; und schließlich, die Notwendigkeit des Herausortierens der wissenschaftlich bedeutsamsten Elemente aus den vielseitigen Diskussionen. Die Bestimmung und genaue Analyse solcher Elemente sind notwendig, denn gerade sie rechtfertigen im Endeffekt die Durchführung des Symposiums, indem sie Veranlassung geben, es als nicht unwesentliche Episode in unserem unermüdlichen Kampf für die Bestätigung des dialektisch-materialistischen Verständnisses der Natur des Menschen und der objektiven Gesetzmäßigkeiten zu betrachten, denen das Seelenleben des Menschen unumstößlich und tief gehorcht.

Das Symposium erwies sich als ungewöhnlich gutbesucht und repräsentativ. Die Gesamtzahl der Teilnehmer betrug in der Regel 250 Personen, davon ungefähr 150 sowjetische Wissenschaftler und fast 100 Wissenschaftler aus dem Ausland (aus Bulgarien, der DDR, der Tschechoslowakei, Polen, Ungarn, Frankreich, Kanada, England, Italien, den USA, der BRD). Die Einladung von Psychoanalytikern unterschiedlicher Orientierungen sollte die Entstehung interessanter Debatten ermöglichen, was im weiteren dann auch eintrat. Besonders wichtig erwies sich die Anwesenheit der Gruppe von Wissenschaftlern aus den sozialistischen Ländern, die ihre theoretischen Positionen ausführlich darlegten. Die Mitglieder der sowjetischen Delegation vertraten unsere führenden wissenschaftlichen Institutionen: die Georgische Akademie der Wissenschaften und insbesondere das Institut für Psychologie *D. N. Uznadze*, die Universität Tbilisi, das Wissenschaftliche Forschungsinstitut für Neurologie der Akademie für Medizinische Wissenschaften der UdSSR, das Institut für Psychologie und die Abteilung Philosophie und Recht der Akademie der Wissenschaften der UdSSR, das Institut für Psychologie der Akademie der Pädagogischen Wissenschaften der UdSSR, das Leningrader Psychoneurologische Institut *V. M. Bechterev*, das Brain Research-Institut der Akademie der Medizinischen Wissenschaften der UdSSR, die Universität Moskau, das Tbiliser Wissenschaftliche Forschungsinstitut für Psychiatrie *A. Asatianja*, das Zentralinstitut für Gerichtspsychiatrie des Gesundheitsministeriums der UdSSR, das 1. Medizinische Institut Moskau, das Institut für Sprachwissenschaft der Akademie der Wissenschaften der UdSSR, das Institut für Russische Sprache *A. S. Pusckin* und eine Reihe anderer wissenschaftlicher Institutionen. Am Symposium nahmen ebenfalls teil Vertreter der Akademie der Wissenschaften Bulgariens, der Vereinigung der Psychotherapeuten aus der DDR, der Akademie der Wissenschaften Ungarns, der Universität Warschau, sowie der Universitäten Harvard, Stanford, Montreal, des Chicagoer Instituts für Psychoanalyse, der Deutschen Akademie für Psychoanalyse, des Psychosomatischen Zentrums Dejerin aus Paris, des Weltbundes Philosophischer Gesellschaften und anderer Institutionen.

Der Arbeitsplan des Symposiums durchlief eine lange Vorbereitungsphase. Die von den Symposiumsteilnehmern eingeschickten Arbeiten wurden, um erörtert werden zu können, lange vor Einberufung des Treffens veröffentlicht und ergaben den Inhalt einer dreibändigen kollektiven Monographie: „Das Unbewußte: seine Natur, Funktionen und Methoden des Studiums“ (Tbilisi, 1978). In dieser Monographie wurden die Texte in ihrem vollen Umfang und in der Sprache des Originals abgedruckt; den Arbeiten in russischer Sprache wurde eine Zusammenfassung in englischer Sprache, einigen davon sogar eine vollständige englische Übersetzung beigelegt. Dies erleichterte den ausländischen Teilnehmern erheblich die zeitgerechte Bekanntheit mit den Arbeiten. (Während des Symposiums wurde synchron in drei Sprachen übersetzt.)

Wenn wir von dieser Veröffentlichung sprechen, muß ebenfalls angeführt werden, daß jedem ihrer zehn thematischen Teile ein einleitender Artikel der Redaktion vorangestellt wurde. In diesen einleitenden Artikeln und ebenso in der „Einleitung“ und dem „Schlußwort“ wird eine methodologische Analyse der wichtigsten, den Inhalt der Monographie betreffenden, allgemeinen Fragen vorgelegt, wird die Erläuterung dieser Fragen von der Position des marxistisch-leninistischen Verständnisses der Auffassungen vom Unbewußten in seinen Verbindungen mit der Tätigkeit des Bewußtseins gegeben. Dadurch ergab sich eine bestimmte Ordnung in der Untersuchung des zentralen Problems des Symposiums und der Plan für die späteren Diskussionen zeichnete sich ab. Bei den Vorbereitungsarbeiten für die Veröffentlichung und der Organisation des Symposiums leistete *L. Chertok* (wissenschaftlicher Leiter des Pariser Psychosomatischen Zentrums) jahrelange systematische Hilfe.

Das Arbeitsprogramm des Symposiums sah die Durchführung von Plenar- und Sektionssitzungen sowie Paneldiskussionen vor. Am ersten Arbeitstag des Symposiums waren auf der Plenarsitzung folgende Vorträge zu hören: von *A. S. Prangishvili* (UdSSR) über den Begriff der nicht erkennbaren psychologischen Einstellung; von *F. V. Bassin* und *A. E. Sherozia* (UdSSR) über die Rolle der Kategorie des Unbewußten in der modernen Wissenschaft; von *G. Pollock* (USA) über das moderne psychoanalytische Herangehen an das Problem des Unbewußten; von *N. S. Avtonomova* (UdSSR) über die, durch die Ausarbeitung der Idee vom Unbewußten bedingten Veränderungen im konzeptuellen Apparat der Philosophie; von *S. Leclair* (Frankreich) über die von *J. Lacan* begründete Richtung in der Psychoanalyse; von *N. Rollins* (USA) über das Verhältnis westlicher Wissenschaftler zu den Ideen der Schule *D. N. Uznadzes*.

Am zweiten Tag wurden zwei Sektionssitzungen durchgeführt. Die eine widmete sich den Fragen der Physiologie und der klinischen Forschung mit den Berichten von *E. A. Kostandov* (UdSSR) über die Ergebnisse elektro-physiologischer Erforschung der Tätigkeit des Unbewußten, von *M. M. Kabanov* (UdSSR) über die Problemstellung psychologischer Faktoren in der modernen klinischen Medizin, von *G. Shevrin* (USA) über die Möglich-

keiten eines experimentell-physiologischen Herangehens an das Problem des Unbewußten, von *G. Ammon* (West-Berlin) über den Einfluß der Gruppe auf die Identitätsentwicklung. Bei der anderen Sektionssitzung wurden Fragen philosophischer und methodischer Ordnung diskutiert: Die Prinzipien experimenteller Erforschung nicht erkennbarer psychologischer Einstellungen (*V. G. Norakidze*, UdSSR), Fragen zur Methodologie der Erforschung des Unbewußten (*O. K. Tichomirov*, UdSSR), experimentelle suggestive psychosomatische Phänomene (*L. Chertok*, Frankreich), die Methodentheorie der Psychoanalyse (*I. Bres*, Frankreich). Außerdem wurden an diesem zweiten Symposiumstag eine Paneldiskussion geführt, bei der die unterschiedlichen heute existierenden Herangehensweisen an das Problem des Unbewußten verglichen wurden, die positiven und negativen Einflüsse der Psychoanalyse auf die Psychologie erörtert wurden, der Unterschied zwischen dem Begriff des Unbewußten und der Idee von den Ebenen des Wachseins präzisiert wurden, usw.

Am dritten Arbeitstag des Symposiums wurde eine Plenarsitzung abgehalten, die sich mit dem Problem der Beteiligung des Unbewußten an höheren Erscheinungsformen psychischer Tätigkeit des Menschen beschäftigte. Es wurden Vorträge geboten von *R. O. Jakobson* (USA) über die Rolle des Unbewußten in der Sprache, von *D. Ramishvili* (UdSSR) über das Unbewußte als besondere Form der Widerspiegelung, von *N. Ja. Dshindshichashvili* (UdSSR) über die Verbindung zwischen der Tätigkeit des Unbewußten und der Kreativität, von *V. P. Zinčenko* und *M. K. Mamardashvili* (UdSSR) über die Auffassung des Unbewußten als eine der Komponenten der Bewußtseinstätigkeit im weiteren Sinne.

Am vierten Symposiumstag wurde auf den Sektionssitzungen die Diskussion der bis dahin gehörten Vorträge fortgesetzt und die zweite Paneldiskussion auf Wunsch der ausländischen Symposiumsteilnehmer einberufen, um die Methoden und Techniken der Psychoanalyse zu erörtern. Auf der morgendlichen Sitzung am fünften Tag wurde nach dem zweiten Vortrag *A. E. Sherozias* und *F. V. Bassins* (Diskussionsergebnisse und Perspektiven der weiteren Arbeit am Problem des Unbewußten) und den abschließenden Worten des Vorsitzenden des Organisationskomitees *A. S. Prangishvili* und seines Stellvertreters *L. Chertok* (Frankreich) das Symposium beendet.

2. Das oben Gesagte gibt ein allgemeines Bild des Symposiums auf formeller Ebene. Welches aber ist die Bedeutung dieses großen Treffens auf ideologischer und wissenschaftlicher Ebene? Was für Beweggründe stimulierten seine Einberufung, welches sind seine konkreten Ergebnisse und welches ist sein Einfluß auf die internationale Gemeinschaft der Wissenschaftler, die es vorbereitet und die daran teilgenommen haben? Die Schwierigkeit dieser Fragen ist offensichtlich und offensichtlich ist auch, daß eine ausführliche Antwort darauf erst nach einiger Zeit gegeben werden kann, wenn die Materialien des Symposiums genau analysiert und erörtert worden sind.

In den letzten zwei bis drei Jahrzehnten machten sich in der sowjetischen Psychologie und ihren benachbarten Disziplinen immer deutlicher die negativen Folgen der Vernachlässigung des Problems der nicht erkennbaren psychischen Tätigkeit bemerkbar. Nach und nach wurde klar, daß die Unterschätzung und um so mehr die Ignorierung dieses Problems die Weiterentwicklung wichtiger Teile der Psychologie stark bremste. Es ist keineswegs übertrieben zu sagen (und dies wurde schon in unserer Fachliteratur aufgezeigt), daß, wenn die Tätigkeit des Unbewußten, ungeachtet des großen „Gewichts“ das sie als Determinante des Verhaltens und Bewußtseins hat, ignoriert wird, unweigerlich eine grobe Verfälschung des Bildes vom seelischen Leben des Menschen entsteht, was dann natürlich eine Vielzahl von Hindernissen in den Weg der verschiedensten psychologischen Forschungen stellt, vor allem in den Weg der Herausarbeitung eines genaueren Bildes von der Natur der psychischen Kreativität, der Persönlichkeitsstruktur und den Gesetzmäßigkeiten, die sie bestimmen. Und dies wiederum fügt unumgänglich der Erziehungstheorie im weitesten Sinne ernsthaften Schaden zu, behindert die Entwicklung der psychosomatischen Richtung in der Medizin, läßt sich schlecht vereinbaren mit den neuesten physiologischen Auffassungen bezüglich der sogenannten funktionalen Asymmetrie und den allgemeinen Funktionsprinzipien der Großhirnhemisphären, usw.

Mit jedem neuen Jahrzehnt sahen wir uns aber auch immer öfter genötigt in Betracht zu ziehen, daß das Problem des Unbewußten im vorletzten Viertel unseres Jahrhunderts infolge seiner verstärkten Ausarbeitung im Westen von den Positionen der psychoanalytischen Theorie aus, zu einem der Hauptgebiete unseres ideologischen Kampfes mit dem idealistischen Ansatz in den Wissenschaften vom Menschen wurde. Das Einnehmen offensiver, parteilicher Positionen in diesem Kampf wurde uns erheblich erleichtert, da wir uns auf ein Begriffssystem stützen konnten, das von den verschiedenen Richtungen der sowjetischen Psychologie ausgearbeitet worden war und unmittelbar auf die methodologisch adäquate dialektisch-materialistische Lösung der Frage des Unbewußten zuführte. Wir meinen damit *V. N. Mjasischčevs* Konzeption des „Verhaltens“, den „Kreativen Ansatz“ dessen Ursprung noch auf *L. S. Wygotsky* und *S. L. Rubinstein* zurückgeht und der von *A. N. Leotjew* schöpferisch weiterentwickelt wurde, die in der modernen psychologischen Forschung immer deutlicher hervortretende Idee der Systemhaftigkeit und endlich die Theorie der psychologischen Einstellung, die schon in den 20–30er Jahren von *D. N. Uznadze* begründet und im weiteren von ihm und der von ihm gegründeten Schule vielseitig weiterentwickelt wurde.

Andererseits darf nicht vergessen werden, daß dem Problem des Unbewußten im Westen schon über ein Jahrhundert lang große Aufmerksamkeit gewidmet wurde. Die langjährige intensive Arbeit ermöglichte das Sammeln einer Reihe von psychologischen und medizinischen Beobachtungen im Rahmen der psychoanalytischen Theorie, die einen bestimmten Wert, sowohl in theoretischer, als auch in praktischer Hinsicht darstellen. Leider

blieben manchmal diese Beobachtungen, wie auch die allgemeine Entwicklung der Psychoanalyse in den 60–70er Jahren, als diese sich wesentlich von den orthodoxen Freudschen Traktaten entfernte, in unserer Literatur wenig beachtet.

All diese Umstände drängten schon lange darauf, den Problemen der nicht erkennbaren psychischen Tätigkeit spezielle Aufmerksamkeit zu schenken und sie zum Gegenstand detaillierter gemeinschaftlicher Diskussion zu machen. Bei einer solchen Diskussion würden die Vorzüge einer dialektisch-materialistischen Auslegung des Problems des Unbewußten besonders deutlich werden, könnten die Einseitigkeit, die Fehler und gelegentlichen Vulgarisierungstendenzen, die in den Verallgemeinerungen unserer ideologischen Opponenten anzutreffen sind, unterstrichen werden und andererseits jene, teilweise positiven Momente aufgezeigt werden, die mehr oder weniger spontan im Rahmen der Ansätze hervortreten und sich nicht auf die uns gewohnten methodologischen Kriterien stützen. Das Symposium war auch gerade als repräsentatives Forum gedacht, in dessen Rahmen eine solche Gegenüberstellung unterschiedlicher konzeptueller Ansätze ermöglicht werden sollte.

In welchem Ausmaß gelang es dieses Vorhaben zu verwirklichen? Unmittelbarste, zu Beginn anstehende Aufgabe des Symposiums war das Aufzeigen der Existenz sehr unterschiedlicher, sich manchmal gegenseitig ausschließender, manchmal wiederum annähernder konkreter Interpretationen des Problems des Unbewußten in der sowjetischen und ausländischen Literatur. Die Vielfalt der Deutungen trat in den zum Symposium veröffentlichten Arbeiten und den auf dem Symposium geführten Diskussionen klar hervor: von der Negierung der Rechtmäßigkeit, das Problem des Unbewußten zu stellen (*A. T. Bočorishvili, G. Roracher* u.a.), über die Annäherung der Idee des Unbewußten an die Idee des Automatismus (*P. J. Galperin, K. Pribram* u.a.), bis hin zu dem nicht verstummenden Meinungsstreit innerhalb der Schule *Uznadzes*, über die Möglichkeit oder Unmöglichkeit der Erkennbarkeit psychologischer Einstellungen, über die allgemeinen Prinzipien der Wechselbeziehungen zwischen unbewußtem Psychischem, psychologischer Einstellung und Bewußtsein, über die Rolle der Einstellungen als Faktoren die die Verbindung zwischen Unbewußtem und Bewußtsein herstellen, über die Verbindung der Idee der Einstellung mit der Idee der Tätigkeit. Hierher gehören auch: die auf dem Symposium vorgetragenen originellen theoretischen und experimentellen Ansätze, die sich auf die Analyse der Beziehungen der Kategorie des Unbewußten zu anderen philosophischen Begriffen oder psychologischen und philosophischen Auffassungen gründen (*L. P. Latash, V. P. Zinčenko* und *M. K. Mamardashvili, V. S. Rotenberg* u. a.); die während des Symposiums in ziemlich scharfer Form auftretenden Gegensätze zwischen der traditionellen Richtung psychoanalytischen Denkens und der innerhalb der Psychoanalyse entstandenen, „sie von innen her sprengenden“ Strömung *Lacans* (*S. Leclair* u. a.); die in methodologischer

Hinsicht überaus bedeutenden Nuancen, die durch die Idee von der entscheidenden Rolle sozialer Faktoren in die psychoanalytische Theorie eingebracht wurden (*G. Ammon* u. a.), usw.

Diese Vielfalt konzeptueller Richtungen führte natürlich auch dazu, daß auch die Palette der von den Rednern auf den Sitzungen berührten Fragen nicht minder breitgefächert und heterogen war. Am wichtigsten waren die Fragen über die Wissenschaftlichkeit der Psychoanalyse (das Problem: „Status der Psychoanalyse als Wissenschaft“, das in scharfer Form in der psychoanalytischen Literatur gestellt wird); über die Notwendigkeit der Erforschung der Rolle des Unbewußten im emotionalen Leben des Menschen, unter den Bedingungen unterschiedlicher Formen seiner aktiven Tätigkeit, seiner Kreativität, der Krankheit; über die Methoden der Erforschung des Unbewußten. Natürlich unterschieden sich die Positionen der sowjetischen und ausländischen Symposiumsteilnehmer zu diesen Fragen in der Regel ziemlich stark, dennoch zeigten sich manchmal auch Gemeinsamkeiten, da eine Reihe führender ausländischer Wissenschaftler (sowohl aus den sozialistischen Ländern: *L. Garai, S. Stojev, A. Katzenstein, K. Obuchovski* u. a., als auch aus kapitalistischen Ländern: *R. Jakobson, G. Ammon, G. Pollock, G. Shev-rin, R. Rogers, L. Chertok*) einige wichtige, in den Berichten sowjetischer Forscher formulierte Thesen unterstützten. Diese Unterstützung kam nicht unerwartet, Hinweise darauf gaben schon vor dem Symposium die Materialien der kollektiven Monographie „Das Unbewußte . . .“. Doch bei den Diskussionen während des Symposiums trat sie bedeutend klarer zutage.

Bei den Paneldiskussionen wurden auch viele andere, speziellere Teilfragen angeschnitten: Erschließt, zum Beispiel, die Theorie der Einstellung den Hintergrund zwischenmenschlicher Beziehungen; welchen Einfluß übt die Idee des Unbewußten auf die Entwicklung der Psychologie aus; worin besteht die Eigenart der Wissenschaft vom Menschen, die sie von den Naturwissenschaften unterscheidet, usw. Beim zweiten Panelgespräch standen im Mittelpunkt der Diskussion Fragen speziellen Charakters, die sich auf Technik und Methoden psychoanalytischer Heilung von Neurosen bezogen.

Der Meinungsaustausch bei der Behandlung all dieser Fragen kann charakterisiert werden als manchmal explizite, manchmal implizite Gegenüberstellung zweier grundlegender Herangehensweisen an das Problem des Unbewußten, die sich bis heute in der internationalen Literatur hervorheben: Eine, die in der einen oder andern Form (und in unterschiedlichem Ausmaß) mit der Methodologie der Psychoanalyse verknüpft ist, und die andere, die auf der Grundlage der Arbeiten sowjetischer Forscher – nicht nur Psychologen, sondern auch Psychoneurologen, Sprachforscher, Kunsthistoriker – entstanden ist. Nicht uninteressant ist die Tatsache, daß, nach Ansicht einiger bedeutender ausländischer Wissenschaftler (*R. Jakobson, G. Ammon* u. a.), die sowjetischen Wissenschaftler mit der als Einleitung des Symposiums konzipierten fundamentalen Arbeit, die im Westen ihresgleichen nicht findet und in der in systematisierter Form ihre Position zu den unterschiedlichsten Pro-

blemen des Unbewußten dargelegt wird, die Initiative zur Erörterung dieser schwierigen Frage ergriffen haben und äußerst günstige Perspektiven für eine weitere Vertiefung der Analyse dieser Frage eröffnet haben.

Das Symposium hat besonders deutlich gezeigt, daß der unbestreitbare Vorzug der auf dem Symposium vertretenen Position der sowjetischen Forscher ihre innere Geschlossenheit ist, die dem vorbehaltlosen Bezug auf die Philosophie und Methodologie des dialektischen Materialismus entspringt. Die Psychoanalyse ist heute mehr denn je von inneren Widersprüchen zerrissen, konzeptuell fragmentarisch und steht daher vor bedeutenden Schwierigkeiten bei ihren Versuchen eine einigermaßen systematische, allgemeine Lösung für das Problem des Unbewußten zu entwerfen. Von eben diesen Schwierigkeiten war die bei den Sitzungen auftretende Tendenz einiger ausländischer Teilnehmer (einzelne Mitglieder der französischen Delegation) bestimmt, die Diskussion der auf dem Symposium erhobenen Problematik durch ein Abgleiten auf die Ebene oberflächlich behandelter Fragen eher ideologischer Ordnung zu unterwandern. Solche Versuche erhielten jedoch kein einziges Mal die Zustimmung der Zuhörer.

Wenn wir abschließend zur Bewertung der praktischen Ergebnisse des Symposiums und der sich auf seiner Basis abzeichnenden Perspektiven übergehen, muß unterstrichen werden, daß, als Ergebnis der Durchführung dieses Treffens, die weitere Arbeit am Problem des Unbewußten erheblich erleichtert wurde.

Bei der Schaffung der Bedingungen, welche es ermöglichten, dieses Problem schon vor vielen Jahren in der sowjetischen Psychologie experimentell zu stellen, gebührt zweifellos den Ideen *D. N. Uznadzes* und den Arbeiten seiner Schule großes Verdienst. Der weitere Erfolg in der Arbeit dieser Schule kann jedoch nur dann gewährleistet werden, wenn die Konzeption der psychologischen Einstellung nicht als endgültiges Paradigma betrachtet wird, als Richtung die fähig wäre, sich losgelöst von anderen Strömungen der sowjetischen Psychologie zu entfalten. (Dieser wichtige Gedanke wurde von *V. P. Zinčenko*, *A. G. Asmolovj* u. a. in unserer Fachliteratur treffend formuliert). Die Theorie der Einstellung kann ihren nützlichen Beitrag zur Herausbildung eines allgemeinen dialektisch-materialistischen Verständnisses der interdisziplinären Idee des Unbewußten nur leisten, unter der Bedingung engster schöpferischer Verbindung mit anderen Ansätzen, Interpretationen, Verallgemeinerungen, die sich im Rahmen der sowjetischen Psychologie und den theoretischen und klinischen Nachbardisziplinen der Psychologie herausbilden. Die Arbeit des Symposiums hat die Entfaltung eines solchen Ansatzes in vielem konkret begünstigt.

Auf diesen prinzipiellen Umstand wurde in der Abschlußrede des Vorsitzenden des Organisationskomitees des Symposiums *A. S. Prangishvili* ausdrücklich hingewiesen. Er unterstrich, daß die progressiven Wandlungen im Verständnis der Idee vom Unbewußten, ihre Entstehung der Arbeit der sowjetischen Wissenschaftler verdanken und, daß diese Wandlungen, nachdem

sie auf dem Symposium deutlich zum Ausdruck gekommen sind, nur durch die Schaffung bestimmter, diese Entwicklung erleichternder organisatorischer, personeller und technischer Bedingungen gefestigt und weiterentwickelt werden können. Es ist zu hoffen, daß diese wichtige praktische Aufgabe in nächster Zeit im Blickfeld der Akademien bleibt, welche die Durchführung des Symposiums gefördert haben: der Akademie der Wissenschaften der Grusinischen SSR und der Akademie der Wissenschaften der UdSSR, und ebenso der Univeristät Tbilisi.

A. S. Prangishvili, A. E. Sherozia (Tbilisi)

F. V. Bassin (Moskau)

XII. INTERNATIONALES SYMPOSIUM DER DEUTSCHEN AKADEMIE FÜR PSYCHOANALYSE (DAP)

Internationales Congress Centrum (ICC) Berlin

11.–16. November 1980

PSYCHOTHERAPIE DER SCHIZOPHRENIE

Forschung, Theorie, Prävention, Therapie

Die DEUTSCHE AKADEMIE FÜR PSYCHOANALYSE (DAP) e.V.
veranstaltet vom 11. bis 16. November 1980 ihr
XII. INTERNATIONALES SYMPOSIUM
im ICC Berlin
PSYCHOTHERAPIE DER SCHIZOPHRENIE
Forschung, Theorie, Prävention, Therapie

Die bisherigen Symposia der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) bearbeiteten die folgenden Themen:

- I. **Psychoanalyse und psychoanalytische Gruppenpsychotherapie**, 1969 in Paestum bei Neapel
- II. **Gruppe und Aggression**, 1970 in Paestum bei Neapel
- III. **Gruppe und Kreativität**, 1971 in Stelzerreut bei Passau
- IV. **Zur psychoanalytischen Theorie und Technik psychosomatischer Syndrome**, 1972 in Paestum bei Neapel
- V. **Theorie und Technik der Gruppenpsychotherapie von Psychosen**, 1973 in Stelzerreut bei Passau
- VI. **Psychoanalytische Behandlungstechnik**, 1974 auf Schloß Weidenkam bei München
- VII. **Psychoanalytische Ausbildung**, 1975 in Taormina auf Sizilien
- VIII. **Das Borderline-Syndrom in Theorie und Praxis**, 1976 in der Universität Düsseldorf
- IX. **Dynamische Psychiatrie in Theorie und Praxis**, 1977 im Deutschen Museum München
- X. **Psychosomatische Erkrankung und Depression**, 1978 Kongreßhalle Berlin
- XI. **Psychoanalytische Therapie von Kindern und Jugendlichen**, 1979 im Kongreßzentrum Maritim Lübeck-Travemünde

Ziel des Kongresses ist es, die Psychotherapie der Schizophrenie mit allen ihren Möglichkeiten, Notwendigkeiten und Begrenzungen breit gefächert dar-

zustellen und zu diskutieren, auch unter Betonung einer notwendigen Konzeption von Krankheitsverständnis, Therapie, Genese, Forschung und Prävention. Als Grundlage dient das ich-strukturelle und gruppensdynamische Prinzip der Berliner Schule mit seinen biologisch, neurophysiologischen Aspekten, wie wir sie als primäres Ich ansehen, das im Zusammenwirken mit den gewachsenen psychologischen Ich Strukturen im unbewußten zentralen Ich des Menschen und seinen innigen Beziehungen zur sozialen Umwelt einen zentralen Punkt ausmacht. Der Kongreß zeichnet sich durch eine Ausweitung zu den Schizophrenieforschern und Therapeuten verschiedener gesellschaftlicher und kultureller Systeme und auch zu den mit der Dynamischen Psychiatrie zusammenarbeitenden sozialpsychiatrischen Bemühungen aus aller Welt aus. Diesem Austausch dient auch ein transkulturelles Forum, an dem u. a. Vertreter aus den USA, Israel, der Sowjetunion, Polen, VR China, Japan, Indonesien, Iran, Kenia und aus West-Europa teilnehmen. Der Kongreß stellt unter Beweis, daß Psychotherapie der Schizophrenie eine Realität in der Psychiatrie in der Welt geworden ist.

PROGRAMM

Dienstag, 11. November 1980

Ab
18.00 Uhr REGISTRATION
im Lehr- und Forschungsinstitut der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), Wielandstraße 27/28, 1000 Berlin 15, Telefon: (030) 881 80 50/881 80 59

21.00 Uhr Zwangloses Treffen der Referenten im Hotel Kempinski

Mittwoch, 12. November 1980

ERÖFFNUNG

Dr. med. Günter Ammon
Präsident der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP), Berlin

Dr. med. John L. Carleton, USA
President Elect der World Association for Social Psychiatry, Santa Barbara

Dr. med. Edward J. Dehné, USA
Executive Director der International Health Society, Carson City

Professor Apollon Sherozia, UdSSR
Akademie der Wissenschaften, Staatsuniversität Tbilisi/Georgien

Professor Dr. med. Wu Chen-I, Volksrepublik China
Superintendent, Peijing ANDANG Psychiatric Hospital, Chairman, Department of Medical Psychology, Vizepräsident der Neuropsychiatric Society, CMA, Peking

Dr. med. George Vassiliou, Griechenland
Präsident der World Association for Social Psychiatry, Direktor des Athenian Institute of Anthropolos, Athen

Dr. G. Hans Graber, Schweiz
Ehrenpräsident der Internationalen Studiengemeinschaft für Pränatale Psychologie, Ehrenpräsident der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin, Bern

Professor Dr. med. Friedrich S. Rothschild, Israel
Hebrew University, Jerusalem

Professor Dr. med. Akira Fujinawa, Japan
Psychologisches und Psychopathologisches Institut, Universität Kyoto, Kyoto

Judge Amnon Carmi, Israel
Präsident der Society for Medicine and Law, Universität Haifa, Haifa

Professor Dr. Vladimir Hudolin, Jugoslawien
Präsident der Mediterranean Association of Social Psychiatry, Zagreb

Professor Dr. med. Nicholas Destounis, Griechenland
Präsident der Hellenic Society of Psychosomatic Medicine, Athen

Dr. med. Béla Buda, Ungarn
National Institute for Nervous and Mental Diseases, Budapest

Jerzy S. Pawlik, mgr. psychol., Polen
Vizepräsident der Psychotherapeutischen Sektion der Polish Psychiatric Association, Warschau

Prof. Dr. Milós Kobal, Jugoslawien
Prodekan und Direktor der Psychiatrischen Klinik Ljubljana, Präsident der jugoslawischen Fachvereinigung für Psychotherapie

Professor Rita Rogers, M. D., USA
University of Los Angeles, Clinic Professor of Psychiatry, UCLA, School of Medicine, Los Angeles

Prof. Ursula Mahlendorf, USA
Universität von Kalifornien, Santa Barbara

Dr. med. Y. Thobie, Frankreich
Generalsekretär der Association Francaise de Psychiatrie et de Psychopathologie Social, Nantes

Dipl.-Psych. Nushka P. Munide, Kenia
Kenyatta University College, Nairobi

Dr. F. van Ree, Holland
Psychiatrisch Ziekenhuis „Vogelenzang“, Bennebroek

Dr. med. Siegfried Rost, Schweden
Overlakare, Psychiatric Rehabilitation Clinic, Regionsjukhuset, Örebro

Dr. med. Hallym Calehr, Indonesien
Präsident des International Acupuncture Psychosomatic Center, Bandung/Java

Prof. Dr. phil. Lucio Pinkus,
Staatl. und päpstliche Universität Rom

Für die Fachgesellschaften

Gisela Ammon, Berlin
Präsidentin der Deutschen Gruppenpsychotherapeutischen Gesellschaft (DGG)

Prof. Dr. med. Alexandra Adler, New York
University School of Medicine, Medical Director Alfred Adler Mental Hygiene
Clinic, New York City

Dr. med. Hartwig Volbehr, Berlin
Deutsches Nationalkomitee der World Federation for Mental Health (WFMH)

Dr. med. Nossrath Peseschkian, Wiesbaden
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Positive Psychotherapie (DGPP)

Dr. med. Jan Pohl, Berlin
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM)

Rosemarie Fleck, Berlin
Stellvertretende Leiterin der Psychoanalytischen Kindergärten

Dr. med. Julia Puttkamer, Berlin
Leiterin der Grauen-Panther-Bewegung

Hans J. Meyer, Frankfurt
Vizepräsident der Union der Widerstandskämpfer- und Verfolgtenverbände
(UWV)

Emilia Vecchio, Italien
Vertreterin der Solidarietà dei cittadini per Günter Ammon, ed il suo fare del bene per i diritti dell' homo nella psichiatria, Paestum

Dr. Werner Billeter, Schweiz
Analytisches Zentrum, Zürich

Dipl.-Psych. Andreas v. Wallenberg Pachaly, Düsseldorf
Erster Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Dynamische Psychiatrie
(DGDP)

Chairmen: **G. Hans Graber** (Bern), **Apollon Sherozia** (Tbilisi)

<p>1. Hauptreferat
 Günter Ammon (Berlin)
 Die Rolle des Unbewußten, der Ich-Strukturen und der Sozialenergie der Gruppe bei der Entstehung, Auflösung, Erhaltung und Therapie der Schizophrenie.</p> | <p>2. Hauptreferat
 Apollon Sherozia (Tbilisi)
 Psychologie der Einstellung – Ein Beitrag der Uznadze-Schule zum Verständnis der immanenten Totalität des Psychischen</p> |
|---|---|

12.30 Uhr Diskussionsgruppen

15.00 Uhr

Chairman: **Friedrich S. Rothschild** (Jerusalem)

<p>3. Hauptreferat
 Wu Chen-I (Peking)
 Schizophrenie-Psychotherapie in China</p> | <p>4. Hauptreferat
 George Vassiliou/
 Vasso Vassiliou (Athen)
 Boundary Structuring During Psychotherapy to Counteract Schizophrenic Disorganization</p> | <p>5. Hauptreferat
 John L. Carleton (Santa Barbara)
 Schizophrenie-Psychotherapie in den USA</p> |
|---|--|---|

17.30 Uhr Diskussionsgruppen

19.30 Uhr Arbeitsgruppen (Parallelveranstaltungen)

<p>1. Chairman: Karin Wagemann (Berlin)

 Amnon Carmi (Haifa)
 Enforced Psychiatric Hospitalization</p> | <p>2. Chairman: Gertraud Reitz (München)

 Wolfgang Rock/Wilfried Vogelbusch (Berlin)
 Ingo Hartmann (Köln)
 Messung des Unbewußten</p> | <p>3. Chairman: Hallym Calehr (Bandung)

 Fotini Ladaki (Düsseldorf)
 Spezifische Aspekte der schizophrenen Reaktion in der griechischen Kultur</p> |
| <p>4. Chairman: Ulrike Harlander (Berlin)

 Andreas v. Wallenberg Pachaly (Düsseldorf)
 Ich-Struktur der Aggression im transkulturellen Vergleich zwischen Deutschland und Japan</p> | <p>5. Chairman: Bernd Vigener (Berlin)

 Dörte Griepenstroh (Berlin)/
 Manfred Link (München)
 Der energetische Aspekt der Behandlung von schizophren reagierenden Patienten in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik</p> | <p>6. Chairman: Gerd Röhling (Berlin)

 Gisela Ammon (Berlin)
 Die Rolle der nichterkannten schizophrenen Reaktion in Familiengruppen in psychoanalytischen Kindergärten</p> |

7. Chairman: **Dieta Biebel** (Berlin) 8. Chairman: **Nicholas Destounis** (Athen)

Brigitte Marsen/Burkhard Gülsdorff/Hartwig Volbehr (Berlin) **Rita Rogers** (Los Angeles)
Dynamic Psychiatry – Antipsychiatry

Die biologische Psychiatrie aus der Sicht der Dynamischen Psychiatrie

21.00 Uhr Sitzung des INTERNATIONALEN WISSENSCHAFTLICHEN BEIRATES der Deutschen Akademie für Psychoanalyse im Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik (LFI), Berlin

Donnerstag, 13. November 1980

(Es finden jeweils 4 Parallelveranstaltungen statt)

10.00 Uhr

Chairmen: **Günter Ammon** (Berlin), **Apollon Sherozia** (Tbilisi) Chairmen: **G. Hans Graber** (Bern)/**Andreas von Wallenberg Pachaly** (Düsseldorf) Chairman: **Wu Chen-I** (Peking)

6. Hauptreferat
A. D. Zurabashvili (Tbilisi)
Psychiatry today

7. Hauptreferat
Akira Fujinawa (Kyoto)
Schizophrenic Patients and Self-Portraits – On the Changes in the Self Portraits with the course of Psychotherapy

8. Hauptreferat
Edward J. Dehné (Carson City)
The Contribution of International Health Society to Research and Treatment of Schizophrenia (Arbeitstitel)

10. Hauptreferat
Alexandra Adler (New York)
Psychotherapy, Prognosis and Outcome of Treatment of Chronic Schizophrenic Patients

11. Hauptreferat
Jacek Bomba, Maria Orwid, Wanda Badura, Ewa Mamrot (Krakau)
Results of Psychotherapy in Adolescent Schizophrenia

12. Hauptreferat
F. van Ree (Bennebroek)
Medizinisch-ärztliche Psychotherapie bei jungen untergebrachten Schizophrenen (Arbeitstitel)

Chairman: **Tamara Sternberg** (Jerusalem)

9. Hauptreferat
Marius Érdrich (Tirat Carmel)
Psychotherapeutic Journeys with Schizophrenic Patients living in Community

13. Hauptreferat
Jerzy S. Pawlik (Warschau)
Borderline Patients in the System of Short Term Psychotherapy

12.30 Uhr Diskussionsgruppen

15.00 Uhr

Chairman: **John L. Carleton**
(Santa Barbara)

1. Kurzreferat
Ursula Mahlendorf
(Santa Barbara)
Georg Büchner's Lenz – The
Earliest Literary Treatment of
a Schizophrenic Episode

2. Kurzreferat
Hans G. Graber (Bern)
Total-Regression in Träu-
men, analytischer Situation
und im Wahn

18. Hauptreferat
Bernard S. Shulman (Chica-
go)
Who becomes Schizophrenic?
Implications for Research and
Treatment

Chairman: **Hartwig Volbehr**
(Berlin)

14. Hauptreferat
Amnon Carmi (Haifa)
A Schizophrenic Patient in
Court

3. Kurzreferat
**Wolfgang Rock/Wilfried
Vogelbusch** (Berlin)
Ingo Hartmann (Köln)
Das Persönlichkeitsprofil bei
Ammon in Theorie und Pra-
xis psychometrischer Unter-
suchungen

6. Kurzreferat
Nicholas Destounis (Athen)
Therapy of Acute Psychosis

Chairman: **Burkhard Güls-
dorff** (Berlin)

15. Hauptreferat
Arie Schlosberg (Be'er Yaa-
kov)
Ego Functions, Time Per-
spective and Schizophrenia

4. Kurzreferat
Rolf Schmidts (München)
Paranoische und suizidale
Abwehrformationen als Aus-
druck von Dysregulation im
zentralen Ich

5. Kurzreferat
**Thomas Platz/H. Hinterhu-
ber** (Innsbruck)
Mehrdimensionale Therapie –
Ein klinisch-psychiatrischer
Beitrag zur Akutbehandlung
schizophrener Psychosen

Chairman: **Gisela Ammon** (Berlin)

16. Hauptreferat
Vladimir Hudolin (Zagreb)
Primary Medical Protection
and Schizophrenia

17. Hauptreferat
V. S. Rotenberg (Moskau)
The Renunciation of Search in
Relation to the Alteration of
some Basic Behavioral Pat-
terns (Arbeitstitel)

7. Kurzreferat
Rita Rogers (Los Angeles)
American Psychiatry today

17.30 Uhr Diskussionsgruppen

20.00 Uhr Arbeitsgruppen (Parallelveranstaltungen)

9. Chairmen: **A. v. Wallen-
berg Pachaly** (Düsseldorf)
**George Vassiliou und Vasso
Vassiliou** (Athen)
Synallatic collective image-
techniques

10. Chairman: **Dörte Grie-
penstroh** (Berlin)
Günter Ammon (Berlin)
Schizophrenie-Therapie in
der Dynamisch-Psychiatri-
schen Klinik (mit Video)

11. Chairman: **Reinhild
Geier** (Hamburg)
Martin Roedder (Prinzen-
moor), **Ulrike Müller-Link**
(Fahrdorf)
Probleme der Sündenbockdy-
namik auf einer akutpsychia-
trischen Aufnahmestation

12. Chairman: **Friedrich S. Rothschild** (Jerusalem)
J. Schossberger (Jerusalem)
 Dynamische Milieuthherapie in einem Israelischen Arbeitsdorf
13. Chairman: **Rita Rogers** (Los Angeles)
Gisela Ammon/Agnes Wiehl-Volbehr/Rosemarie Fleck (Berlin)
 Die Rolle des Körperbildes in der Psychodynamik der schizophrenen Reaktion
14. Chairman: **Karl Josef Pazzini** (Hamburg)
Ursula Keller-Husemann (Düsseldorf)
 Schizophrenie und Sexualität
15. Chairman: **Hartwig Volbehr** (Berlin)
Brigitte Marsen/Burkhard Gülsdorff (Berlin)
 Indikation zur ambulanten bzw. stationären Schizophrenie-Therapie
16. Chairman: **Siegfried Rost** (Oerebro)
Winfried Schibalski (München)
 Das Problem der Vielpersonen-Einzeltherapie der Schizophrenie in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik
17. Chairman: **Karin Wagemann** (Berlin)
Tamara Sternberg (Jerusalem)
 Schizophrenie-Therapie in Jerusalem
18. Chairman: **Rolf Schmidts** (München)
Lucio Pinkus (Rom)
 Schizophrenie und Epilepsie

Freitag, 14. November 1980

10.00 Uhr

- Chairman: **Edward Dehné** (Nevada)
19. Hauptreferat
Gisela Ammon (Berlin)
 Die Therapie schizophren machender und schizophren reagierender Familien in der Dynamischen Psychiatrie
- Chairman: **Jan Pohl** (Berlin)
20. Hauptreferat
Y. Thobie (Nantes)
 Une modalité de prise en charge du schizophrénie dans l'institutions Psychiatrique Publique en France
- Chairman: **Akira Fujinawa** (Tokio)
21. Hauptreferat
Wolfgang Rock/Wilfried Vogelbusch (Berlin)
 Ordnung, Funktion und Meßbarkeit der psychotischen Reaktion
23. Hauptreferat
Friedrich S. Rothschild (Jerusalem)
 Zur Dynamik der Störung des Ichs bei der Schizophrenie
24. Hauptreferat
Peter Bierenbroodspot (Haarlem)/**Lout von Eck** (Sandpoort)
 Theoretisch-technische Aspekte der Schizophreniebehandlung einer dreiphasigen psychotherapeutischen Gemeinschaft
25. Hauptreferat
Rita Rogers (Los Angeles)
 Psychiatry and Foreign Affairs

Chairman: **Marius Erdrich** (Tirat Carmel)

22. Hauptreferat

Nossrat Peseschkian (Wiesbaden) Positive Psychotherapie: Neue Behandlungsmöglichkeiten der Schizophrenie unter dem transkulturellen Gesichtspunkt

26. Hauptreferat

Paul Harmat (Mauer) Versuche der Schizophrenie Psychotherapie in der Tätigkeit der frühen Budapest Schule der Psychoanalyse

12.30 Uhr Diskussionsgruppen

15.00 Uhr

Chairman: **Lout van Eck** (Santpoort)

27. Hauptreferat

Tamara Sternberg (Jerusalem) Schizophrenietherapie in Israel

Chairman: **Gerd Röhling** (Berlin)

28. Hauptreferat

Milos Kobal (Zagreb – Ljubljana) Die Charakteristiken der Schizophrenie in der Adoleszenz

Chairman: **F. van Ree** (Bennebroek)

29. Hauptreferat

Ana Rojnik (Ljubljana) Psychodynamisches Differential zwischen Schizophrenie und Organpsychose

9. Kurzreferat

Karl Josef Pazzini (Hamburg) Über den Umgang mit paranoiden Phantasien in einer Schizophrenie-Therapie

10. Kurzreferat

Maria Orwid/Yanina Ryszka-Zajacowa (Krakau) An Account of Individual Psychotherapy in Chronic Schizophrenia

11. Kurzreferat

Nicholas Destounis (Athen) Opposite Concepts, Relations and Schizophrenia

13. Kurzreferat

Agnes Wiehl-Volbehr (Berlin) Vergleich von Kinderbildern und Bildern von schizophren reagierenden Patienten

14. Kurzreferat

Gertraud Reitz (München) Beziehungsdynamik psychotisch reagierender Zwillinge

15. Kurzreferat

Ingo Hartmann (Köln) Die sozialenergetische Betrachtung einer psychotischen Reaktion als Ich-Strukturverlust

Chairman: **Rolf Schmidts** (München)

8. Kurzreferat

Anton Mooij (Utrecht) Nachträgliches zum Schreiber-Fall

12. Kurzreferat

Wolfgang Kretschmer (Tübingen) Konstitutionelles in der Schizophrenie

30. Hauptreferat

Franz Petermann (Bonn) Methodische und psychodiagnostische Probleme in der Schizophrenieforschung

17.30 Uhr Chairman: **Gisela Ammon** (Berlin)
 PANEL-DISKUSSION: Transkulturelle Aspekte der Schizophrenie-Forschung

Destounis (Griechenland), Sherozia (UdSSR), Wu Chen-I (VR China), Peseschkian (Iran), Calehr (Indonesien), Rock (Bundesrepublik Deutschland), Sternberg (Israel), Rost (Schweden), Thobie (Frankreich), Orwid (Polen), Ladaki (Griechenland), Fujinawa (Japan), Kobal (Jugoslawien), Muinde (Kenia)

21.00 Uhr FESTLICHER EMPFANG im Schloßhotel Gehrhus

Verleihung der Bronze-Medaille der DAP an Emilia Vecchio, Italien, für ihre Verdienste um die Öffentlichkeitsarbeit für eine Dynamische Psychiatrie in Italien.

Sonnabend, 15. November 1980

Chairman: **Rita Rogers** (Los Angeles)

Chairman: **Siegfried Rost** (Oerebro)

Chairman: **Maria Orwid** (Krakau)

31. Hauptreferat

A. v. Wallenberg Pachaly (Düsseldorf)
 Die Bedeutung der Ich-Funktion der Aggression bei der schizophrenen Reaktion im transkulturellen Vergleich zwischen Deutschland und Japan

32. Hauptreferat

Burkhard Gülsdorff (Berlin)
 Der Stellenwert der Neurotransmitterforschung bei der Schizophrenie

33. Hauptreferat

Hans Rademacher (Frankfurt)
 Zum Begriff der Erfahrung in der Hegelschen Philosophie

35. Hauptreferat

Béla Buda (Budapest)
 Interpersonelle Pathologie in Familien mit schizophren reagierenden Kindern

36. Hauptreferat

Hartwig Völbehre (Berlin)
 Schizophrenie-Therapie im Rahmen der ambulanten Gruppenpsychotherapie

37. Hauptreferat

Nicholas Destounis (Athen)
 Schizophrenia – a Psychosocial Cultural Approach

Chairmen: **Günter Ammon** (Berlin), **A. D. Zurabashvili** (Tbilisi)

34. Hauptreferat

Erwin Ringel (Wien)
 Schizophrenie und Suizidalität

38. Hauptreferat

J. Schossberger (Jerusalem)
 Dynamische Milieuthherapie in einem israelischen psychiatrischen Arbeitsdorf (Gruppenprozesse, Ausdruckstherapie, Kunsttherapie, Resozialisierung, Rehabilitation)

12.30 Uhr Diskussionsgruppen

15.00 Uhr

Chairman: **Reinhild Geier** (Hamburg)

16. Kurzreferat
Karin Schibalski (München)
Die Bedeutung der Rolle des Körpers in der Schizophrenie

18. Kurzreferat
Rosemarie Fleck (Berlin)
Die Ich-Funktion der Ich-Abgrenzung zwischen Phantasie und Realität

19. Kurzreferat
Renate Baldenius (Hamburg)
Über den Umgang mit Bildern als drittem Objekt in der Krisenintervention einer Psychosentherapie

Chairman: **Brigitte Marsen** (Berlin)

39. Hauptreferat
Werner Billeter (Zürich)
Der leibliche Niederschlag pathogener Gruppendynamik beim Schizophrenen – Diagnose und Therapie – ein Konzept

20. Kurzreferat
Ursula Schmidt (Hamburg)
Psychotische Realitätsverleugnung bei einem Fall von Anorexia Nervosa

23. Kurzreferat
Christine Zohner (München)
Familientherapie bei Schizophrenie

Chairman: **Jerzy S. Pawlik** (Warschau)

40. Hauptreferat
Lout van Eck (Sandpoort)
Klinische Behandlungsmethoden schizophrener Patienten mit therapeutischen und Übertragungsbeziehungen

21. Kurzreferat
Heidi Mönnich (Düsseldorf)
Zur Gruppendynamik der Ausbildung an den Universitäten

24. Kurzreferat
Magdalene Storm (Düsseldorf)
Die psychotische Reaktion eines Kindes in einer Trennungssituation – ein Fallbeispiel

Chairman: **Hallym Calehr** (Bandung)

17. Kurzreferat
Bernd Vigener (Berlin)
Die Bedeutung einer ambulanten Milieutherapeutischen Gemeinschaft für den Trennungsprozeß von stationär behandelten Patienten einer Dynamisch Psychiatrischen Klinik

22. Kurzreferat
Ursula Andress (Düsseldorf)
Zur kombinierten Einzel-, Gruppen- und Milieutherapie bei einer schizophren reagierenden Patientin – Ein Fallbeispiel

25. Kurzreferat
Helmut Cox (Düsseldorf)
Die kriminelle Reaktion als Abwehr psychischer Desintegration

17.30 Uhr Diskussionsgruppen

20.00 Uhr Arbeitsgruppen (Parallelveranstaltungen)

19. Chairman: **Burkhard Gülsdorff** (Berlin)

Brigitte Marsen/ Wolfgang Rock (Berlin)
Probleme der Supervision und Teamarbeit in der Dynamisch-Psychiatrischen Klinik

20. Chairman: **Karin Wagemann** (Berlin)

A. v. Wallenberg Pachaly (Düsseldorf)
Dynamisch-soziometrische Erforschung der schizophrenen Reaktion

21. Chairman: **Rolf Schmidts** (München)

Wolfgang Kretschmer (Tübingen)
Wie erfaßt der Schizophrene die Zukunft?

22. Chairman: **Hella Kleuker** (Berlin)
Hartwig Volbehr, Dieta Biebel (Berlin)/ **Christine Zohner/Karin Schibalski** (München)
 Wechsel von psychotischer Reaktion und Psychosomatik
23. Chairman: **Gerd Röhling** (Berlin)
Ursula Mahlendorf (Santa Barbara)
 Psychoanalytic Aspects in the Work of E.T.A. Hoffmann, E. Mörike, A. Schnitzler und Th. Mann
24. Chairman: **Manfred Link** (München)
Renate Plass/Christiane Biehl (Hamburg)
 Die herkömmliche psychiatrische Klinik als institutionalisiertes Identitätsverbot
25. Chairman: **Fotini Ladaki** (Düsseldorf)
Karl Josef Pazzini/Ursula Schmidt (Hamburg)
 Über den Umgang mit Schizophrenen in verschiedenen Gesellschaften
26. Chairman: **Agnes Wiehl-Volbehr** (Berlin)
Rosemarie Fleck/Monika Bekemeier/Monique Hartz (Berlin)
 Erzieher-Kind-Beziehung als Spiegelbild der Familiendynamik

Empfang für die Referenten in Nikolassee

Sonntag, 16. November 1980

10.00 Uhr

- Chairman: **J. Schossberger** (Jerusalem)
41. Hauptreferat
Gerd Röhling (Berlin)
 Sucht und psychotische Realitätsverknüpfung
42. Hauptreferat
Ulrike Harlander (Berlin)
 Psychotische Reaktion und Aggression – Eine Untersuchung anhand des Ammon'schen Ich-Struktur-Tests
43. Hauptreferat
Rolf Schmidts (München)
 Das Alternieren von paranoider und suizidaler Reaktion im therapeutischen Prozeß
44. Hauptreferat
Everhard Jungeblodt (Düsseldorf)
 Das Dynamisch-Psychiatrische Verständnis der Alterspsychose
45. Hauptreferat
Dieta Biebel (Berlin)
 Schizophrenie und Schwangerschaft
46. Hauptreferat
Siegfried Rost (Oerebro)
 Psychiatrie in Schweden – Psychiatrische Rehabilitation, Organisation und Funktion
- Chairman: **Wolfgang Rock** (Berlin)
47. Hauptreferat
Dietrich Pieschl (Frankfurt)
 Die Schizophrenie aus der Sicht praktizierter Sozialpsychiatrie
48. Hauptreferat
Hallym Calehr (Bandung)
 Psychosynthese des schizophrenen Reagierenden aus transkultureller Sicht

12.30 Uhr Diskussionsgruppen

15.00 Uhr

Chairman: **Ingo Hartmann**
(Köln)Chairman: **Dörte Griepen-**
stroh (Berlin)Chairman: **Wilfried Vogel-**
busch (Berlin)

26. Kurzreferat

Karin Wangemann (Berlin)
Der Beitrag der Soziometrie
in Forschung und Therapie
innerhalb einer Dynamisch-
Psychiatrischen Klinik

27. Kurzreferat

Emil Wiczorek (Hamburg)
Krankheitsbeginn schizo-
phren reagierender Kinder
und Jugendlicher

29. Kurzreferat

Martin Roedder (Prinzen-
moor)
Bericht über den Versuch, in
einer Landesnervenklinik
Veränderungen im Sinne der
Dynamisch-Psychiatrischen
Schizophrenie-Therapie
durchzuführen.

30. Kurzreferat

Reinhild Geier (Hamburg)
Die Bedeutung der realen Be-
dürfnisbefriedigung bei der
Therapie einer jugendlichen
Patientin mit Borderline-
Schizophrenie

31. Kurzreferat

Hannelore Heidrich (Mün-
chen)
Musiktherapie in der Dyna-
mischen Psychiatrie

33. Kurzreferat

Paul Harmat (Mauer)
Attituden und Verhaltensstra-
tegien tuberkulotischer Alko-
holiker während des Kran-
kenhausaufenthaltes

34. Kurzreferat

Michael Ribbat (Hamburg)
Die Bedeutung der Anfangs-
phase in der Therapie einer
Borderline-Schizophrenie an-
hand eines FallbeispielsChairman: **Hella Kleucker** (Berlin)

28. Kurzreferat

Manfred Link (München)
Zur Ich-Funktion des Narzi-
sismus bei schizophren rea-
gierenden Patienten

32. Kurzreferat

Gudrun Lehmann (Mün-
chen)
Therapeutische Handhabung
der metaphorischen Kommuni-
kation bei einem schizo-
phren-reagierenden Patien-
ten.

35. Kurzreferat

Ronaldo Ruthner (Mün-
chen)
Therapeutische Arbeit mit
präpsychotischen Jugendli-
chen

ab

21.00 Uhr FAREWELL

im Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie
und Gruppendynamik (LFI), Wielandstraße 27/28,
1000 Berlin 15

Änderungen vorbehalten

DIE ORGANISATION DES SYMPOSIUMS

Wissenschaftliche Leitung:

Dr. med. Günter Ammon (Berlin)

Organisation:

Dipl.-Psych. Andreas von Wallenberg Pachaly (Düsseldorf)

Auskunft:

Deutsche Akademie für Psychoanalyse (DAP)

Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik (LFI) der DAP, Wielandstraße 27/28, 1000 Berlin 15, (030) 881 80 50/881 80 59

Hamburger Lehr- und Forschungsinstitut der DAP, Laufgraben 37, 2000 Hamburg 13, (040) 44 07 40/44 92 93

Münchener Lehr- und Forschungsinstitut der DAP, Leopoldstraße 87, 8000 München 40, (089) 34 14 44/340 12 13

Kölner Lehr- und Forschungsinstitut der DAP, Hansaring 94, 5000 Köln 1, (0221) 12 52 66

Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstitut der DAP, Kurfürstenstraße 10, 4000 Düsseldorf, (0211) 36 49 00/36 41 27

Freiburger Lehr- und Forschungsinstitut der DAP, Werderring 16, 7800 Freiburg, (0761) 33 224

Kongreßbüro:

Internationales Congress Centrum (ICC) Berlin

Die offiziellen Kongreßsprachen sind deutsch und englisch. Simultanübersetzungsanlage deutsch-englisch, englisch-deutsch. Für andere Sprachen stehen Dolmetscher zur Verfügung, in Ausnahmefällen kann eine zusätzliche Sprache simultan übersetzt werden.

Geschlossene wissenschaftliche Veranstaltungen der Deutschen Akademie für Psychoanalyse (DAP) e.V. in Verbindung mit der Deutschen Gesellschaft für Dynamische Psychiatrie (DGDP) e.V.

Teilnahme nur nach Genehmigung durch das Wissenschaftliche Komitee des Symposiums.

Das XII. Internationale Symposium wird gefördert von der INTERNATIONAL HEALTH SOCIETY. Die International Health Society ist von der American Medical Association beauftragt worden sicherzustellen und zu gewährleisten, daß die wissenschaftlichen Programme, für die sie die Schirmherrschaft übernimmt, vollkommen den Anforderungen der American Medical Association für die erforderlichen Inhalte einer medizinischen Fortbildung entsprechen. Die International Health Society bestätigt, daß dieses wissenschaftliche Angebot diesen Anforderungen entspricht, vorausgesetzt, daß das Programm wie angeboten durchgeführt wird. Die International Health Society wird Zertifikate einer medizinischen Fortbildung ausstellen nach AMA-Kategorie 1 für die AMA's „Physicians Recognition Award“ auf der Basis der jeweils geleisteten stündlichen Teilnahme (35 Stunden sind akkreditiert).

Diskussionsgruppen:

In den parallel laufenden Diskussionsgruppen werden die Vorträge diskutiert.

Leiter:

A. Gülsdorff/Mönnich	L. Marsen/Terpeluk
B. Volbehr/Hanisch	M. Jungeblodt/Jansen
C. Geier/Pohl	N. Röhling/U. Schmidt
D. v. Wallenberg/Schlüter	O. Griepenstroh/Culemann
E. Wiehl-Volbehr/Hartmann	P. Ladaki/Ribbat
F. Biebel/Puttkammer	Q. Kleucker/Burbiel
G. Vigener/Stiersdorfer	R. Cox/Storm
H. Reitz/Wagner	S. Wiczorek/Pleiß
I. Harlander/Schmidts	T. Vogelbusch/Köstlin
K. Pazzini/Gemassmer	U. Link/Erdrich

Termine für die Diskussionsgruppen:

12.30 bis 13.30 Uhr und
17.30 bis 18.30 Uhr

Arbeitsgruppen:

Zu Beginn der Arbeitsgruppen am Abend geben die Gruppenleiter ein kurzes Statement als Diskussionsgrundlage. Alle abendlichen Arbeitsgruppen laufen parallel.

Registration:

Dienstag, 11.11.1980 ab 18.00 Uhr im Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik (LFI), Wielandstraße 27/28, 1000 Berlin 15, Tel. (030) 881 80 50/881 80 59

Ab Mittwoch, den 12.11.1980, 9.00 Uhr befinden sich die Registration, der Informationsstand und der Büchertisch im ICC Berlin

Kongreßgebühr:

DM 300,- (nach dem 1.8.1980 DM 350,-) DM 150,- für Studenten

Bankkonto:

Berliner Commerzbank Kto. Nr. 511 495 401 (BLZ 100 400 00)

Büchertisch:

Buchhandlung Rothacker, Hardenbergstr. 11, 1000 Berlin 12, Tel.: (030) 313 70 15

Unterkunft:

Bitte wenden Sie sich an das Verkehrsamt Berlin Europa-Center, Tauentzienstraße, 1000 Berlin 30

Die erste Pressekonferenz findet am Mittwoch, 5.11.1980, 11.00 Uhr im ICC Berlin statt. Während des Kongresses wird täglich von 12.00 Uhr bis 13.00 Uhr eine Pressekonferenz stattfinden.

Pressereferenten:

Dipl. Soz. Karin Wangemann, Dipl. Psych. Ilse Burbiel
Vom 18. – 19. November 1980 findet ein Nachkongreß statt zum Thema „Was ist Dynamische Psychiatrie?“
Besondere Anmeldung erforderlich.
Programm auf Anforderung.

– Änderungen vorbehalten –

XIII. INTERNATIONALES SYMPOSIUM DER DAP

24.–29. November 1981 (Hofburg, Wien)

UNBEWUSSTES UND IDENTITÄT

Neue Auffassungen des Unbewußten in Theorie
und Praxis der Dynamischen Psychiatrie.

Wissenschaftliche Leitung: Dr. med. Günter Ammon
Organisation: Dipl.-Psych. A. v. Wallenberg Pachaly

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:

Burkhard Gülsdorff, Dr. med. Elke Jansen, Wilfried Vogelbusch, Dörte Griepenstroh, Dipl.-Psych. Wolfgang Rock, Dr. med. Gerd Röhling, Dr. med. Hartwig Volbehr, Helmut Volger (Anzeigen), Ulrike Harlander, Dr. med. Bernd Vigener, Lehr- und Forschungsinstitut für Dynamische Psychiatrie und Gruppendynamik (LFI) der DAP, Wielandstr. 27/28, 1000 Berlin 15.

Dr. med. Dieta Biebel, Manfred Link, Dr. med. Karin Schibalski, Dr. med. Rolf Schmidts, Münchener Lehr- und Forschungsinstitut der DAP, Leopoldstr. 87, 8000 München 40.

Dipl.-Psych. Andreas von Wallenberg Pachaly, Dipl.-Psych. Helmut Cox, Everhard Jungeblodt, Ursula Andress, Heidi Mönlich, Düsseldorfer Lehr- und Forschungsinstitut der DAP, Kurfürstenstraße 10, 4000 Düsseldorf 1.

Karl-Josef Pazzini, Ursula Schmidt, Dr. med. Reinhild Geier, Dipl.-Psych. Emil Wiczorek, Hamburger Lehr- und Forschungsinstitut der DAP, Laufgraben 37, 2000 Hamburg 13.

Dipl.-Psych. Fotini Ladaki, Dipl.-Psych. Ingo Hartmann, Kölner Lehr- und Forschungsinstitut der DAP, Hansaring 94, 5000 Köln 1.

Dipl.-Soz. Karin Wangemann, Dr. phil. Gertraud Reitz, Freiburger Lehr- und Forschungsinstitut der DAP, Werderring 16, 7800 Freiburg.

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